

Sanitätsdienst

DRK Dienstvorschrift 400 Ausgabe Saarland (DRK DV 400 SAL) Der Sanitätseinsatz



Sani+ätsdienst.

Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V.
Bereitschaften

Qualität und Kompetenz für unsere Mitmenschen.

Beschlossen in der Sitzung des Landesausschusses der Bereitschaften
am 10.04.2016 in Lambrecht

Impressum

Herausgeber:

Deutsches Rotes Kreuz (DRK)

Landesverband Saarland e.V.

Wilhelm-Heinrich-Straße 9

66117 Saarbrücken

Telefon 0681 / 5004 – 0

Telefax 0681 / 5004 – 190

Internet : <http://www.lv-saarland.drk.de>

E-mail: landesbereitschaftsleitung@lv-saarland.drk.de

Verantwortlich:

Landesbereitschaftsleitung

Gesamtredaktion:

Dirk Schmidt, Stv. Landesbereitschaftsleiter DRK-Landesverband Saarland e.V.

Autor:

Dr. med. Dominik Lorenz, Stv. Landesarzt, Fachberater Sanitätsdienst DRK-Landesverband Saarland e.V.

Mitwirkende und Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Thorsten Bach, Christian Bartha, Hubert Becker, Sascha Eigner, Julian Kirsch, Dr. med. Stefan Otto, Roland Post, Michael Raubuch, Berthold Wagner

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Kapitel 1 Grundlagen des Sanitätsdienstes	5
1.1 Definitionen.....	5
1.1.1 Der Sanitätsdienst im Deutschen Roten Kreuz	5
1.1.2 Sanitätsdienstdefinition nach dem Glossar des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe	7
1.1.3 Sanitätsdienstdefinition nach dem Komplexen Hilfeleistungskonzept	7
1.1.4 Definition Sanitätseinsatz.....	7
Phasenbeschreibung:	9
<input type="checkbox"/> Phase 0: Einsatzbereitschaft	9
<input type="checkbox"/> Phase 1: Vorbereitungsphase	9
<input type="checkbox"/> Phase 2: Einsatzphase	9
<input type="checkbox"/> Wachphase.....	10
<input type="checkbox"/> Arbeitsphase	11
o Phase Rot	11
o Phase Gelb	11
o Phase Grün	11
<input type="checkbox"/> Phase 3: Nachbereitungsphase	12
1.1.5 Definition „Sanitätsdienstliche Medizin“	12
1.2 Rechtliche Grundlagen des Sanitätsdienstes.....	13
1.2.1 Gesetze auf Bundesebene.....	13
1.2.1.1 Das Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (ZSKG	13
1.2.1.2 Gesetz über das Deutsche Rote Kreuz und andere freiwillige Hilfsgesellschaften im Sinne der Genfer Rotkreuz-Abkommen (DRK-Gesetz - DRKG) [5].....	15
1.2.2 Gesetze und Verordnungen auf Landesebene.....	16
1.2.2.1 Gesetz über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland (SBKG) [6].....	16
1.2.2.2 Saarländisches Rettungsdienstgesetz (SRettG) [7]	23
1.2.2.3 Verordnung über die Organisation des Katastrophenschutzes im Saarland [8]	28
1.2.2.4 Verwaltungsvorschrift für die Bewältigung von Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker [9].....	31
1.2.3 Innerverbandliche Regelungen	38
1.2.3.1 Die Krisenmanagement-Vorschrift des Deutschen Roten Kreuzes (K-Vorschrift) [10]	38
1.2.3.2 Die Krisenmanagement-Vorschrift des Deutschen Roten Kreuzes (K-Vorschrift) Ergänzungen für den DRK Landesverband Saarland e.V. [11].....	38
1.2.3.3 Das komplexe Hilfeleistungskonzept [12].....	39
Kapitel 2 Leistungsbeschreibungen des Sanitätsdienstes.....	46
2.1 Hinführung zur Leistungsbeschreibung.....	46
2.2 Leistungen	46
2.2.1 Detaillierte Leistungsbeschreibungen	47
2.2.2 Grundlegende Leistungsbeschreibungen.....	47
Kapitel 3 Grundlegende Einrichtungen des Sanitätsdienstes	51
3.1 Patientenablage	51
3.2 Behandlungsplatz.....	52
3.3 Transportorganisation	53
3.3.1 Patientenverteilung und Dokumentation	54
3.3.2 Rettungsmittelhalteplatz.....	54
3.3.3 Hubschrauberlandestelle	54
Kapitel 4 Eingesetzte Mittel im Sanitätsdienst.....	56
4.1 Personal	56
4.1.1 Helfer	56
4.1.1.1 Helfer ohne Fachdienstausbildung bzw. die Helfergrundausbildung	56
4.1.1.2 Helfer mit der Fachdienstausbildung Sanitätsdienst	58
4.1.1.2.1 Sanitätsdienstausbildung	58
4.1.1.2.2 Sanitätsdienstfortbildung	58
4.1.1.3 Weiterführende fachliche Qualifikationen	59

4.1.1.4	Weiterführende organisatorische Ausbildungen	60
4.1.1.5	Helfer im Bevölkerungsschutz	60
4.1.2	Führungs- und Sonderkräfte im Sanitätseinsatz – Schwerpunkt Bevölkerungsschutz	63
4.1.2.1	Allgemeines	63
4.1.2.2	Grundfunktionen	64
4.1.2.2.1	Zugführer	64
4.1.2.2.2	Führungsassistent	66
4.1.2.2.3	Gruppenführer	67
4.1.2.2.4	Staffel- / Trupführer	68
4.1.2.3	Sonderfunktionen	69
4.1.2.3.1	Sprechfunker	69
4.1.2.3.2	Melder	69
4.1.2.3.3	Kraffahrer	69
4.1.2.3.4	Gerätewart/Maschinist	70
4.1.2.3.5	ABC-Helfer	70
4.1.3	Hilfskräfte aus der Bevölkerung, Freiwilligenmanagement	71
4.2	Materialien	71
4.3	Fahrzeuge	72
4.3.1	Fahrzeuge zur Einsatzlogistik	72
4.3.1.1	Mannschaftstransportwagen Sanitätsdienst bzw. Sanitätsdienst plus Arzt	72
4.3.1.2	Gerätewagen Sanität	72
4.3.2	Rettungsmittel	73
4.3.3	Sonderfahrzeuge, ergänzende Mittel	74
Kapitel 5	Führung und Leitung im Einsatz	74
	Allgemeines	74
5.1	Alarmieren und Herstellen der Einsatzbereitschaft	74
5.2	Ablauf des Einsatzes	75
5.2.1	Erkundung / Lagefeststellung	75
5.2.2	Einsatzwert und Kräftebedarf	75
5.2.3	Befehlsstellen	76
5.2.4	Aufstellen der Einsatzfahrzeuge	77
5.2.5	Beenden des Einsatzes	77
5.2.6	Wiederherstellen der Einsatzbereitschaft	77
5.2.7	Versorgung der Einheit / Einrichtung	78
5.2.7.1	Allgemeines	78
5.2.7.2	Versorgungsmeldungen	78
Kapitel 6	Schutz- und Versorgungsstufen	79
6.1	Erläuterungen der Schutz- und Versorgungsstufen	79
	Schutz- und Versorgungsstufe I	79
	Schutz- und Versorgungsstufe II	79
	Schutz- und Versorgungsstufe III	79
	Schutz- und Versorgungsstufe IV	80
6.2	Kenngroßen im Sanitätsdienst	82
6.2.1	Die Sanitätsstaffel / Unfallhilfsstelle	84
6.2.2	Der Behandlungsplatz 10 (BHP 10)	86
6.2.3	Die Einsatzeinheit im DRK	91
6.2.4	Der Behandlungsplatz 25 (BHP 25)	95
6.2.5	Aufwuchsmöglichkeiten	98
6.2.6	Die Medizinische Task Force	99
6.2.7	Leistungen anderer Fachdienste	99
Literaturverzeichnis		100

Kapitel 1 Grundlagen des Sanitätsdienstes

1.1 Definitionen

1.1.1 Der Sanitätsdienst im Deutschen Roten Kreuz

Der Sanitätsdienst des Deutschen Roten Kreuzes stellt einen Fachdienst dar, dessen Schwerpunkttätigkeit der Versorgung verletzter oder erkrankter Mitmenschen gewidmet ist. Mit den Mitteln der sanitätsdienstlichen Medizin adaptiert an das Ausmaß der Versorgungsnotwendigkeit und den vorhandenen materiellen und personellen Ressourcen auch unter besonderen Einsatzlagen, wie z.B. Großschadenslagen oder dem Katastrophenfall, werden die Patienten betreut, gerettet, behandelt, weiter- bzw. nachversorgt, transportiert, übergeben oder in weiterführende Behandlungs-/ Versorgungspfade integriert. Zielmaxime aller Anstrengungen des Sanitätsdienstes ist die optimalste Betreuung beziehungsweise Versorgung aller hilfeschenden Mitmenschen mit größtmöglicher Qualität, generiert durch höchste Standards bei Personal, Material und Versorgungskonzepten, und der Wahrung höchster Sicherheitsprinzipien für Patienten und Mitarbeiter. Die Fachkräfte im Sanitätsdienst können Qualifikationen unterschiedlichen Umfangs besitzen. Sie sind verpflichtet ihrem jeweiligen Ausbildungsstand gemäß vollumfänglich tätig zu werden, je nach Versorgungsnotwendigkeit und Ressourcenlage der jeweiligen Einsatzbedingungen. Für alle zu ergreifenden Maßnahmen sanitätsdienstlicher Versorgung gilt der aktuelle Stand medizinischer Erkenntnisse, z.B. aus Leitlinien hervorgehend, und der jeweils aktuelle Rechtsrahmen zur Regelung medizinischer Versorgung.

Der Sanitätsdienst des Deutschen Roten Kreuzes kann autark tätig werden, aber auch in Ergänzung beziehungsweise Kooperation oder Beauftragung anderer medizinischer Versorgungsstrukturen. Diese können beispielsweise sein: der öffentlich-rechtliche Rettungsdienst, der Katastrophenschutz, der Zivilschutz, die Ergänzung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr nach dem DRK-Gesetz oder die Beauftragung durch Dritte (z.B. als sanitätsdienstliche Ergänzung eines bestehenden Betriebssanitätsdienstes etc.).

Grundsätzlich sind für den Sanitätsdienst des Deutschen Roten Kreuzes verschiedene Tätigkeitsfelder zu beschreiben. Abbildung 1 gibt schematisch einen Überblick. Der Fachdienst Sanitätsdienst arbeitet grundsätzlich eng mit den übrigen Fachdiensten, Einrichtungen, Abteilungen und Gemeinschaften im Deutschen Roten Kreuz zusammen und ist für alle Bereiche kooperativer Ansprechpartner. Diese erwachsen einem internen Auftrag, der satzungsgemäß ableitbar und durch weiterführende Regelungen für die Eigenstrukturen begründet ist. Der externe Auftrag dient der Versorgung von nicht rotkreuz-originären Hilfesuchenden, im Rahmen planbarer Veranstaltungen, dann als sogenannter Sanitätswachdienst oder bei akuter Aufforderung beziehungsweise akutem Erkennen einer Notwendigkeit im Rahmen eines Sanitätseinsatzes. Dieser unterliegt im Prinzip den in der K-Vorschrift des DRK definierten Möglichkeiten und Voraussetzungen für das Tätigwerden des DRK. Diese sind in Kapitel 1.2 Rechtliche Grundlagen des Sanitätsdienstes näher ausgeführt. Eingesetzte Mittel personeller oder materiell-technischer Natur, wie auch Versorgungskonzepte sind in den jeweiligen Tätigkeitsbereichen desselben.

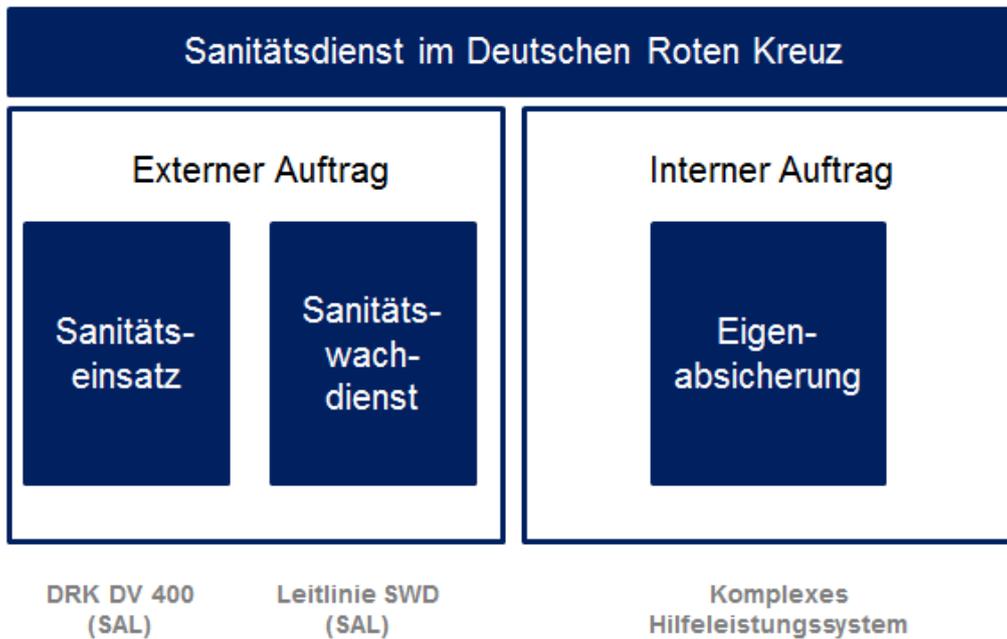


Abbildung 1: Schematische Übersicht über die Tätigkeitsfelder des Sanitätsdienstes im Deutschen Roten Kreuz nach externem versus internem Auftrag. In grau dargestellt sind die jeweilig zugrundeliegenden Papiere, die die Tätigkeitsfelder erläuternd beschreiben.

Der Sanitätsdienst kann an verschiedenen Stellen der Versorgungskette für Hilfesuche tätig werden und als ergänzende Komponente aller Stufen betrachtet werden, da zu jedem Zeitpunkt bei unterschiedlichen Infrastrukturbedingungen oder Einsatzanforderungen die Unterstützung durch Personal oder Material des Sanitätsdienstes notwendig werden kann. Von der Erstversorgung im Rahmen erster Hilfe, über die Bereitstellung von Transportkapazitäten zur Ergänzung des Rettungsdienstes bis hin zur Unterstützung medizinischer Versorgungseinrichtungen sind verschiedene Einsatzszenarien denk- und durch den Sanitätsdienst umsetzbar. Abbildung 2 zeigt die integrale Aktivität des Sanitätsdienstes für unterschiedliche medizinische Versorgungsstufen.

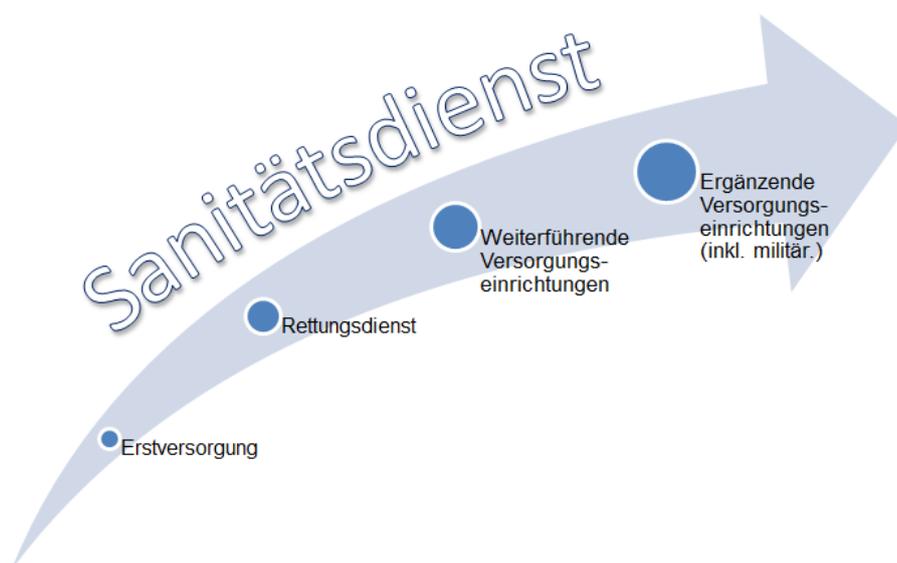


Abbildung 2: Schematische Übersicht über die Optionen des ergänzenden Tätigwerdens des Sanitätsdienstes im Rahmen externen Auftrags zur Unterstützung verschiedener medizinischer Versorgungsstufen.

1.1.2 Sanitätsdienstdefinition nach dem Glossar des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

Der Sanitätsdienst ist ein Aufgabenbereich innerhalb des Katastrophenschutzes zur Versorgung von verletzten bzw. erkrankten Menschen bei Großschadensereignissen oder Katastrophen.

Anmerkung:

Die Einheiten und Einrichtungen des Aufgabenbereichs Sanitätswesen versorgen zusammen mit dem Rettungsdienst verletzte oder akut erkrankte Personen und transportieren sie in geeignete medizinische Behandlungseinrichtungen. Beim Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten betreiben sie Patientenablagen, Behandlungsplatz und Transport. In Zusammenarbeit mit anderen Einsatzkräften betreiben sie den „Dekontaminationsplatz Verletzte“. Die Einheiten/Einrichtungen werden i.d.R. durch die im Bevölkerungsschutz mitwirkenden privaten Hilfsorganisationen gestellt. Gemäß § 13 Abs. 1 ZSKG ergänzt der Bund die Ausstattung des Katastrophenschutzes im Aufgabenbereich Sanitätswesen Task Force (MTF).

1.1.3 Sanitätsdienstdefinition nach dem Komplexen Hilfeleistungskonzept

Der „Sanitätsdienst“ umfasst im weitesten strategischen Sinne alle nicht dem Rettungsdienst direkt zugeordneten bzw. ihn ergänzenden Aufgaben der Rettung von Menschenleben, Erstversorgung von verletzten und erkrankten Personen, erste ärztliche Maßnahmen und medizinische Betreuung sowie des fachgerechten Transports von Verletzten und Kranken.

Die Schnittstellen zum Rettungsdienst sind eindeutig zu definieren. (...)

1.1.4 Definition Sanitätseinsatz

Das Eintreten eines Ereignisses (z.B. Unfall, Naturkatastrophe etc.) kann einen Personenschaden verursachen, der mit dem Zustand einer Verletzung oder akuten Erkrankung einhergeht, oder eine bestehende Schädigung oder Einschränkung (z.B. bestehende Erkrankung) verstärken. Hieraus erwächst die Notwendigkeit einer Versorgung sofort als möglich. Tritt dieses Ereignis außerhalb eines planbaren Rahmens (Sanitätswachdienst) auf, so wird diese Versorgungsnotwendigkeit als Sanitätseinsatz bezeichnet. Sobald also Kräfte des Fachdienstes Sanität außerplanmäßig mit einem externen Versorgungsziel (siehe 1.1.1) tätig werden müssen, spricht man von einem Sanitätseinsatz. Ein Sanitätseinsatz kann verschiedenen Größenordnungen unterliegen. Von der individuellen Versorgung in Kooperation mit dem Rettungsdienst, bis hin zum Massenanfall Verletzter/Erkrankter, einer Großschadenslage (höherstufige MANV) oder dem Tätigwerden im Rahmen der Gefahrenabwehr (Katastrophenfall, Verteidigungsfall (Zivilschutz)). Abbildung 3 skizziert die Einsatzumfänge.

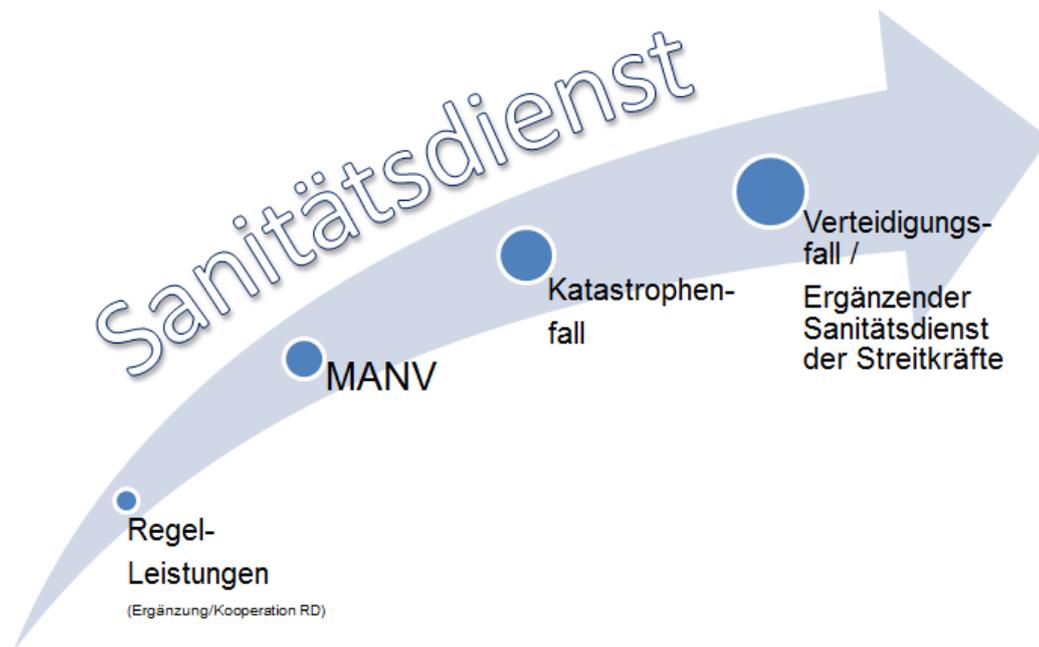


Abbildung 3: Schematische Übersicht über die potentiellen Einsatzfelder nach Umfang der Schadens- beziehungsweise Bedrohungslage. (MANV= Massenanfall Verletzter/Erkrankter)

Der Sanitätseinsatz ist von einem planbaren Sanitätswachdienst abzugrenzen. Der Sanitätswachdienst ist innerverbandlich durch die Leitlinie für die Organisation des Sanitätswachdienstes (SWD) bei Veranstaltungen im DRK Landesverband Saarland e.V. geregelt. Ein Sanitätswachdienst nach § 36 Gesetz über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland beinhaltet alle Maßnahmen im Rahmen einer Veranstaltung Patienten qualifiziert zu versorgen und den weiteren Versorgungsbereichen zuzuführen [2]. Er stellt die personellen, materiellen, medizinischen und technisch/ taktischen Ressourcen zur Beseitigung, der durch die Veranstaltung selbst oder die Zusammenkunft ihrer Teilnehmer auftretenden potentiell möglichen Schäden, sowie zu deren Prävention [3]. Der Sanitätswachdienst dient im Voraus planbaren Veranstaltungen.

Der Sanitätsdienst läuft phasenhaft ab. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die im Folgenden definierten Phasen eines Sanitätsdienstes. Unabhängig von der Größenordnung des Sanitätseinsatzes verläuft dieser nach den unten näher erläuterten Phasen regelhaft ab. Die Darstellung als Modell hilft der Strukturierung eines komplexen Einsatzes. Hiervon lassen sich bestimmte Aufgabekataloge ableiten, die als Standardeinsatzregeln für die Bearbeitung einzelner Phasen formuliert werden können.

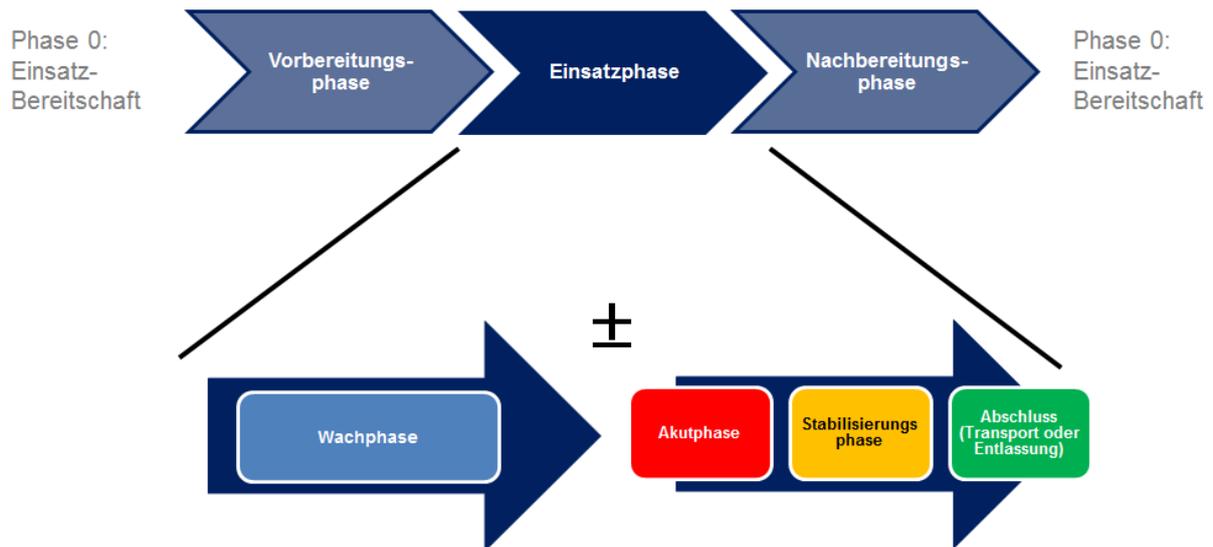


Abbildung 4: Schematische Darstellung der Phasen eines Sanitätseinsatzes. Die tatsächliche Einsatzphase ist im unteren Bildteil genauer dargestellt. Erklärungen zu den dargestellten Phasen finden sich im Text.

Phasenbeschreibung:

- **Phase 0: Einsatzbereitschaft**

Für alle im Deutschen Roten Kreuz vorgehaltenen sanitätsdienstlichen Einsatzstrukturen gilt eine grundlegende Einsatzbereitschaft. Sie zielt auf eine jederzeitig potentielle Einsatzfähigkeit registrierter Einheiten ab. Sie stellt eine Dauerphase innerhalb der einsatzfreien Zeit dar. Sie dient der Aus-, Fort und Weiterbildung des Personals sowie der materiellen Instandhaltung bzw. -setzung oder einer Vorhaltung eines Ausfallmanagements. Diese Phase schließt sich auch jedem Einsatzende an. Sie beginnt erst wieder ab Erreichen der vollen Einsatzfähigkeit nach Beendigung der Nachbereitungsphase.

- **Phase 1: Vorbereitungsphase**

Die Vorbereitungsphase beginnt mit dem Einsatzauftrag. Sobald per Alarm der Einsatzauftrag mitgeteilt wird, beginnen die ersten Arbeitsschritte dieser Phase. Sie umfasst z.B. das Sammeln an der Unterkunft, Mobilmachung der Fahrzeuge, Rückmeldung beim Beauftragenden etc.. Auch der Transport von Personal und Material zur Einsatzstelle gehört zu dieser Phase. Nur wenn sie regelhaft „abgearbeitet“ ist, kann die nächstfolgende Phase effektiv durchlaufen werden.

- **Phase 2: Einsatzphase**

Diese Phase stellt das Kernelement des Sanitätsdiensteinsatzes dar. Als tatsächliche Einsatzphase umfasst sie die Abarbeitung einer Schadenslage am Einsatzort. Sie gilt sowohl für den Gesamteinsatz, als auch für Einsatzabschnitte bis hin zum Teileinsatz der Individualversorgung eines einzelnen Patienten. Im Rahmen dieser Phase können Wachphasen auftreten, die von einer reinen aktiven Bereitstellung von Personal und Material gekennzeichnet sind oder aber von Arbeitsphasen, die durch den tatsächlichen Gebrauch personeller beziehungsweise materieller Ressourcen

gekennzeichnet sind. Beide „Unterphasen“ können einzeln oder kombiniert auftreten, dann auch mehrfach durchlaufen werden. Beispielsweise kann zwischen der Versorgung von Hilfesuchenden immer wieder eine Wachphase liegen.

- **Wachphase**

Sie bezeichnet eine reine Bereitstellung von voll einsatzbereitem Material und Personal, mit der Option direkten Eingreifens ohne erneute Mobilmachung. Es handelt sich um ein kritisches Warten unter Prüfung von Lage, Meldungen etc.. Sobald eine aktive Nutzung eintritt, spricht man von der Arbeitsphase.

- **Arbeitsphase**

tatsächliche Nutzphase von Personal- und Material. Sie lässt sich gliedern in die Phase Rot: Akutphase, Phase Gelb Stabilisierung und Phase Grün Abschluss.

- **Phase Rot**

Akutphase: Sie ist gekennzeichnet durch die akute Notwendigkeit des Tätigwerdens. Medizinisch gesehen umfasst sie die Erfassung des Geschehens, und der Akutkontrolle von lebensnotwendigen Funktionen. Einsatztaktisch gesehen beschreibt sie die Erfassungsphase des sogenannten „ersten Chaos“, gekennzeichnet durch qualifizierte Rückmeldung, Überblick-Verschaffen, Etablierung einsatzstrategischer und führungstaktischer Aspekte, z.B. Einsatzplanung im Sinne von Abschätzen von Personal-, Material- und Zeitbedarf, (Nach-) Alarmierungen, Raumordnung (Einrichten von Bereitstellungsräumen), Abschätzen der Hilfsintensität für die Betroffenen (wieviel Hilfeleistung wird unter Umständen verlangt), Etablierung von Führungsstrukturen etc. [1]. Diese Aufgaben obliegen den Primärführungsstrukturen je nach eingesetztem Kontingent. Ein frühzeitiger Aufwuchs sollte bedarfsgerecht, qualitativ und quantitativ so früh als möglich in Erwägung gezogen werden, um einem Szenario gerecht zu werden [1].

- **Phase Gelb**

Stabilisierung: Sie ist gekennzeichnet durch den Versuch der Situationsstabilisierung. Medizinisch gesehen, kann sie erst eintreten nach der Kontrolle lebensbedrohlicher Dysfunktionen. Sie ist dann gekennzeichnet durch die Einleitung weiterführende Diagnostik und Maßnahmen bis zum Erreichen einer Transportfähigkeit oder bis zur Entlassung, End-of-Life-Care/ Todesfeststellung. Einsatztaktisch gesehen umfasst sie die Stabilisierung der Abläufe, Verfahren und Leistungsangebot und -nachfrage von Sanitätsdienstleistungen und schlussendlich auch die Stabilisierung des Aufgaben-zu-Helfer-, -führungs- und -einsatzstrukturniveaus. Es kann zu einer mehrdimensionalen Strukturstabilisierung kommen.

- **Phase Grün**

Abschlussphase: Sie soll das Ende der Versorgung darstellen mit dem Ziel die Nachbereitung zu ermöglichen. Medizinisch umfasst sie den Abtransport bzw. das Zuführen in eine weiterführende medizinische Versorgungseinrichtung, die Entlassung oder die Todesfeststellung. Sie stellt das Fallende dar. Die einsatzbeteiligte Struktur soll taktisch gesehen die Abarbeitung bis zu dieser Phase erreicht haben, um entweder wieder einsatzbereit zu sein oder durch Ablösung aus dem Einsatz entlassen werden zu können.

- **Phase 3: Nachbereitungsphase**

Diese Phase spiegelt die Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft wider. Sie dient der Instandsetzung, Materiallogistik (Auffüllen, Nachschub, Bestellungen etc.), Konsolidierung personeller Ressourcen und Faktoren, Ersatzbeschaffungen etc.. Darüber hinaus wird in dieser Phase eine ausführliche Dokumentation des Einsatzes und der Versorgungsleistungen erbracht, beziehungsweise die fortlaufende Einsatzdokumentation zu Ende gebracht und einer Archivierung zugeführt. Diese Phase soll auch der Einsatznachbesprechung, -aufarbeitung im Sinne einer schriftlichen und mündlich-gruppenspezifischen Nachbesprechung fungieren. Ist die Einsatzbereitschaft wiederhergestellt gilt der Einsatz als abgeschlossen und es tritt Phase 0 ein.

1.1.5 Definition „Sanitätsdienstliche Medizin“

Bei der für zur Erfüllung sanitätsdienstlicher Aufträge notwendigen medizinischen Leistungen und zugrundeliegendem Know-how spricht man von sanitätsdienstlicher Medizin. Sie ist geprägt von einer einsatzlagenabhängigen Ressourcenorientierung. D.h sie muss i.d.R. eine Mehrzahl unterschiedlich betroffener bzw. versorgungsintensiver Patienten erreichen und dabei die zumeist gegenüber regelversorgenden Medizinbereichen knappen Personal- und Materialressourcen darauf abstimmen. Sie gehört allgemein zur Akutmedizin und da zumeist örtlich unabhängig von Regelversorgern zur Einsatzmedizin. Dabei kann die Spanne zu erbringender Leistungen von der notfall- bzw. rettungsmedizinischen Individualversorgung bis hin zur Katastrophenmedizin reichen. Darüber hinaus kann sie unter besonderen Einsatzlagen auch Elemente der „Taktischen Medizin“ umfassen. Sanitätsdienstliche Medizin wird umgesetzt von unterschiedlich qualifizierten Fachkräften, jeweils adaptiert an den jeweiligen Stand der Qualifikation und reicht von Maßnahmen der erweiterten ersten Hilfe bis zur invasiven prähospitalen Notfall- und Intensivmedizin. Abbildung 5 zeigt schematisch die Integration sanitätsdienstlicher Medizin in die Einsatzmedizin.

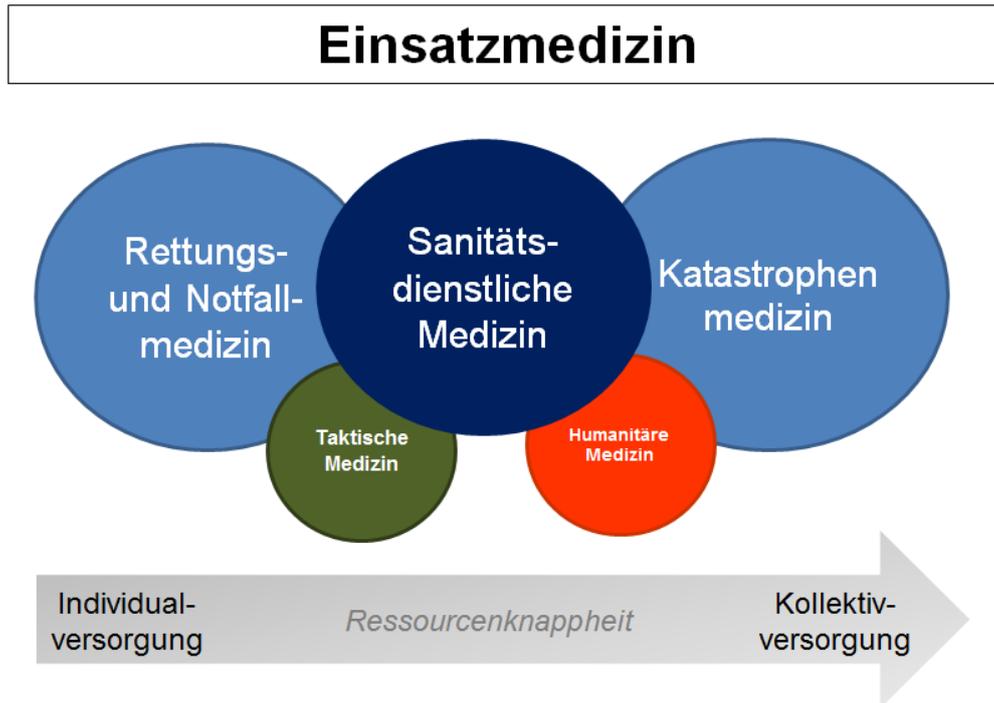


Abbildung 5: Schematische Darstellung der Elemente der Einsatzmedizin. Im Unteren Bildteil ist der Übergang des Versorgungsfokus dargestellt von Individualversorgung bis zur Versorgung größerer Kollektive bei gleichzeitiger Abnahme von Ressourcen.

1.2 Rechtliche Grundlagen des Sanitätsdienstes

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Auszüge der entsprechenden Gesetze und Vorschriften zusammengestellt. Als Original- bzw. Kompletzzitate sind sie kursiv dargestellt. Die Kenntnisse dieser juristischen Rahmenbedingungen bzw. der gesetzlich manifestierte Existenz und der formulierten oder ableitbaren Aufgaben des Sanitätsdienstes helfen v.a. im den Stellenwert dieses Fachdienstes besser interpretieren zu können.

1.2.1 Gesetze auf Bundesebene

1.2.1.1 Das Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (ZSKG) [4]

Ausfertigungsdatum: 25.03.1997

"Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz vom 25. März 1997 (BGBl. I S. 726), das zuletzt durch Artikel 2 Nummer 1 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2350) geändert worden ist" Stand: Zuletzt geändert durch Art. 2 Nr. 1 G v. 29.7.2009 I 2350

§ 11 Einbeziehung des Katastrophenschutzes

(1) Die nach Landesrecht im Katastrophenschutz mitwirkenden Einheiten und Einrichtungen nehmen auch die Aufgaben zum Schutz der Bevölkerung vor den besonderen Gefahren und Schäden, die im Verteidigungsfall

drohen, wahr. Sie werden zu diesem Zwecke ergänzend ausgestattet und ausgebildet. Das Bundesministerium des Innern legt Art und Umfang der Ergänzung im Benehmen mit der zuständigen obersten Landesbehörde fest.

