

Rahmenkonzept für  
**Maßnahmenplanung**  
**Massenanfall Verletzter**

in der Landeshauptstadt Schwerin

---

Stand: 28.10.2019

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINFÜHRUNG</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>VERFÜGBARE RESSOURCEN</b>	<b>4</b>
2.1	Einsatzmittel Rettungsdienst und andere BOS im Rettungsdienstbereich Schwerin	4
2.2	Einsatzmittel Rettungsdienst und andere BOS benachbarter Träger	5
2.3	Taktischer Einsatzwert einzelner Einheiten	6
2.4	Behandlungs- und Versorgungskapazitäten in stationären Einrichtungen	6
<b>3</b>	<b>SZENARIEN BASIERTE PLANUNG</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>GRUNDSÄTZE DER EINSATZTAKTIK</b>	<b>19</b>
4.1	Einsatzleitung	19
4.2	Aufgabenverteilung und Zuständigkeiten von LNA und OrgL	19
4.3	Strukturierung der Einsatzstelle bei MANV	22
4.3.1	Patienten Sichtung und Registrierung	23
4.4	Unterabschnitte Rettungsdienst	27
4.4.1	Strukturierte Patientenablage	27
4.4.2	Betreuungsstelle	29
4.4.3	Bereitstellungsraum	29
4.4.4	Rettungsmittelhalteplatz und zentrale Transportorganisation/Abtransport	29
4.5	Einsatztaktik in der Leitstelle und im rückwärtigen Bereich (FEL / SAE)	30
<b>5</b>	<b>ÜBRIGER RETTUNGSDIENST BEI EINEM MANV-EREIGNIS</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>ÜBERÖRTLICHE HILFESTELLUNG DURCH DEN RETTUNGSDIENST SCHWERIN</b>	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>ALARMPLANUNG</b>	<b>34</b>

## 1 Einführung

Ziel dieses MANV-Konzeptes ist, einen Rahmen für die einheitliche Planung und Bewältigung entsprechender Schadenfälle in Schwerin und im bereichsübergreifenden Versorgungsgebiet zu schaffen.

Primäres Ziel bei der Bewältigung einer entsprechenden Lage ist den anfänglichen Mangel an zur Verfügung stehender Ressourcen so zu organisieren und strukturieren, dass dennoch eine fachgerechte Versorgung aller Betroffener so schnell wie möglich sichergestellt werden kann.

Es bedarf hierfür einer klaren Führungsorganisation, um einsatztaktische und notfallmedizinische Entscheidungen und entsprechende Vorgehensweisen treffen zu können, um das Missverhältnis zwischen Versorgungskapazitäten und Versorgungsbedarf im Griff zu haben.

Im