§ 12 Grundsatz der Katastrophenhilfe

Die Vorhaltungen und Einrichtungen des Bundes für den Zivilschutz stehen den Ländern auch für ihre Aufgaben im Bereich des Katastrophenschutzes zur Verfügung.

§ 13 Ausstattung

(1) Der Bund ergänzt die Ausstattung des Katastrophenschutzes in den Aufgabenbereichen Brandschutz, ABC-Schutz, Sanitätswesen und Betreuung.

(2) Die ergänzende Ausstattung wird vom Bund zur Verfügung gestellt. Die Länder teilen die Ausstattung auf die für den Katastrophenschutz zuständigen Behörden auf. Diese können die Ausstattung an den Träger der Einheiten und Einrichtungen weitergeben.

(3) Die vom Bund den Ländern für den Zivilschutz zur Verfügung gestellte ergänzende Ausstattung steht den Ländern zusätzlich für Aufgaben im Bereich des Katastrophenschutzes zur Verfügung.

(4) Helferinnen und Helfer in Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes, die für eine Verwendung in den in Absatz 1 genannten Aufgabenbereichen vorgesehen sind, erhalten bei ihrer Ausbildung eine ergänzende Zivilschutzausbildung für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 11.

§ 22 Erweiterung der Einsatzbereitschaft

(1) Nach Freigabe durch die Bundesregierung können die nach Landesrecht zuständigen Behörden anordnen, daß

1. Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung ihre Leistungsfähigkeit auf die Anforderungen im Verteidigungsfall umzustellen, zu erweitern und ihre Einsatzbereitschaft herzustellen haben,

2. den für den Katastrophenschutz zuständigen Behörden die Rettungsleitstellen ihres Bereiches unterstellt werden und daß diese die ihnen zugeordneten Dienste in ständiger Einsatzbereitschaft zu halten und unter ärztlicher Leitung die Belegung von stationären Einrichtungen zu regeln haben,

3. jede der stationären Behandlung dienende Einrichtung der zuständigen Rettungsleitstelle anzuschließen ist.

(2) Zur Sicherstellung von Arbeitsleistungen in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung wird die Bundesregierung ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, daß sich Wehrpflichtige und Frauen, die nach § 2 Nr. 2 und 3 des Arbeitssicherstellungsgesetzes in ein Arbeitsverhältnis verpflichtet werden können, bei der zuständigen Agentur für Arbeit zu melden haben, soweit sie als Angehörige der Heil- und Heilhilfsberufe im Zeitpunkt des Eintritts der Meldepflicht seit weniger als zehn Jahren nicht in ihrem Beruf tätig sind. Die Rechtsverordnung regelt insbesondere den Beginn der Meldepflicht, die meldepflichtigen Berufsgruppen und die für die Verpflichtung erforderlichen meldepflichtigen Angaben sowie den Schutz von personenbezogenen Informationen unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Zweckbindung.

(3) Die Rechtsverordnung nach Absatz 2 darf nur erlassen werden, wenn und soweit der Bedarf an Arbeitskräften nicht mehr auf freiwilliger Grundlage gedeckt werden kann. Sie ist aufzuheben, wenn Bundestag und Bundesrat es verlangen. Satz 2 gilt entsprechend für die Anordnungen nach Absatz 1.

§ 23 Sanitätsmaterialbevorratung

(1) Der Bund stellt den Ländern für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Verteidigungsfall ergänzend Sanitätsmaterial zur Verfügung. Dieses steht den Ländern für ihre Aufgaben im Bereich des Katastrophenschutzes zusätzlich zur Verfügung. Die Länder können das Sanitätsmaterial in ihre Katastrophenschutzvorsorge einplanen.

(2) Das Bundesministerium des Innern kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anordnen, dass nach Maßgabe des Artikels 80a des Grundgesetzes ausreichend Sanitätsmaterial von Herstellungsbetrieben, Großhandlungen sowie öffentlichen und Krankenhausapotheken vorgehalten wird, um die Deckung von zusätzlichem Bedarf im Verteidigungsfall sicherzustellen. Die §§ 4, 8 und 13 bis 16 des Wirtschaftssicherstellungsgesetzes in der Fassung vom 31. Oktober 2006 sind entsprechend anzuwenden.

1.2.1.2 Gesetz über das Deutsche Rote Kreuz und andere freiwillige Hilfsgesellschaften im Sinne der Genfer Rotkreuz-Abkommen (DRK-Gesetz - DRKG) [5]

Ausfertigungsdatum: 05.12.2008.

§ 1 Rechtsstellung

Das Deutsche Rote Kreuz e. V. ist die Nationale Gesellschaft des Roten Kreuzes auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland und freiwillige Hilfsgesellschaft der deutschen Behörden im humanitären Bereich. Es beachtet die Grundsätze der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung.

§ 2 Aufgaben

(1) Das Deutsche Rote Kreuz e. V. nimmt als freiwillige Hilfsgesellschaft die Aufgaben wahr, die sich aus den Genfer Rotkreuz-Abkommen von 1949 und ihren Zusatzprotokollen ergeben, insbesondere 1. die Unterstützung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr im Sinne des Artikels 26 des I. Genfer Abkommens einschließlich des Einsatzes von Lazarettschiffen gemäß Artikel 24 des II. Genfer Abkommens,

2. die Verbreitung von Kenntnissen über das humanitäre Völkerrecht sowie die Grundsätze und Ideale der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung und die Unterstützung der Bundesregierung hierbei,

3. die Wahrnehmung der Aufgaben eines amtlichen Auskunftsbüros nach Artikel 122 des III. Genfer Abkommens und nach Artikel 136 des IV. Genfer Abkommens,

4. die Vermittlung von Schriftwechseln unter den Voraussetzungen des Artikels 25 Abs. 2 des IV. Genfer Abkommens und die Wahrnehmung des Suchdienstes gemäß Artikel 26 des IV. Genfer Abkommens und Artikel 33 Abs. 3 sowie Artikel 74 des I. Zusatzprotokolls.

(2) Für die Aufgaben nach Absatz 1 Nr. 3 erhält das Deutsche Rote Kreuz e. V. im Rahmen der im Bundeshaushaltsplan jeweils zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel Zuwendungen gemäß § 44 der Bundeshaushaltsordnung und den dazu erlassenen Verwaltungsvorschriften und Nebenbestimmungen.

(3) Das Deutsche Rote Kreuz e. V. nimmt ferner die ihm durch Bundesgesetz oder Landesgesetz zugewiesenen Aufgaben wahr.

1.2.2 Gesetze und Verordnungen auf Landesebene

1.2.2.1 Gesetz über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland (SBKG) [6]

Vom 29. November 2006, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 26. Juni 2013 (Amtsbl. I S. 262)

Abschnitt 1 Aufgaben und Organisation des Brandschutzes, der Technischen Hilfe und des Katastrophenschutzes

§ 1 Zweck und Anwendungsbereich

(1) Zweck dieses Gesetzes ist

- 1. die Gewährleistung vorbeugender und abwehrender Maßnahmen gegen Brände und Brandgefahren (Brandschutz) und gegen andere Gefahren (Technische Hilfe) und*
- 2. die Vorbereitung der Abwehr und die Abwehr von Großschadenslagen und Katastrophen (Katastrophenschutz) in einem integrierten Hilfeleistungssystem.*

Abschnitt 3 Katastrophenschutz

§ 16 Großschadenslage und Katastrophe

(1) Eine Großschadenslage im Sinne dieses Gesetzes ist ein Ereignis, das Leben oder Gesundheit einer großen Anzahl von Menschen, die lebensnotwendige Unterkunft sowie Versorgung der Bevölkerung, erhebliche Sachwerte oder die Umwelt gefährdet oder beeinträchtigt und zu dessen wirksamer Bekämpfung die Kräfte und Mittel der Träger des örtlichen Brandschutzes und des Rettungsdienstes nicht ausreichen und deshalb überörtliche oder zentrale Führung und Einsatzmittel erforderlich sind.

(2) Eine Katastrophe im Sinne dieses Gesetzes ist ein über die Schadensfälle des täglichen Lebens und eine Großschadenslage hinausgehendes Ereignis, das Leben und Gesundheit einer Vielzahl von Menschen, die lebensnotwendige Unterkunft sowie Versorgung der Bevölkerung, erhebliche Sachwerte oder die Umwelt in außergewöhnlichem Umfang gefährdet oder beeinträchtigt und zu dessen wirksamer Bekämpfung die zuständigen Behörden und Dienststellen mit der Feuerwehr und dem Rettungsdienst sowie den Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes unter einheitlicher Leitung einer Katastrophenschutzbehörde zusammenwirken müssen.

§ 17 Katastrophenschutzbehörden

(1) Oberste Katastrophenschutzbehörde ist das Ministerium für Inneres und Sport.

(2) Untere Katastrophenschutzbehörden sind die Landkreise und im Regionalverband Saarbrücken die Landeshauptstadt Saarbrücken.

§ 18 Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes

(1) Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes sind Zusammenfassungen von Personen und Material, die unter einheitlicher Führung stehen, nach Fachdiensten ausgerichtet sind und zu deren Aufgaben die Hilfeleistung bei Großschadenslagen und Katastrophen gehört, insbesondere in den Bereichen

- 1. Brandschutz,*
- 2. ABC-Schutz,*
- 3. Bergung und technischer Dienst,*
- 4. Sanitätswesen,*
- 5. Veterinärwesen,*
- 6. Betreuung,*
- 7. Informations- und Kommunikationstechnik,*

- 8. Versorgung,
- 9. Wasserrettung,
- 10. Psychosoziale Notfallversorgung.

Zur schnellen Hilfeleistung können taktische Einheiten zusammengefasst werden, um als Schnell-Einsatz-Gruppen zum Einsatz zu kommen.

(2) Einheiten und Einrichtungen von Organisationen, die privatrechtlich verfasst sind und zu deren satzungsgemäßen Aufgaben die Hilfeleistung bei Großschadenslagen und Katastrophen gehört, sind private Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes.

(3) Einheiten und Einrichtungen juristischer Personen des öffentlichen Rechts oder solche, die der Aufsicht öffentlicher Stellen unterstehen, sind öffentliche Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes. Zu ihnen gehören auch die von den unteren Katastrophenschutzbehörden gebildeten zusätzlichen Einheiten und Einrichtungen (Regieeinheiten), die neben vorhandenen öffentlichen oder mitwirkenden privaten Einheiten und Einrichtungen erforderlich sind.

(4) Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes können auch zur Hilfeleistung bei Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken im Sinne des § 2 Abs. 2 Satz 4 des Saarländischen Rettungsdienstgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Januar 2004 (Amtsbl. S. 170), geändert durch Artikel 1 Abs. 34 des Gesetzes vom 15. Februar 2006 (Amtsbl. S. 474, 530), in der jeweils geltenden Fassung eingesetzt werden. Zur Vorbereitung arbeiten die Katastrophenschutzbehörden und der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung zusammen.

(5) Die oberste Katastrophenschutzbehörde bestimmt nach Anhörung der unteren Katastrophenschutzbehörden und der betroffenen Organisationen die Stärke, Gliederung und Ausstattung der Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes in den Grundstrukturen.

§ 19 Mitwirkung im Katastrophenschutz

(1) Die öffentlichen Einheiten und Einrichtungen wirken im Katastrophenschutz mit. Zu den öffentlichen Einheiten gehören die kommunalen Feuerwehren, die Regieeinheiten sowie die Bundesanstalt Technisches Hilfswerk.

(2) Private Einheiten und Einrichtungen wirken mit, wenn ihre Organisation im Allgemeinen (allgemeine Anerkennung) und sie selbst im Besonderen (besondere Anerkennung) hierzu geeignet sind und wenn sie ihre Bereitschaft zur Mitwirkung erklären.

(3) Die allgemeine Anerkennung wird durch die oberste Katastrophenschutzbehörde ausgesprochen. Sie ist gegeben bei folgenden Organisationen:

1. Arbeiter-Samariter-Bund (ASB),
2. Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG),
3. Deutsches Rotes Kreuz (DRK),
4. Johanniter-Unfallhilfe (JUH),
5. Malteser-Hilfsdienst (MHD),
6. Privater Rettungsdienst Saar (PRS),
7. Notfallseelsorge und Krisenintervention Saarland (NKS).

(4) Die besondere Anerkennung wird durch die untere Katastrophenschutzbehörde für die einzelnen Einheiten und Einrichtungen erteilt, wenn die besondere Eignung zum Einsatz im Katastrophenschutz vorliegt. Die besondere Eignung ist gegeben, wenn die nachstehenden Voraussetzungen vorliegen oder in absehbarer Zeit durch die Organisation geschaffen werden können:

1. eine Personalstärke, die die Gewähr für eine sachgerechte und sich auf Dauer erstreckende Erfüllung der zusätzlichen Aufgaben bietet,
2. geeignetes Führungspersonal, das auch bei Ausscheiden einzelner Führungskräfte ersetzt werden kann,
3. eine organisationsübliche Ausstattung,
4. die Möglichkeit, die Ausbildung am Standort sowie die Pflege und sonstige einfache Arbeiten der Materialerhaltung an der zusätzlichen Ausstattung sachgemäß durchzuführen,
5. eine organisationsübliche Ausbildung,
6. die Möglichkeit, die rechtzeitige Einsatzbereitschaft der Einheiten und Einrichtungen sicherzustellen.

Die Anerkennung ist zu widerrufen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

(5) Private Einheiten und Einrichtungen der Organisationen, deren Tätigkeitsbereich sich nicht auf das gesamte Saarland erstreckt, bedürfen zur Mitwirkung im Katastrophenschutz jeweils der allgemeinen Anerkennung durch die oberste Katastrophenschutzbehörde und der besonderen Anerkennung durch die untere Katastrophenschutzbehörde.

(6) Die Mitwirkung im Katastrophenschutz umfasst neben den aus diesem Gesetz sich ergebenden Rechten auch die Pflicht,

1. die Katastrophenschutzbehörden bei der Durchführung ihrer Maßnahmen zu unterstützen sowie die aufgrund dieses Gesetzes ergangenen Vorschriften und Weisungen zu befolgen,
2. die Einsatzbereitschaft der Einheiten und Einrichtungen zu gewährleisten,
3. die angeordneten Einsätze und Katastrophenschutzübungen durchzuführen sowie hierzu eigene Kräfte und Sachmittel bereitzustellen,
4. die aus Mitteln des Landes beschaffte Ausstattung zu unterhalten und unterzubringen.

§ 20 Vorbereitende Maßnahmen und Nachbereitung

(1) Die unteren Katastrophenschutzbehörden haben nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der geltenden Gesetze alle vorbereitenden Maßnahmen zu treffen, die einen wirksamen Katastrophenschutz gewährleisten. Dazu gehören insbesondere:

1. Der Aufbau eines Führungssystems zur Unterstützung der Katastrophenschutzbehörde bei der Vorbereitung und Veranlassung von Einsatzmaßnahmen und Verwaltungsmaßnahmen.
2. Die Bildung von Technischen Einsatzleitungen, die bei Großschadenslagen und im Katastrophenfall mit der selbstständigen Leitung der Schadensbekämpfung in Schwerpunkten oder Abschnitten beauftragt werden können.
3. Die Erstellung und die regelmäßige Fortschreibung eines allgemeinen Katastrophenschutzplans, der mindestens enthalten muss
 - a) die Alarm- und Meldeordnung,
 - b) die Einheiten, Einrichtungen und Einsatzmittel, die für den Katastrophenschutz zur Verfügung stehen,
 - c) Bestimmungen über die Informations- und Kommunikationstechnik bei Großschadenslagen und im Katastrophenfall,
 - d) Regelungen über die Zusammenarbeit mit den Dienststellen der Bundeswehr.

Soweit erforderlich, sind besondere Alarm- und Einsatzpläne sowie externe Notfallpläne zu erstellen und fortzuschreiben. Die Pläne sind mit besonderen Alarm- und Einsatzplänen aus den Bereichen Gesundheit und Umwelt abzustimmen.

4. Die Durchführung von Katastrophenschutzübungen, durch die die Einsatzpläne für bestimmte Großschadenslagen oder Katastrophen sowie das Zusammenwirken der im Katastrophenschutz mitwirkenden Einheiten und Einrichtungen erprobt und die Einsatzbereitschaft überprüft werden sollen. Mit Rücksicht auf bestehende Arbeits- und Dienstverhältnisse der Helfer und Helferinnen sind Übungen möglichst in die arbeitsfreie Zeit zu legen.

(2) Bei der obersten Katastrophenschutzbehörde ist ein Verwaltungsstab zu bilden. Bei Großschadenslagen oder Katastrophen arbeiten alle an der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr beteiligten Behörden und Stellen im Verwaltungsstab ressort- und fachübergreifend zusammen.

(3) Die oberste Katastrophenschutzbehörde kann durch Verwaltungsvorschrift ein einheitliches Führungssystem verbindlich einführen.

(4) Die Gemeinden und Gemeindeverbände, die kommunalen Zweckverbände, die Dienststellen des Landes sowie die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts sind verpflichtet, auf Ersuchen die Katastrophenschutzbehörden bei der Vorbereitung der Abwehr und der Abwehr von Großschadenslagen und Katastrophen zu unterstützen, soweit nicht die Wahrnehmung dringender eigener Aufgaben vorrangig ist.

(5) Die Einsätze zur Abwehr von Großschadenslagen und Katastrophen sind nachzubereiten. Nach der Einsatznachbereitung im eigenen Bereich der Katastrophenschutzbehörde ist ein Erfahrungsaustausch zwischen allen beteiligten Behörden und sonstigen Stellen vorzusehen.

§ 21 Abwehr von Großschadenslagen und Katastrophen

(1) Die Katastrophenschutzbehörde hat nach pflichtgemäßem Ermessen die für die Abwehr der Großschadenslage oder der Katastrophe notwendigen Maßnahmen zu treffen.

(2) Die untere Katastrophenschutzbehörde stellt Eintritt und Ende des Katastrophenfalles fest, soweit nur ihr Bereich von der Katastrophe betroffen ist. Im Übrigen trifft diese Feststellung die oberste Katastrophenschutzbehörde. Die Feststellung soll unverzüglich der Öffentlichkeit bekannt gegeben werden.

(3) Wenn anzunehmen ist, dass eine Großschadenslage oder eine Katastrophe vorliegt oder bevorsteht, sind die Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes verpflichtet, auch ohne Aufforderung Hilfe zu leisten und alle Vorbereitungen für ihren weiteren Einsatz zu treffen. Sie versichern sich unverzüglich des Einvernehmens oder des Auftrags der jeweils zuständigen Katastrophenschutzbehörde.

§ 22 Nachbarschaftshilfe, Auswärtiger Einsatz, Einsatz im Ausland, Amtshilfe

(1) Auf Anforderung haben sich die Katastrophenschutzbehörden gegenseitig Hilfe zu leisten und den Einsatz der in ihrem Bereich im Katastrophenschutz mitwirkenden Einheiten und Einrichtungen anzuordnen. Die eingesetzten Einheiten und Einrichtungen unterstehen danach der anfordernden Katastrophenschutzbehörde.

(2) Die oberste Katastrophenschutzbehörde kann den Einsatz von Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes außerhalb des Bereichs einer unteren Katastrophenschutzbehörde anordnen. Sie bestimmt dabei zugleich, wem die Einheiten und Einrichtungen unterstellt werden. Die gleiche Regelung gilt, wenn ein Hilfeersuchen aus einem anderen Bundesland oder dem Ausland an die Landesregierung gerichtet wird.

(3) Alle Behörden und Dienststellen, die im Bereich der Katastrophenschutzbehörde eigene Zuständigkeiten besitzen, sind während der Dauer eines von der Katastrophenschutzbehörde geleiteten Einsatzes verpflichtet, die von der Katastrophenschutzbehörde erbetene Hilfe sofort zu leisten. Sie haben auf Anforderung der Katastrophenschutzbehörde insbesondere geeignete Bedienstete sowie Fahrzeuge, Geräte und Ausstattungen zur Verfügung zu stellen.

(4) Bei der Abwehr von Großschadenslagen und Katastrophen nimmt die Vollzugspolizei die ihr übertragenen Aufgaben der Gefahrenabwehr und der Strafverfolgung weiterhin in eigener Zuständigkeit wahr. Aufgaben anstelle der originär zuständigen Behörden nimmt sie nur so lange wahr, bis diese Behörden selbst dazu in der Lage sind. Die Katastrophenschutzbehörden arbeiten mit der Vollzugspolizei in allen Phasen der Vorbereitung der Abwehr, der Abwehr und der Nachbereitung von Großschadenslagen und Katastrophen eng zusammen.

Abschnitt 4 Helfer und Helferinnen im Katastrophenschutz

§ 23 Allgemeines

(1) Die Vorschriften dieses Abschnitts finden bei Helfern und Helferinnen in privaten Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes Anwendung. Für Helfer und Helferinnen öffentlicher Einheiten und Einrichtungen gelten sie, wenn deren Rechtsverhältnisse nicht in anderen landesrechtlichen oder bundesrechtlichen Vorschriften geregelt sind. Bei Helfern und Helferinnen in Regieeinheiten werden die Regelungen dieses Abschnitts entsprechend angewandt.

(2) Das Recht der Organisationen ihren Helfern und Helferinnen gegenüber bleibt unberührt.

(3) Helfer und Helferinnen sind Personen, die freiwillig und ehrenamtlich in Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes tätig sind.

§ 24 Dienst im Katastrophenschutz

(1) Der Helfer oder die Helferin kann sich gegenüber der Organisation für eine bestimmte oder unbestimmte Zeit zum Dienst im Katastrophenschutz verpflichten. Bei Regieeinheiten tritt an Stelle der Organisation die örtlich zuständige Katastrophenschutzbehörde. Von der Verpflichtung ist der Arbeitgeber vom Helfer oder von der Helferin zu unterrichten; dieser kann einen Nachweis verlangen.

(2) Der Dienst im Katastrophenschutz umfasst insbesondere die Teilnahme an Einsätzen, Übungen, Lehrgängen und sonstigen Ausbildungsveranstaltungen.

(3) Die Unfallversicherung der Helfer und Helferinnen richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Soweit durch Rechtsvorschrift nichts anderes bestimmt ist, bestehen Rechte und Pflichten des Helfers oder der Helferin nur gegenüber der Organisation, der er oder sie angehört; bei Regieeinheiten tritt an Stelle der Organisation die zuständige Katastrophenschutzbehörde.

§ 28 Leitung der Abwehrmaßnahmen im Katastrophenschutz

(1) Der unteren Katastrophenschutzbehörde obliegt die einheitliche Leitung aller Abwehrmaßnahmen. Sie bedient sich hierbei einer Führungsorganisation, in der Vertreter und Vertreterinnen der Fachbehörden, insbesondere aus den Bereichen Gesundheit und Umwelt, der Hilfsorganisationen, der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk, der Polizei, der Bundeswehr, der Versorgungsunternehmen sowie weitere fachlich geeignete Personen als Fachberater, Fachberaterinnen und Verbindungspersonen mitwirken.

(2) Die untere Katastrophenschutzbehörde ordnet den Einsatz der erforderlichen Einheiten und Einrichtungen an. Für die Dauer des Einsatzes sind ihr alle eingesetzten Einheiten und Einrichtungen unterstellt. Die untere Katastrophenschutzbehörde bestellt eine örtlich zuständige Technische Einsatzleitung. Diese leitet nach den Weisungen der unteren Katastrophenschutzbehörde die Tätigkeit der Einheiten und Einrichtungen am Einsatzort. Bis zur Bestellung einer Technischen Einsatzleitung nimmt der oder die zuerst am Schadensort eintreffende Führer oder Führerin einer Einheit oder Einrichtung des Katastrophenschutzes die Aufgabe der Technischen Einsatzleitung wahr.

(3) Im Zuständigkeitsbereich der Bundeswasserstraßenverwaltung, in Betrieben und Einrichtungen der Bundeswehr und in den der Bergaufsicht unterstehenden Betrieben und Einrichtungen hat der Einsatz im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde oder Dienststelle zu erfolgen. Näheres ist im Katastrophenschutzplan zu regeln.

(4) Soweit dies zum wirksamen Katastrophenschutz erforderlich ist, kann die oberste Katastrophenschutzbehörde allgemeine und besondere Weisungen erteilen, die einheitliche Leitung der Abwehrmaßnahmen an sich ziehen und bei mehreren beteiligten Katastrophenschutzbehörden eine untere Katastrophenschutzbehörde mit der Gesamtleitung der Abwehrmaßnahmen beauftragen.

(5) Die oberste Katastrophenschutzbehörde fordert im Bedarfsfall Kräfte des Bundes und der Länder an. Die unteren Katastrophenschutzbehörden können im Einvernehmen mit der obersten Katastrophenschutzbehörde Kräfte des Bundes anfordern, sofern diese im Zuständigkeitsbereich der anfordernden Behörde stationiert sind. Die angeforderten Kräfte unterstehen den Weisungen der zuständigen Katastrophenschutzbehörde. § 15 Abs. 5 bleibt unberührt.

(6) Die untere Katastrophenschutzbehörde meldet der obersten Katastrophenschutzbehörde unverzüglich den Eintritt einer Katastrophe sowie solche Ereignisse, die sich zur Katastrophe entwickeln können. Die Meldung muss auch die bereits getroffenen Maßnahmen zur Abwehr der Katastrophe beinhalten. Die untere Katastrophenschutzbehörde unterrichtet unverzüglich benachbarte Katastrophenschutzbehörden, wenn deren Betroffenheit zu erwarten ist.

§ 36 Sicherheitswache

Die für die Gefahrenverhütungsschau zuständigen Behörden sollen bei Veranstaltungen, bei denen im Falle eines Brandes, einer Explosion oder eines sonstigen Gefahr bringenden Ereignisses eine größere Anzahl von Menschen gefährdet werden kann, vom Veranstalter oder von der Veranstalterin verlangen, dass eine Brandsicherheitswache und eine Sanitätswache (Sicherheitswache) eingerichtet werden sowie deren Art und Umfang bestimmen. Der Veranstalter oder die Veranstalterin trägt die Kosten. Das Ministerium für Inneres und Sport wird ermächtigt, Verwaltungsvorschriften über die Durchführung der Sicherheitswache zu erlassen.

§ 42 Mitwirkung des Gesundheitswesens

(1) Die Krankenhäuser, die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die Alten- und Pflegeeinrichtungen, die Apotheken, der öffentliche Gesundheitsdienst, der öffentliche Veterinärdienst, die berufsständischen Vertretungen der Ärzte und Ärztinnen, der Zahnärzte und Zahnärztinnen, der Apotheker und Apothekerinnen, der Tierärzte und Tierärztinnen, der Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie die Berufsverbände der Fachberufe des Gesundheits-, Veterinär- und Pflegewesens wirken bei den Aufgaben nach diesem Gesetz mit. Die Aufgabenträger nach § 2 und die in Satz 1 genannten Stellen und Einrichtungen sind zur Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) In die nach diesem Gesetz von den Aufgabenträgern nach § 2 aufgestellten Gefahrenabwehrpläne, Alarm- und Einsatzpläne sind die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 einzubeziehen, soweit dies erforderlich ist.

(3) Die Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen, in denen eine größere Anzahl pflege- oder sonst hilfsbedürftiger Menschen untergebracht ist, sind verpflichtet, zur Mitwirkung bei den Aufgaben nach diesem Gesetz Einsatzleitungen zu schaffen, Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben sowie Übungen durchzuführen und an Übungen der Aufgabenträger nach § 2 teilzunehmen. In den Alarm- und Einsatzplänen sind auch die Unterstützungsmöglichkeiten durch die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen und die im Katastrophenschutz mitwirkenden Organisationen zu berücksichtigen. Die Alarm- und Einsatzpläne sind auf Anforderung der zuständigen unteren Katastrophenschutzbehörde mit den Gefahrenabwehrplänen, Alarm- und Einsatzplänen der Aufgabenträger nach § 2 abzustimmen.

(4) Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie kann die Träger der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie der Einrichtungen, in denen eine größere Anzahl pflege- oder sonst hilfsbedürftiger Menschen untergebracht werden kann, verpflichten, Einrichtungen oder Gebäudeteile, Personal und Sachmittel zur Verfügung zu stellen, soweit dies zur Abwehr von Großschadenslagen und Katastrophen erforderlich ist.

(5) Die Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und die Einrichtungen, in denen eine größere Anzahl pflege- oder sonst hilfsbedürftiger Menschen untergebracht ist, haben den Aufgabenträgern nach § 2 insbesondere Angaben zur Anzahl der Betten und Spezialbetten, zu besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten, Aufnahme- und Operationskapazitäten sowie zur Personalvorhaltung zu machen. Die Träger der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet, bei Großschadenslagen und Katastrophen geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um Aufnahme- und Behandlungskapazitäten bereitzustellen zu können. Die Maßnahmen zur Erhöhung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten müssen in den Alarm- und Einsatzplänen der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen enthalten sein.

§ 43 Besondere Pflichten von Angehörigen der Gesundheitsberufe

(1) In ihrem Beruf tätige Ärzte und Ärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Tierärzte und Tierärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen sowie Angehörige der Fachberufe des Gesundheits-, Veterinär- und Pflegewesens sind verpflichtet, sich für die Aufgaben nach diesem Gesetz fortzubilden.

(2) In die nach diesem Gesetz von den Aufgabenträgern nach § 2 aufgestellten Gefahrenabwehrpläne, Alarm- und Einsatzpläne sind die in Absatz 1 genannten Personen aufzunehmen, soweit dies für die Mitwirkung bei Einsätzen und Übungen erforderlich ist. Die in Absatz 1 genannten Personen können durch die Aufgabenträger nach § 2 verpflichtet werden, an Einsätzen und Übungen teilzunehmen. Die Teilnahme an Übungen erfolgt in Abstimmung mit den Berufskammern, der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, der Saarländischen Krankenhausgesellschaft e.V. und den Berufsverbänden der Fachberufe des Gesundheits-, Veterinär- und Pflegewesens.

(3) Die Berufskammern, die sonstigen berufsständischen Vertretungen, die Kassenärztliche Vereinigung Saarland sowie die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und des öffentlichen Veterinärdienstes übermitteln den Aufgabenträgern nach § 2 die Angaben, die diese zur Durchführung dieses Gesetzes benötigen.

§ 46 Kostentragung im Katastrophenschutz

(1) Die Organisationen privater Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes tragen die Kosten für die persönliche Ausrüstung der Helfer und Helferinnen, die Ausbildung und die Ausstattung, soweit sie organisationsüblich oder für die besondere Anerkennung nach § 19 Abs. 4 erforderlich sind.

(2) Die Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken tragen die im Rahmen der §§ 25 und 41 entstehenden Kosten sowie die Kosten der zusätzlichen persönlichen Ausrüstung. Sie leisten nach Maßgabe der im Haushaltsplan zur Verfügung stehenden Mittel Zuschüsse an die Träger privater Einrichtungen ihres Bereichs zur Beschaffung organisationseigener Ausstattung, die für Zwecke des Katastrophenschutzes zur Verfügung gestellt wird.

(3) Das Land trägt nach Maßgabe des Landeshaushalts

1. die notwendigen Kosten, die durch die Beschaffung von Fahrzeugen, Geräten und Material für Einheiten und Einrichtungen entstehen, soweit die Beschaffung auf Anordnung der obersten Katastrophenschutzbehörde erfolgt und nicht bereits auf andere Weise mit öffentlichen Mitteln bezuschusst wird,

2. die notwendigen Kosten für die persönliche Ausrüstung der Helfer und Helferinnen in Regieeinheiten mit landesweiter Zuständigkeit,

3. die notwendigen Kosten der Unterbringung der Fahrzeuge und sonstigen Ausstattung,

4. die notwendigen Kosten der zusätzlichen Ausbildung, soweit sie nicht unter § 25 fallen,

5. die notwendigen Kosten des Einsatzes von Kräften des Bundes und der Länder (§ 28 Abs. 5),

6. die notwendigen Kosten des Einsatzes von Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes im Ausland, sofern sie nicht von anderen Stellen übernommen werden,

7. die übrigen notwendigen Einsatz- und Übungskosten, soweit sie nicht unter Absatz 2 Satz 1 fallen.

(4) Für die Kosten der Unterhaltung und Unterbringung der Fahrzeuge einschließlich der Fachdienstausstattung und sonstigen Ausstattung kann das Land Pauschalentgelte festlegen.

§ 47 Kostenersatz bei einer Großschadenslage oder einer Katastrophe

(1) Der Betreiber oder die Betreiberin einer Anlage mit besonderem Gefahrenpotenzial und der Halter oder die Halterin eines Fahrzeuges mit Gefahrgut haben der Katastrophenschutzbehörde die Kosten zu ersetzen, die sie aufgewendet hat für

1. die Bekämpfung einer aus betrieblichen oder umgebungsbedingten Gefahrenquellen drohenden oder eingetretenen Freisetzung des in der Anlage oder im Fahrzeug vorhandenen Gefahrenpotenzials oder

2. die unaufschiebbare Beseitigung der durch eine solche Freisetzung verursachten Schäden.

(2) Ansprüche gegen andere Verantwortliche und anderweitige Ersatzansprüche bleiben unberührt.

1.2.2.2 Saarländisches Rettungsdienstgesetz (SRettG) [7]

Vom 9. Februar 1994 in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Januar 2004 (Amtsbl. S. 170), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 25. Oktober 2011 (Amtsbl. I S. 418).

§ 1 Geltungsbereich

Dieses Gesetz regelt Notfallrettung und Krankentransport als öffentliche Aufgabe (Rettungsdienst) sowie die Zulassung von Unternehmern und Unternehmerinnen zum Krankentransport.

§ 2 Aufgaben

(1) Der Rettungsdienst ist eine Aufgabe der Gefahrenabwehr und der Gesundheitsvorsorge. Er hat die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Notfallrettung und Krankentransport sicherzustellen.

(2) Gegenstand der Notfallrettung ist es, Notfallpatienten oder Notfallpatientinnen am Notfallort medizinisch zu versorgen, die Transportfähigkeit herzustellen und sie unter medizinisch-fachlicher Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu befördern. Sie umfasst auch die Beförderung von Notfallpatienten oder Notfallpatientinnen zu weiterführenden diagnostischen Einrichtungen und geeigneten Behandlungseinrichtungen unter intensivmedizinischen Bedingungen (Intensivtransport). Notfallpatienten oder Notfallpatientinnen sind Personen, die sich infolge Verletzung, Krankheit oder aus sonstigen Gründen entweder in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten. Zur Notfallrettung gehört auch die Bewältigung von Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken. Notfallrettung ist ausschließlich eine öffentliche Aufgabe.

(3) Gegenstand des Krankentransports ist die Beförderung von Kranken, Verletzten oder sonst hilfsbedürftigen Personen, die keine Notfallpatienten oder Notfallpatientinnen sind, und die fachgerechte Betreuung durch dafür qualifiziertes Personal.

(4) Der Rettungsdienst kann weitere Aufgaben der Gesundheitsvorsorge übernehmen, wenn dadurch die rettungsdienstlichen Aufgaben nicht beeinträchtigt werden und die Erstattung des Aufwandes geregelt ist.

§ 3 Rettungsdienstfahrzeuge

(1) Für den Rettungsdienst sind Krankenkraftwagen, Notarzt-Einsatzfahrzeuge und Luftfahrzeuge einzusetzen.

(2) Krankenkraftwagen sind Fahrzeuge, die für die Notfallrettung oder den Krankentransport besonders eingerichtet und nach dem Fahrzeugschein als Krankenkraftwagen anerkannt sind (Krankentransportwagen, Notfallkrankwagen, Rettungswagen). Notarzt-Einsatzfahrzeuge sind Fahrzeuge mit spezieller Ausstattung zum Transport des Notarztes oder der Notärztin und der medizinisch-technischen Ausstattung an den Einsatzort.

(3) Rettungsdienstfahrzeuge müssen den allgemein anerkannten Regeln der Technik und dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen.

(4) Rettungsdienstfahrzeuge einschließlich des Rettungsmaterials sowie des Gerätes zur Lagerung und zum Transport von Verletzten oder Erkrankten sind Rettungsmittel.

§ 4 Personal

(1) Rettungsdienstfahrzeuge sind im Einsatz mit mindestens zwei fachlich und gesundheitlich geeigneten Personen zu besetzen. Bei der Notfallrettung hat mindestens ein Rettungsassistent oder eine Rettungsassistentin, beim Krankentransport mindestens ein Rettungsassistent oder eine Rettungsassistentin den Patienten oder die Patientin zu betreuen. Eine im Krankenkraftwagen als Fahrer oder Fahrerin eingesetzte Person ist fachlich geeignet, wenn sie zumindest über eine abgeschlossene Sanitätsausbildung verfügt. Notarzt-Einsatzfahrzeuge sind neben dem Notarzt oder der Notärztin mit einem Rettungsassistenten oder einer Rettungsassistentin zu besetzen. Rettungshubschrauber müssen neben dem Piloten oder der Pilotin mit einem Rettungsassistenten oder einer Rettungsassistentin, der oder die eine für den Einsatz auf Luftrettungsmitteln erforderliche Zusatzausbildung abgelegt hat, und einem Notarzt oder einer Notärztin besetzt sein.

(2) Für die Notfallrettung ist die erforderliche Zahl von Notärzten und Notärztinnen sicherzustellen. Der Notarzt oder die Notärztin muss über die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin verfügen. Er oder sie kann dem Personal im Einsatz in fachlichen Fragen Weisungen erteilen.

(3) Wer Notfallrettung oder Krankentransport betreibt, ist verpflichtet, für eine regelmäßige Fortbildung des Personals zu sorgen. Die Fortbildung hat sich darauf zu richten, dass das Personal den aktuellen medizinischen und technischen Anforderungen gerecht wird. Das Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres, Kultur und Europa durch Rechtsverordnung Vorschriften zu erlassen über Inhalt, Dauer und Durchführung der Fortbildung sowie über das Anerkennungs- und Prüfungsverfahren.

(4) Das Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres, Kultur und Europa durch Rechtsverordnung [1] Vorschriften zu erlassen über die Ausbildung und Prüfung von Rettungsassistenten und Rettungsassistentinnen sowie über die Anerkennung entsprechender Befähigungsnachweise von Staatsangehörigen der übrigen EU-Mitgliedstaaten oder diesen gleichgestellten Personen.

§ 5 Träger

(1) Der Rettungsdienst ist eine den Landkreisen und dem Regionalverband Saarbrücken übertragene staatliche Aufgabe. Die Landkreise und der Regionalverband Saarbrücken bilden einen Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung. [2] Die Aufsicht führt das Ministerium für Inneres, Kultur und Europa.

(2) Notfallrettung und Krankentransport mit Luftfahrzeugen sind eine Aufgabe des Landes, die dem Ministerium für Inneres, Kultur und Europa obliegt. Ihre Durchführung kann ganz oder teilweise Dritten übertragen werden.

§ 6 Organisation

(1) Mit Zustimmung des Ministeriums für Inneres, Kultur und Europa regelt der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung den Auf- und Ausbau des Rettungsdienstes und legt die Standorte [3] der notwendigen Rettungswachen und die Art und Zahl der zur Notfallrettung notwendigen Rettungsdienstfahrzeuge so fest, dass ein leistungsfähiger und wirtschaftlicher Einsatz des Rettungsdienstes sichergestellt ist.

(2) Die Rettungswachen halten die notwendigen Rettungsdienstfahrzeuge und das notwendige Personal einsatz- und abrufbereit. Rettungswachen sind soweit möglich in Krankenhäusern unterzubringen. Vor dem Neu-, Um- oder Erweiterungsbau von Krankenhäusern ist zu prüfen, ob sie den Rettungsdienst aufnehmen können. Der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung trifft durch Vereinbarungen mit den

Krankenhausträgern Vorsorge, dass in ihren Krankenhäusern Ärzte und Ärztinnen für Einsätze im Rettungsdienst einsatzbereit sind.

(3) Die Notfallrettung ist so zu planen, dass ein geeignetes Rettungsmittel jeden an einer öffentlichen Straße gelegenen Notfallort innerhalb einer Hilfsfrist von zwölf Minuten erreichen kann und die Hilfsfrist grundsätzlich in 95 vom Hundert aller an einer öffentlichen Straße zu erwartenden Notfalleinsätze eingehalten werden kann. Satz 1 gilt nicht für die Vorhaltung zur Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken und nicht für den Intensivtransport. Die Hilfsfrist umfasst den Zeitraum vom Eingang einer Notfallmeldung bei der zuständigen Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen eines geeigneten Rettungsmittels am Notfallort.

(4) Vor Entscheidungen über Neu- und Erweiterungsinvestitionen für den Rettungsdienst, die sich auf die Betriebskosten auswirken, sind die Krankenkassen oder deren Verbände und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. - Landesausschuss Saarland - zu hören.

§ 7 Rettungsleitstelle

(1) Der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung ist Träger der Rettungsleitstelle. Er kann die Rettungsleitstelle selbst betreiben oder eines seiner Mitglieder oder eine Gemeinde mit der Durchführung dieser Aufgabe beauftragen. Die Rettungsleitstelle kann gemeinsam mit einer Feuerwehreinsatzzentrale betrieben werden. Die Rettungsleitstelle lenkt alle Rettungseinsätze im ganzen Land. Sie kann dazu dem im Rettungsdienst eingesetzten Personal Weisungen erteilen. Sie muss ständig betriebsbereit und mit geeignetem Personal ausgestattet sein. Mit der Lenkung rettungsdienstlicher Einsätze beauftragte Personen müssen die Qualifikation als Rettungsassistent oder Rettungsassistentin haben und sind regelmäßig fortzubilden. Die Rettungsleitstelle arbeitet mit den Krankenhäusern, den für den vertragsärztlichen Notdienst zuständigen Stellen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, der Polizei, den Hilfsorganisationen und der Feuerwehr zusammen und wirkt im Katastrophenschutz mit.

(2) Die Rettungsleitstelle führt einen zentralen Bettenachweis und eine Übersicht über die bei einem größeren Schadensereignis verfügbaren Versorgungs- und Behandlungskapazitäten. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, der Rettungsleitstelle die hierfür notwendigen Meldungen zu machen. Die Rettungsleitstelle unterrichtet bei Notfällen die Krankenhäuser über eine bevorstehende Aufnahme. Die Rettungsleitstelle führt eine Übersicht über die vertragsärztlichen Notdienste.

(3) Das Ministerium für Inneres, Kultur und Europa wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz durch Rechtsverordnung Inhalt und Verfahren der von den Krankenhäusern abzugebenden Meldungen zu regeln.

(4) Die Rettungsleitstelle ist Einsatzzentrale des Hausnotrufsystems und veranlasst Hilfe in Notfällen. Die Rettungsleitstelle kann weitere Aufgaben, insbesondere die Alarmierung des vertragsärztlichen Notdienstes, durch Vereinbarung übernehmen.

§ 7a Integrierte Leitstelle

(1) Für die Errichtung und den Betrieb einer Integrierten Leitstelle gelten die Vorschriften des Gesetzes über die Errichtung und den Betrieb der Integrierten Leitstelle des Saarlandes.

(2) Nach Inbetriebnahme der Integrierten Leitstelle des Saarlandes übernimmt diese die Aufgaben der Rettungsleitstelle nach § 7.

§ 8 Durchführung

(1) Der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung überträgt die Durchführung des Rettungsdienstes durch öffentlich-rechtlichen Vertrag Hilfsorganisationen (Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter-Unfallhilfe, Malteser-Hilfsdienst), Gemeinden oder sonstigen Dritten (Beauftragte). Eine Mitwirkung im Rettungsdienst ist mit einer konkurrierenden Betätigung im Krankentransport außerhalb des Rettungsdienstes unvereinbar. Bei Bedarf kann der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung eigene Einrichtungen des Rettungsdienstes schaffen und betreiben.

(2) Der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung beaufsichtigt die mit der Durchführung des Rettungsdienstes Beauftragten. Betreibt der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung die Rettungsleitstelle nicht selbst, gilt Satz 1 für den Betreiber der Rettungsleitstelle entsprechend. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit der Durchführung. Der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung kann hierzu Weisungen erteilen. Bei Aufgaben, die den Bereich der Gesundheitsverwaltung berühren, sind diese Behörden zu beteiligen.

(3) Wird die Neu- oder Wiederbesetzung eines Rettungswachenbereichs erforderlich, so erfolgt zu diesem Zweck eine öffentliche Ausschreibung durch den Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung. Der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung hat bei der Entscheidung eine effektive und wirtschaftliche Leistungserbringung zu berücksichtigen.

(4) Der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung hat ausreichende Vorbereitungen für die Sicherstellung des Rettungsdienstes bei Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken zu treffen. Soweit in die Vorbereitungen Einsatzmittel und Einsatzpersonal des Katastrophenschutzes einbezogen werden, erfolgt dies in Absprache mit den Katastrophenschutzbehörden. Für das Einsatzpersonal des Katastrophenschutzes gilt bei Einsätzen im Rettungsdienst Abschnitt 5 des Gesetzes über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland entsprechend. Der Rettungsdienst mit Fahrzeugen, die ausschließlich für Katastrophen oder Notfallereignisse mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken vorgehalten werden, ist von der Beschränkung in § 2 Abs. 2 Satz 5 ausgenommen.

(5) Die rettungsdienstliche Einsatzorganisation bei Großschadensereignissen[6] wird von der Einsatzleitung Rettungsdienst geführt. Der Einsatzleitung Rettungsdienst gehören der Leitende Notarzt oder die Leitende Notärztin und der Organisatorische Leiter oder die Organisatorische Leiterin an. Sie haben für ihren jeweiligen Aufgabenbereich ein Weisungsrecht gegenüber den Einsatzkräften. Die Bestellung der Einsatzleitung Rettungsdienst erfolgt durch den Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung.

(6) Das Ministerium für Inneres, Kultur und Europa erlässt allgemeine Verwaltungsvorschriften insbesondere über die Einsatzorganisation und vorbereitende Maßnahmen einschließlich einer Medikamentenbevorratung zur Sicherstellung des Rettungsdienstes bei Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken.

§ 9 Ausgabentragung

(1) Zu den Ausgaben für die Errichtung der zur Notfallrettung notwendigen Rettungswachen und deren Ausstattung gewähren das Land und der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung einen Zuschuss zu je 25 vom Hundert. Gleiches gilt für die erstmalige Beschaffung und für die Ersatzbeschaffung der zur Notfallrettung notwendigen Rettungsdienstfahrzeuge.

(2) Das Land gewährt im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel Zuschüsse zu den notwendigen Ausgaben für die kommunikations- und informationstechnische Ausstattung, die fernmeldetechnischen Infrastruktureinrichtungen sowie die Datenverarbeitungsprogramme der Rettungsleitstelle.

(3) Das Ministerium für Inneres, Kultur und Europa wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Ministerium der Finanzen Verwaltungsvorschriften über die Zuschüsse des Landes nach den Absätzen 1 und 2 zu erlassen.

(4) Die Aufgaben der Rettungsleitstelle nach § 7 Abs. 4 werden gegen Kostenerstattung erbracht.

(5) Die Ausgaben für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst und die Einsatzleitung Rettungsdienst sind Kosten des Rettungsdienstes.

§ 21a Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Ärztliche Leiterin Rettungsdienst und Qualitätssicherung

(1) Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst wird auf Vorschlag des Ministeriums für Inneres, Kultur und Europa durch den Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung bestellt. Der Vorschlag erfolgt im Benehmen mit der Ärztekammer des Saarlandes und der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland. Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst muss über die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin verfügen. Eine Abberufung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst oder der Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst ist nur aus wichtigem Grund und nur mit Zustimmung des Ministeriums für Inneres, Kultur und Europa möglich.

(2) Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst hat den Stand der Qualitätssicherung im medizinischen Bereich des Rettungsdienstes festzustellen, den sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete Qualitätssicherung im Rettungsdienst einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Zur Erfüllung seiner oder ihrer Aufgaben kann der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst von den im Rettungsdienst mitwirkenden Personen und Stellen nicht patientenbezogene Auskünfte, Aufzeichnungen und aktuelle Dokumentationen verlangen.

(3) Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst soll insbesondere

1. den Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung bei allen medizinischen Fragen und bei Entscheidungen über Zahl, Standort und Ausstattung von rettungsdienstlichen Einrichtungen fachlich beraten und unterstützen;

2. im Zusammenwirken mit dem Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung und den Katastrophenschutzbehörden die Grundlagen für eine effektive medizinisch-organisatorische Planung und Leitung des rettungs- und sanitätsdienstlichen Instrumentariums bei Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken schaffen;

3. im Zusammenwirken mit dem Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung, den mit der Notfallrettung Beauftragten und den Notärzten und Notärztinnen eine weitgehend einheitliche pharmakologische und medizin-technische Ausstattung und Ausrüstung der Fahrzeuge festlegen;

4. auf der Grundlage von Dokumentationen die Einsatzstrategien und das Einsatzgeschehen in der Rettungsleitstelle oder Integrierten Leitstelle überwachen und zusammen mit dem Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung durch Fortschreibung der Dispositionsanweisungen und gezielter Fort- und Weiterbildung des Personals optimieren;

5. auf der Grundlage von Dokumentationen die Versorgung der Notfallpatienten und Notfallpatientinnen durch ärztliches und nichtärztliches Personal überwachen und zusammen mit dem Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung und den Notärzten und Notärztinnen Empfehlungen für ärztliches Personal sowie Behandlungsrichtlinien für nichtärztliches Personal erarbeiten;

6. gewonnene Erkenntnisse gezielt in die Fort- und Weiterbildung des Rettungsdienstpersonals und der Notärzte und Notärztinnen einbringen sowie als Anregungen an die Ausbildungsstätten geben.

Empfehlungen und Vorschläge des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst oder der Ärztlichen Leiterin Rettungsdienst an den Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung zu medizinischen Fragen und zu Zahl, Standort oder Ausstattung von rettungsdienstlichen Einrichtungen sind von der Verbandsversammlung bei nächster Gelegenheit zu behandeln.

(4) Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst oder die Ärztliche Leiterin Rettungsdienst erstellt jährlich einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung im Rettungsdienst.

1.2.2.3 Verordnung über die Organisation des Katastrophenschutzes im Saarland [8]

Vom 13. Oktober 2014

Aufgrund des § 54 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Gesetzes über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland vom 29. November 2006 (Amtsbl. S. 2207), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 26. Juni 2013 (Amtsbl. I. S. 262) verordnet das Ministerium für Inneres und Sport nach Anhörung des Landesbeirates für Brandschutz, Technische Hilfe und Katastrophenschutz:

§ 1 Gliederung

(1) Der Katastrophenschutz ist nach Fachdiensten gegliedert. In diesen Fachdiensten sind Einheiten und Einrichtungen gebildet, die je nach Schadenslage zusammengefasst oder aber auch in einzelnen Modulen eingesetzt werden können. Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes können auch fachdienstübergreifend aufgestellt werden.

(2) Im Katastrophenschutz wirken Einheiten und Einrichtungen in folgenden Fachdiensten mit:

1. Brandschutz und Technische Hilfe,
2. ABC-Schutz,
3. Bergung und technischer Dienst,
4. Sanitätswesen,
5. Veterinärwesen,
6. Betreuung,
7. Informations- und Kommunikationstechnik,
8. Versorgung,
9. Wasserrettung,

10. Psychosoziale Notfallversorgung.

§ 2 Grundstrukturen

(1) Die oberste Katastrophenschutzbehörde bestimmt die Stärke, Gliederung und Ausstattung der Einheiten und Einrichtungen in den Grundstrukturen. Sie kann in den einzelnen Fachdiensten Mindeststandards festlegen, die in gesonderten Konzeptionen näher beschrieben werden. Diese Konzeptionen umfassen neben der einsatztaktischen Gliederung der Einheiten auch die Festlegung der landes- und bundeseigenen Ausstattung sowie Ausbildung des Personals.

(2) Für alle Einheiten und Einrichtungen ist grundsätzlich eine personelle Doppelbesetzung vorzusehen.

§ 6 Sanitätsdienst

(1) Der Sanitätsdienst hat die Aufgabe, bei Großschadenslagen oder Katastrophen mit einem Massenanfall von Verletzten und Erkrankten deren Versorgung sicherzustellen. Im Einzelnen sichtet der Sanitätsdienst, führt medizinische Sofortmaßnahmen durch und stellt die Transportfähigkeit her. Zudem leistet er Erste Hilfe durch ärztliches und nicht-ärztliches Personal. Er registriert und transportiert Verletzte.

(2) Um die in Absatz 1 genannten Aufgaben zu bewältigen, ist neben einer engen Verzahnung mit dem Rettungsdienst die Schaffung einer ergänzenden Infra-Struktur durch den Aufbau von Einheiten zur Behandlung und dem Transport von Patienten erforderlich. Diese Aufgabe obliegt der zuständigen unteren Katastrophenschutzbehörde in Abstimmung mit dem Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung und den privaten Hilfsorganisationen. Hierbei ist eine abgestimmte Ausstattung und Ausbildung anzustreben, damit eine gegenseitige Unterstützung mit Material und Personal möglich ist.

(3) Die zuständige untere Katastrophenschutzbehörde beplant in Abstimmung mit den privaten Hilfsorganisationen auf Gemeindeverbandsebene die Zusammenführung der Sanitätskomponenten mit einem benachbarten Gemeindeverband.

(4) Die für die sanitätsdienstliche Aufgabenbewältigung benötigte Ausstattung und Ausrüstung ist von den Aufgabenträgern nach § 2 Absatz 2 in Verbindung mit § 46 des Gesetzes über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland, ergänzt durch die organisationseigene Ausstattung und die Ausstattung der Unterstützungskomponenten des Bundes, zu erbringen. Die Ausstattung besteht im Allgemeinen aus Gerätewagen-Sanität, Krankentransportwagen, Mannschaftstransportwagen und Geräteanhängern.

§ 8 Medizinische Task Force

(1) Die Medizinische Task Force ist das Kernelement der sanitäts- und betreuungsdienstlichen Versorgung in der Konzeption des ergänzenden Katastrophenschutzes des Bundes. Schwerpunkt dieses Konzeptes ist die Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten. Die Medizinische Task Force ist ein arztbesetzter sanitätsdienstlicher Einsatzgroßverband mit der Möglichkeit der Dekontamination Verletzter und des Aufbaus und Betriebs eines Behandlungsplatzes. Zusätzlich verfügt sie über eine bedeutende Transportkomponente.

(2) Im Saarland ist eine Medizinische Task Force eingerichtet. Diese wird als eigenständige Einrichtung nach den Vorgaben des Bundes geführt, sodass ein Einsatz als geschlossener Verband und eine Koordinierung durch den Bund jederzeit gewährleistet ist. Die Fahrzeugausstattung besteht ausschließlich aus Bundesfahrzeugen. Im Einvernehmen mit den unteren Katastrophenschutzbehörden sowie dem Landesverband des Deutschen Roten Kreuzes und der Landesgeschäftsstelle des Malteser Hilfsdienstes sind als Träger im Wesentlichen das Deutsche

Rote Kreuz und der Malteser Hilfsdienst sowie als Standorte der Landkreis Saarlouis und der Regionalverband Saarbrücken festgelegt. Verantwortlich für die Medizinische Task Force sind die unteren Katastrophenschutzbehörden des Landkreises Saarlouis und im Regionalverband Saarbrücken die Landeshauptstadt Saarbrücken.

(3) Die Medizinische Task Force ist darüber hinaus einsatztaktisch so aufzustellen, dass sie auch bei der Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten im landeseigenen Katastrophenschutz im Rahmen der überörtlichen Hilfe geschlossen oder modular zum Einsatz kommen kann.

(4) Die Medizinische Task Force stellt das Kontingent im Zuge des Konzeptes für eine länderübergreifende Katastrophenhilfe im sanitätsdienstlichen Bereich.

§ 13 Technische Einsatzleitung

(1) Die Technische Einsatzleitung nach § 28 Absatz 2 des Gesetzes über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland stellt das Bindeglied zwischen den übergeordneten Einrichtungen, insbesondere zwischen den Stäben bei den unteren Katastrophenschutzbehörden und den nachgeordneten Einheiten und Einrichtungen am Schadensort dar (technisch-taktische Maßnahmen).

(2) In jedem Gemeindeverband ist eine Technische Einsatzleitung als Führungseinrichtung des Katastrophenschutzes aufgestellt. Die Fahrzeugausstattung besteht aus einem vom Land beschafften Einsatzleitwagen.

(3) Träger der Technischen Einsatzleitung sind grundsätzlich die Feuerwehren nach einer entsprechenden Zuweisung durch die unteren Katastrophenschutzbehörden.

§ 14 Überörtliche und länderübergreifende Schadenslagen

Für überörtliche und länderübergreifende Schadenslagen wird durch das Land eine Vorplanung für die Aufstellung von Hilfeleistungskontingenten getroffen. Dabei haben die Kommunen, die in den Fachdiensten Brandschutz und Technische Hilfe sowie im ABC-Schutz über Fahrzeuge des Bundes und des Landes verfügen, die vorbereitenden Maßnahmen nach Maßgabe der Planung des Landes unabhängig von der kommunalen Gefahrenabwehr zu treffen. In den Fachdiensten Sanitätsdienst, Betreuungs- und Versorgungsdienst sowie Wasserrettungsdienst haben die unteren Katastrophenschutzbehörden mit den zuständigen privaten Hilfsorganisationen die vorbereitenden Maßnahmen nach Maßgabe der Planung des Landes unabhängig von der Sicherstellung des Grundschutzes zu treffen. Die Maßnahmen in § 8 bleiben hiervon unberührt.

§ 15 Ausbildung und Übungen

(1) Die oberste Katastrophenschutzbehörde kann aufbauend auf den organisationseigenen Regelungen weitere Festlegungen zur funktionsbezogenen katastrophenschutzspezifischen Aus- und Fortbildung der Helfer und Helferinnen treffen. Die ergänzende Zivilschulung des Bundes ist in die Aus- und Fortbildung der Helfer und Helferinnen zu integrieren.

(2) Zur Erprobung der Einsatzpläne für bestimmte Großschadenslagen oder Katastrophen und des Zusammenwirkens der im Katastrophenschutz mitwirkenden Einheiten und Einrichtungen sowie zur Überprüfung der Einsatzbereitschaft der Einsatzkräfte hat jede untere Katastrophenschutzbehörde folgende Übungen durchzuführen:

1. Planübungen und Alarmierungsübungen,
2. Stabsrahmenübungen und
3. Vollübungen.

(3) Die unteren Katastrophenschutzbehörden sollen die Übungen nach Absatz 2 Nummer 1 und 2 mindestens im Abstand von zwei Jahren durchführen. Übungen nach Absatz 2 Nummer 3 sollen von den unteren Katastrophenschutzbehörden mindestens im Abstand von fünf Jahren durchgeführt werden.

1.2.2.4 Verwaltungsvorschrift für die Bewältigung von Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker [9]

Vom 9. Juni 2006

Az.: E 4

Auf Grund des § 8 Abs.6 des Saarländischen Rettungsdienstgesetzes (SRettG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Januar 2004 (Amtsbl. S. 170), geändert durch Artikel 1 Abs. 34 des Gesetzes vom 15. Februar 2006 (Amtsbl. S. 474), erlässt das Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport nach Anhörung des Beirates Rettungsdienst die folgende Verwaltungsvorschrift:

1. Zielsetzung

Nach § 2 Abs. 2 Satz 4 SRettG gehört die Bewältigung von Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken zur Notfallrettung. Ziel der Verwaltungsvorschrift ist es, bei diesen Notfallereignissen entsprechend § 8 Abs. 6 SRettG die Einsatzorganisation und weitere vorbereitende Maßnahmen zu regeln.

2. Anwendungsbereich

Ein Notfallereignis mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker im Sinne dieser Verwaltungsvorschrift liegt dann vor, wenn die Anzahl der Verletzten oder Kranken eine über das gewöhnliche Einsatzgeschehen hinausgehende besondere Vorgehensweise und Koordinierung der zur Verfügung stehenden Hilfsdienste erfordert.

Davon ist in der Regel auszugehen

- a) bei Schadensereignissen mit zehn und mehr Verletzten oder Kranken,
- b) bei Schadensereignissen, bei denen fünf oder mehr arztbesetzte Rettungsfahrzeuge (NEF, RTH, NAW) zum Einsatz kommen.

Regionale Unterschiede in der rettungsdienstlichen Vorhaltung sind zu berücksichtigen.

Darüber hinaus kann auch bei sonstigen Schadenslagen, bei denen es nach dem Meldebild einer besonderen Koordinierung des Rettungsdienstes sowie der Einheiten des Sanitäts- und des Betreuungsdienstes und der Schnell-Einsatz-Gruppen der Hilfsorganisationen bedarf, eine entsprechende Vorgehensweise angezeigt sein. Dies gilt in allen Notfällen, in denen der Schadensart nach mit der gesundheitlichen Gefährdung einer größeren Personenzahl gerechnet werden kann (z.B. Großbrände, Räumung von Explosionsstoffen und gefährlichen Chemikalien in dichtbesiedelten Gebieten). Zuständigkeiten anderer Behörden und öffentlicher Stellen (z.B. nach dem Infektionsschutzgesetz) sind zu beachten.

3. Versorgungsstruktur

Bei der Planung der vorbereitenden Maßnahmen ist vorzusehen, dass die regelmäßig verfügbaren Versorgungskapazitäten in der Regel innerhalb von 30 Minuten nach der Alarmierung angemessen personell und materiell verstärkt werden können. Die Planungen haben von einer Obergrenze von 50 verletzten oder erkrankten Personen je Versorgungsregion auszugehen. Sie umfassen die für die Versorgung dieser Patientenzahl mit einem statistischen Verletztenverteilungsmuster notwendigen personellen Ressourcen und die erforderliche Basisausrüstung einschließlich geeigneten Transportgeräts.

Die Eintreffzeit für die Einsatzleitung Rettungsdienst soll im Regelfall 30 Minuten nicht überschreiten. Der Rettungszweckverband hat die zur Sicherstellung dieser Eintreffzeit und der ständigen Einsatzbereitschaft erforderliche Zahl von regionalen Gruppen für die notärztliche Leitung und die organisatorische Leitung unter Berücksichtigung der jeweiligen Aufgabenstellung zu bilden.

4. Vorbereitende Maßnahmen

Die vorbereitenden Maßnahmen beziehen sich mindestens auf folgende Bereiche:

- a) Erfassung von Personal und Einrichtungen des Rettungsdienstes,
- b) Aufstellen von Einheiten aus Personal mit rettungsdienstlicher Erfahrung zur Verstärkung des rettungsdienstlichen Potenzials,
- c) Abstimmung mit Hilfsorganisationen und Feuerwehren über unterstützende Tätigkeiten bei Notfallereignissen mit einer größeren Zahl Verletzter oder Kranker,
- d) Organisation der Einsatzleitung Rettungsdienst,
- e) Erfassung geeigneter Behandlungseinrichtungen zur stationären Aufnahme der Verletzten oder Kranken,
- f) Beschaffung und Vorhaltung von Sanitätsmaterial sowie der erforderlichen medizinisch-technischen, technischen und sonstigen Ausstattung je Versorgungsregion und
- g) Medikamentenbevorratung.

Auf der Grundlage der geplanten Maßnahmen sind Einsatzpläne zu erstellen.

5. Maßnahmen bei Notfallereignissen

Bei einem Notfallereignis mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker sind die verfügbaren Einsatz- und Behandlungskapazitäten unter Einschränkung der Regelversorgung einzusetzen. Der Rettungsdienst ist mit eigenen Einheiten zu verstärken und durch Einheiten des Sanitäts- und Betreuungsdienstes des Katastrophenschutzes, durch Schnell-Einsatz-Gruppen der Hilfsorganisationen und durch Einheiten der Feuerwehren zu unterstützen.

Bei Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker ist das Personal der Rettungsleitstelle schnellstmöglich zu verstärken.

6. Einsatzleitung Rettungsdienst – ELRD

Die Einsatzleitung Rettungsdienst besteht aus dem Leitenden Notarzt oder der Leitenden Notärztin und dem Organisatorischen Leiter oder der Organisatorischen Leiterin (§ 8 Abs. 5 S RettG). Dem Leitenden Notarzt oder der Leitenden Notärztin kommt dabei am Einsatzort ein Weisungsrecht zu.

Die Einsatzleitung Rettungsdienst leitet und koordiniert den Einsatz des Rettungsdienstes sowie der Einheiten des Sanitäts- und Betreuungsdienstes und der Schnell-Einsatz-Gruppen der Hilfsorganisationen.

Soweit bei nicht rein medizinischen Schadensereignissen eine Einsatzleitung oder eine Technische Einsatzleitung nach § 15 des Gesetzes über den Brandschutz und die Hilfeleistung im Saarland und § 7 der Brandschutz-Organisationsverordnung bzw. nach den §§ 10 und 11 des Gesetzes über den Katastrophenschutz im Saarland die Leitung der Einsatzmaßnahmen vor Ort übernommen hat, ist diese im Rahmen ihrer Aufgaben weisungsbefugt gegenüber der Einsatzleitung Rettungsdienst. In die fachdienstlichen Aufgaben soll dabei nur eingegriffen werden, wenn dies zur Wahrnehmung der Gesamteinsatzleitung notwendig ist. Die Zuständigkeiten des Leitenden Notarztes oder der Leitenden Notärztin in medizinischen Fragen bleiben unberührt. Die Mitglieder der Einsatzleitung Rettungsdienst wirken in der Gesamteinsatzleitung mit.

Für den Einsatz der Einsatzleitung Rettungsdienst sind Einsatzpläne zu erstellen.

6.1 Einsatz, Alarmierung

Der Einsatz der Einsatzleitung Rettungsdienst erfolgt durch die Rettungsleitstelle. Die Rettungsleitstelle entscheidet nach Meldebild. Anforderungen der örtlichen Einsatzleitung oder einer unteren Katastrophenschutzbehörde, eine Einsatzleitung Rettungsdienst einzusetzen, hat sie zu entsprechen.

Die Rettungsleitstelle alarmiert die Einsatzleitung Rettungsdienst gemäß den Alarm- und Ausrückeordnungen, die vom Rettungszweckverband erstellt werden.

6.2 Einsatzgrundsätze

Der Leitende Notarzt oder die Leitende Notärztin und der Organisatorische Leiter oder die Organisatorische Leiterin werden obligatorisch gemeinsam eingesetzt. Der Leitende Notarzt oder die Leitende Notärztin und der Organisatorische Leiter oder die Organisatorische Leiterin wirken bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben vertrauensvoll zusammen.

Der ersteintreffende Notarzt oder die ersteintreffende Notärztin übernimmt medizinisch-organisatorische Aufgaben bis zum Eintreffen des Leitenden Notarztes oder der Leitenden Notärztin. Der ersteintreffende Rettungsassistent oder die ersteintreffende Rettungsassistentin übernimmt rettungsdienstlich-organisatorische Aufgaben bis zum Eintreffen des Organisatorischen Leiters oder der Organisatorischen Leiterin.

Der Leitende Notarzt oder die Leitende Notärztin und der Organisatorische Leiter oder die Organisatorische Leiterin haben für ihren jeweiligen Aufgabenbereich ein Weisungsrecht gegenüber den jeweiligen Einsatzkräften (§ 8 Abs. 5 Satz 3 S RettG).

Die Einsatzleitung Rettungsdienst entscheidet über die fachdienstlichen Maßnahmen am Einsatzort; soweit erforderlich, geschieht dies in Absprache mit der Rettungsleitstelle. Die Rettungsleitstelle sorgt für die Umsetzung der fachdienstlichen Maßnahmen wie insbesondere die Alarmierung und Heranführung zusätzlich benötigten Einsatzpotenzials sowie die Verteilung der Verletzten auf geeignete Krankenhäuser.

6.3 Bestellung und Qualifikation

Der Rettungszweckverband bestellt die zur Sicherstellung der ständigen Einsatzbereitschaft in den regionalen Gruppen ausreichende Zahl von Leitenden Notärzten und Leitenden Notärztinnen sowie Organisatorischen Leitern und Organisatorischen Leiterinnen.

Als Leitender Notarzt oder Leitende Notärztin können nur Ärzte und Ärztinnen bestellt werden, die über die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin verfügen oder vor der am 2. Mai 2001 in Kraft getretenen Änderung der Weiterbildungsordnung für die Ärzte des Saarlandes im Saarland, oder vor entsprechenden Stichtagen im Zuständigkeitsbereich anderer Ärztekammern oder im Zuständigkeitsbereich einer Ärztekammer, die die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin nicht eingeführt hat, den Fachkundenachweis Rettungsdienst erworben, und die sich einer Fortbildung nach den „Empfehlungen zur Qualifikation des Leitenden Notarztes beim Massenanfall

Verletzter und Erkrankter“ der Bundesärztekammer in Übereinstimmung mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) unterzogen haben.

Zum Organisatorischen Leiter oder zur Organisatorischen Leiterin kann nur bestellt werden, wer eine Ausbildung zum Rettungsassistent oder zur Rettungsassistentin abgeschlossen und eine Führungs- und Organisationsausbildung durchlaufen hat.

Weitere, über diese Grundqualifikation hinausgehende Anforderungen, regelt der Rettungszweckverband in einer Dienstordnung, die auch Bestimmungen insbesondere zur Organisation der regionalen Gruppen, zu Dienstplänen, zur Alarmierung und zur Fortbildung der Einsatzleitung Rettungsdienst enthält.

6.4 Ausstattung

Leitende Notärzte und Leitende Notärztinnen sowie Organisatorische Leiter und Organisatorische Leiterinnen sind mit persönlicher Schutzausrüstung und Funkmeldeempfängern auszustatten. Jede regionale Gruppe von Leitenden Notärzten und Leitenden Notärztinnen sowie Organisatorischen Leitern und Organisatorischen Leiterinnen ist mit einem Einsatzfahrzeug mit 4m-Sprechfunkgerät, einem 2m-Handsprechfunkgerät und einem Notfallkoffer auszustatten.

7. Leitender Notarzt oder Leitende Notärztin – LNA

7.1 Aufgaben

Dem Leitenden Notarzt oder der Leitenden Notärztin obliegen alle medizinischen Führungs- und Koordinierungsaufgaben. Oberstes Ziel des Handelns muss dabei das möglichst schnelle Herstellen individualmedizinischer Versorgungsqualität sein. Im Rahmen seiner oder ihrer Führung hat der Leitende Notarzt oder die Leitende Notärztin insbesondere folgende Aufgabenschwerpunkte wahrzunehmen:

- a) Erkundung, Feststellung und Beurteilung der Lage aus medizinischer Sicht,
- b) Feststellung des Schwerpunktes und der Art des medizinischen Einsatzes,
- c) Leitung und Überwachung aller medizinischen Maßnahmen an der Einsatz-stelle (Sichtung, medizinische Versorgung, Transport).

Die ärztliche Beurteilung und die Entscheidung über die Priorität der Versorgung von Patienten oder Patientinnen hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung sowie Zeitpunkt, Art und Ziel des Transports (Sichtung) sind regelmäßig vom Leitenden Notarzt oder der Leitenden Notärztin vorzunehmen. Sie können aus organisatorischen Gründen, z.B. bei einer größeren Anzahl von Verletzten, einem erfahrenen Notarzt oder einer erfahrenen Notärztin (möglichst mit LNA-Qualifikation) übertragen werden. Die Einteilung muss durch den Leitenden Notarzt oder die Leitende Notärztin erfolgen.

7.2 Kennzeichnung

Zu ihrer eindeutigen Kennzeichnung an der Einsatzstelle werden die Leitenden Notärzte und Leitenden Notärztinnen landeseinheitlich mit Überziehwesten ausgestattet. Die Westen haben die Farbe Weiß -RAL 9010- und tragen die Aufschrift „Leitender Notarzt“. Für die sonstigen Anforderungen ist der Er-llass über die Kennzeichnung von Führungskräften an Einsatzstellen bei Groß-schadenslagen vom 10. April 2002 (GMBI. Saar S. 131) entsprechend anzuwenden.

8. Organisatorischer Leiter oder Organisatorische Leiterin – OrgL

8.1 Aufgaben

Der Organisatorische Leiter oder die Organisatorische Leiterin ist zuständig und verantwortlich für die gesamte organisatorische Abwicklung der rettungs-/sanitätsdienstlichen Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker.

Der Organisatorische Leiter oder die Organisatorische Leiterin nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- a) Feststellung und Beurteilung der Schadenslage aus taktisch-organisatorischer Sicht,*
- b) Beurteilung der Örtlichkeit im Hinblick auf die Festlegung des Standortes von Patientenablagen, Behandlungsplätzen, Krankenwagenhalteplätzen und Hubschrauberlandeplätzen und gfls. Unterstützung der Einsatzleitung bei der Festlegung dieser Standorte,*
- c) Organisation des Verletztenabtransports (in Abstimmung mit der Rettungsleitstelle und unter Berücksichtigung der Festlegungen des Leitenden Notarztes oder der Leitenden Notärztin),*
- d) Verbindung zur Rettungsleitstelle und zur Gesamteinsatzleitung und*
- e) Leitung des Einsatzes der Kräfte des Rettungs-, Sanitäts- und Betreuungsdienstes.*

Der Organisatorische Leiter oder die Organisatorische Leiterin kann bestimmte Teilaufgaben an Führungskräfte des Sanitäts- und Betreuungsdienstes und der Schnell-Einsatz-Gruppen der Hilfsorganisationen mit entsprechender Qualifikation übertragen.

8.2 Kennzeichnung

Zu ihrer eindeutigen Kennzeichnung an der Einsatzstelle werden die Organisatorischen Leiter und Organisatorische Leiterinnen landeseinheitlich mit Über-ziehwesten ausgestattet. Die Westen haben die Farbe Weiß -RAL 9010- und tragen die Aufschrift „Organisatorischer Leiter“. Für die sonstigen Anforderungen ist der Erlass über die Kennzeichnung von Führungskräften an Einsatzstellen bei Großschadenslagen vom 10. April 2002 (GMBI. Saar S. 131) entsprechend anzuwenden.

9. Einheiten zur Verstärkung des Rettungsdienstes

Der Rettungszweckverband trifft Maßnahmen zur Bildung einer Einsatzeinheit je Versorgungsregion mit Einsatzpersonal, das rettungsdienstliche Erfahrung hat und den regulären Rettungsdienst verstärkt. Aufgabenschwerpunkt ist die medizinische Versorgung von Verletzten oder Kranken mit dem Ziel, möglichst ein an der notfallmedizinischen Individualmedizin orientiertes Vorgehen zu gewährleisten.

10. Schnell-Einsatz-Gruppen (SEG) / Einheiten des Sanitäts- und Betreuungsdienstes

Schnell-Einsatz-Gruppen der Hilfsorganisationen sind teilweise in die Einheiten des Katastrophenschutzes eingebunden.

Die Schnell-Einsatz-Gruppen und die Einheiten des Sanitäts- und Betreuungsdienstes des Katastrophenschutzes stellen bei einem Notfallereignis mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker ein beachtenswertes und bewährtes verstärkendes Element des Hilfeleistungssystems dar.

10.1 Einsatzauftrag

Schnell-Einsatz-Gruppen und Einheiten des Sanitäts- und Betreuungsdienstes kommen bei der Bewältigung eines Notfallereignisses mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker zum Einsatz, wenn die Leistungsgrenze des Rettungsdienstes einschließlich des Einsatzes von Verstärkungseinheiten erreicht ist. Die Unterstützung kann aus Elementen des Sanitätsdienstes, der Betreuung, der Versorgung oder technischen Elementen bestehen.

10.2 Aufgaben

Bei einem Notfallereignis mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker kommen insbesondere folgende unterstützende Funktionen in Frage:

- a) Einrichtung von Patientenablagen und Behandlungsplätzen,
- b) Betreuung und Begleitung der Leichtverletzten bei deren Abtransport,
- c) Aufbau und Einrichtung von Betreuungsstellen,
- d) Betreuung von Betroffenen und Angehörigen,
- e) Verpflegung von Einsatzkräften, nicht verletzten Betroffenen und Angehörigen,
- f) Personen- und Materialtransporte und
- g) Mithilfe bei Angehörigenbefragung / Suchdienst.

10.3 Alarmierung

Die Entscheidung für den Einsatz von Schnell-Einsatz-Gruppen und von Einheiten des Sanitäts- und Betreuungsdienstes treffen ausschließlich die Rettungsleitstelle, die Einsatzleitung Rettungsdienst, der Einsatzleiter oder die Einsatzleiterin, die Technische Einsatzleitung oder die untere Katastrophenschutzbehörde.

Die Alarmierung der Schnell-Einsatz-Gruppen erfolgt über die Rettungsleitstelle. Der Rettungsleitstelle sind die Alarm- und Ausrückeordnungen und die für die Erfassung der Schnelleinsatzgruppen erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Die Alarmierung der Einheiten des Sanitäts- und Betreuungsdienstes erfolgt über die zuständigen Feuerwehralarm- und Feuerwehreinsatzzentralen.

11. Dokumentation

Ein Notfallereignisereignis mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker erfordert eine Situationsanalyse mit Erkenntnissen zu Zeit, Ort und Umfeld, zum Notfallgeschehen und möglichen Arbeiterschwernissen.

Zur Registrierung der Verletzten ist die vom Deutschen Roten Kreuz entwickelte „Verletztenanhängekarte zum Einsatz bei einem Massenanfall von Verletzten/Kranken in Fällen von Großschadensereignissen und Katastrophen“ zu verwenden.

11.1 Sichtung

Ziel der Sichtung bei einer Vielzahl von Verletzten ist das Bemühen, die be-grenzten Ressourcen möglichst optimal einzusetzen und so das Bestmögliche für den Einzelnen zu erreichen. Die für die Patienten und Patientinnen festgelegte Sichtungskategorie muss schriftlich festgehalten werden. Für die Sichtungsdokumentation gilt folgender Mindestdatensatz:

- a) Patientenummer (unverwechselbare Identifikationsnummer),
- b) Sichtungskategorie in römischen Zahlen (farbkodiert nach Ampelschema) und
- c) Kurz-Diagnose (inkl. Strichmännchen).

Des Weiteren sollen im Mindestdatensatz die durchgeführte Therapie (diese Daten sollen in Kurzfassung durch Ankreuzfelder dokumentiert werden), das (Transport-) Fahrzeug, die Zielklinik sowie ein freies Feld für die Dokumentation von Besonderheiten vorhanden sein.

11.2 Verletztenregistrierung

In jedem Rettungsmittel sind zehn Karten zur Verletztenregistrierung vorzuhalten. Jeder Leitende Notarzt oder jede Leitende Notärztin führt 50 Verletztenanhängekarten in den Einsatzunterlagen mit sich.

Mit der Registrierung ist möglichst früh zu beginnen, um

a) einen Überblick über die Anzahl vorgefundener Patienten und Patientinnen und zu betreuender Personen zu erhalten,

b) entsprechende Kapazitätsanforderungen sächlicher und personeller sowie allgemeiner und spezieller Art vornehmen zu können,

c) zu erwartende Anfragen von Angehörigen, Polizei, oder Presse beantworten zu können.

Die Registrierung wird vom Organisatorischen Leiter oder der Organisatorischen Leiterin veranlasst.

11.3 Beförderungsliste

Der Organisatorische Leiter oder die Organisatorische Leiterin veranlasst die Führung einer Beförderungsliste, in die folgende Angaben einzutragen sind:

- Name und Vorname (sofern verfügbar)

- Zielort

- Beförderndes Fahrzeug

- Im Feld Bemerkungen : - Nummer der Verletztenanhängekarte

- Sichtungsergebnis.

12. Arzneimittelbevorratung

Für die Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker ist es notwendig, in Kliniken einen Vorrat von Notfallmedikamenten vorzuhalten, der Zugriff auf wichtige Medikamente unabhängig von den Öffnungszeiten der Apotheken erlaubt. Näheres wird die Krankenhausaufsichtsbehörde im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport durch Rechtsverordnung nach § 10 Abs. 6 Saarländisches Krankenhausgesetz regeln.

13. Krankenhäuser

Die Krankenhäuser nehmen nach § 10 Abs. 2 Saarländisches Krankenhausgesetz an der Bewältigung von Großschadensereignissen und Katastrophen teil. Sie haben zu diesem Zweck Einsatzleitungen zu schaffen sowie Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben. In den Alarm- und Einsatzplänen müssen auch Maßnahmen zur Erhöhung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten enthalten sein.

1.2.3 Innerverbandliche Regelungen

1.2.3.1 Die Krisenmanagement-Vorschrift des Deutschen Roten Kreuzes (K-Vorschrift) [10]

3. Möglichkeiten und Voraussetzungen für das Tätigwerden des DRK

(...)

3.2 Einsatz in staatlicher Beauftragung

Das DRK versteht sich mit seinen Potentialen des Komplexen Hilfeleistungssystems als Teil der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr. In der Regel wird das DRK dabei in direkter staatlicher Beauftragung tätig. Für die Dauer eines solchen Einsatzes unterstellt das DRK seine Einheiten unter eigener Führung den staatlichen Führungsstrukturen.

3.3 Einsatz auf Basis eigener Initiative

Das DRK kann mit seinen Potentialen aufgrund eigener Initiative tätig werden. Ein Einsatz in eigener Initiative berührt nicht die auf Landes- und Bundesebene eingegangenen Verpflichtungen gegenüber staatlichen Strukturen.

3.4 Einsatz aufgrund privatrechtlicher Vereinbarung

Das DRK kann aufgrund privatrechtlicher Vereinbarung mit seinem Gesamtpotential Leistungen erbringen.

Gefahrenabwehr aufgrund einer unerwartet eingetretenen Lage (plötzliches Ereignis) hat jedoch nach dem Maß der Not immer Vorrang vor vorsorglicher Bereitstellung, unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts der Lage, auch wenn die vorsorgliche Bereitstellung deshalb reduziert oder beendet werden muss.

1.2.3.2 Die Krisenmanagement-Vorschrift des Deutschen Roten Kreuzes (K-Vorschrift) Ergänzungen für den DRK Landesverband Saarland e.V. [11]

1. Hilfeleistungspotential des Deutschen Roten Kreuzes im Saarland

1.1 Das Hilfeleistungspotential des Deutschen Roten Kreuzes im Saarland besteht aus dem Gesamtpotential aller Gliederungen des DRK im Saarland.

1.2 Im Rahmen des DRK-Gesamtpotentials bilden insbesondere die nachstehend aufgeführten Teile die für den Einsatz in der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr (u.a. Katastrophenschutz) geeigneten Strukturen.

1.2.1 Einsatzformationen sind die nach dem jeweils vom DRK-Landesverband Saarland mit dem Innenministerium vereinbarten Gliederungen und aufgestellten Einsatzeinheiten sowie die durch das DRK in eigener Regie aufgestellten Führungs- oder Unterstützungseinheiten (z.B. Schnelleinsatzgruppen, Führungsgruppen, Rettungshundestaffel).

1.2.1.2 Die Einsatzformationen werden personell durch die Rotkreuzgemeinschaften besetzt. Ihre fachdienstliche Aufgabenstellung ergibt sich aus den Stärke und Ausstattungsnachweisen der jeweiligen Einheit.

1.2.1.3 Die Planung der Standorte obliegt dem DRK-Kreisverband unter Berücksichtigung der behördlichen Anforderung an das System des Katastrophenschutzes. Der DRK-Landesverband Saarland wird entsprechend über die Planungen informiert.

1.2.1.4 Im Einsatz werden Einsatzformationen durch die jeweiligen Führungskräfte geführt. Außer bei der Unterstellung unter Führungsstellen des Katastrophenschutzes oder anderer Rotkreuzverbände, unterstehen sie dem Verantwortlichen für das Krisenmanagement des jeweiligen DRK Kreisverbandes.

1.2.2 Bereitschaftssystem

1.2.2.1 Zum komplexen Hilfeleistungssystem des DRK gehören Unterkünfte der Rotkreuzgemeinschaften, die Heime und Einrichtungen sowie die Geschäftsstellen des DRK. Sie bilden eine flächendeckende Grundstruktur, von der aus im Bedarfsfall örtliche Unterstützung für die Bevölkerung geleistet werden kann.

1.2.2.2 Die personelle Besetzung der Unterkünfte wird durch deren Leitungen gemeinsam mit den örtlichen Rotkreuzgemeinschaften organisiert.

1.2.2.3 Grundlegend gehören alle Einrichtungen des DRK zur kritischen Infrastruktur in der Bundesrepublik Deutschland. Alle daraus erwachsenden Anforderungen und Aufgaben sollten so umfassend als möglich erfüllt werden. In jeder DRK-Unterkunft/Einrichtung sollten mindestens Basis-Hilfeleistungen des Sanitätsdienstes und des Betreuungsdienstes (soziale Betreuung) erbracht werden können.

1.2.3.3 Das komplexe Hilfeleistungskonzept [12]

Komplexes Hilfeleistungssystem

Unter dem "Komplexen Hilfeleistungssystem" sind zunächst alle unter einem einheitlichen und durchgängigen Managementprozess stehenden multidimensionalen Planungen und Aktivitäten zu verstehen, die dazu beitragen, die vielseitigen Hilfeleistungen des DRK in einen Gesamtzusammenhang zu bringen und miteinander so zu verzahnen, dass eine effektive und am Bedarf orientierte Bewältigung von Schadenslagen aller Art ermöglicht wird.

Im Katastrophenfall bildet es das gesamtverbandliche Einsatzinstrumentarium des Deutschen Roten Kreuzes. Die Strategie beschreibt dieses System wohl wissend, dass andere gleichwertige Hilfeleistungssysteme existieren.

2.1 Leitbild und Selbstverständnis

(...) Als von der Regierung der Bundesrepublik Deutschland sowie vom Internationalen Komitee vom Roten Kreuz anerkannte Nationale Rotkreuz-Gesellschaft erfüllt das Deutsche Rote Kreuz die in den Genfer Abkommen vom 12. August 1949 sowie der Zusatzprotokolle festgelegten Aufgaben. Gleichzeitig ist es unter Berufung auf Artikel 26 des I. Genfer Abkommens ermächtigt, unter Verantwortung der Bundesregierung im ständigen Sanitätsdienst der Bundeswehr mitzuwirken. Diese Anerkennung ist Auftrag und Selbstverpflichtung zugleich, und das Potenzial des Deutschen Roten Kreuzes, auch und gerade in Konfliktfällen mit Notsituationen besonderen Ausmaßes umzugehen, macht seine Besonderheit als Rotkreuzgesellschaft aus, wodurch es sich signifikant von anderen Hilfsorganisationen unterscheidet. (...)

3. Das komplexe Hilfeleistungssystem Grundlegende Ausrichtung

3.1 Einordnung in das Gesamtsystem des Bevölkerungsschutzes

Das Deutsche Rote Kreuz ist integrierter Bestandteil eines nationalen und internationalen Hilfeleistungssystems. Hierbei kooperiert es teils subsidiär, teils partnerschaftlich

- national

mit Behörden und Organisationen mit Sicherheits- und Gefahrenabwehraufgaben (Bundeswehr, Polizeien des Bundes und der Länder, Feuerwehren, Technischem Hilfswerk, privaten Hilfsorganisationen usw.), mit den im Gesundheitsversorgungssystem mitwirkenden Einrichtungen und Institutionen (notfallmedizinische, medizinische, soziale Versorgung in weitestem Sinne), mit der Wissenschaft und den gebildeten Netzwerken;

(...)

3.3 Kompetenzbildung und Aufgabenfelder-Integration

Das Deutsche Rote Kreuz ist in einer Vielzahl von Aufgabenfeldern tätig, denen jeweils unterschiedliche Rahmenbedingungen zugrunde liegen, wodurch spezifische Prozesse notwendig sind und stattfinden.

Um ein komplexes Hilfeleistungssystem herzustellen, ist - unter Anerkennung und Berücksichtigung dieser speziellen Prozesse – in den einzelnen Aufgabenfeldern mehr Verantwortung für die Vorbereitung auf und Bewältigung von Katastrophen je nach ihren Möglichkeiten wahrzunehmen.

Die **Kernkompetenz** des Deutschen Roten Kreuzes im Alltag lässt sich mit dem Oberbegriff der **gesundheitlichen und sozialen Versorgung und Betreuung** in weitestem Sinne bezeichnen.

Vor allem hier:

- findet unmittelbare und direkte Hilfeleistung für/ an betroffene(n) Personen statt;
- ist der größte Anteil an besonders qualifiziertem ehren- und hauptamtlichen Personal sowie besondere immobile und mobile Ausstattung gebunden.

Zu dieser Kernkompetenz gehören solche Aufgaben, wie zum Beispiel:

- Notfallrettung, Krankentransport;
- Sanitätsdienst, Wasserrettung, Bergrettung;
- Betreuungsdienst, psychosoziale Unterstützung;
- ambulante und stationäre Krankenversorgung;
- ambulante und stationäre Pflegeversorgung;
- Gesundheitsversorgung, darunter Blutspendedienste;
- Rehabilitation.

Besonders diese Kernkompetenz ist "katastrophentauglich" zu machen, da in erster Linie sie bei Katastrophen zur Lebensrettung und zur medizinischen und mediko-sozialen Versorgung und Betreuung von Menschen beiträgt, aber auch selbst höchster Belastung ausgesetzt sein kann und darüber hinaus einen eigenen relativ hohen Verletzlichkeitsgrad hat.

Das Deutsche Rote Kreuz stellt alle auf die Sicherstellung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung und Betreuung der Bevölkerung ausgerichteten Aufgabenfelder in den Mittelpunkt seines komplexen Hilfeleistungssystems (Kernkompetenz) und plant ihre Nutzbarmachung für die Bewältigung von Katastrophen.

Neben dieser Kernkompetenz gibt es weitere spezifische Kompetenzbereiche, die für das komplexe Hilfeleistungssystem zur Bewältigung von Katastrophen und damit für den Bevölkerungsschutz von Bedeutung sind und daher eingebunden werden müssen.

Hier sind vor allem zu nennen:

- die Aufgaben, die zur **Stärkung der Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung** und zur Prävention beitragen (z.B. Erste-Hilfe-Ausbildungen, Unterrichtung der Bevölkerung in Selbstschutzmaßnahmen, Bildungsprogramme des Jugendrotkreuzes, Schulsanitätsdienste usw.);
- die Aufgaben, die zur **Gewährleistung gesellschaftlicher und sozialer Sicherheit und Existenzgrundlagen besonderer Zielgruppen** beitragen (z.B. Kinder- und Jugendhilfe; Hilfen für Senioren, Behinderte, Arme und Wohnungslose, Selbsthilfegruppen; Hilfen für Menschen mit schweren chronischen sowie Suchterkrankungen; Förderung der Integration ausländischer Mitbürger und Aussiedler, sozial benachteiligter und ausgegrenzter Menschen);
- die Aufgaben der **Führung und Führungsunterstützung** bei entsprechenden Ereignissen (z.B. Lageerkundung, Lagebeurteilung, mobile Führungsunterstützung, Information, Kommunikation, Verbindung usw.);
- die Aufgaben des **Suchdienstes, inklusive des Amtlichen Auskunftswesens** in einem international einzigartigen Netzwerk;
- **technische, logistische, versorgende Aufgaben** (z.B. Trinkwasserversorgung, Bereitstellung und Betrieb von Notunterkünften, Bereitstellung von Verpflegung) sowie die Mitwirkung an **besonderen Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen** (z.B. ABC-Schutz [Eigenschutz, Personendekontamination]);
- die Aufgaben, die nach einer Katastrophe ergriffen werden können, um der betroffenen Bevölkerung zur **Rückkehr zu den normalen Lebensumständen** zu verhelfen (Rehabilitationsleistungen wie z.B. Hilfsprojekte, Strukturhilfe, Wiederaufbauhilfe, Selbsthilfeförderung, Notfallnachsorge, Familienerholung).

Voraussetzung für die Arbeit des Deutschen Roten Kreuzes und damit für die Funktionsfähigkeit seines komplexen Hilfeleistungssystems ist die Vorhaltung einer **infrastrukturellen Basis**.

Dazu gehören Aufgaben, die überwiegend nach innen wirken, wie z.B.:

- Personal- und Organisationsentwicklung;
- Mittelbewirtschaftung, Finanzierung, Spendenmarketing;
- Rechtswesen
- Statistik, Elektronische Datenverarbeitung, Kommunikation u.a. .

Die **Grundaufgaben des humanitären Völkerrechts und der Verbreitungsarbeit** sowie ein **umfassendes Katastrophenmanagementsystem einschließlich der Öffentlichkeitsarbeit als Mittel der Krisenkommunikation** wirken auf alle genannten Aufgabenfelder deckungsgleich ein und **haben** damit **Dachfunktion**.

Aus der Zuordnung der Leistungen des Deutschen Roten Kreuzes zu Kompetenzbereichen ergibt sich das theoretische Strukturmodell für das komplexe Hilfeleistungssystem des Deutschen Roten Kreuzes, welches einheitlich anzuwenden ist.

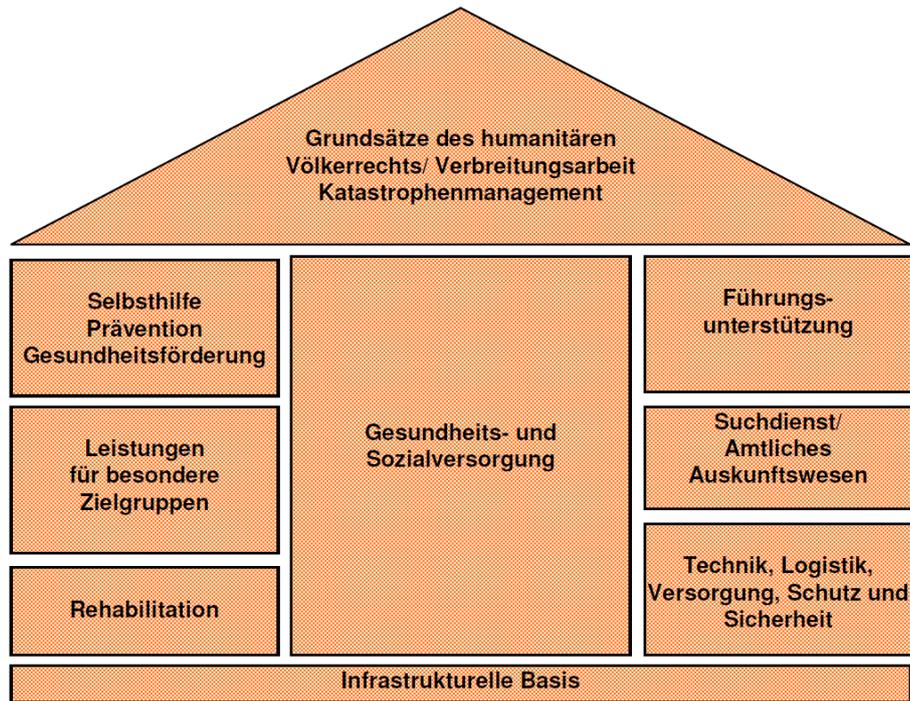


Abbildung 6 Theoretisches Strukturmodell des komplexen Hilfeleistungssystems [aus 12]

4.4 Rettungsdienst

Die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung wird im präklinischen Bereich durch den Rettungsdienst (Notfallrettung und Krankentransport) und den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst sichergestellt. Die notwendigen Rahmenbedingungen hinsichtlich der personellen und materiellen Ausstattung sowie der Finanzierung sind grundlegend im Sozialgesetzbuch und nachfolgend in den Rettungsdienstgesetzen der Länder geregelt.

Mit der länderrechtlichen Festlegung von Hilfsfristen, Qualitätsstandards, Richtlinien- und Durchführungskompetenzen sind die prinzipiellen Basisvorgaben für Leistungsziele und -anforderungen bei alltäglichen Gefahrenlagen definiert. Die 1995 verabschiedete Teilstrategie "Strukturreform im Rettungsdienst" hat maßgeblichen Einfluss auf die Weiterentwicklung des Rettungsdienstes genommen.

Die "Strukturreform im Rettungsdienst" ist daher weiter zu verfolgen und fortzuschreiben, wobei folgende wesentliche Grundaussagen weiterhin Anlass zum unnachgiebigen und erneut zu forcierenden gesamtverbandlichen Handeln gegenüber den Entscheidungsträgern geben 14:

1. Die entscheidende Forderung an die Politik betrifft die Hilfsfrist: sie ist flächendeckend in Deutschland einheitlich zu gestalten sowie einheitlich zu interpretieren, und zwar beginnend mit dem Eingang des Notrufes in der Leitstelle und nicht mit Alarmierung des Einsatzfahrzeuges. Gleiches gilt für eine mindestens bundesweit, besser noch europaweit einheitliche Notrufnummer.

2. Der Rettungsdienst ist als eigener Leistungsbereich im Sozialgesetzbuch zu regeln und nicht unter Fahrtkosten zu subsumieren.

3. Strukturelle Defizite im Rettungsdienst sind aufzuheben. Das Rettungswesen in Deutschland bedarf struktureller Gleichartigkeit, d.h. einheitlicher Mindestmerkmale, wie z.B. die Schaffung integrierter Leitstellen oder die Installation eines "Ärztlichen Leiters des Rettungsdienstes".

4. Im Rettungsdienst ist die verbindliche Einführung und Anwendung von Qualitätsinstrumenten unabdingbar.

5. Die konsequente und vollkommene Aus-, Fort- und Weiterbildung des rettungsdienstlichen Fachpersonals inklusive der Durchsetzung berufspolitischer Forderungen ist fortzusetzen.

Darüber hinaus ist unter Mitverantwortung der Führungs- und Leitungskräfte der DRK-Rettungsdienste eine engere Gestaltung der Schnittstellen zum Sanitätsdienst zu suchen. Gerade von hier können Impulse für die Herstellung von Komplexität und effizienter Verzahnung ausgehen.

4.5 Sanitätsdienst

Der "Sanitätsdienst" umfasst im weitesten strategischen Sinne alle nicht dem Rettungsdienst direkt zugeordneten bzw. ihn ergänzenden Aufgaben der Rettung von Menschenleben, Erstversorgung von verletzten und erkrankten Personen, erste ärztliche Maßnahmen und medizinische Betreuung sowie des fachgerechten Transports von Verletzten und Kranken.

Die Schnittstellen zum Rettungsdienst sind eindeutig zu definieren. Das sanitätsdienstliche Konzept des Deutschen Roten Kreuzes ist daher in einer Weiterentwicklung der bestehenden Teilstrategie klar herauszuarbeiten.

Sanitätswachdienst

Die in der Regel geplante, vorsorgliche Bereitstellung von Fachpersonal und Ausrüstung zur medizinischen Absicherung von Veranstaltungen außerhalb der rettungsdienstlichen Regelversorgung ist Aufgabe und Mindestanforderung an jeden DRK-Kreisverband.

Um hier mit qualitativ und quantitativ einheitlichen Standards im Sinne des komplexen Hilfeleistungssystems zu arbeiten, entwickelt der Bundesverband Rahmenrichtlinien für den Sanitätswachdienst.

Sanitätsdienst bei größeren Schadenslagen

Der Sanitätsdienst als in der Regel nicht geplanter, anlassbezogener Einsatz von Fachpersonal und Ausrüstung dient der medizinischen Versorgung bei größeren Schadenslagen, die durch die Regelversorgung des Rettungsdienstes nicht mehr bewältigt werden kann. Er ergänzt, unterstützt und entlastet damit die rettungsdienstliche Versorgung.

Der Sanitätsdienst ist eines der zentralen Elemente des komplexen Hilfeleistungssystems. Daher ist er flächendeckend aufzubauen.

Für die Bewältigung von Massenanfällen von Verletzten und Erkrankten (siehe Planungsplattform) bei Großschadensereignissen und Katastrophen sind als Grundstruktur in jedem Kreisverband kompatible Einsatzformationen vorzuhalten, aus denen Schnell-Einsatz-Gruppen (SEG) hervorgehen können. An dieser Grundstruktur wird festgehalten.

Für den Sanitätsdienst ist mittelfristig vorzusehen:

- die Mindeststandards für Schnell-Einsatz-Gruppen (SEG), besonders ihren Einsatzwert (Leistungsfähigkeit, Transportkapazität, Versorgungsmöglichkeit) zu vereinheitlichen;
- die Qualitätsstandards des Sanitätsdienstes (Struktur-Prozess- Ergebnis-Qualität) stärker am Rettungsdienst und an den aktuellen wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnissen (z. B. Verletzungsmuster bei MANV/E) zu orientieren. Dies hat konkrete Auswirkungen auf die personelle und materielle Ausstattung der Sanitätseinheiten;
- die Einsatzstrukturen des Sanitätsdienstes enger an die rettungsdienstlichen Versorgungsstrukturen heranzuführen. Dies ist vor allem durch eine stärkere Integration der vorhandenen Potenziale sowie durch eine höherwertige Qualifizierung des Sanitätspersonals (Rettungshelfer, Rettungssanitäter) und eine praktische Einbindung in das Tagesgeschäft des Rettungsdienstes zu erreichen.
- Der Sanitätsdienst wird auf allen Schutz- und Versorgungsstufen tätig und bedarf daher eines durchgängigen Strukturaufbaus.

Ergänzende Vorhaltungen der DRK-Landesverbände und des Bundesverbandes (z.B. Sanitätsmodul des Hilfszuges) für das Wirksamwerden auf Schutz- und Versorgungsstufe III und IV sind autark, modular und damit flexibel einsetzbar zu gestalten. Dabei orientieren sie sich an den flächendeckenden Grundstrukturen und verstehen sich als ergänzende Elemente.

Die Einsatzplanungen, Einsatzstrategien und Einsatztaktik sind in einer verbindlichen Dienstvorschrift (DV 400) zu regeln. Auf der Basis der neu zu entwickelnden sanitätsdienstlichen Konzepte sind die Ausbildungsinhalte anzupassen.

Rettungshundearbeit

Die Rettungshundearbeit im Deutschen Roten Kreuz ist eine den Sanitätsdienst ergänzende Aufgabe, die bedarfsgerecht aufgebaut werden soll.

Auf der Grundlage der Normierung des Begriffs "Rettungshundeteam" werden speziell ausgebildete und geprüfte Hunde mit Hundeführern zur Suche, Auffindung und Rettung vermisster oder verschütteter Personen inklusive erster sanitätsdienstlicher Versorgung eingesetzt.

Rettungshundearbeit ist als Teil des komplexen Hilfeleistungssystems zu etablieren. Daher sind klare Qualitätskriterien für die Rettungshundearbeit durchzusetzen.

Für die Rettungshundearbeit im Deutschen Roten Kreuz sind neben den in der Teilstrategie genannten Zielrichtungen folgende Aufgaben zu verfolgen:

(Anm: Aufzählungszeichen auch hier als Punkte)

- Einbindung von qualifizierten Rettungshundestaffeln in das System der Gefahrenabwehr und in die Alarmpläne aller Ebenen;
- Entwicklung einer (Teil-)Dienstvorschrift für den Rettungshunde-Einsatz;
- spezielle Ausbildung, Prüfung und Einsatz von Rettungshundeteams bei Katastrophen im Ausland;
- bedarfsgerechte Erweiterung des Aufgabenspektrums in der Rettungshundearbeit (Mantrailing, Wassersuche).

Berg- und Wasserrettung

Berg- und Wasserrettung sind ergänzende, rettungs- und sanitätsdienstlich geprägte Elemente mit Spezialisierung für besondere Gefahren- und Schadenslagen. Die Teilstrategien haben diesbezüglich klare Anforderungen an die Verbandsgliederungen gestellt.

Berg- und Wasserrettung bedürfen einer größeren Verbindlichkeit hinsichtlich ihrer bedarfsorientierten Einbindung in die Gesetzgebung (Rettungsdienst- und Katastrophenschutzgesetze der Länder) sowie in die behördlichen Gefahrenanalysen und -abwehrplanungen.

Für spezialisierte Einheiten (z.B. SEG, Bergrettungsgruppen, Wasserrettungsgruppen, Tauchergruppen usw.) sind ebenfalls Mindeststandards zu entwickeln.

Gleichermaßen wie für den Sanitätsdienst ist zur Sicherung einer einheitlichen Qualität für den Bergrettungseinsatz und für den Wasserrettungseinsatz jeweils eine (Teil-)Dienstvorschrift zu entwickeln und verbindlich einzuführen.

Kapitel 2 Leistungsbeschreibungen des Sanitätsdienstes

2.1 Hinführung zur Leistungsbeschreibung

Eine Leistung stellt die Erfüllung einer bestimmten konkreten Aufgabe, Aufforderung, Anfrage etc. in einem bestimmten Zeitraum dar. Aus der Physik entliehen Leistung ist Arbeit pro Zeiteinheit. Dabei ist es wichtig für jede Leistung eine Leistungsanforderung zu stellen (analog Aufgabenstellung) und ein Leistungsziel, quasi das Optimum der Aufgabenerfüllung.

Leistungsanforderungen regeln, welche zur Zielerreichung notwendigen strukturellen, personellen, materiellen und technischen Vorkehrungen gewährleistet werden müssen [12]. Leistungsziele legen fest, wie eine Leistungsanforderung im besten Falle zu erfüllen ist.

Leistung muss messbar werden, um sie im Maße verstehen zu können. Messbar wird Leistung durch Leistungsstandards. Diese Standards regeln den optimalen Weg zur optimalen Leistungserfüllung, sprich zum vollständigen Erreichen des Leistungsziels. Möglich wird so etwas durch Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems, das auf zu definierenden Qualitätsstandards beruht. Es muss in Zukunft in einem modernen Sanitätsdienst möglich werden höchste Leistung durch beste Qualität zu sichern und so zu zeigen, dass das Deutsche Rote Kreuz als verlässlicher Partner sich durch Standards auszeichnet, die in der Erfüllung Qualität garantieren.

Ein erster Schritt in diese zukunftsgerichtete Entwicklung ist die Etablierung dieser Leitlinie.

2.2 Leistungen

Gemäß den im Kapitel 1.1 beschriebenen Definitionen und Auftragsbereichen lassen sich Aufgaben ableiten, die von einem Leistungsportfolio des Sanitätsdienstes erbracht werden. Die Leistungserbringung erfolgt nach unterschiedlichen Handlungsbereichen je nach Beauftragung oder Anfrage. Die Handlungsbereiche sind in Abbildung 7 dargestellt.

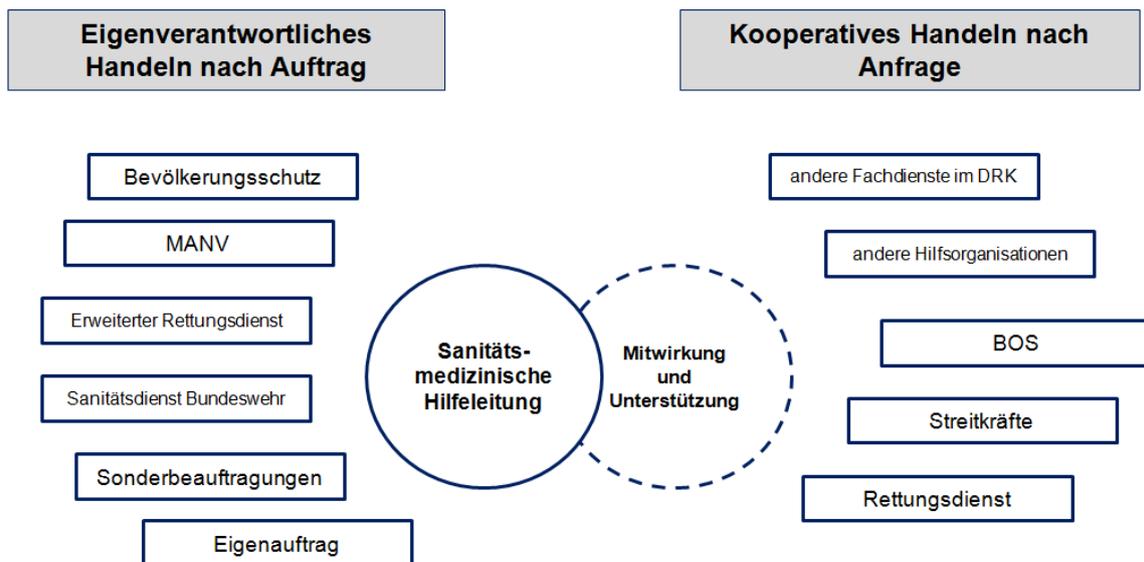


Abbildung 7: Darstellung der Handlungsbereiche für das Tätigwerden nach Auftrag oder Anfrage. MANV = Massenansturm Verletzter/Erkrankter, BOS Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben

Eine Auswahl wesentlicher Leistungen des Sanitätsdienstes ist in Abbildung 8 dargestellt.

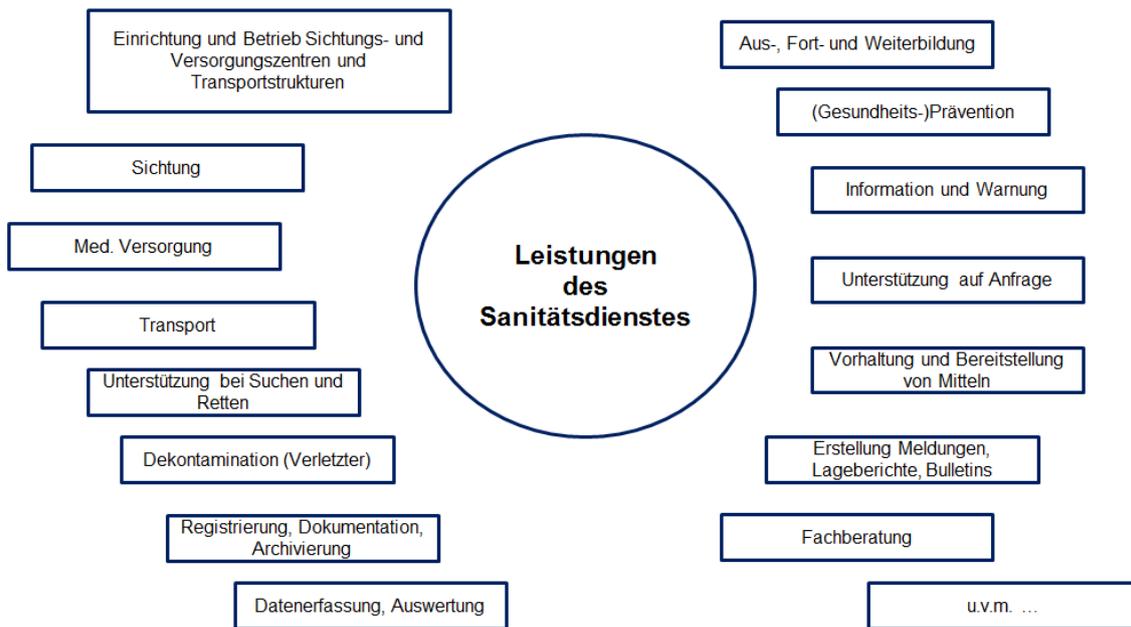


Abbildung 8: Darstellung einer Auswahl wesentlicher Leistungen des Sanitätsdienstes.

2.2.1 Detaillierte Leistungsbeschreibungen

Die detaillierten Leistungen unter besonderen Einsatzsituationen des Sanitätsdienstes werden in weiterführenden Dienstvorschriften beschrieben, Tabelle 1 gibt denkbare Beispiele hierfür.

Tabelle 1: Beispiele für weiterführende Dienstvorschriften des Sanitätsdienstes

Thematik:
Der Sanitätseinsatz beim Massenansturm Verletzter und Erkrankter
Der Sanitätseinsatz bei der Dekontamination
Der Sanitätseinsatz im Rahmen der Medizinischen Task Force
...

2.2.2 Grundlegende Leistungsbeschreibungen

Eine Beschreibung ausgewählter grundlegender Leistungen findet im Folgenden statt.

Einrichtung und Betrieb von Sichtungs-, Versorgungszentren und Transportstrukturen

Um der Kernaufgabe des Sanitätsdienstes, nämlich der unmittelbaren medizinischen Hilfeleistung, logistisch und kapazitiv gerecht zu werden, ist es notwendig „Versorgungsstrukturen“ zu etablieren. Sie sollen zum einen der Klassifizierung der Schadensschwere bei einem Patienten dienen, dies sind Strukturen der Sichtung und Triage. Darüber hinaus Strukturen der Zentralisierung von Patienten z.B. am Übergang strategischer Punkte (z.B. Übergabepunkte). Diese werden dann als „Patientenablagen“ bezeichnet. Zentren der unmittelbaren medizinischen Versorgung, die sogenannten Behandlungseinrichtungen, wie z.B. Behandlungsplätze, sind Kernarbeitsplätze der

sanitätsdienstlichen Medizin. Je nach Priorität und Ressourcen sind ein geordneter Transport und eine Anbindung an weiterführende medizinische Strukturen notwendig. Hierzu hält der Sanitätsdienst transportvorbereitende, -organisierende und durchführende Strukturen bereit. Stichworte hierbei Transportorganisation, Rettungsmittelhalteplatz. Auch die gesamte Logistik und Organisation dieser Strukturen wird durch den Sanitätsdienst in Kooperation mit anderen Fachdiensten gewährleistet.

Die grundlegenden Einrichtungen sind in Kapitel 3 näher beschrieben.

Sichtung

Nach DIN 13050 wird die Sichtung definiert als „die ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung sowie Art und Ziel des Abtransportes“ [13,14].

Um knappe Ressourcen effektiv und kontrolliert zu nutzen, die hohe Zahl Behandlungsbedürftiger zu bewältigen und dadurch das Überleben möglichst vieler Verletzter sicherzustellen, müssen im Sichtungsverfahren Patienten nach medizinischen Prioritäten klassifiziert werden [13].

Der aus dem militärischen Sprachgebrauch entlehnte Begriff der Triage wird häufig synonym verwendet. Für die Begrifflichkeit des Sanitätsdienstes im DRK wird der Begriff der Sichtung verwendet.

Die wesentlichen Sichtungskategorien gemäß der Konsensuskonferenz vom 15. März 2002 in Bad-Neuenahr-Ahrweiler sind in Abbildung 9 dargestellt. Abbildung XY zeigt Ziele der Sichtung je nach Sichtungsort.

Sichtungskategorie	Beschreibung	Konsequenz
I (T1)	Akute vitale Bedrohung	Sofortbehandlung
II (T2)	Schwer verletzt/erkrankt	Aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit
III (T3)	Leicht verletzt/erkrankt	Spätere (ambulante) Behandlung
IV (T4)	Ohne Überlebenschance	Betreuende (abwartende) Behandlung
	Tote	Kennzeichnung

Abbildung 9: Sichtungskategorien und ihre Behandlungskonsequenzen nach Sefrin et al. 2003 [15]. Diese Einteilung der Sichtungskategorien ist das Ergebnis der Konsensuskonferenz vom 15. März 2002, veranstaltet von der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Entnommen aus [13]. Neuere Konsensuskonferenzergebnisse sind zu berücksichtigen. Für die Zuordnung zur Kategorie T4 sind im Saarland eigene Regelungen getroffen, die den MANV-Konzepten des Saarlandes zu entnehmen sind. Ein Vorgehen nach dem PRIOR-Algorithmus kann hier sinnvoll und nützlich sein.

Sichtungsort	Sichtungsziel	Handlungskonsequenzen
Schadensort	Rettungspriorität unter Beachtung zeitlich möglicher Zugänglichkeit	Schnellstmögliches prioritäres Retten aus dem Gefahrenbereich, hohe Dynamik der Sichtungsent-scheidung
Verletzten-ablage	Behandlungspriorität (Zwischenstufe zum ggf. noch nicht aufgebauten Behand-lungsplatz)	Schnellstmögliche prioritäre Behandlung, Transport zum BHP (Phase II) oder zur Zielklinik (Phase I) ^a
Behandlungs-platz (BHP)	Behandlungspriorität nach notfallmedizinischen Kriterien Transportpriorität	Zuweisung zu den Behandlungs-stellen auf dem BHP, ggf. Abwarten Zuweisung zu Transportmitteln
Krankenhaus	Behandlungspriorität-Klinik: Manchester-Triage-System ^b Emergency Severity Index ^c	Integration der Verletzten/Erkrank-ten in die klinischen Patientenströ-me gemäß Notfallplan, Indikation und Kapazität

^a Zur Einsatztaktik (Phase I und II) siehe Kapitel 4.4.

^b Manchester-Triage-System (in den 1990er-Jahren in Großbritannien entwickelt):

- standardisiertes Verfahren zur Ersteinschätzung in der Notaufnahme der Krankenhäuser erste Eingruppierung eintreffender Patienten
- möglichst schnelle, aber dennoch sichere und nachvollziehbare Festlegung von Behandlungsprioritäten
- Sichtungskategorie IV nicht vorgesehen

^c Emergency Severity Index (Ende der 1990er-Jahre an der Harvard Medical School, Boston, USA, entwickelt):

- 5-stufiger Triage-Algorithmus, wissenschaftlich validiertes System
- Identifikation von Patienten, die unmittelbar von einem Notfallmediziner gesehen und behandelt werden müssen
- Identifikation von Patienten, die schadlos verzögert versorgt werden können

Abbildung 10: Sichtungsziel und Handlungskonsequenzen nach Sichtungsort. Entnommen aus [13].

Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung bzw. Hilfeleistung ist Kernaufgabe des Sanitätsdienstes. Sie erfolgt mit den Mitteln der sanitätsdienstlichen Medizin, ressourcenorientiert und nach kritischer Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit/-schwere. Hierzu sind Versorgungsleitlinien zu adaptieren oder zu etablieren, Strukturen, Prozesse und Ablaufschemata als Standard-Einsatz-Regeln für medizinische Versorgungsbereiche näher zu definieren.

Transport

Je nach Priorität und Herstellen einer Transportstabilität ist ein Patient mit einem für ihn geeigneten Rettungs-/Transportmittel in einem Zentrum weiterführender medizinischer Versorgung zuzuführen. Dies können Krankenhäuser je nach Schwerpunkt oder Versorgungsstufe sein, in anderen Einsatzlagen aber auch andere Behandlungsplätze, Medical Center, Einsatzhospitäler etc. Sowohl die Entscheidung zum Transport, als auch die Organisation und die fachqualifizierte Begleitung, Übergabe und Dokumentation kann durch Kräfte des Sanitätsdienstes geleistet werden.

Unterstützung beim Suchen und Retten

Suchen und Retten von (verletzten, erkrankten) Betroffenen gehören zu den Aufgaben spezialisierter Einheiten bzw. Fachdienste, wie z.B. Feuerwehren, Feuerwehrsondergruppen,

Technisches Hilfswerk, Bundeswehr, (Rettungs-,Trümmer-) Hundestaffeln, Bergwacht, Wasserwacht oder spezialisierte private Anbieter. Dennoch können Kräfte des Fachdienstes Sanitätsdienst in definierten Bereichen unterstützend tätig werden. Unbenommen der Aufgabe einer sofortigen Behandlungsbereitschaft, sobald Betroffene gefunden bzw. aus Schadensarealen gerettet und in die Obhut des Sanitätsdienstes übergeben wurden.

Dekontamination

Die Leistungen im Bereich der Dekontamination vor allem Verletzter sind noch nicht einheitlich formuliert. Hierzu ist die Formulierung einer eigenen Einsatzleitlinie erforderlich.

Registrierung, Dokumentation, Archivierung

Die Erfassung von Hilfesuchenden im Sanitätsdienst, wie auch als reine Registrierung im Betreuungsdienst, sind fundamentale administrative Maßnahmen, die im Dienst- bzw. Einsatzfälle unerlässlich sind, den Umgang mit Hilfesuchen erleichtern und zu einer bleibenden Einsatzdokumentation ebenso wie das Einsatztagebuch zwingend dazugehören. Jedwede Hilfesuchen an das Deutsche Rote Kreuz sind ebenso wie jedwede Maßnahme zu dokumentieren. Ein personen- bzw. im Sanitätsdienst patientenbezogenes Vorgehen stellt hier neben der Einsatzerfassung das probateste Mittel dar, eine nachvollziehbare, strukturierte, fortschreibefähige und nachhaltig archivierbare Dokumentation zu erstellen [16].

Für den DRK Landesverband Saarland e.V. sind weiterführende Regelungen in den Empfehlungen zur patientenbezogenen Datenerfassung, Dokumentation, Registrierung und Archivierung im Sanitätsdienst des DRK SAL (Beschluss der Empfehlungen durch den Landesausschuss der Bereitschaften am 10.04.16) formuliert [16].

Datenerfassung, Auswertung

Basierend auf einer qualifizierten Dokumentation können Daten zentral erfasst und ausgewertet werden. Diese können bereits während eines laufenden Einsatzes taktisch relevante Fragen beantworten oder zur Nachbereitung dienen. Fragenstellungsadaptiert können weiterführende wissenschaftliche Auswertungen erfolgen, insbesondere mit dem Ziel einer evidenzbasierteren sanitätsdienstlichen Medizin.

Weitere Leistungen, wie in Abbildung 8 dargestellt, sind z.T. selbsterklärend oder in weiterführender Literatur näher erläutert.

Kapitel 3 Grundlegende Einrichtungen des Sanitätsdienstes

3.1 Patientenablage

Definition nach DIN 13050 [14]

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

Weiterführende Erklärungen sind entnommen und adaptiert aus dem Konzept zur überörtlichen Hilfe beim MANV erstellt von der AG der Hilfsorganisationen im BBK [17]. Daher sind die Angaben in kursiv dargestellt.

Bevor Patienten dem Behandlungsplatz (BHP) zugeführt werden können, erreichen die Patienten am Rand des eigentlichen Schadenortes die Patientenablage, dort werden diese medizinisch erstversorgt und anschließend zum BHP transportiert.

An der Patientenablage werden die ersteintreffenden Rettungsmittel (gemäß definierter Einsatzmittelkette des Rettungsdienstes) tätig. Zur Unterstützung der an der Patientenablage eingesetzten Rettungsdienstkräfte kann z.B. eine SEG – Erstversorgung tätig werden. Des Weiteren müssen dort spezielle Unterstützungskräfte (Trägertrupps) zum Transport der Patienten von der Patientenablage zum Behandlungsplatz eingesetzt werden.

Aufgaben

An der Patientenablage werden bei Notfallpatienten lebensrettende Sofortmaßnahmen durchgeführt und die Transportfähigkeit hergestellt.

Die Einsatzkräfte müssen hier bei der Durchführung der notfallmedizinischen Erstversorgung an der Patientenablage oder unmittelbar am Schadensort (nicht bei vorhandenen oder vermuteten Gefahren für die Einsatzkräfte) tätig werden. An der Patientenablage ist der Einsatz von Notärzten notwendig.

Insbesondere sind bei der Erstversorgung an der Patientenablage folgende Aufgaben zu leisten:

- *Durchführung der notfallmedizinischen Grundversorgung/lebensrettenden Sofortmaßnahmen an der Patientenablage*
- *Kennzeichnung der Patientenablage*
- *Strukturierung der Patientenablage nach Sichtungskategorien*
- *Ausstattung der Betroffenen mit Patientenanhängerkarten*
- *Unterstützung bei den notärztlichen Maßnahmen und der ersten Sichtung*
- *Übernahme von Maßnahmen im Rahmen der Notkompetenz oder auf Anordnung des Notarztes*
- *Herstellen der Transportfähigkeit und Übergabe der Notfallpatienten an die Tragetrupps zum Behandlungsplatz*

- *Transport der Patienten von der Patientenablage zum Behandlungsplatz mit speziellen Unterstützungskräften (Tragetrupps)*

3.2 Behandlungsplatz

Definition nach DIN 13050 [14]

Eine Einrichtung mit einer vorgegebenen Struktur, an der Verletzte/Erkrankte nach Sichtung notfallmedizinisch versorgt werden. Von dort erfolgt der Transport in weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen.

Weiterführende Erklärungen sind entnommen und adaptiert aus dem Konzept zur überörtlichen Hilfe beim MANV erstellt von der AG der Hilfsorganisationen im BBK [17]. Daher sind die Angaben in kursiv dargestellt.

Am Behandlungsplatz werden Patienten nach den notwendigen medizinischen Versorgungsstufen (gemäß Sichtungskategorien) behandelt, die zuvor an der Patientenablage erstversorgt wurden. Der BHP wird gemäß den notwendigen medizinischen Versorgungsstufen strukturiert und betrieben.

An dem Behandlungsplatz werden die nachrückenden Rettungsmittel (gemäß definierter Einsatzmittelkette) tätig. Zur Unterstützung der an dem Behandlungsplatz eingesetzten Rettungsdienstkräfte sollten insbesondere Einsatzeinheiten der Hilfsorganisationen (auch aus dem Zivil- und Katastrophenschutz) tätig werden. Eine entsprechenden Alarm und Ausrückeordnung bzw. das Aufstellen von Behandlungsplatzbereitschaften / SEG – Behandlungsplatz ist anzustreben.

Aufgaben:

An dem Behandlungsplatz werden Notfallpatienten von Notärzten gesichtet und gemäß der Sichtungskategorie durch die Einsatzkräfte notfallmedizinisch behandelt und die Transportfähigkeit der Notfallpatienten hergestellt und aufrechterhalten. Es erfolgt dort eine Registrierung/Dokumentation und Kennzeichnung der Patienten sowie ein koordinierter Weitertransport über den Unterabschnitt „Transportorganisation“ in medizinische Einrichtungen. Der Patiententransport innerhalb des Behandlungsplatzbereiches (interner Transport) wird durch die eigenen im BHP eingesetzten Kräfte sichergestellt.

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

- *Strukturierter Aufbau des Behandlungsplatzes nach Sichtungskategorien:*

Kategorie	Beschreibung	Planungsgröße
I (rot)	Akute vitale Bedrohung	ca. 40 %
II (gelb)	Schwer verletzt / erkrankt	ca. 20 %
III (grün)	Leicht verletzt / erkrankt	ca. 40 %
IV (blau)	Ohne Überlebenschance	In Kategorie I enthalten
(schwarz)	Tote	

- *Ein- und Ausgangssichtung der Notfallpatienten*
- *Durchführung der notfallmedizinischen Behandlung*
- *Unterstützung bei den notärztlichen Maßnahmen und der Sichtung*
- *Übernahme von Maßnahmen im Rahmen der Delegation durch den Notarzt*
- *Kennzeichnung der Patienten mit Patientenanhängerkarten*
- *Ein- und Ausgangsregistrierung der Patienten*
- *Festlegung der klinischen Weiterbehandlung und der Transportprioritäten*
- *Herstellen der Transportfähigkeit und Übergabe der Patienten an die Transportmittel*

Struktur am Behandlungsplatz

Um eine optimale Patientenbehandlung und einen rationalen Einsatz der Kräfte zu sichern ist ein strukturierter Aufbau des Behandlungsplatzes notwendig. Folgende Struktur/Stellen sollten eingerichtet werden:

- *Eingangssichtung*
- *Behandlungsbereich Kategorie I (rot)*
- *Behandlungsbereich Kategorie II (gelb)*
- *Behandlungsbereich Kategorie III (grün)*
- *Behandlungsbereich Kategorie IV (blau) – nur nach vorheriger Anordnung durch den LNA/HVB*
- *Ausgangssichtung und Abtransport*
- *Totenablage*
- *Technik und Logistik*

3.3 Transportorganisation

Folgende Erklärungen sind entnommen und adaptiert aus dem Konzept zur überörtlichen Hilfe beim MANV erstellt von der AG der Hilfsorganisationen im BBK [17]. Daher sind die Angaben in kursiv dargestellt.

Der Bereich Transportorganisation stellt den Transport, die Dokumentation und die Verteilung der Patienten vom Behandlungsplatz in weiterbehandelnde medizinische Einrichtungen sicher.

Dazu wird dieser Bereich gemäß dem notwendigen medizinischen Transportbedarf strukturiert und betrieben.

Es werden dort die nachrückenden Rettungs- und Transportmittel (gemäß definierter Einsatzmittelkette angepasst an die prozentuale Patientenverteilung nach Sichtungskategorien I - III) eingesetzt. Zur Unterstützung können dort z. B. SEG – Transport und weitere Logistik- bzw. Technikeinheiten aus dem Zivil- und Katastrophenschutz eingesetzt werden.

In besonderen Fällen kann auch ein unmittelbarer Abtransport von Patienten der Kategorie I aus der Patientenablage in ein Krankenhaus erfolgen. Dies ist z. B. nötig wenn ein Patient nicht an der Patientenablage oder dem Behandlungsplatz stabilisiert werden kann und nur durch einen schnellen Transport in ein Krankenhaus gerettet werden kann. Eine entsprechende Dokumentation muss jedoch gesichert werden.

3.3.1 Patientenverteilung und Dokumentation

Im Unterabschnitt Patientenverteilung und Dokumentation erfolgt die bedarfsgerechte Patientenverteilung auf Krankenhäuser und Disposition der geforderten Transportmittel die am Rettungsmittelhalteplatz abgerufen werden. Im Vorfeld sollten entsprechende Krankenhausressourcen und Aufnahmekapazitäten definiert werden.

Die Dokumentation der Patienten erfolgt mittels einheitlicher Patientendokumentationssysteme (Patientenanhängekarten nach Empfehlung) und entsprechender Notarztprotokolle.

Nach Möglichkeit sollte bereits an der Patientenablage mit der Dokumentation der medizinischen Behandlung begonnen werden. Insbesondere eine an der medizinischen Dringlichkeit orientierte Patientensichtung muss mittels der Patientenanhängekarten gekennzeichnet werden.

3.3.2 Rettungsmittelhalteplatz

Auf dem Rettungsmittelhalteplatz werden die Einsatzmittel zum Patiententransport in der Nähe des Behandlungsplatzes gesammelt und gegliedert. Der Einsatz der Transportmittel, wird von einer Führungskraft organisiert. Der Rettungsmittelhalteplatz muss gekennzeichnet und ausgeschildert sein. Außerdem muss jederzeit eine reibungslose Zu- und Abfahrt möglich sein.

3.3.3 Hubschrauberlandestelle

Bei einer vorbereitenden Planung auf einen Massenansturm von Verletzten ist auch der Einsatz von Luftrettungsmitteln zum Transport von Patienten zu berücksichtigen.

Durch den schnellen und schonenden Transport von Patienten der Sichtungskategorie I und ggf. II in Kliniken, die nicht in der betroffenen Gebietskörperschaft liegen, wird eine Überlastung der nahe liegenden Krankenhäuser vermieden.

Für den möglichen, gleichzeitigen Einsatz mehrerer Rettungshubschrauber des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), der Deutschen Rettungsflugwacht e. V. und der ADAC-Luftrettung GmbH sowie Hubschraubern der Bundespolizei und der Bundeswehr sollten geeignete Hubschrauberlandestellen vorgeplant werden. Transport in ein Krankenhaus gerettet werden kann. Eine entsprechende Dokumentation muss jedoch gesichert werden.

Folgende Hinweise hat das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in Zusammenarbeit mit der Bundespolizei zusammengestellt und dienen der Vorplanung von Hubschrauberlandestellen auf geeigneten Freiflächen.

- *Es sollte mindestens eine Hubschrauberlandestelle festgelegt werden, auf der mehrere Hubschrauber ungehindert landen und starten können. Die besonderen Verhältnisse für einen Einsatz der Hubschrauber unterschiedlicher Größe bezüglich des Platzbedarfs und der Umgebung sind zu berücksichtigen.*

- *Für die gleichzeitige Landung bis zu 4 Rettungshubschraubern wird eine Fläche von ca. 2.500qm benötigt.*
- *Eine gleichzeitige und ungehinderte An- und Abfahrt von mehreren Rettungsfahrzeugen muss möglich sein. Eine Ausschilderung ist vorzusehen.*
- *Für die Verbindung zur Einsatzleitung oder zur Einsatzabschnittsleitung muss eine geeignete Führungseinheit, beispielsweise in der Größe eines Führungstrupps (0/1/2/3) mit einem ELW-1, zur Verfügung gestellt werden.*
- *Die Ausleuchtung und Absperrung der Hubschrauberlandestelle sowie die Absicherung durch ein Löschfahrzeug ist vorzusehen.*
- *Eine vorherige Besichtigung der Landestelle durch sachkundige Personen, beispielsweise durch den zuständigen Leiter der Rettungshubschrauberstation ist notwendig. Die Festlegung der ausgesuchten Landestellen muss den betreffenden Leitstellen bekannt gegeben und den Hubschrauber-Stationen mitgeteilt werden.*

Kapitel 4 Eingesetzte Mittel im Sanitätsdienst

4.1 Personal

Für einen Sanitätseinsatz relevant sind fachliche und führungstaktische Qualifikationen notwendig, um den Aufgaben entsprechend gerecht zu werden. Die Qualifikationsstufen bedingen eine fachliche oder taktische Führungsbeziehung. Abbildung 11 gibt einen Überblick über die Verknüpfung fachlicher und taktischer Qualifikation und den Führungsverhältnissen im Sanitätseinsatz

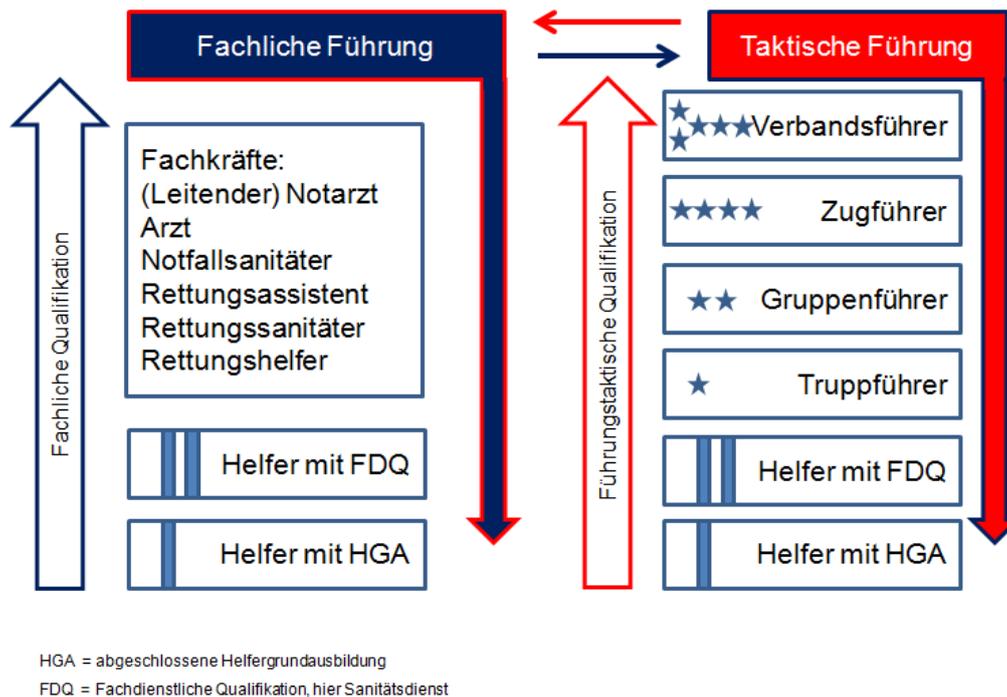


Abbildung 11: Schematische Darstellung der sanitätsmedizinischen Fachqualifikationen linke Bildseite und der führungstaktischen Qualifikationsstufen im Deutschen Roten Kreuz. Die jeweiligen bereichsinternen Führungsbeziehungen sind an den vertikal-absteigenden Pfeilen erkennbar, die einsatztaktischen an den horizontalen Pfeilen. Die „Fachfarbe“ Sanitätsdienst ist blau, die Fachfarbe für den Führungsdienst rot.

4.1.1 Helfer

4.1.1.1 Helfer ohne Fachdienstausbildung bzw. die Helfergrundausbildung

Medizinisches Grundlagenwissen ist bereits Teil der Helfergrundausbildung (HGA). Das Modul erweiterte Erste Hilfe ist zum Erwerb der HGA und zur Erlangung des Status „Helfer mit abgeschlossener Grundausbildung“ unerlässlich.

Aus der Ordnung über die Aus-, Fort und Weiterbildung im DRK [18]:

Gemäß der „Gemeinsamen allgemeinen Regeln“ für die ehrenamtliche Tätigkeit im DRK hat der Helfer das Recht und die Pflicht, sich entsprechend der ausgeübten oder vorgesehenen Tätigkeit aus-, fort- und weiterzubilden. Die zuständigen Leitungs- und Führungskräfte achten dabei auf eine möglichst breite fachliche Grundausbildung, um den Helfer multifunktional

einsetzen zu können und auf eine vorausschauende Führungskräftequalifizierung im Sinne der Personalentwicklung.

Die Helfergrundausbildung verfolgt das Ziel, für unterschiedlichste Einsatzformen innerhalb des komplexen Hilfeleistungssystems des Deutschen Roten Kreuzes bei allen Fachdienst Helfern der Bereitschaften die Basis dafür zu schaffen, dass sie unter Anleitung von ausgebildeten Fachdienst Helfern und Führungskräften multifunktional in den Fachdiensten der Bereitschaften eingesetzt werden können. Außerdem sollen die Ausbildungsteilnehmer die Fähigkeit und Bereitschaft zu einer kompetenten und engagierten Mitwirkung im DRK entwickeln.

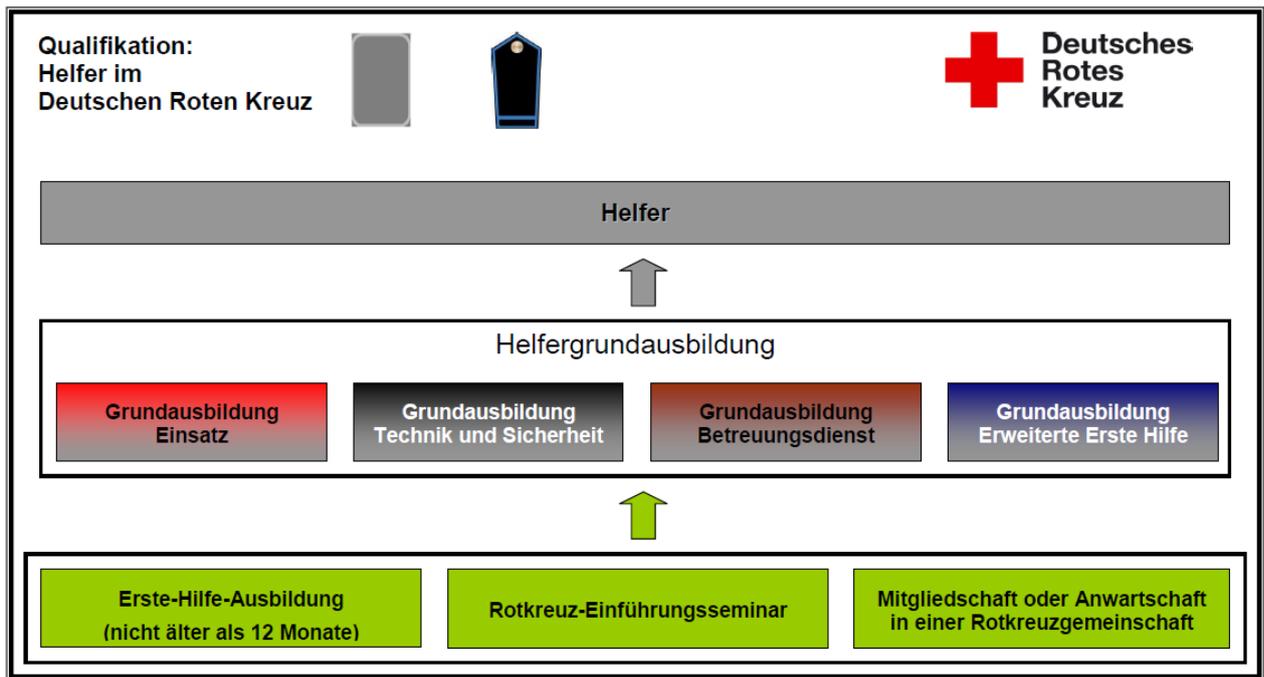


Abbildung 12: Struktur und Inhalte der Helfergrundausbildung. Entnommen aus [18]

Gemäß der Leitlinie für die Organisation des Sanitätswachdienstes (SWD) bei Veranstaltungen im DRK Landesverband Saarland e.V. werden folgende Kräfte ohne Fachdienstausbildung definiert [3]. Diese Definition gilt für diese Dienstvorschrift gleichfalls.

<p>Ersthelfer</p> <p>(keine Anrechnung in der Personalberechnung; Status: Praktikant)</p>	<p>Der Ersthelfer findet seine begriffliche Grundlage in § 7 der Unfallverhütungsvorschrift "Erste Hilfe" BGV A5 (VGB 109). Aus diesen rechtlichen Vorgaben ergeben sich die wesentlichen Aufgaben der Ersthelfer. Sie haben Erste Hilfe zu leisten bzw. bei Gefahr für Leben und Gesundheit lebensrettende Sofortmaßnahmen zu ergreifen.</p> <p>Ausbildungsstand:</p> <p>Erste Hilfe Lehrgang nach den gemeinsamen Ausbildungsrichtlinien der Hilfsorganisationen und der Berufsgenossenschaften.</p>
<p>Sanitätshelfer</p> <p>(eingeschränkte Anrechnung in der sanitätsdienstlichen Personalberechnung)</p>	<p>Der Sanitätshelfer findet seine begriffliche Grundlage in den Helfersausbildungsrichtlinien der Hilfsorganisationen (Helfergrundausbildung).</p> <p>Die Aufgaben des Sanitätshelfers ist die Erstversorgung bei Verletzungen und Erkrankungen</p> <p>Ausbildungsstand:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Helfergrundausbildung Erweiterte Erste Hilfe ▪ Sanitätsausbildung (SAN A)
--	--

4.1.1.2 Helfer mit der Fachdienstausbildung Sanitätsdienst

4.1.1.2.1 Sanitätsdienstausbildung

Die Ausbildung für diesen Fachdienst ist geregelt durch die Ordnung für Aus-, Fort- und Weiterbildung des Deutschen Roten Kreuzes Fachdienstausbildung Sanitätswesen, Teil: Sanitätsdienstausbildung mit Stand 25.11.2010 [19]. Wer die Ausbildung und die anschließende verpflichtende Prüfung mit Erfolg absolviert darf die Bezeichnung „Sanitäter“ und das Fachdienstabzeichen Sanitätsdienst tragen.

Sanitäter	<p>Der Sanitäter findet seine begriffliche Grundlage in den Sanitätsausbildungsrichtlinien der Hilfsorganisationen (Fachdienstausbildung). Die Aufgaben des Sanitäters sind die Erstversorgung bei Verletzungen und Erkrankungen, die Herstellung der Transportfähigkeit sowie die Transportbegleitung.</p> <p>Ausbildungsstand:</p> <p>Sanitätslehrgang nach den gemeinsamen Ausbildungsrichtlinien der Hilfsorganisationen und der Berufsgenossenschaften. (mind. 48 Stunden + Prüfung)</p>
------------------	--

Aus der Ordnung für Aus-, Fort- und Weiterbildung des Deutschen Roten Kreuzes Fachdienstausbildung Sanitätswesen, Teil: Sanitätsdienstausbildung [19]:

Ziel und Zweck

Die besonderen Anforderungen im Sanitätsdienst machen es notwendig, dass das eingesetzte Personal, aufbauend auf der Ersten Hilfe, zusätzliche Kenntnisse und Fertigkeiten erwirbt, um bei Sanitätswachdiensten und bei Mitwirkung in der Gefahrenabwehr adäquat helfen zu können. In der Sanitätsdienstausbildung erhalten die Teilnehmer die nötige Sicherheit zur Durchführung der entsprechenden Maßnahmen.

Durchführung:

Die Sanitätsdienstausbildung umfasst mindestens 48 Unterrichtseinheiten zzgl. der Zeit für die Prüfung. An die Ausbildung schließt sich eine Prüfung an.

4.1.1.2.2 Sanitätsdienstfortbildung

Die Ordnung für Aus-, Fort- und Weiterbildung des Deutschen Roten Kreuzes Fachdienstausbildung Sanitätswesen, Teil: Sanitätsdienstausbildung sieht die Notwendigkeit zur Fortbildungs- und Weiterbildung für ausgebildete Sanitäterinnen und Sanitäter vor [19]. Die Modalitäten sind in der Richtlinie über die Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte im Sanitätsdienst des DRK Landesverbandes Saarland e.V. näher geregelt. Diese Richtlinie regelt den Weg zur Erlangung von Fortbildungsnachweisen, die innerhalb von 24 Monaten mit 16 Punkten zu erreichen sind. Ziel dieser Maßnahmen sind Erhaltung der Qualifikation des Personals im Sanitätsdienst [20]. Im Rahmen der Fortbildungsmaßnahmen sollen die Kenntnisse und Fertigkeiten vertieft und um aktuelle Erkenntnisse ergänzt werden [19,20].

4.1.1.3 Weiterführende fachliche Qualifikationen

Im Sanitätsdienst werden Helfer auch weiterführender medizinischer Qualifikationen eingesetzt. Ihre Ausbildungsstände sind gesetzlich oder durch Verordnungen staatlich geregelt. Die Anerkennung ihrer Qualifikation wird durch deutsches Recht geregelt. Nur wer durch anerkennende Stellen dazu befähigt wurde, im Rechtsraum der Bundesrepublik Deutschland, die entsprechende Bezeichnung zu tragen und damit verbundene Kompetenzen und Maßnahmen auszuüben, darf dies auch im Rahmen des Sanitätsdienstes des Deutschen Roten Kreuzes. Nicht anerkannte internationale Qualifikationen werden auch durch das DRK nicht anerkannt. Nähere Regelungen müssen hierzu verschriftlicht werden.

Zu den weiterführenden Qualifikationen gehören [folgende Elemente entnommen aus [3]]:

- Rettungshelfer
- Rettungssanitäter
- Rettungsassistenten
- Notfallsanitäter
- Ärzte
- Notärzte (inklusive Leitende Notärzte)

Rettungshelfer	<p>Rettungshelfer sind Personen, die an einer über die Fachdienstausbildung für den Sanitätsdienst hinausgehende rettungsdienstliche Ausbildung teilgenommen haben.</p> <p>Rettungshelfer werden im Allgemeinen als Fahrer des Krankenkraftwagens eingesetzt. Sie wirken entsprechend ihrer Qualifikationen und den länderspezifischen Regelungen im Krankentransport und in der Notfallrettung mit. Obwohl der Einsatzschwerpunkt von Rettungshelfern im Krankentransport liegt, können Rettungshelfer dem höher qualifizierten Personal auch bei Notfällen assistieren.</p>
Rettungssanitäter	<p>Die fachlichen Anforderungen sind durch die Verordnung über die Ausbildung und Prüfung von Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern vom 7. Juli 1995 zuletzt geändert durch das Gesetz vom 19. November 2008 (Amtsbl. 1930) des Landes Saarland geregelt.</p>
Rettungsassistenten	<p>Die fachlichen Anforderungen sind durch das Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz (RettAssG) vom 10. Juli 1989 (BGBl. I S. 1384), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) geändert worden ist) geregelt.</p>
Notfallsanitäter	<p>Die fachlichen Anforderungen sind durch das Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters vom 22. Mai 2013 (BGBl. 2013 Teil I Nr. 25 vom 27. Mai 2013) geregelt.</p>
Ärzte / Notärzte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte sind Heilbehandler und Sachverständige auf dem Gebiet des Gesundheitswesens mit staatlicher Approbation (Bestellung) nach abgeschlossenem Hochschulstudium. ▪ Notarzt/Notärztin ist ein Arzt/eine Ärztin, der/die über die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin verfügt oder vor der am 2. Mai 2001 in Kraft getretenen Änderung der Weiterbildungsordnung für die Ärzte des Saarlandes im Saarland, oder vor entsprechenden Stichtagen im Zuständigkeitsbereich anderer Ärztekammern oder im Zuständigkeitsbereich einer Ärztekammer, die die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin nicht eingeführt hat, den Fachkundenachweis Rettungsdienst erworben hat. S.u. ▪ Als Leitender Notarzt oder Leitende Notärztin können nur Ärzte und Ärztinnen bestellt werden, die über die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin verfügen oder vor der am 2. Mai 2001 in Kraft getretenen Änderung der Weiterbildungsordnung für die Ärzte des Saarlandes im Saarland, oder vor entsprechenden Stichtagen im Zuständigkeitsbereich anderer Ärztekammern oder im Zuständigkeitsbereich einer Ärztekammer, die die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin nicht eingeführt hat, den Fachkundenachweis Rettungsdienst erworben, und die sich einer Fortbildung nach den „Empfehlungen zur Qualifikation des Leitenden Notarztes beim Massenansturm Verletzter und Erkrankter“ der Bundesärztekammer in Übereinstimmung mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) unterzogen haben.

4.1.1.4 Weiterführende organisatorische Ausbildungen

- Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgL)
- Leitender Notarzt

4.1.1.5 Helfer im Bevölkerungsschutz

Helfer sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bevölkerungsschutz. Ihre rechtliche Stellung und Entlehnung aus den privaten Hilfsorganisationen, wie dem Deutschen Roten Kreuz, sind rechtlich im Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (ZSKG) und dem Gesetz über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland (SBKG) geregelt [4,6].

Die Helfer sind in Einheiten, wie Gruppen, Staffeln und Trupps zusammengefasst und einer jeweiligen Führungskraft unterstellt. Jeder Helfer ist insbesondere verantwortlich für die Einsatzbereitschaft seiner persönlichen Ausstattung und des ihm anvertrauten Materials und wirkt mit bei der Instandhaltung, Pflege und Wartung der Einsatzfahrzeuge und der sonstigen Ausstattung. Im Einsatz führt der Helfer die ihm zugewiesenen Tätigkeiten fachgerecht nach bestem Wissen und Gewissen aus.

Aus dem Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (ZSKG) [4]

§ 13 (4) Helferinnen und Helfer in Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes, die für eine Verwendung in den in Absatz 1 genannten Aufgabenbereichen vorgesehen sind, erhalten bei ihrer Ausbildung eine ergänzende Zivilschutzausbildung für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 11.

§ 14 Aus- und Fortbildung

Die Aus- und Fortbildungsmaßnahmen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe nach § 4 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 Buchstabe a dienen zugleich den Ländern für die Vorbereitung ihrer Entscheidungsträger, Führungskräfte und sonstigen Fachkräfte auf die Bewältigung von Katastrophen und Unglücksfällen und umfassen insbesondere auch die Planung, Durchführung und Auswertung von ressort- und länderübergreifenden Krisenmanagementübungen. Die Aus- und Fortbildungsmaßnahmen des Bundes bauen auf der Ausbildung der Länder im Bereich des Katastrophenschutzes auf und ergänzen diese.

Aus dem Gesetz über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland (SBKG) [6]

§ 23

Allgemeines

(1) Die Vorschriften dieses Abschnitts finden bei Helfern und Helferinnen in privaten Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes Anwendung. Für Helfer und Helferinnen öffentlicher Einheiten und Einrichtungen gelten sie, wenn deren Rechtsverhältnisse nicht in anderen landesrechtlichen oder bundesrechtlichen Vorschriften geregelt sind. Bei Helfern und

Helferinnen in Regieeinheiten werden die Regelungen dieses Abschnitts entsprechend angewandt.

(2) Das Recht der Organisationen ihren Helfern und Helferinnen gegenüber bleibt unberührt.

(3) Helfer und Helferinnen sind Personen, die freiwillig und ehrenamtlich in Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes tätig sind.

§ 24

Dienst im Katastrophenschutz

(1) Der Helfer oder die Helferin kann sich gegenüber der Organisation für eine bestimmte oder unbestimmte Zeit zum Dienst im Katastrophenschutz verpflichten. Bei Regieeinheiten tritt an Stelle der Organisation die örtlich zuständige Katastrophenschutzbehörde. Von der Verpflichtung ist der Arbeitgeber vom Helfer oder von der Helferin zu unterrichten; dieser kann einen Nachweis verlangen.

(2) Der Dienst im Katastrophenschutz umfasst insbesondere die Teilnahme an Einsätzen, Übungen, Lehrgängen und sonstigen Ausbildungsveranstaltungen.

(3) Die Unfallversicherung der Helfer und Helferinnen richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Soweit durch Rechtsvorschrift nichts anderes bestimmt ist, bestehen Rechte und Pflichten des Helfers oder der Helferin nur gegenüber der Organisation, der er oder sie angehört; bei Regieeinheiten tritt an Stelle der Organisation die zuständige Katastrophenschutzbehörde.

Abschnitt 5

Rechtsverhältnisse der aktiven ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehren sowie der Helfer und Helferinnen im Katastrophenschutz

§ 25

Freistellung, Lohnfortzahlung, Verdienstausschluss

(1) Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen sowie Auszubildenden dürfen aus ihrer Verpflichtung zum Dienst in der Feuerwehr oder im Katastrophenschutz keine Nachteile im Arbeitsverhältnis sowie in der Sozialversicherung erwachsen. Nehmen sie während der Arbeitszeit an Einsätzen, Ausbildungsveranstaltungen oder sonstigen Veranstaltungen auf Anforderung der Gemeinde oder der Katastrophenschutzbehörde teil, so sind sie für die Dauer der Teilnahme, bei Einsätzen auch für den notwendigen Zeitraum danach, unter Weitergewährung des Arbeitsentgelts, das sie ohne die Teilnahme erhalten hätten, von der Arbeitsleistung freigestellt. Ihre Abwesenheit haben sie, wenn es die Dienstpflicht zulässt, ihrem Arbeitgeber rechtzeitig mitzuteilen.

(1a) Volljährige Schüler und Schülerinnen sowie Studenten und Studentinnen sind während der Teilnahme an Einsätzen und für einen angemessenen Zeitraum danach von der Teilnahme am Unterricht und an Ausbildungsveranstaltungen befreit.

(2) *Privaten Arbeitgebern sind auf Antrag das weitergewährte Arbeitsentgelt einschließlich ihrer zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge sowie Beiträge zu einer betrieblichen Altersversorgung durch den Aufgabenträger zu erstatten. Ihnen ist auch das Arbeitsentgelt zu erstatten, das sie aufgrund der gesetzlichen Vorschriften während einer Arbeitsunfähigkeit weiterleisten, wenn die Arbeitsunfähigkeit auf den Dienst nach diesem Gesetz zurückzuführen ist. Ein Erstattungsanspruch besteht nur insoweit, als dem privaten Arbeitgeber nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften ein Erstattungsanspruch zusteht.*

(3) *Für Beamte und Beamtinnen, mit Ausnahme von Bundesbeamten und Bundesbeamtinnen, sowie Richter und Richterinnen gilt Absatz 1 entsprechend.*

(4) *Ehrenamtlich Tätigen, die Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe oder sonstige Unterstützungen oder Bezüge aus öffentlichen Mitteln erhalten, hat der Aufgabenträger auf Antrag diese Leistungen in voller Höhe dann zu erstatten, wenn sie aufgrund des Dienstes in der Feuerwehr oder im Katastrophenschutz wegfallen.*

(5) *Anderen ehrenamtlich Tätigen ist auf Antrag der nachgewiesene Verdienstausschlag zu ersetzen. Dies gilt auch während einer Arbeitsunfähigkeit, die auf den Dienst in der Feuerwehr oder im Katastrophenschutz zurückzuführen ist, bis zu einer Dauer von sechs Wochen.*

(6) *Notwendige Auslagen und Sachschäden, die den ehrenamtlich tätigen Feuerwehrangehörigen sowie den Helfern und Helferinnen im Katastrophenschutz bei Ausübung ihres Dienstes ohne Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit erwachsen, sind ihnen von der Körperschaft zu ersetzen, deren Feuerwehr sie angehören oder von der Körperschaft, deren Katastrophenschutzbehörde der Einheit oder Einrichtung die besondere Anerkennung erteilt hat oder gegenüber der sich der Helfer oder die Helferin zur Mitwirkung im Katastrophenschutz verpflichtet hat. Soweit Ersatz für Sachschäden geleistet wird, gehen Schadensersatzansprüche des Feuerwehrangehörigen oder des Helfers oder der Helferin im Katastrophenschutz gegen Dritte auf die zum Ersatz verpflichtete Körperschaft über.*

(7) *Ehrenamtliche feuerwehrtechnische Beauftragte und Berater oder Beraterinnen der Aufsichtsbehörden und ehrenamtliche Feuerwehrangehörige, die ständig zu besonderen Dienstleistungen herangezogen werden, haben Anspruch auf eine angemessene Entschädigung durch den Aufgabenträger.*

(8) *Die Rechtsverhältnisse zwischen den öffentlich-rechtlichen Hilfsorganisationen des Bundes oder anderer Länder und deren Helfern und Helferinnen bleiben unberührt.*

§ 26

Haftung für Schäden

(1) *Die Haftung des oder der ehrenamtlich Tätigen für Schäden, die er oder sie in Ausübung des Dienstes an Sachen verursacht, die im Eigentum von Trägern der öffentlichen Verwaltung stehen, beschränkt sich auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.*

(2) *Die Haftung für Schäden, die der oder die ehrenamtlich Tätige in Ausübung des Dienstes Dritten zufügt, bestimmt sich nach Artikel 34 des Grundgesetzes in Verbindung mit § 839 des Bürgerlichen Gesetzbuchs .*

(3) *Haftende Körperschaft im Sinne des Artikels 34 des Grundgesetzes ist bei Verpflichtung gegenüber einem öffentlichen Träger dieser, bei Helfern und Helferinnen im*

Katastrophenschutz im Übrigen diejenige Körperschaft, deren Katastrophenschutzbehörde die besondere Anerkennung der Einheit oder Einrichtung festgestellt hat. Im Fall des Rückgriffs findet § 93 des Saarländischen Beamtengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Dezember 1996 (Amtsbl. 1997 S. 301), zuletzt geändert durch Artikel 1 Abs. 23 des Gesetzes vom 15. Februar 2006 (Amtsbl. S. 474, 530), in der jeweils geltenden Fassung entsprechende Anwendung.

4.1.2 Führungs- und Sonderkräfte im Sanitätseinsatz – Schwerpunkt Bevölkerungsschutz

4.1.2.1 Allgemeines

Der Katastrophenschutz ist nach Fachdiensten gegliedert. In diesen Fachdiensten sind Einheiten und Einrichtungen gebildet, die je nach Schadenslage zusammengefasst oder aber auch in einzelnen Modulen eingesetzt werden können. Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes können auch fachdienstübergreifend aufgestellt werden. (Quelle: §1 Gliederung aus Verordnung über die Organisation des Katastrophenschutzes im Saarland [8]). Der Katastrophenschutz umfasst also Einheiten (beweglich) und Einrichtungen (ortsfest), die ihre Aufgaben zur Bekämpfung von besonderen Gefahren und Schäden sowohl im Großschadens- und Katastrophenfall als auch im Zivilschutz-/Verteidigungsfall wahrnehmen. Neben den klassischen Aufgabenbereichen z.B. des Sanitäts- und Betreuungsdienstes sind Führungsstrukturen vorzuhalten, die einzelne Aufgabenbereiche lenken bzw. fachbereichsübergreifend führen können, um die Bewältigung von Einsatzszenarien sicher, möglichst standardisiert, effizient und qualitativ hochwertig zu gewährleisten. Sie bilden einen übergreifenden Aufgabenbereich „Führung“.

Zur Erfüllung von Aufgaben im Katastrophenschutz werden Einheiten in sog. Taktischen Einheiten strukturiert und einem bestimmten Einsatzwert zugeordnet. Eine taktische Einheit kann je nach Größe unterschiedliche Umfänge hinsichtlich Mannschaftsstärke und genutzte Einsatzmittel einnehmen. Zur besseren Differenzierung sind taktische Einheiten entsprechend ihrer Mannschaftsstärke hin der Größe nach zu gliedern [21,22]:



Entsprechend der Mannschaftsstärke gibt es taktische Einheiten

- Trupp
- Staffel
- Gruppe
- Zug

- Verband

Aufgaben, Gliederung, Stärke und Ausstattung der Einheiten und Einrichtungen sind in einem Katastrophenschutzgesamtkonzept zusammen zu fassen. Für den Bereich Betreuung stellt diese Dienstvorschrift eine entsprechende Synopse dar.

Die Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes führen Aufträge der übergeordneten Führungsstelle selbständig aus. Sie sind ihnen gegenüber subsidiär.

Im Einsatz können den taktischen Einheiten im Rahmen ihrer personellen und materiellen Möglichkeiten zusätzliche Aufgaben zugewiesen werden.

4.1.2.2 Grundfunktionen

Im Folgenden sind die Aufgaben der Führungskräfte und Helfer in die Bereiche Ausbildung, Ausstattung und Einsatz untergliedert.

Führungskräfte sind die Zug-, Gruppen-, Staffel- und Truppführer der Einheit.

Führungskräfte können ihre Aufgaben delegieren, bleiben jedoch gesamtverantwortlich in ihrem Handeln. Bei allen Entscheidungen haben sie die Fürsorgepflicht gegenüber ihren Helfern zu wahren und für deren größtmögliche Sicherheit zu sorgen.

4.1.2.2.1 Zugführer

Der Zugführer ist der Vorgesetzte aller Helfer seines Zuges und hat diesen gegenüber Befehlsbefugnis. Der Vertreter des Zugführers ist der Führungsassistent (FüAss) des Zugtrupps.

Im Einsatz ist der Zugführer der übergeordneten Führungsstelle unterstellt. Er darf grundsätzlich keine der Führungsebenen übergehen.

Im Übrigen ist der Zugführer unabhängig von seiner tatsächlichen Unterstellung im Einsatzfall der jeweiligen Organisation, der seiner Einheit angehört, und der Unteren Katastrophenschutzbehörde des Kreises gegenüber für die personelle und materielle Einsatzbereitschaft seines Zuges verantwortlich.

Hierzu zählen insbesondere

- die Ausbildung der Helfer
- der ordnungsgemäße Zustand und die Vollständigkeit der zugewiesenen Ausstattung.

Der Zugführer sorgt für die Ausbildung der Helfer seines Zuges entsprechend den Vorschriften und der für die Ausbildung getroffenen Regelungen, indem er insbesondere

- den Ausbildungsstand ermittelt,
- den Ausbildungsbedarf feststellt,
- Umfang und Inhalt der Ausbildung plant und entsprechende Ausbildungspläne erstellt,
- die Ausbildung durchführt oder überwacht,
- Übungen anlegt, durchführt und auswertet,
- die nachgeordneten Führungskräfte und Helfer auf ihre Eignung beurteilt und Vorschläge zu ihrer Fortbildung macht.

Der Zugführer hat durch entsprechende Weisungen und Kontrollen die materielle Einsatzbereitschaft seines Zuges jederzeit sicherzustellen. Schäden und Verluste hat er zu melden, auf Instandhaltung und Ersatzbeschaffungen hinzuwirken.

Der Zugführer ist verantwortlich für die Durchführung der seiner Einheit übertragenen Einsatzaufgaben, indem er insbesondere

- die Alarmierung seines Zuges gemäß Alarmplan sicherstellt
- die Einsatzbereitschaft des Zuges feststellt und meldet
- den zugewiesenen Einsatzraum erkundet oder erkunden lässt
- im zugewiesenen Einsatzraum seine Einheit fachgerecht einsetzt
- Verbindungen zu benachbarten Einheiten zum Zweck der Zusammenarbeit im Einsatzraum aufnimmt
- der übergeordneten Führungsstelle wichtige Ereignisse meldet
- die Registrierungsunterlagen an die Personenauskunftsstelle des DRK-Kreisauskunftsbüros (KAB) weiterzuleiten.

Aufgaben des Zugführers nach Aufgabenkataloge der Leitungs- und Führungskräfte im DRK Landesverband Saarland e.V. (Stand: 05.02.2012) [23]

1. Vorbereitung von Einsätzen

- *Mitwirkung bei der personellen und materiellen Einsatzplanung*
- *Verantwortung für die jederzeitige Einsatzbereitschaft der Einsatzkräfte der Einsatzformation*
- *Verantwortung für die Erstellung und Aktualisierung des Alarmplans der Einsatzformation*
- *Mitwirkung und Mitverantwortung bei der Erstellung und Aktualisierung des Einsatzplans des DRK-Kreisverbandes*
- *Mitwirkung bei der Planung und Durchführung von Ausbildungsveranstaltungen und*
 - *Übungen in Zusammenarbeit mit den zuständigen Leitungs- und Lehrkräften*
- *Verantwortung für die jederzeitige Einsatzbereitschaft der Ausstattung der Einsatzformation*
- *Mitwirkung bei der Beschaffung der für die Einsatzformation notwendigen Ausstattung*
- *Mitverantwortung für die materielle Einsatzbereitschaft der Ausstattung nach den allgemein anerkannten Regeln der Technik*
- *Zusammenarbeit mit der Bereitschaftsleitung und Kreisbereitschaftsleitung*
- *Teilnahme an Dienstbesprechungen mit anderen Leitungs- und Führungskräften*
- *Verantwortung für die Einhaltung der Vorschriften zur Unfallverhütung und Arbeitssicherheit sowie sonstiger Sicherheitsbestimmungen, in Zusammenarbeit mit den benannten bzw. zuständigen Fachkräften*

2. Durchführung von Einsätzen

- *Verantwortung für die Registrierung und Rückregistrierung der Einsatzkräfte*
- *Sorge für den physischen und psychischen Zustand der Einsatzkräfte in belastenden Situationen (Psychosoziale Unterstützung – ereignisorientiert – PSU)*

- *Besondere Verantwortung für minderjährige Mitarbeiter im zugewiesenen Einsatzbereich im Rahmen der Aufsichtspflicht*
- *Verantwortung für die sachgerechte Ausführung der erhaltenen Aufträge*
- *Feststellung der Lage im zugewiesenen Einsatzbereich unter besonderer Berücksichtigung bestehender und drohender Gefahren und gegebener Schnittstellen zu anderen im Einsatz befindlichen Kräften und Diensten*
- *Beurteilung der Lage*
- *Planung des Einsatzes*
- *Erteilung von Aufträgen an die Gruppenführer*
- *Kontrolle der Aufgabenerledigung der unterstellten Gruppenführer und Meldung der Erledigung der erhaltenen Aufträge an die übergeordnete Führungsebene*
- *Dokumentation des Einsatzes*
- *Halten der Verbindung mit den unterstellten Einsatzformationen, mit benachbarten Einheiten, anderen Kräften und Diensten sowie mit der übergeordneten Führungsebene*
- *ggf. Mitwirkung in der Einsatzleitung*
- *Verantwortung für die Einhaltung der in einem Verteidigungsfall geltenden besonderen Gesetze und Verordnungen*
- *Verantwortung für die Einhaltung der Vorschriften zur Unfallverhütung und Arbeitssicherheit sowie sonstiger Sicherheitsbestimmungen, in Zusammenarbeit mit den benannten bzw. zuständigen Fachkräften*

3. Nachbereitung von Einsätzen

- *Verantwortung für die Wiederherstellung der personellen Einsatzbereitschaft*
- *Sorge für den psychischen Zustand der Einsatzkräfte nach belastenden Situationen (Einsatzkräftenachsorge)*
- *Verantwortung für die Wiederherstellung der materiellen Einsatzbereitschaft*
- *Planung und Durchführung von Einsatznachbesprechungen*
- *Anfertigung der Abschlussmeldung*
- *Auswertung des Einsatzes*

4.1.2.2.2 Führungsassistent

Der Führungsassistent ist der Vertreter des Zugführers und zugleich Vorgesetzter der Helfer des Zugtrupps. Seine Vertretung regelt der Zugführer.

Der Führungsassistent ist zuständig für die Versorgung des Zuges und für die Ausbildung der Helfer des Zugtrupps. Darüber hinaus nimmt er alle anfallenden Verwaltungsaufgaben (z. B. Führen der Anwesenheitslisten, Abrechnungen, Terminüberwachungen, Alarmunterlagen) wahr, soweit diese nicht von der Organisation übernommen werden.

Er unterstützt den Zugführer bei dessen Aufgaben, insbesondere bei der Ausbildung des Zuges sowie bei der Überwachung der Vollzähligkeit und Einsatzbereitschaft der Ausstattung. Im Einsatz unterstützt er den Zugführer und ist zuständig für die Einsatzbereitschaft des Zugtrupps, indem er insbesondere

- die Befehlsstelle des Zuges einrichtet und betreibt
- die Einsatzdokumentation verantwortet
- das Einsatztagebuch des Zuges führt
- die Versorgungsgüter für den Zug anfordert und ihre Verteilung regelt.

4.1.2.2.3 Gruppenführer

Der Gruppenführer ist der Vorgesetzte aller Helfer seiner Gruppe. Er wird durch einen Truppführer seiner Gruppe vertreten. Dem Zugführer gegenüber ist der Gruppenführer verantwortlich für die Einsatzbereitschaft seiner Gruppe.

Der Gruppenführer bereitet die Ausbildung seiner Gruppe vor und führt sie durch.

Er unterstützt den Zugführer beim Anlegen, Durchführen und Auswerten von Übungen und Ausbildungsveranstaltungen des Zuges und schlägt ihm Helfer seiner Gruppe für die weitergehende Ausbildung vor. Er überwacht die Vollständigkeit und den ordnungsgemäßen Zustand der Ausstattung seiner Gruppe.

Im Einsatz ist der Gruppenführer dem Zugführer für den Einsatz seiner Gruppe verantwortlich, indem er insbesondere

- die Einsatzbereitschaft seiner Gruppe herstellt
- den seiner Gruppe zugewiesenen Teil des Einsatzraumes erkundet oder erkunden lässt
- die Gruppe im Einsatz führt
- das Zusammenwirken mit anderen Einsatzkräften an der Einsatzstelle sicherstellt
- die Verbindung zur Befehlsstelle des Zuges aufrechterhält
- ggf. zusätzliche Kräfte und Material anfordert.

Aufgabenkatalog des Trupp-/Gruppenführers nach Aufgabenkataloge der Leitungs- und Führungskräfte im DRK Landesverband Saarland e.V. (Stand: 05.02.2012) [23]

1. Vorbereitung von Einsätzen

- *Verantwortung für die jederzeitige Einsatzbereitschaft der Einsatzkräfte der Einsatzformation*
- *Mitwirkung bei der Erstellung und Aktualisierung des Alarmplans*
- *Mitwirkung bei der Planung und Durchführung von Ausbildungsveranstaltungen und Übungen in Zusammenarbeit mit den zuständigen Leitungs-, Führungs- und Lehrkräften*
- *Verantwortung für die jederzeitige Einsatzbereitschaft der Ausstattung der Einsatzformation*
- *Mitwirkung bei der Beschaffung der für die Einsatzformation notwendigen Ausstattung*
- *Teilnahme an Dienstbesprechungen mit anderen Leitungs- und Führungskräften*
- *Verantwortung für die Einhaltung der Vorschriften zur Unfallverhütung und*
- *Arbeitssicherheit sowie sonstiger Sicherheitsbestimmungen, in Zusammenarbeit mit den benannten bzw. zuständigen Fachkräften*

2. Durchführung von Einsätzen

- *Registrierung und Rückregistrierung der Einsatzkräfte*
- *Sorge für den physischen und psychischen Zustand der Einsatzkräfte in belastenden Situationen (Psychosoziale Unterstützung – ereignisorientiert – PSU)*
- *Besondere Verantwortung für minderjährige Angehörige der Einsatzformation im zugewiesenen Einsatzbereich im Rahmen der Aufsichtspflicht*
- *Verantwortung für die sachgerechte Ausführung der erhaltenen Aufträge*
- *Feststellung der Lage im zugewiesenen Einsatzbereich unter besonderer Berücksichtigung bestehender und drohender Gefahren und gegebener Schnittstellen zu anderen im Einsatz befindlichen Kräften und Diensten*
- *Beurteilung der Lage*
- *Planung des Einsatzes*
- *Erteilung von Aufträgen an die Einsatzkräfte*
- *Kontrolle der Aufgabenerledigung der unterstellten Einsatzkräfte und Meldung der Erledigung der erhaltenen Aufträge an die übergeordnete Führungsebene*
- *Dokumentation des Einsatzes*
- *Halten der Verbindung mit der übergeordneten Führungsebene und benachbarten eigenen Einsatzformationen, anderen Kräften und Diensten*
- *Beratung des Zugführers in fachdienstlichen Angelegenheiten*
- *Mitverantwortung für die Einhaltung der in einem Verteidigungsfall geltenden besonderen Gesetze und Verordnungen*
- *Verantwortung für die Einhaltung der Vorschriften zur Unfallverhütung und Arbeitssicherheit sowie sonstiger Sicherheitsbestimmungen, in Zusammenarbeit mit den benannten bzw. zuständigen Fachkräften*

3. Nachbereitung von Einsätzen

- *Mitverantwortung und Mitwirkung bei der Wiederherstellung der personellen Einsatzbereitschaft*
- *Sorge für den psychischen Zustand der Einsatzkräfte nach belastenden Situationen (Einsatzkräftenachsorge)*
- *Mitverantwortung und Mitwirkung bei der Wiederherstellung der materiellen Einsatzbereitschaft*
- *Mitwirkung bei der Anfertigung bzw. ggf. Anfertigung der Abschlussmeldung*
- *Mitwirkung bei der Auswertung des Einsatzes*

4.1.2.2.4 Staffel- / Truppführer

Der Staffel-/Truppführer ist der Vorgesetzte der Helfer seiner Staffel/ seines Trupps. Er wird durch einen Helfer seiner Teileinheit vertreten. Er führt seine Staffel/ seinen Trupp und hat auf seiner Ebene die gleichen Aufgaben wie der Gruppenführer. Der Staffelführer im Deutschen Roten Kreuz besitzt eine Gruppenführerausbildung
Aufgabenkatalog siehe 4.1.2.2.3 Gruppenführers, so auch identisch für Staffelführer.

4.1.2.3 Sonderfunktionen

Zu den Sonderfunktionen, die bei den meisten Einheiten und Einrichtungen vorhanden sein sollten, zählen

- Sprechfunker
- Melder
- Kraftfahrer
- Gerätewart / Maschinist
- Sanitätshelfer (der Einheit)
- ABC – Helfer (der Einheit)

4.1.2.3.1 Sprechfunker

Der Sprechfunker untersteht dem Führungsassistenten.

In der Einsatzvorbereitung und im Einsatz hat der Sprechfunker insbesondere folgende Aufgaben: Er

- ist für den ordnungsgemäßen Betrieb und die vorschriftsmäßige Benutzung der Sprechfunkanlage verantwortlich
- stellt die ständige Erreichbarkeit seiner Einheit über Funk und ggf. über Fernsprecher sicher
- meldet jede Veränderung der fernmeldemäßigen Erreichbarkeit seiner Einheit der übergeordneten Führungsstelle
- setzt Nachrichten ab, nimmt Nachrichten auf und leitet sie weiter
- führt die für den Fernmeldebetrieb erforderlichen Unterlagen, wartet und pflegt die Sprechfunkanlage und veranlasst bei Störungen im Gerät die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit.

4.1.2.3.2 Melder

Der Melder ist dem Führungsassistent des Zugtrupps unterstellt. In der Einsatzvorbereitung und im Einsatz hat der Melder insbesondere folgende Aufgaben: Er

- überbringt Informationen (Befehle, Meldungen, Orientierungen, Anträge, Registrierunterlagen)
- übernimmt weitere Aufgaben im Zugtrupp.

4.1.2.3.3 Kraftfahrer

Der Kraftfahrer untersteht der Führungskraft derjenigen Teileinheit, der das Fahrzeug zugewiesen ist.

In der Einsatzvorbereitung und im Einsatz hat der Kraftfahrer insbesondere folgende Aufgaben: Er

- ist für die Einsatzbereitschaft (Verkehrs- und Betriebssicherheit sowie Instandhaltung) seines Fahrzeuges verantwortlich und führt das Fahrtenbuch

- führt Instandhaltungsarbeiten der Materialerhaltungsstufe 1 (Wartung und Pflege) an Kraftfahrzeugen und verlasteter Ausstattung durch und meldet seinem Vorgesetzten Mängel, die darüber hinausgehen
- meldet seinem Vorgesetzten die Einsatzbereitschaft seines Fahrzeuges und des verlasteten Gerätes.

Sofern für ein Fahrzeug kein Gerätewart / Maschinist vorgesehen ist, ist der Kraftfahrer auch für die Vollständigkeit, für die vorschriftsmäßige Verladung und Ausgabe der auf seinem Fahrzeug verlasteten Ausstattung verantwortlich und führt die entsprechenden Nachweise. Der Kraftfahrer kann auch für andere Aufgaben der Einheit eingesetzt werden.

4.1.2.3.4 Gerätewart/Maschinist

Der Gerätewart/ Maschinist untersteht dem Gruppenführer seiner Teileinheit. Er ist verantwortlich für die Einsatzbereitschaft der Ausstattung des ihm zugewiesenen Gerätewagens und dessen Beladung.

In der Einsatzvorbereitung und im Einsatz hat der Gerätewart / Maschinist insbesondere folgende Aufgaben: Er

- überprüft die Vollständigkeit und Einsatzbereitschaft der Ausstattung
- führt Verbrauchs- und Bestandsnachweise und überwacht Prüftermine
- behebt Mängel an der Ausstattung selbständig oder meldet sie zur Instandsetzung
- fordert Ersatz- und Verbrauchsmaterial an
- erstellt Schaden- und Verlustmeldungen und fordert Ersatz an
- ist für die Wartung und Pflege der Ausstattung verantwortlich

Der Gerätewart / Maschinist kann auch für andere Aufgaben der Einheit eingesetzt werden.

4.1.2.3.5 ABC-Helfer

Alle Einheiten der Aufgabenbereiche des KatS können über einen ABC-Helfer verfügen, der für die Wartung und Pflege der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) zuständig ist. Der ABC-Helfer ist dem Zugführer unterstellt.

In der Einsatzvorbereitung und im Einsatz hat der ABC-Helfer insbesondere folgende Aufgaben: Er

- ist für die Vollständigkeit, Einsatzbereitschaft und Instandhaltung der ABC–Ausstattung des Zuges verantwortlich,
- wirkt mit bei der ABC–Ausbildung der Helfer des Zuges,
- berät den Zugführer in der Durchführung von Schutzmaßnahmen für Personen, Verpflegung, Gerät und Fahrzeugen vor ABC–Gefahren,
- berät den Zugführer in der Durchführung der Dekon-Stufe 1 - allgemeiner Einsatzstellenhygiene - Wechsel kontaminierter Schutzkleidung - behelfsmäßiger Dekontamination nach den Regelungen der FwDV 500.

4.1.3 Hilfskräfte aus der Bevölkerung, Freiwilligenmanagement

Freiwillige können in Absprache zur Unterstützung der Einheiten beim Einsatz mitwirken, sofern sie sich den Weisungen des jeweiligen Einheitsführers freiwillig unterstellen.

Die Führungskräfte haben gegenüber diesem Personenkreis hinsichtlich Auswahl und Einsatz eine besondere Fürsorgepflicht.

Bei ihrem Einsatz ist zu berücksichtigen, dass sie in der Regel

- für diese Aufgabe nicht ausgebildet sind und
- über keine persönliche Schutzausstattung verfügen

Hilfskräfte sind den Gruppen, Staffeln oder Trupps zuzuordnen und unterstützen deren Arbeiten. Für die Dauer ihrer Mitwirkung sind die Hilfskräfte in die Stärkemeldungen aufzunehmen und dabei gesondert auszuweisen. Ihre Personalien sind festzuhalten.

Gesonderte Regelungen zur Einbindung Freiwilliger sind zu treffen.

4.2 Materialien

Für die Erfüllung der umfangreichen Aufgaben des sanitätsdienstlichen Fachpersonals in einem Einsatz stehen verschiedenartige Hilfsmittel zur Verfügung. Die technischen Hilfsmittel, die keine Fahrzeuge sind, werden als Sanitätsmaterial oder gemäß DIN 13050 als Rettungsmaterial bezeichnet [14]. Für die jeweilige sanitätsdienstliche Kenngröße sind auch jeweils unterschiedliche Ausstattungskonzepte niedergeschrieben, auf die an dieser Stelle verwiesen werden muss.

Grundlegend werden unterschieden

- Materialien zur unmittelbaren patientennahen Versorgung, hierzu zählen z.B.
 - Notfallrucksäcke/-koffer (DIN 13232)
 - Sanitätsdienstversorgungssysteme (Rucksäcke, Taschen, Modulkisten)
 - Verbandmaterialien
 - Zugangsmaterialien, Infusionen, Medikamente
 - Atemweghilfsmittel
 - Diagnostiktools
- Materialien zur Rettungslogistik und Transport, z.B.
 - Immobilisation
 - Transporthilfen (Tragesysteme, Lagerungssysteme, Stühle)
 - Lagerungshilfen
 - Rückhaltesysteme
- Artikel zu Hygiene und Infektionsschutz
- Medizintechnik (z.B. zur Überwachung, Beatmungstherapie, Herz-/Kreislaufunterstützung etc.)
- Einsatztechnik (z.B. Lampen, Funk etc.)
- Raumordnung und Absicherung (Absperrungen, Beschilderungen)
- Dokumentation, Datenerfassung, Archivierung
- Materialien zur Unterstützung des Einsatzmanagements/Führungshilfsmittel

Grundsätzlich gilt: Das eingesetzte Material muss dem gültigen Stand der Technik entsprechen, konform dem Gesetz über Medizinprodukte bzw. DIN-Normen gemäß und für den beabsichtigten Zweck geeignet sein. Materialien zur Ausstattung des Sanitätsdienstes (Feldbetten, Sanitätsmaterial, notfallmedizinische Ausstattung etc.) werden je nach Beauftragendem aus den Mitteln z.B. des Katastrophenschutzes bzw. ergänzenden Katastrophenschutzes des Bundes, oder von den Gliederungen des DRK oder Sonderbevorratungen etc. gestellt; eventuell fehlendes Material kann auch aus externen Beständen aufgestockt werden [3].

4.3 Fahrzeuge

Die für den Sanitätseinsatz zu nutzenden Fahrzeuge sind je nach Beauftragung und Genehmigung Fahrzeuge des Bevölkerungs- bzw. Katastrophenschutz oder der Gliederungen des Deutschen Roten Kreuzes. Die jeweils Verantwortlichen haben für die ständige Einsatzbereitschaft und die Entsprechung normativer Konzepte zu sorgen. Dies beinhaltet eine Ausstattung nach DIN oder verbandseigenen Konzepten, wenn keine DIN vorhanden, und eine personelle Besetzung nach Saarländischem Rettungsdienstgesetz oder soweit rechtlich nicht geregelt verbandsinternen Konzepten oder Dienstregelungen.

4.3.1 Fahrzeuge zur Einsatzlogistik

4.3.1.1 Mannschaftstransportwagen Sanitätsdienst bzw. Sanitätsdienst plus Arzt

Zu einer Definition eines spezialisierten Mannschaftstransportwagens für den Sanitätsdienst gibt es weder eine Norm noch eine bundeseinheitliche Lösung. Der DRK-Landesverband Saarland e.V. hat in seinem Konzept „Minimal-Ausstattung Mannschaftstransportwagen im Deutschen Roten Kreuz Landesverband Saarland e.V.“ die Begrifflichkeiten „MTW-Sanitätsdienst“ näher definiert, dessen zwei Erscheinungsformen sich prinzipiell mehr durch die personelle als materielle Ausstattung unterscheiden: zum einen den MTW mit der Zusatzausstattung Sanitätsdienst zum anderen den MTW mit der Zusatzausstattung Sanitätsdienst + Arzt [24].

4.3.1.2 Gerätewagen Sanität

Zur Optimierung der Einsatzlogistik von Sanitätseinsätzen kommen zum Teil sogenannte Gerätewagen Sanität (GW San) zum Einsatz. Bisher gibt es keine normative Festschreibung zur Vereinheitlichung der Systeme. Abzugrenzen und nicht zu verwechseln sind sie von den Gerätewagen Rettungsdienst (GW-Rett), die dem MANV-Konzept des Zweckverbandes für Rettungsdienst- und Feuerwehralarmierung entsprechen. Prototyp für einen Gerätewagen Sanität sind die im Rahmen des Konzeptes Medizinische Task Force vom Bund beschafften GW-San oder die vom Land beschafften bau- und ausstattungsgleichen Analoga. Hierzu gibt es beschreibende Konzepte, die beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe einzusehen sind [25].

Die personelle Besetzung eines Gerätewagen Sanität entspricht einer Sanitätsstaffel und ist im Konzept Sanitätsstaffel näher beschrieben [26].

4.3.2 Rettungsmittel

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die im Sanitätseinsatz zu nutzenden Rettungsmittel nach Konformität mit der DIN EN 1789 bzw. DIN 75079 bzw. des Saarländischen Rettungsdienstgesetzes. Die Fahrzeuge des Sanitätsdienstes dürfen sich in der Mindestausstattung nach diesen Vorgaben nicht von denen des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes unterscheiden. Dies erleichtert die beauftragungsabhängige Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst oder anderen normierten Einheiten medizinischer Versorgung. Eine ergänzende Zusatzausstattung für Besonderheiten der sanitätsdienstlichen Medizin kann sinnvoll sein. Folgende Inhalte sind entnommen aus [3]

<p>Krankentransportwagen (KTW)</p> <p>-/1/1/<u>2</u></p>	<p>Personal (mindestens gemäß §4 SRetG):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 Rettungssanitäter oder Rettungssanitäterin ▪ 1 fachlich geeignete Person, die zumindest über eine abgeschlossene Sanitätsausbildung verfügt <p>Material (Mindestausstattung)</p> <p>Fahrzeug gemäß DIN EN 1789 : 1999 Typ A: Krankentransportwagen</p>
<p>Rettungstransportwagen (RTW)</p> <p>-/1/1/<u>2</u></p> <p>(ggf. Erweiterung um einen Notarzt, NAW)</p> <p>1/1/1/<u>3</u>)</p>	<p>Personal (mindestens gemäß §4 SRetG):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 Rettungsassistent oder Rettungsassistentin ▪ 1 fachlich geeignete Person, <p>Zukünftig Notfallsanitäter (NFS) bisher im SRetG noch nicht verankert aber aufgrund des NFS-Gesetzes relevant u. für zukünftige Planungen zu berücksichtigen</p> <p>Material (Mindestausstattung)</p> <p>Fahrzeug gemäß DIN EN 1789 : 1999 Typ C: Rettungswagen</p>
<p>Notarzteinsatzfahrzeug (NEF)</p> <p>1-/1/1/<u>2</u></p>	<p>Personal (mindestens gemäß §4 SRetG):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 Notarzt oder Notärztin ▪ 1 Rettungsassistent oder Rettungsassistentin <p>Zukünftig NFS (s.o.)</p> <p>Material (Mindestausstattung)</p> <p>Fahrzeug gemäß DIN 75 079: Notarzteinsatzfahrzeug</p>

4.3.3 Sonderfahrzeuge, ergänzende Mittel

Werden für die Erfüllung des Einsatzauftrages weitere Mittel oder Sonderfahrzeuge notwendig sind diese bedarfs- und sicherheitsgerecht einzusetzen. Dies gilt insbesondere für Fahrzeuge, die der Einsatzabwicklung unterstützend dienen, z.B. Fahrzeuge als Führungshilfsmittel, Transport- und Logistikfahrzeuge, Melder-Fahrzeuge, Fahrzeuge für besondere Gelände und Wegungen, Behandlungseinrichtungen auf mobilem Untergrund etc..

Kapitel 5 Führung und Leitung im Einsatz

Allgemeines

Grundlage für die Führung einsatztaktischer Komponenten sowohl im Katastrophenfall, als auch im Zivilschutzfalle, als auch unterhalb der Katastrophenschwelle, also für Sanitätseinsätze jedweder Größe, ist die DV 100 „Führung und Leitung im Einsatz" [27]. Sie regelt die Führungsgrundsätze und Unterstellungsverhältnisse.

Im Einsatz hat die Rettung von Menschenleben Vorrang. Sämtliche Maßnahmen haben diesem Grundsatz unter Beachtung der größtmöglichen Sicherheit Rechnung zu tragen. (Inhalte teilweise entnommen aus [22])

5.1 Alarmieren und Herstellen der Einsatzbereitschaft

Grundlagen für das Alarmieren sind der Alarmplan sowie die Alarm- und Ausrücke-Ordnung des Kreises / der Aufgabenträger sowie die Alarmierungsunterlagen der Einheit / Einrichtung.

Die Alarmierungsunterlagen müssen Angaben enthalten über

- Erreichbarkeit der Helfer (Anschrift der Wohnung und des Arbeitgebers sowie Telefon / Fax / Mail)
- Art der Alarmierung (allgemeine Alarmierung über Sirenensignale oder stille Alarmierung durch Funkmeldeempfänger Telefon oder Melder)
- Alarmreihenfolge (wer alarmiert wen und wie)
- Sammelplätze (z. B. Unterkunft).

Die Alarmierungsunterlagen bedürfen der ständigen Fortschreibung. Jeder Helfer ist daher verpflichtet, Änderungen seiner Erreichbarkeit unaufgefordert dem Führer der Einheit / Einrichtung zu melden. Softwarebasierte Einsatz- und Personalmanagementsysteme sind hilfreiche Weiterentwicklungen, ihre Pflege sollte tagesaktuell sein und ihre Nutzbarkeit im Einsatzfall fortwährend kritisch geprüft und fortentwickelt werden, um sie künftig zu verstärkt

nutzbaren Hilfsmitteln auszubauen. Eine intensive Auseinandersetzung mit diesen Systemen muss über alle Ebenen hinweg stattfinden. Dies gilt auch für Dokumentations- und Registrierungssysteme auf Softwarebasis. Konventionelle Rückfallebenen (z.B. Papierdokumente) sind weiterhin vorzuhalten.

Nach einer Alarmierung ist die Einsatzbereitschaft der Einheit / Einrichtung unverzüglich herzustellen.

Jeder Helfer hat für seine persönliche Einsatzbereitschaft zu sorgen und im Rahmen seiner Aufgaben an der Herstellung der Einsatzbereitschaft des Zuges mitzuwirken.

Ist die einsatzfähige Stärke der Einheit / Einrichtung erreicht, ist die hergestellte Einsatzbereitschaft zu melden. Der Einheitsführer regelt die Nachführung später eintreffender Helfer.

5.2 Ablauf des Einsatzes

Die Einheit kann aus der Alarmierung heraus oder aus einem Bereitstellungsraum eingesetzt werden.

Der Abmarsch sowie das Eintreffen der Einheit im Einsatzraum sind umgehend zu melden.

Spätestens nach dem Eintreffen im Einsatzraum erhält der Einheitsführer den konkreten Einsatzbefehl.

5.2.1 Erkundung / Lagefeststellung

Der Einheitsführer hat im zugewiesenen Einsatzraum eine Erkundung durchzuführen. Reichen jedoch zu Beginn des Einsatzes die Lagekenntnisse für die Einsatzplanung des Einheitsführers aus, kann er die sich daraus ergebenden Maßnahmen sofort veranlassen.

Darüber hinaus ist das Lagebild während des gesamten Einsatzes durch ständige Erkundung zu vervollständigen. Hierbei festgestellte Lageveränderungen und akute Gefahren (z. B. Explosionsgefahr, Gasausbruch) sind sofort zu melden. Dabei sind Maßnahmen zur Sicherung oder Gefahrenabwehr sofort einzuleiten. Gefährdet erscheinende Nachbareinheiten sind umgehend zu informieren. Dies gilt insbesondere bei Anzeichen für terroristischen Hintergrund der Schadenslage (siehe HEIKAT, Handlungsempfehlungen zur Eigensicherung für Einsatzkräfte der Katastrophenschutz- und Hilfsorganisationen bei einem Einsatz nach einem Anschlag, Informationen verfügbar über das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe [28])

5.2.2 Einsatzwert und Kräftebedarf

Der Einsatzwert einer Einheit wird bestimmt durch den Zustand der Einheit wie z. B.

- Personalstärke,

- Ausbildungsstand der Helfer,
- Qualifikation der Führungskräfte,
- Leistungswille und -vermögen der Helfer,
- Ausstattung und Mobilität,
- Vorbelastung, Ermüdung,
- psychische Belastung,
- Versorgungslage

sowie durch die Besonderheiten der Schadenlage und der allgemeinen Lage

wie z. B.

- akute Gefahren,
- Zerstörungsgrad, Größenordnung,
- Anzahl der betroffenen Personen,
- ABC/CBRN-Lage,
- Durchführbarkeit des Auftrages,
- Verhalten der Bevölkerung (Selbsthilfemaßnahmen, Unterstützung),
- verfügbare Unterstützungskräfte (Nachbareinheiten, Spezialkräfte),
- Witterungseinflüsse,
- Tageszeit / Jahreszeit.

Diese Faktoren beeinflussen den Kräftebedarf.

Reichen die eigenen Kräfte für die Durchführung des Auftrages nicht aus, sind bei der übergeordneten Führungsstelle rechtzeitig zusätzliche Kräfte anzufordern.

5.2.3 Befehlsstellen

Der Einheitsführer meldet den Standort seiner Befehlsstelle der übergeordneten Führungsstelle. Die ständige Erreichbarkeit ist sicherzustellen. Er informiert eigene, unterstellte sowie benachbarte Einheiten.

Verlässt er seine Befehlsstelle, hat er seine Erreichbarkeit sicherzustellen. Entsprechendes gilt auch für nachgeordnete Führungskräfte.

5.2.4 Aufstellen der Einsatzfahrzeuge

Bei der Wahl der Fahrzeug-Standorte an der Einsatzstelle sind insbesondere folgende Grundsätze zu beachten:

- Fahrzeuge nicht im Gefahrenbereich und einsatztaktisch sinnvoll abstellen
- Fahrer verbleiben bis auf Abruf an ihren Fahrzeugen
- Zu- und Abfahrten freihalten
- Standorte wählen, die bei akuter Gefahr sofort und ohne gegenseitige Behinderung verlassen werden können
- den Einsatz auch anderer Einheiten / Teileinheiten nicht behindern
- Zugänge / Sonderbereiche freihalten, z.B. Wasserhydranten sowie Absperrschieber von Versorgungsleitungen
- Einsatzfahrzeuge und Arbeitsbereich absichern.

5.2.5 Beenden des Einsatzes

Die Erledigung des Auftrages ist der übergeordneten Führungsstelle zu melden. Diese entscheidet über die weitere Verwendung der Einheit.

Hält der Einheitsführer eine Ablösung seiner Einheit oder Teile davon für erforderlich, so hat er dies bei der übergeordneten Führungsstelle rechtzeitig zu beantragen. Die Art und Weise der Ablösung wird von dort geregelt.

Das Beenden oder Abbrechen des Einsatzes wird grundsätzlich von der übergeordneten Führungsstelle befohlen. Nur in Ausnahmefällen, z. B. bei Lebensgefahr für die Helfer oder wenn das Risiko in einem krassen Missverhältnis zum Einsatzerfolg steht, kann diese Entscheidung vom Einheitsführer getroffen werden. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist zu beachten.

5.2.6 Wiederherstellen der Einsatzbereitschaft

Nach Beendigung des Einsatzes ist die personelle und materielle Vollzähligkeit / Vollständigkeit zu überprüfen. Die Abschlussmeldung ist an die übergeordnete Führungsstelle zu übermitteln.

Danach sind alle Maßnahmen zu ergreifen, um die vollständige Einsatzbereitschaft der Einheit wieder herzustellen. Die wiederhergestellte Einsatzbereitschaft ist der übergeordneten Führungsstelle zu melden.

5.2.7 Versorgung der Einheit / Einrichtung

5.2.7.1 Allgemeines

Die Versorgung der Einheit / Einrichtung wird durch die übergeordnete Führungsstelle sichergestellt. Sie sorgt ggf. auch für die Unterbringung der Helfer.

Versorgungsgüter, die nicht zur Grundausstattung gehören, jedoch zur Durchführung eines Einsatzes benötigt werden, stellt die übergeordnete Führungsstelle auf Anforderung zur Verfügung.

Für die Versorgung der Einheit / Einrichtung ist deren Führer verantwortlich. Er hat die Verpflegungsstärke, den Bedarf an Verbrauchsgütern oder notwendige Maßnahmen zur Materialerhaltung rechtzeitig der übergeordneten Führungsstelle zu melden. Siehe 2.3.5

5.2.7.2 Versorgungsmeldungen

Die Gruppenführer melden formlos dem Führer der Einheit / Einrichtung

- Verpflegungsstärke,
- Bedarf an Verbrauchsgütern und
- notwendige Materialerhaltungsarbeiten.

Kapitel 6 Schutz- und Versorgungsstufen

6.1 Erläuterungen der Schutz- und Versorgungsstufen

Die „Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung“ des Bundes und der Länder hat eine Einteilung des nationalen Systems in sogenannte Schutz- und Versorgungsstufen (Risikokategorien) vorgenommen [29]. Der Einsatz des komplexen Hilfeleistungssystems des Deutschen Roten Kreuzes orientiert sich an der von Bund und Ländern vorgegebenen Systematik der Schutz- und Versorgungsstufen. Bund und Länder werden gebeten, diese Systematik durchzusetzen, damit auf dieser Basis ein Zusammenwirken aller Hilfeleistungspotenziale erfolgen kann [folgende Inhalte entnommen aus 12].

Schutz- und Versorgungsstufe I

In der Schutz- und Versorgungsstufe I sind alle Hilfeleistungselemente einzuordnen, die einen flächendeckenden, normierten Schutz gegen alltägliche Gefahrenlagen bieten. Dazu gehören im Deutschen Roten Kreuz insbesondere die alltäglichen Hilfeleistungen vor Ort, z.B. der Rettungsdienst mit seinen unterschiedlichen Bedarfslagen (Grundbedarf, Spitzenbedarf, Sonderbedarf) und die ambulanten und stationären Leistungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Zuständig sind die lokalen/ regionalen Gefahrenabwehr-, Gesundheits- bzw. Sozialbehörden, im Roten Kreuz die Ortsvereine und Kreisverbände für ihre jeweiligen Leistungsangebote.

Schutz- und Versorgungsstufe II

Die Hilfeleistungselemente, die einen flächendeckenden, standardisierten Grundschutz gegen nicht alltägliche, aber mit den lokal vorhandenen eigenen Kräften zu bewältigende Gefahrenlagen bieten, sind in der Schutz- und Versorgungsstufe II einzubinden. Sie bilden gegenüber den Elementen der Stufe I eine enge Schnittstelle und gewährleisten eine sehr schnelle Reaktion und Intervention bei größeren lokal begrenzten Schadenslagen. Besonders die aufgestellten Schnell-Einsatz-Gruppen aller Fachdienste, die DRK-Einsatzeinheiten (bzw. lokalen Katastrophenschutz-Einheiten), aber auch über das täglich normale Maß an Leistungen hinausgehende medizinische und soziale Versorgungs- und Betreuungen sind hier zuzuordnen.

Zuständig sind – wie in Schutz- und Versorgungsstufe I – die lokalen/ regionalen Behörden bzw. DRK-Ortsvereine/ Kreisverbände; eine überregionale Hilfeleistung in vertretbarem Umfang ist zu ermöglichen.

Schutz- und Versorgungsstufe III

In Regionen mit speziellen oder besonders erhöhtem Risikopotential (hohe Bevölkerungsdichte, spezielle industrielle, technische und infrastrukturelle Anlagen, Flug- und Seehäfen, u.ä.) besteht die Notwendigkeit eines dauerhaft erhöhten lokalen oder regionalen

Spezialschutzes durch deutlich erhöhte und bedarfsorientierte Ressourcenvorhaltung. Hilfeleistungselemente, die auf dieser Stufe eingeordnet werden müssen, sind besonders die in DRK-Landesverbänden betriebenen Zusatzvorhaltungen (z.B. Hilfszug-Abteilungen, Logistikzentren, spezielle Führungsinstrumente) bzw. die Notfallstationen in Regionen mit kerntechnischen Anlagen, die durch Rotkreuz-Personal besetzt werden.

Die Zuständigkeit für die Gefahrenanalyse und -abwehrplanung wird in erster Linie bei den jeweiligen Ländern, respektive bei den DRK Landesverbänden gesehen. Eine überregionale Hilfeleistung bei Katastrophen durch die in der Schutz- und Versorgungsstufe II zugeordneten Schnell-Einsatz-Gruppen bzw. Einsatzeinheiten ist erforderlich und unter Mitwirkung der DRK-Landesverbände im Benehmen mit den lokal/ regional Zuständigen zu planen.

Schutz- und Versorgungsstufe IV

In der Schutz- und Versorgungsstufe IV werden exklusive spezielle operative Vorhaltungen (Task Forces) und Infrastruktur (Kompetenzzentren) in einem ausgewiesenen Sonderschutz-System geplant und bei außergewöhnlichen Gefahren- und Schadenslagen zum Einsatz gebracht. Derartige Szenarien sowie Maßnahmen, diesen wirksam zu begegnen, sind von Bund und Ländern in einer nationalen Gefahrenabwehrplanung zu definieren. Einzuordnen sind hier allerdings auch Gefahren, bei deren ersten Anzeichen die Zuständigkeit des Bundes berührt oder gegeben ist (z.B. meldepflichtige Infektionen). Unter Sonderschutz sind vor allem Hilfspotenziale des Bundes (Bundeswehr, Bundesgrenzschutz), besondere Kompetenzzentren (z.B. Robert-Koch-Institut), aber auch im DRK-Bundesverband vorgehaltene Interventionskapazitäten (ERU, Hilfszug) zu verstehen. Die Zuständigkeit liegt hier eindeutig beim Bund, adäquat beim DRK-Bundesverband.

Für alle Schutz- und Versorgungsstufen sind:

- aufeinander aufbauende Leistungsziele und Leistungsanforderungen auf der Grundlage eines abgestimmten Schutzzieles zu definieren;
- kompatible horizontale und vertikale Versorgungsstrategien zu entwickeln, die in einsatztaktischen Feinkonzepten und dementsprechenden Dienstvorschriften münden müssen;
- die Aus- und Fortbildungsinhalte (Helfer, Leitungs- und Führungskräfte, Spezialisten, Management-Funktionen) dementsprechend anzupassen,

um schließlich die Komplexität und Aufwuchsfähigkeit des Hilfeleistungssystems durchgängig zu gewährleisten.

Weiterer Anhaltspunkt, vor allem im Bereich der unmittelbaren Hilfeleistung für Verletzte und/ oder Erkrankte, ist die vom Deutschen Städtetag vorgeschlagene Planungsplattform "Massenanfall Verletzter und/ oder Erkrankter" (MANV/E), die weiterentwickelt auf

Massenanfälle unverletzter/ nicht erkrankter Personen je nach Bedarfslage und Betreuungsintensität wie folgt anwendbar ist:

Regelleistungen			Massenanfall Stufe I	Massenanfall Stufe II	Massenanfall Stufe III	Massenanfall Stufe IV
Grundbedarf	Spitzenbedarf	Sonderbedarf	bis zu 200 Betroffene bzw. max. 50 Verletzte/ Erkrankte	bis zu 3.000 Betroffene bzw. max. 500 Verletzte/ Erkrankte	mehr als 3.000 Betroffene bzw. mehr als 500 Verletzte/ Erkrankte	Zusätzlich zerstörte Infrastruktur
Kommune				Land	Bund	
DRK-KV				DRK-LV	DRK-BV	

Abbildung 13: MANV-Stufen. Entnommen aus [12]

Aus dieser Stufensystematik ergibt sich das folgende Modell der Zuständigkeiten im komplexen Hilfeleistungssystem des Deutschen Roten Kreuzes:

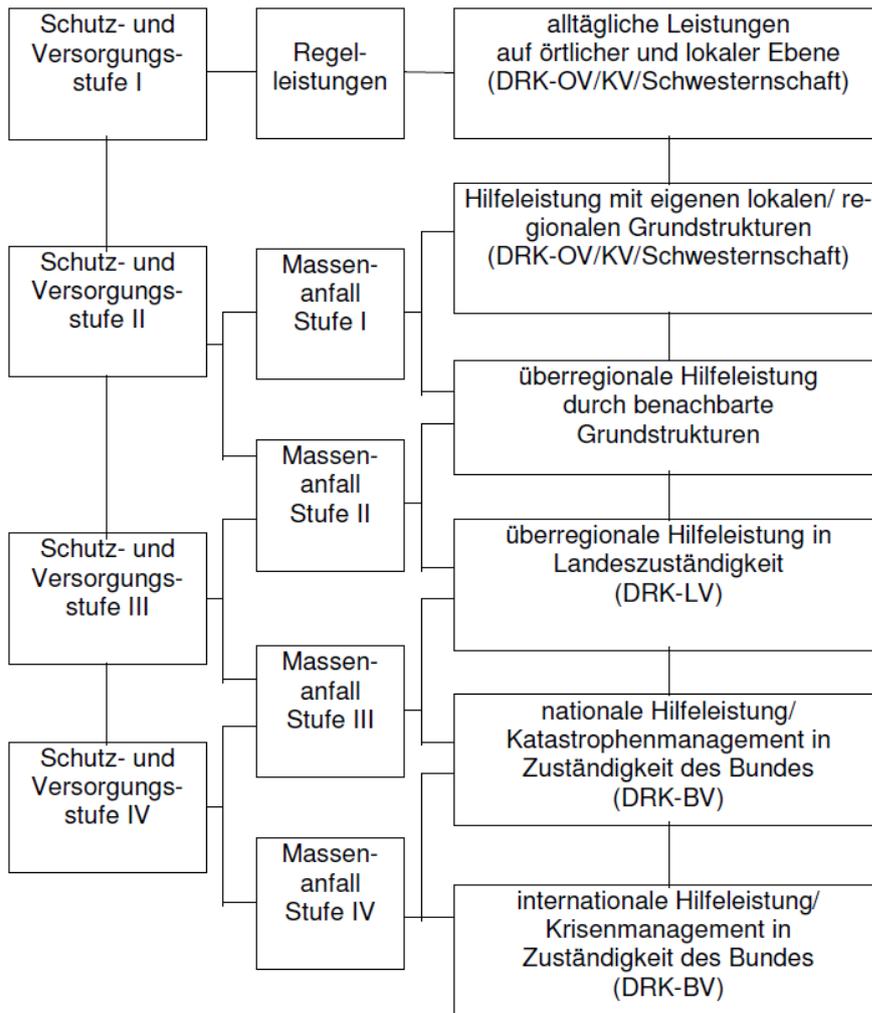


Abbildung 14: Schutz und versorgungsstufen in Kombination mit MANV-Stufen. Entnommen aus [12]

6.2 Kenngrößen im Sanitätsdienst

Von den Schutz- und Versorgungsstufen lassen sich Kenngrößen ableiten, die den Sanitätseinsatz hinsichtlich des Umfangs der eingesetzten Mittel, des Personals und der Führungselemente, entsprechend strukturieren lassen.

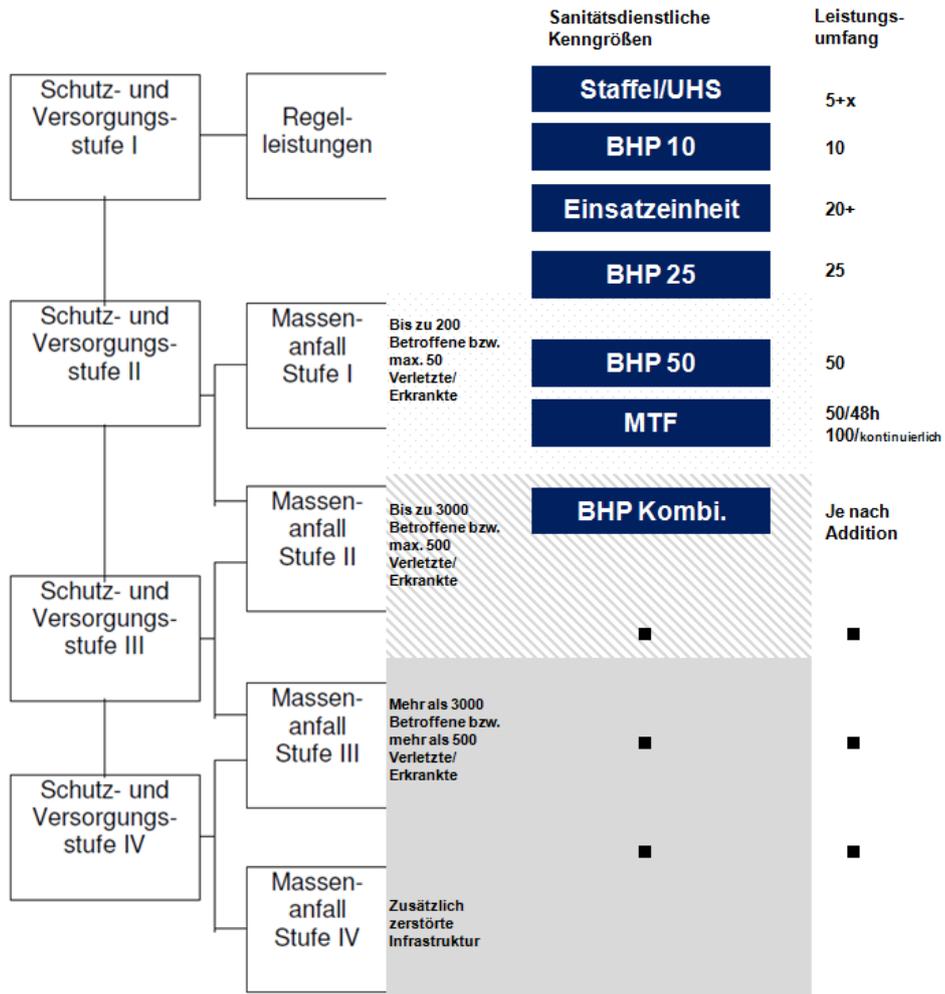


Abbildung 15: Übersicht über die Schutz- und Versorgungsstufen, den Stufen des Massenanfalls Verletzter/Erkrankter (MANV I-IV), den Umfangszahlen zu den Kategorien, die Kenngrößen des Sanitätsdienstes und den Leistungsumfang der jeweiligen Kenngröße. Graue Schraffierung Übergang zum Katastrophenfall bzw. Einsatz im Zivilschutz. Im Saarland gibt es im Rahmen eines MANV Konzeptes gesonderte Regelungen für die MANV-Stufen unterhalb der Katastrophenschwelle. Entnommen und modifiziert aus [12]

6.2.1 Die Sanitätsstaffel / Unfallhilfsstelle

Für eine ausführliche Beschreibung inklusive Ausstattungskatalog wird auf das Konzept „Die Sanitätsstaffel im DRK Landesverband Saarland e.V.“ verwiesen, das durch den Landesausschuss der Bereitschaften am 16.02.2014 verabschiedet wurde [26].

Definition der Sanitätsstaffel:

Die Sanitätsstaffel besteht aus einem Staffelführer, einem Kraftfahrer sowie zwei Trupps. Der Staffelführer besitzt eine Gruppenführerausbildung. Der Staffelführer und Kraftfahrer mit der Zusatzausbildung Technik und Sicherheit können einen Trupp bilden. Die beiden Sanitätstrupps haben eine Sanitätsausbildung abgeschlossen. Die Materielle Ausstattung der Sanitätsstaffel ist so gewählt, dass die Sanitätsstaffel autark eine Sanitätsstation aufbauen und betreiben kann. Diese Sanitätsstation wird im Folgenden Unfallhilfsstelle genannt (UHS DRK SAL).

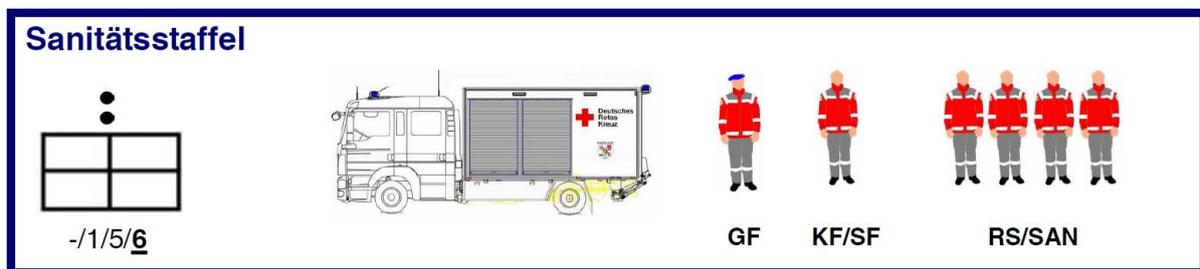


Abbildung 16: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) der Sanitätsstaffel. GF = Gruppenführer, KF = Kraftfahrer, SF = Sprechfunker, RS = Rettungssanitäter, SAN = Sanitätsdienstfachpersonal, Entnommen aus [26]

Den Leistungsumfang der Sanitätsstaffel, die abgesetzt der Größenordnung Unfallhilfsstelle entspricht zeigt Abbildung 17.

Unfallhilfsstelle DRK SAL	
<p>Unfallhilfsstelle L2 / G3 -/1/5/6</p> <p><u>Material:</u></p> <p>siehe Stückliste</p>	<p>5 Versorgungsplätze</p> <ul style="list-style-type: none"> o 2 liegende Patienten o gehende Patienten <p>1 x Gruppenführer, 5 x Sanitäter</p> <p>Grundmodul einer Unfallhilfsstelle,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kann auf einen Behandlungsplatz höherer Ordnung durch Verdopplung bzw. Verdreifachung erweitert werden; 2. Das Grundmodul darf maximal mit einem Ergänzungsmodul Versorgung, zwei Ergänzungsmodulen Ruheplatz erweitert werden; 3. Sollte die Sanitätsstelle mit einem Notfalltrupp verstärkt werden, wird deren spezifisches Material mit eingebracht;
<p>Ergänzungsmodul Versorgung -/1/2/2</p> <p><u>Material:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o 1 x Sanitätsausstattung nach DIN 13155, o 1 x Trage o 1 x Lagerungsgestell 	<p>1 Versorgungsplatz mit 2 Sanitäter</p>
<p>Ergänzungsmodul Ruheplatz -/1/1/1</p> <p><u>Material:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o 1 x Sanitätsausstattung nach DIN 13155, o 3 x Trage 	<p>bis 3 Ruheplätze mit 1 Sanitäter</p> <p>Einrichtung nur ergänzend zur Unfallhilfsstelle</p> <p>(Hier keine Betreuung im Sinne Betreuungseinsatz)</p>
<p>Ergänzungsmodul Notfalltrupp -/1/2/2</p>	<p>Bei Bedarf kann die Sanitätsstelle um folgende Module erweitert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Notfalltrupp / RS o Notfalltrupp / RA
<p>Ergänzungsmodul Notarzt 1/-/1/1</p>	<p>Bei Bedarf kann die Sanitätsstelle um das Modul Notarzt erweitert werden.</p>

Abbildung 17: Leistungsumfang einer Sanitätsstaffel, die abgesetzt als UHS fungieren kann. Mögliche Ergänzungsmodule zur Leistungssteigerung sind aufgeführt. Entnommen aus [26]

6.2.2 Der Behandlungsplatz 10 (BHP 10)

Für eine ausführliche Beschreibung inklusive Ausstattungskatalog wird auf das Konzept „Der Behandlungsplatz 10 (BHP 10 SAL) im DRK Landesverband Saarland e.V.“ verwiesen, das durch den Landesausschuss der Bereitschaften am 16.02.2014 verabschiedet wurde [30].

Der Einsatzwert eines BHP 10 ist definiert durch die Versorgung von 10 Verletzten/Betroffenen innerhalb einer Stunde. Betrieben wird der BHP 10 durch zwei verstärkte Sanitätsstaffeln von 18 (24*) Helfern.

Die Sanitätsgruppe ist gegliedert in:

- Führung BHP 10 (gekennzeichnet durch eine „blaue“ Überwurfweste mit Aufschrift „FÜHRER BHP“)
- Behandlungstrupp
- Betreuungstrupp
- Beweglicher Sanitätstrupp

Ein Behandlungsplatz 10 (BHP 10 SAL) ist eine taktische Kenngröße im Einsatz, als auch eine Einrichtung des Sanitätswachdienstes, die als Anlaufstelle für das medizinische Hilfeersuchen der Bevölkerung bzw. der Gäste einer Veranstaltung dient. Analog der Unfallhilfsstelle (UHS) kann ein BHP in einem oder mehreren Zelten oder in einer festen Unterkunft aufgebaut und betrieben werden. Aus hygienischen Gründen und aufgrund der Witterungsunabhängigkeit sollte insbesondere bei längeren Veranstaltungen auch in Erwägung gezogen werden, in geeigneten Containern o. ä. einen BHP zu errichten.

Neben der Durchführung von professionellen Erste-Hilfe-Maßnahmen und der sanitätstechnischen Versorgung kann außerdem umfassend notfallmedizinisch interveniert werden.

Die ärztliche Besetzung ist ein Merkmal und eine Fähigkeit des BHP 10.

Sie dient der Entscheidungsfindung bei der Einweisung oder Verlegung von Verletzten/Erkrankten in Regelversorgungseinrichtungen (Krankenhäuser). Geht es nur um die Anzahl medizinisch zu versorgender Personen, so ist im Rahmen einer Kalkulation gerade im Bereich der Planung von Sanitätswachdiensten eine Verdopplung oder Verdreifachung des Einsatzwertes einer Sanitätsstaffel (UHS) durchaus möglich.

Die Bezeichnung BHP 10 SAL definiert aber ganz konkret Einsatzwert, Leistungen und Spezialfähigkeiten, die durch eine Verdopplung des Einsatzwertes einer UHS nicht erreicht werden können. Daher ist qualitativ immer auf die genaue Bezeichnung der Einheit zu achten, wenn auch quantitativ evtl. kein Unterschied besteht. Durch die geringe Helferzahl ist ein autarker Einsatz schneller erreicht, als die nächst höhere taktische Einheit (BHP 25).

Durch Heranziehung mehrerer BHP 10 kann ein BHP 25 erreicht und betrieben werden.

Der Einsatzwert des BHP 10 richtet sich nach der Grundforderung, dass innerhalb einer Stunde 10 Patienten zu versorgen sind. Dies muss personell und materiell über alle drei Triage- und Behandlungskategorien gewährleistet werden.

- Kategorie ROT: 4 Patienten

- Kategorie GELB: 1 Patienten
- Kategorie GRÜN: 5 Patienten

Somit ergibt sich folgender Aufbau des BHP 10 bezgl. des Einsatzwertes:

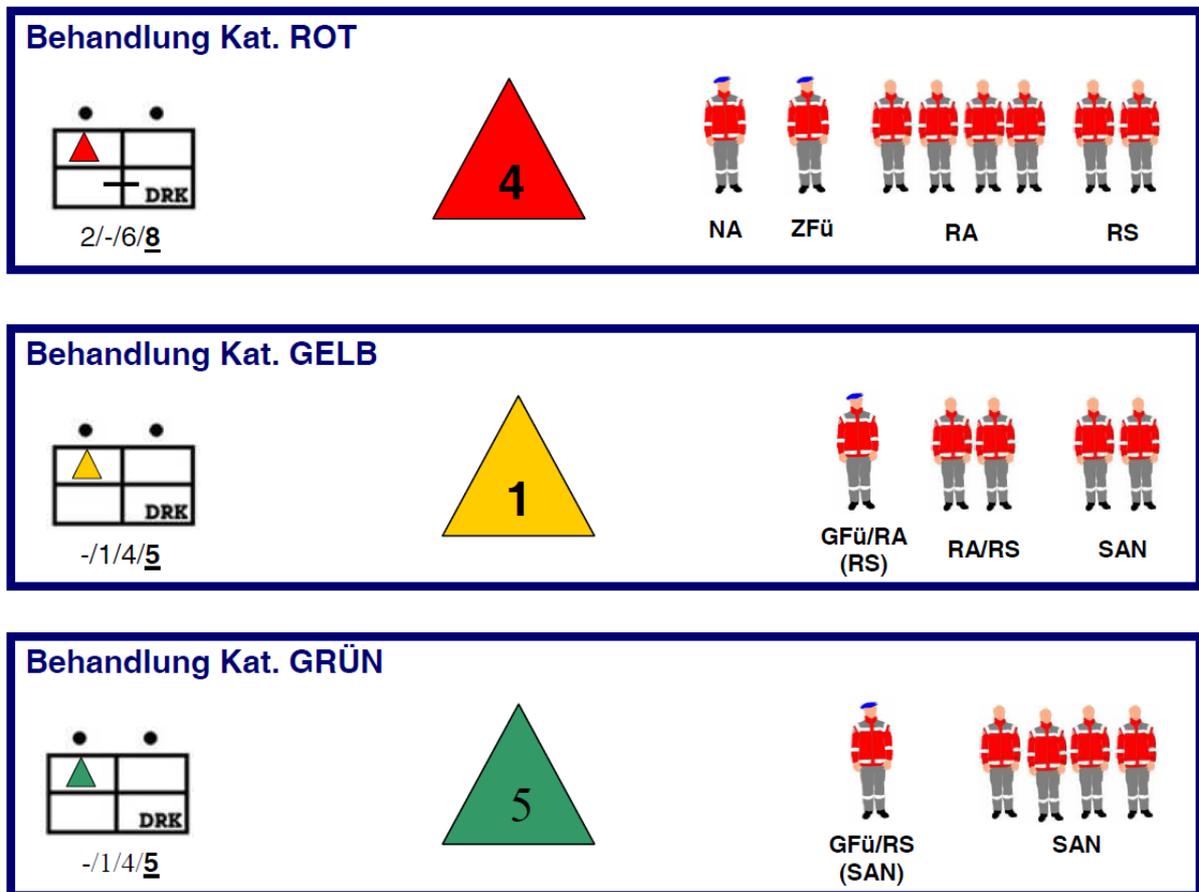


Abbildung 18: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) sowie Versorgungskapazität pro Stunde für die Kategorien (Kat.) rot, gelb, grün des Behandlungsplatzes 10 SAL. NA = Notarzt, ZFü = Zugführer, GFü = Gruppenführer, RA = Rettungsassistent, RS = Rettungsassistent, SAN = Fachdienstqualifikation Sanitätsdienst, Entnommen aus [30]

Die Personalstärke des BHP 10 leitet sich aus der Notwendigkeit der Besetzung der einzelnen Komponenten der Patientenversorgung her.

Basismodul BHP 10

1. Führung

Die Führung des BHP 10 besteht aus einer Führungskraft (einem Zugführer), einem Arzt und zwei Führungsgehilfen. Die Führungskraft muss die Führungskräftequalifikation Zugführer besitzen. Die beiden Führungsgehilfen haben eine Gruppenführerausbildung und sollten je die Fachdienstausbildung Technik und Sicherheit besitzen; die Fachausbildung Sanitätsdienst (Sanitäter) ist verpflichtend. Die Führungsgehilfen unterstützen außerdem bei der Registrierung.



Abbildung 19: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Basismodul „Führungstrupp“ des Behandlungsplatzes 10 SAL. ZFü = Zugführer, GF = Gruppenführer, SAN = Sanitätsdienstfachpersonal, Entnommen aus [30]

2 Technik und Sicherheit (TeSi)

Der Trupp TeSi kümmert sich auch um die Logistik mit zwei Helfern. Im Rahmen der Helfergrundausbildung ist die Sanitätshelferausbildung (Erweiterte Erste Hilfe, SAN A (alt)) vorhanden. Die Fachdienstausbildung Technik und Sicherheit ist verpflichtend.



Abbildung 20: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Basismodul „Technik und Sicherheit“ des Behandlungsplatzes 10 SAL. TeSi = Fachdienstqualifikation Technik und Sicherheit, Entnommen aus [30]

3. Behandlung

Das Modul Behandlung wird von zwei Sanitätsstaffeln und einem Arzt (aus Modul Führung) gebildet.

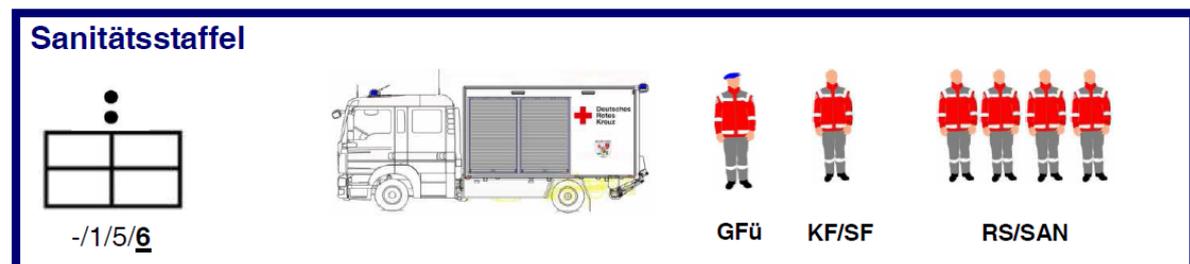


Abbildung 21: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Basismodul „Behandlung“ des Behandlungsplatzes 10 SAL basierend auf zwei Sanitätsstaffeln. GFü = Gruppenführer, KF = Kraftfahrer, SF = Sprechfunker, RS= Rettungssanitäter, SAN = Sanitätsdienstfachpersonal, Entnommen aus [30]

Somit ergibt sich folgende Gesamtübersicht über das Basismodul BHP 10:

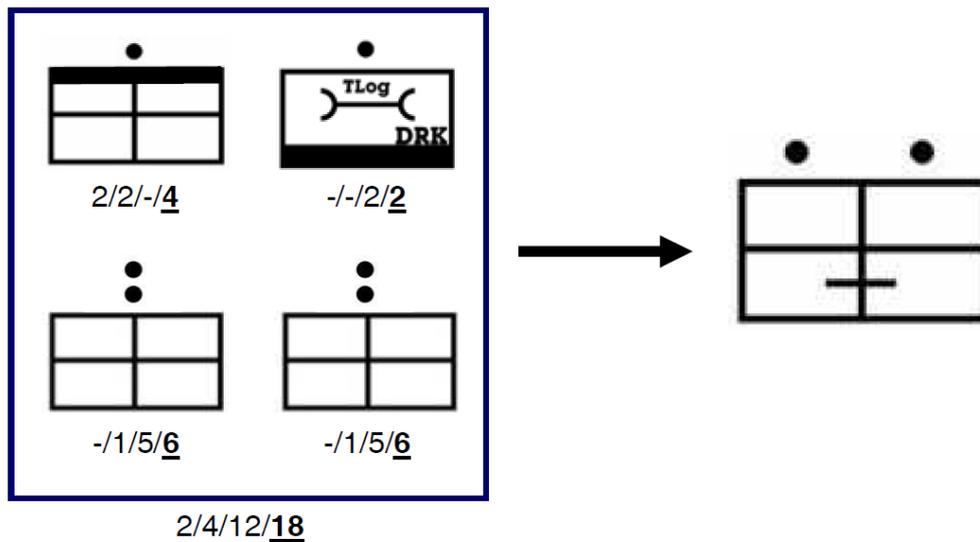


Abbildung 22: Gesamtübersicht über das Basismodul des Behandlungsplatzes 10 SAL. Dargestellt sind die jeweiligen taktischen Zeichen der Module und des BHP und die Angabe der Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN), Entnommen aus [30]

Ergänzungsmodule

1. Unterstützungsgruppe BHP 10

Sollten die nach dem Einsatzwert notwendigen personellen Ressourcen nach dem fachlichen Ausbildungsstand nicht zu Verfügung stehen, wird durch die personelle Ergänzung durch die Unterstützungsgruppe BHP 10 der volle Einsatzwert gewährleistet.



Abbildung 23: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Ergänzungsmodul „Unterstützungsgruppe BHP 10“ des Behandlungsplatzes 10 SAL. RA = Rettungsassistent, RS = Rettungssanitäter. Entnommen aus [30]

2. Tragetrupp

Ein Tragetrupp besteht aus 4 Helfern.

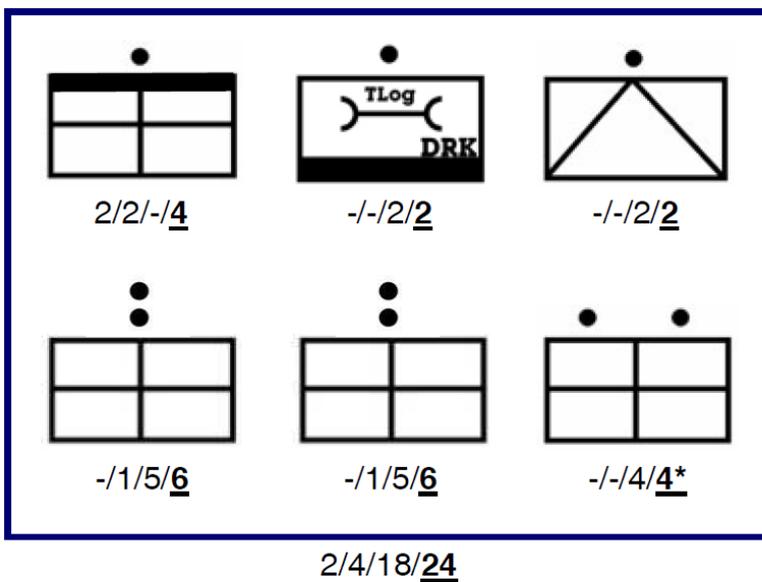
3. Betreuung

Die Betreuung wird durch zwei Fachdiensthelfer Betreuungsdienst „Betreuer vor Ort (BvO)“ übernommen. Die Mindestausstattung eines BvO soll ermöglichen, bis zu 30 Betroffene in kleinem Umfang mit dringend erforderlichen Gütern zu versorgen. Dies bedeutet, dass das Leistungsspektrum von zwei BvO 60 zu betreuende Personen beträgt.



Abbildung 24: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Ergänzungsmodul „Betreuung“ des Behandlungsplatzes 10 SAL. BvO = Betreuer vor Ort, Entnommen aus [30]

Möglicher Aufwuchs BHP 10 + Betreuung + Unterstützungsgruppe:



* In der Mindestbesetzung hat die Unterstützungsgruppe nur Truppstärke.

Abbildung 25: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für einen möglichen Aufwuchs des Behandlungsplatzes 10 SAL. Dargestellt sind die jeweiligen taktischen Zeichen der Module und des BHP und die Angabe der Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN), Entnommen aus [30]

6.2.3 Die Einsatzeinheit im DRK

In Abbildung 26 ist der allgemeine Aufbau der multifunktionalen Einsatzeinheit im Deutschen Roten Kreuz gezeigt. Sie besteht aus:

- Führungstrupp
- Sanitätsgruppe
- Betreuungsgruppe
- Trupp Technik und Sicherheit

Der Führungstrupp und die Sanitätsgruppe bilden gemeinsam – zur schnelleren Einsetzbarkeit die sogenannte Schnelleinsatzgruppe (SEG).

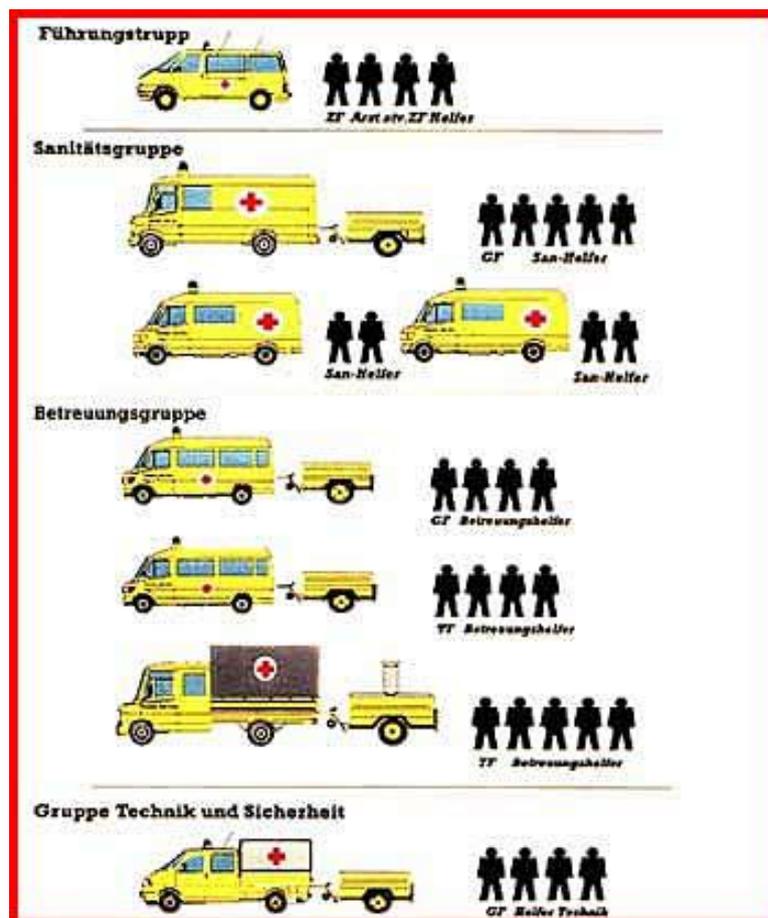


Abbildung 26: Aufbau und Komponenten der multifunktionalen Einsatzeinheit im Deutschen Roten Kreuz. Entnommen aus [31]

Teileinheit Führungstrupp

Der Führungstrupp (aufgestellt als Zugtrupp) führt die multifunktionale DRK-Einsatzeinheit im Einsatz. Dies gilt sowohl für Sanitäts- (nach DRK Dienstvorschrift 400), als auch für Betreuungseinsätze (nach DRK Dienstvorschrift 600). Dem Führungstrupp gehören der Zugführer (ZF) und sein Stellvertreter (stv. ZF, Zugtruppführer) an, daneben ein (Not-)Arzt und ein Führungshelfer für den Bereich Information und Kommunikation (IuK, Sprechfunk etc.) an. Zugführer und stellvertretender Zugführer sollten im Idealfall unterschiedliche

Fachdienstausbildung haben. Der Einsatzhäufigkeit nach sinnvollerweise die fachdienstlichen Qualifikationen bei einem Sanitäts- beim anderen Betreuungsdienst.

Aufgaben der Führungsgruppe

- Herstellen der Kommunikation und Kooperation mit der übergeordneten Führungsstelle und benachbarten Einheiten
- Entgegennahme von Einsatzaufträgen
- Information über die Lage, deren Entwicklung und Einsatzabwicklung
- Vornahme die Feststellung und Beurteilung der Lage im Einsatzbereich der Einsatzeinheit
- Regelung des sanitäts- bzw. betreuungsdienstlichen Einsatz unter Beratung der Fach- und Führungskräfte
- Erteilung von Aufträge an die Gruppen der Einsatzeinheit und Kontrolle der Durchführung
- Sorge für die Sicherheit im Einsatz mit Unterstützung der Fach- und Führungskräfte
- Sorge für die Verstärkung, Ergänzung und Ablösung der Einsatzeinheit bzw. von Teileinheiten

Teileinheit Sanitätsgruppe

Der Aufbau der Sanitätsgruppe ist in Abbildung 26 ausführlich dargestellt. Ihre Aufgaben umfassen sind denen unter Leistungen des Sanitätsdienst definierten und beschriebenen identisch.

Leistungsumfang:

Die Personalstärke und die Ausstattung der Sanitätsgruppe der Einsatzeinheit ist für die Versorgung von 20 Verletzten ausgelegt. In Zusammenarbeit mit einem Notarzt, zwei RTW- und einer KTW-Besatzung versorgen, der Arzt und die neun Helfer der Sanitätsgruppe der Einsatzeinheit:

- 2 - 3 schwerverletzte Personen (Behandlungspriorität mit anschließender Transportpriorität, u.a. Infusions- und Intubationstherapie) und
- 4 - 5 mittelschwer verletzte Personen (Behandlungspriorität aber keine Transportpriorität) und
- 12 leichtverletzte Personen (keine Behandlungs- und Transportpriorität).

Bei einer großen Zahl verletzter Personen haben die sanitätsdienstlichen Aufgaben Vorrang. Daher werden alle Helferinnen und Helfer der Einsatzeinheit zunächst sanitätsdienstlich tätig.

Die Sanitätsgruppe als Schnelleinsatzgruppe (SEG)

Die Sanitätsgruppe der Einsatzeinheit kann auch mit dem Führungstrupp als Schnelleinsatzgruppe tätig werden.

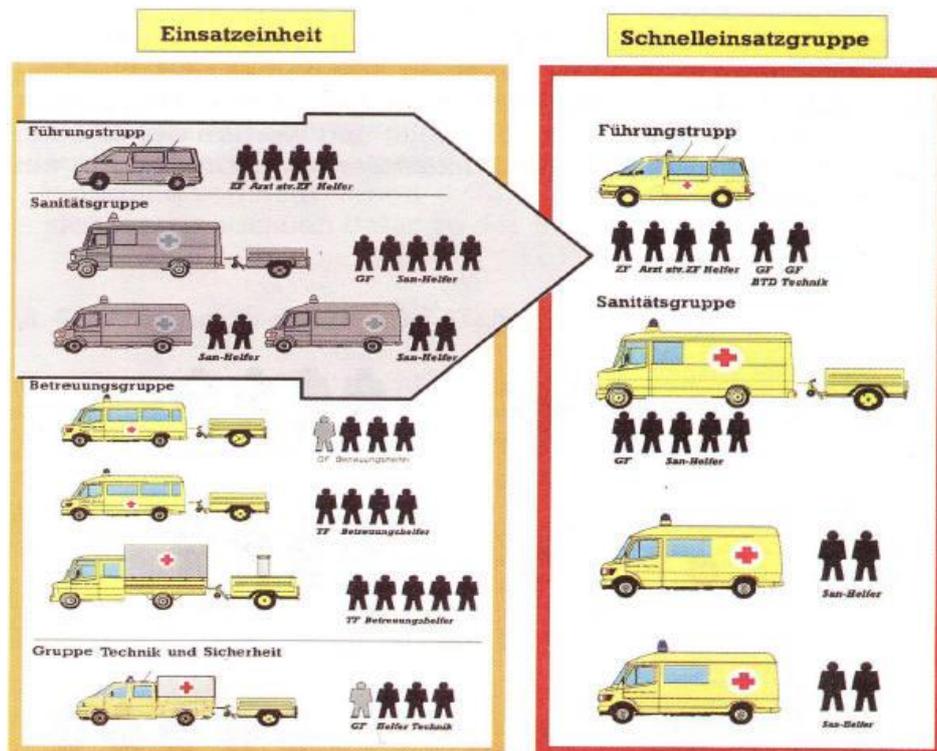


Abbildung 27: Darstellung der Ausgliederung einer Schnelleinsatzgruppe aus einer multifunktionalen DRK-Einsatzeinheit. Entnommen aus [31]

Die Betreuungsgruppe

Der Betreuungseinsatz ist im Rahmen der DRK DV 600 geregelt. Der beschriebene Leistungsumfang umfasst:

- Die Betreuungsgruppe ist so ausgelegt, dass durch sie allein ca. 100 betreuungsbedürftige Personen versorgt und betreut werden können.
- Sind aufgrund des Schadensereignisses und der Situation an der Einsatzstelle überwiegend Betreuungsaufgaben zu erfüllen, werden diese von der gesamten Einsatzeinheit durchgeführt. Die gesamte Einsatzeinheit kann bis zu 500 Personen, je nach notwendiger Betreuungsintensität, unterbringen, verpflegen und sozial betreuen.

Die Gruppe Technik und Sicherheit

Die Gruppe Technik und Sicherheit gewährleistet die technische Unterstützung der Sanitätsdienst- und Betreuungsgruppen und übernimmt die sicherheitstechnische Absicherung der gesamten Einheit im Einsatz.

Aufgaben der Gruppe Technik und Sicherheit

- Verrichten handwerklich-technischer Tätigkeiten mit entsprechendem Werkzeugen und Hilfsmitteln
- Aufbau von Versorgungszentren in Containern, bestehenden Räumen oder Zelten
- Aufbau und Betrieb technischer Geräte und Anlagen (z.B. Notstromversorgung, Beleuchtung, Zeltheizgeräte) zum Betrieb der Einsatzstrukturen
- Überwachung technischen Gerätes während des laufenden Betriebes
- Erbringung von Logistikleistungen für alle Aufgaben Bereiche bzw. Teileinheiten
- Sonderaufgaben:

- Überwachung des geeigneten Atem- und Körperschutz der Einsatzkräfte
- Technische Unterstützung bei der Personen-Dekontamination
- Fachliche Beratung bei Unfällen mit chemischen oder radiologischen Stoffen
- Durchführung technischer Maßnahmen zum Schutze der Einheit bei Unfällen mit Gefahrstoffen durch

Über die technischen Tätigkeiten hinaus überwacht die Gruppe Technik und Sicherheit die Einhaltung der gesetzlichen Arbeitsschutzvorschriften, der Unfallverhütungsvorschriften und anderer Sicherheitsvorschriften.

Kooperation der Teileinheiten innerhalb der multifunktionalen Einsatzeinheit

Die Helferinnen und Helfer der Sanitäts- und der Betreuungsgruppe unterstützen sich gegenseitig. Dadurch können die Versorgungskapazitäten erhöht werden.

Die Gruppe Technik und Sicherheit gewährleistet die bedarfsgerechte Unterstützung der aller an der Einsatzeinheit beteiligten Gruppen.

Eine modulare Anpassung beziehungsweise Bildung von Sondereinheiten sind bedarfsorientiert an der Einsatzlage möglich und sinnvoll.

6.2.4 Der Behandlungsplatz 25 (BHP 25)

Für eine ausführliche Beschreibung inklusive Ausstattungskatalog wird auf das Konzept „Der Behandlungsplatz 25 (BHP 25 SAL) im DRK Landesverband Saarland e.V.“ verwiesen, das durch den Landesausschuss der Bereitschaften am 16.02.2014 verabschiedet wurde.

Der Einsatzwert des BHP 25 richtet sich nach der Grundforderung, dass innerhalb einer Stunde 25 Patienten zu versorgen sind. Dies muss personell und materiell über alle drei Triage- und Behandlungskategorien gewährleistet werden.

- Kategorie ROT: 10 Patienten
- Kategorie GELB: 5 Patienten
- Kategorie GRÜN: 10 Patienten

Somit ergibt sich folgender modularer Aufbau des BHP 25 bezüglich des Einsatzwertes:

- Führung
- Sichtung/Triage und Registrierung
- Behandlung
- Betreuung
- Technik und Sicherheit

1. Führung

Die Führung des BHP 25 besteht aus zwei Führungskräften, einem Notarzt, der nach Möglichkeit die Qualifikation Leitender Notarzt besitzt und einem Führungsgehilfen. Die Führungskräfte müssen die Führungskräftequalifikation einschließlich Zugführer besitzen (Führer BHP 25 nach Möglichkeit Verbandsführer).



Abbildung 28: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Modul „Führungstruppe“ des Behandlungsplatzes 25 SAL. VFü = Verbandsführer, ZTrFü = Zugtruppführer, LNA = Leitender Notarzt, KF = Krstoffahrer, SF = Sprechfunker. Entnommen aus [32]

2. Sichtung/Triage und Registrierung

In diesem Bereich erfolgt die Zuteilung in eine Triagegruppe und es werden lebensrettende Sofortmaßnahmen durchgeführt. Die Führungskraft hat die Aufgabe, Ressourcen des BHP abzufragen und bei der schnellen Verteilung der Patienten zu unterstützen.

Die Verteilung erfolgt durch die Notärzte, von denen mindestens einer in diesem Bereich über die Qualifikation Leitender Notarzt (LNA) verfügen soll.



Abbildung 29: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Modul „Sichtung/Triage“ des Behandlungsplatzes 25 SAL. NA = Notarzt, LNA = Leitender Notarzt, GF = Gruppenführer, RA = Rettungsassistent. Entnommen aus [32]

3. Behandlung

Kategorie 1 „ROT“

Die Kategorie ROT der Triage sind Patienten mit schwersten Verletzungen/Erkrankungen. Diese Personen bedürfen sofortiger Behandlung. Ein Transport kann erst nach Stabilisierung der Vitalfunktionen erfolgen. In diesem Bereich sollte überwiegend Personal mit rettungsdienstlicher und intensivmedizinischer Erfahrung eingesetzt werden.

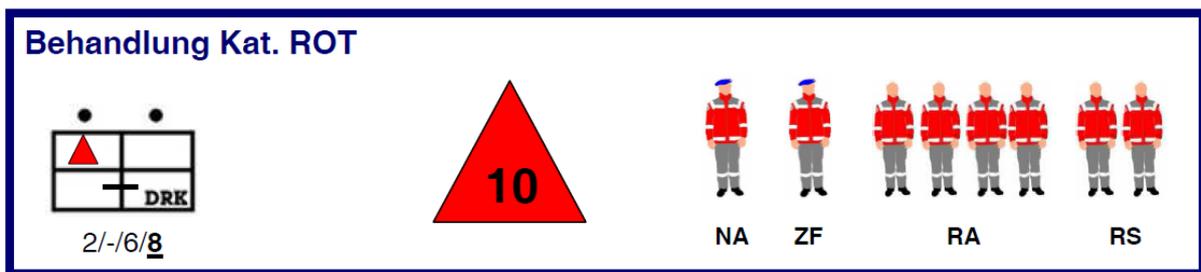


Abbildung 30: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Modul „Behandlung“ – Kategorie (Kat.) „ROT“ des Behandlungsplatzes 25 SAL. NA = Notarzt, ZF = Zugführer, RA = Rettungsassistent, RS = Rettungssanitäter. Das rote Dreieck zeigt die Patientenzahl für diese Kategorie pro Stunde. Entnommen aus [32]

Kategorie 2 „GELB“

Die Kategorie 2 der Triage sind Patienten mit mittelschweren Verletzungen/Erkrankungen. Diese Personen bedürfen sofortiger Behandlung und sofortigem Transport. In diesem Bereich sollte überwiegend Personal mit rettungsdienstlicher Erfahrung eingesetzt werden.

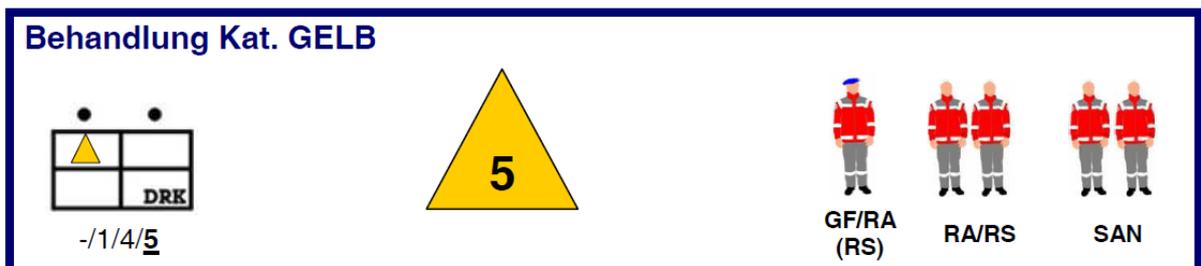


Abbildung 31: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Modul „Behandlung“ – Kategorie (Kat.) „GELB“ des Behandlungsplatzes 25 SAL. GF = Gruppenführer, RA = Rettungsassistent, RS = Rettungssanitäter, SAN = sanitätsdienstliches Fachpersonal. Das gelbe Dreieck zeigt die Patientenzahl für diese Kategorie pro Stunde. Entnommen aus [32]

Kategorie 3 „GRÜN“

Die Kategorie 3 sind leicht verletzte/erkrankte Personen, deren Transport und Behandlung auch aufgeschoben erfolgen kann. Das Personal in diesem Bereich kann aus dem Sanitätsfachdienst gestellt werden.

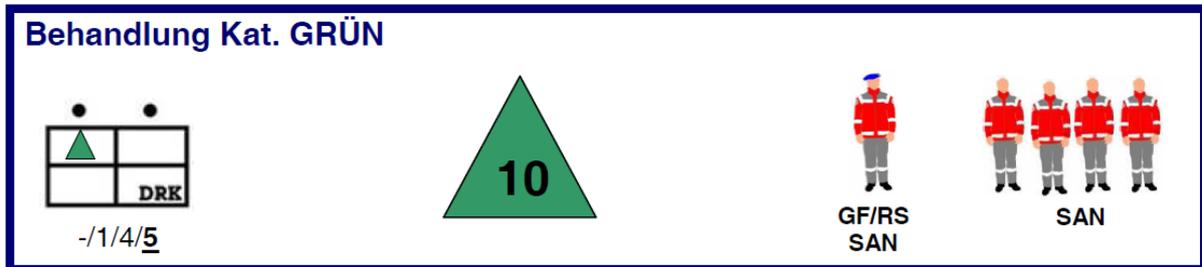


Abbildung 32: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Modul „Behandlung“ – Kategorie (Kat.) „GRÜN“ des Behandlungsplatzes 25 SAL. GF = Gruppenführer, RS = Rettungssanitäter, SAN = sanitätsdienstliches Fachpersonal. Das grüne Dreieck zeigt die Patientenzahl für diese Kategorie pro Stunde. Entnommen aus [32]

4. Betreuung

Die Betreuung wird durch eine Betreuungsstaffel übernommen. Die Betreuungsstaffel hält Material für ca. 100 Betroffene unterschiedlichen Alters und Geschlechts vor.



Abbildung 33: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Modul „Betreuung“ des Behandlungsplatzes 25 SAL. GF = Gruppenführer, KF = Kraftfahrer, SF = Sprechfunker. Entnommen aus [32]

5. Technik und Sicherheit

Der Trupp TeSi kümmert sich mit zwei Helfern auch um die Logistik. Im Rahmen der Helfergrundausbildung ist die Sanitätshelferausbildung (Erweiterte Erste Hilfe, SAN A) vorhanden. Die Fachdienstausbildung Technik und Sicherheit ist verpflichtend.

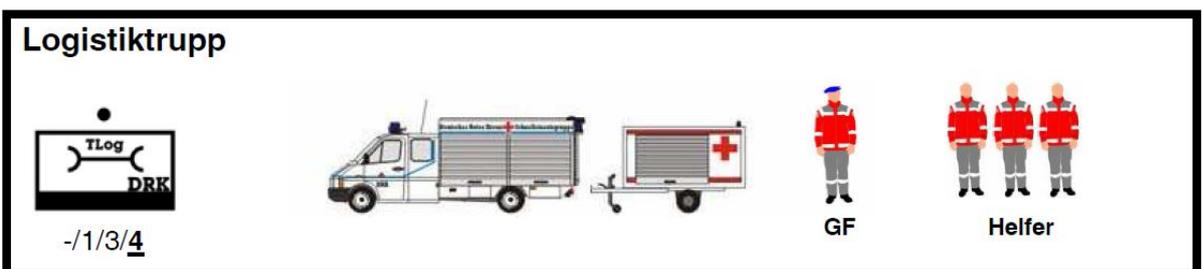


Abbildung 34: Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für das Modul „Technik und Sicherheit“ des Behandlungsplatzes 25 SAL. GF = Gruppenführer. Entnommen aus [32]

Ergänzend:

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) kann und wird zusätzlich zur Stärke- und Ausrüstungsnachweisung (STAN) bedarfsorientiert angefordert und eingesetzt.

Tragetrupps

Ein Tragetrupp besteht aus mindestens zwei, idealer Weise aus vier Helfern. Zur Schonung der personellen Ressourcen sollte die Aufgabe der Tragetrupps durch externe Einsatzkräfte, wie z.B. der Feuerwehr oder des THW übernommen werden.

Die Gesamtübersicht über den Behandlungsplatz 25 SAL ist in Abbildung 35 gegeben.

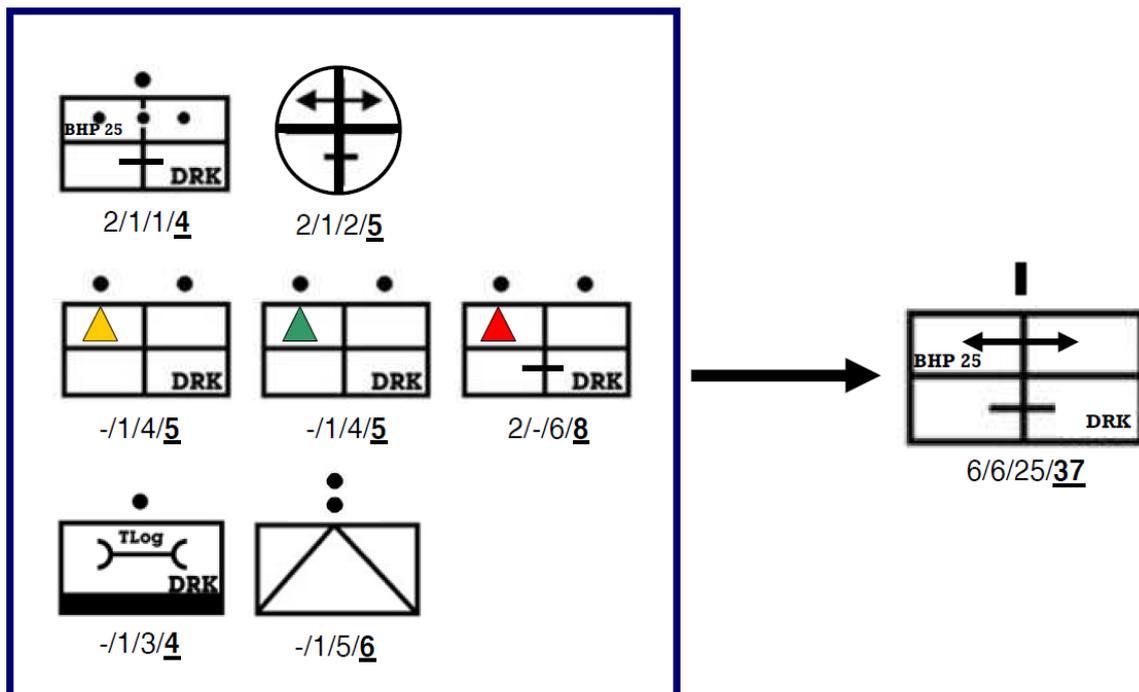


Abbildung 35 Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN) für den Behandlungsplatz 25 SAL. Dargestellt sind die jeweiligen taktischen Zeichen der Module und des BHP und die Angabe der Stärke- und Ausbildungsnachweisung (STAN). Entnommen aus [32]

6.2.5 Aufwuchsmöglichkeiten

Mittels der unter 6.2.1,2.,4. Gezeigten modularen Versorgungseinrichtungen lässt sich ein Aufwuchs generieren, je nach Anforderung beziehungsweise Schadensausmaß. In Zusammenschau mit den modularen Einheiten für den Betreuungseinsatz gemäß DRK

Dienstvorschrift 600 lassen sich für die Einsätze Module je nach Umfang aufwachsend kombinieren oder je nach Schwerpunkte einsatztaktisch unterschiedlich gewichten.

6.2.6 Die Medizinische Task Force

Im kontinuierlich fortschreibenden Rahmenkonzept Medizinische Task Force sind Aufbau, Struktur, Personal, Ausstattung und Auftrag dieses Verbandes der Größe II näher beschrieben. Da die Einheiten multilateral (aus verschiedenen Hilfsorganisationen) aufgebaut sind führt die Konzeption über eine DRK-Dienstvorschrift hinaus. Aspekte der Teilhabe von DRK-Einheiten im Rahmen der MTF sind weiterführend niederzuschreiben.

6.2.7 Leistungen anderer Fachdienste

Der Sanitätsdienst ist bei Durchführung seiner Aufgaben auf die Zusammenarbeit bzw. Abstimmung mit anderen Diensten und Fachdiensten angewiesen.

Dieses sind u. a.

- Technik und Sicherheit
- Suchdienst
- Betreuungsdienst
- Rettungsdienst
- Information und Kommunikation
- Pflege
- Wohlfahrts- und Sozialarbeit (ambulante und stationäre Einrichtungen, Personal)
- Presse und Öffentlichkeitsarbeit
- Chemie- und Strahlenschutz (CBRN(E))
- Wasserrettung
- Rettungshunde
- Bergrettung

Literaturverzeichnis

- [1] Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V., DRK Dienstvorschrift 600 Ausgabe Saarland – Der Betreuungseinsatz, beschlossen durch den Landesauschuss der Bereitschaften 01. März 2015
- [2] Landtag des Saarlandes, Gesetz über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland (SBKG), 29. November 2006, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 26. Juni 2013 (Amtsbl. I S. 262)
- [3] Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V., Leitlinie für die Organisation des Sanitätswachdienstes (SWD) bei Veranstaltungen im DRK Landesverband Saarland e.V., 2. Auflage, beschlossen durch den Landesauschuss der Bereitschaften 01. März 2015
- [4] Deutscher Bundestag, Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (ZSKG), Ausfertigungsdatum: 25.03.1997, zuletzt geändert 29.07.2009
- [5] Deutscher Bundestag, Gesetz über das Deutsche Rote Kreuz und andere freiwillige Hilfsgesellschaften im Sinne der Genfer Rotkreuz-Abkommen (DRK-Gesetz, DRKG), Ausfertigungsdatum: 05.12.2008
- [6] Landtag des Saarlandes, Gesetz über den Brandschutz, die Technische Hilfe und den Katastrophenschutz im Saarland (SBKG), 29. November 2006, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 26. Juni 2013 (Amtsbl. I S. 262)
- [7] Landtag des Saarlandes, Saarländisches Rettungsdienstgesetz (SRettG) vom 9. Februar 1994, in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Januar 2004 (Amtsbl. S. 170), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 25. Oktober 2011 (Amtsbl. I S. 418).
- [8] Ministerium für Inneres und Sport des Saarlandes, Verordnung über die Organisation des Katastrophenschutzes im Saarland vom 13. Oktober 2014, Amtsblatt des Saarlandes Nr. 25, Ausgegeben zu Saarbrücken 6. November 2014
- [9] Ministerium für Inneres und Sport des Saarlandes, Verwaltungsvorschrift für die Bewältigung von Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker vom 09. Juni 2006
- [10] Deutsches Rotes Kreuz, Die Krisenmanagement-Vorschrift des Deutschen Roten Kreuzes (K-Vorschrift)
- [11] DRK Landesverband Saarland e.V., Ergänzungen Saarland für Die Krisenmanagement-Vorschrift des Deutschen Roten Kreuzes (K-Vorschrift)
- [12] Deutsches Rotes Kreuz, Das komplexe Hilfeleistungskonzept
- [13] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Katastrophenmedizin - Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall, 6. Auflage, Unveränderter Nachdruck 2013
- [14] DIN Deutsches Institut für Normung e.V., DIN 13050, Letzte Ausgabe 2015-04, Beuth-Verlag

- [15] Sefrin P, Weidringer J W, Weiss W, Sichtungskategorien und deren Dokumentation, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 31–32, 2003
- [16] Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V., Empfehlungen zur patientenbezogenen Datenerfassung, Dokumentation, Registrierung und Archivierung im Sanitätsdienst des DRK SAL, Beschluss der Empfehlungen durch den Landesausschuss der Bereitschaften am 10.04.16
- [17] Arbeitsgruppe der Hilfsorganisationen im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Konzept zur überörtlichen Hilfe beim MANV 2006
- [18] Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V., Ordnung für Aus-, Fort- und Weiterbildung des Deutschen Roten Kreuzes Teil: Fachliche Helfergrundausbildung der Bereitschaften, Stand: 29./30.03.2012
- [19] Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V., Ordnung für Aus-, Fort- und Weiterbildung des Deutschen Roten Kreuzes Fachdienstausbildung Sanitätswesen, Teil: Sanitätsdienstausbildung mit Stand 25.11.2010
- [20] Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V., Richtlinie über die Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte im Sanitätsdienst des DRK LV Saarland e.V. beschlossen durch den Landesausschuss der Bereitschaften am 10.04.16
- [21] Feuerwehr, Feuerwehrdienstvorschrift 3, Einheiten im Lösch- und Hilfeleistungseinsatz
- [22] Hessisches Ministerium des Innern und für Sport, Katastrophenschutz Dienstvorschrift 600 Hessen (KatS DV600 HE) – Der Betreuungszug im Katastrophenschutz des Landes Hessen
- [23] Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V., Aufgabenkataloge der Leitungs- und Führungskräfte im DRK Landesverband Saarland e.V. (Stand: 05.02.2012)
- [24] Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V., Minimal-Ausstattung Mannschaftstransportwagen im Deutschen Roten Kreuz Landesverband Saarland e.V., Beschlossen in der Landesausschussung der Bereitschaften in Lambrecht am 16.02.2014
- [25] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Begleitheft Ausstattungssatz, Beladeplan und Typenblatt für Gerätewagen Sanität Bund GW San, Stand Februar 2013
- [26] Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V., Die Sanitätsstaffel im Deutschen Roten Kreuz Landesverband Saarland e.V., Beschlossen vom Landesausschuss der Bereitschaften 16.02.2014.
- [27] Deutsches Rotes Kreuz, DRK-Dienstvorschrift 100 Führung und Leitung im Einsatz, 2000
- [28] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Handlungsempfehlungen zur Eigensicherung für Einsatzkräfte der Katastrophenschutz- und Hilfsorganisationen bei einem Einsatz nach einem Anschlag
- [29] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland, Wissenschaftsforum Band 4, 2010

[30] Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V., Der Behandlungsplatz 10 (BHP 10 SAL) im DRK Landesverband Saarland e.V., Beschlossen vom Landesausschuss der Bereitschaften 16.02.2014.

[31] Deutsches Rotes Kreuz, Die DRK Einsatzeinheit, Handreichung zur Konzeption

[32] Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Saarland e.V., Der Behandlungsplatz 25 (BHP 25 SAL) im DRK Landesverband Saarland e.V., Beschlossen vom Landesausschuss der Bereitschaften 16.02.2014.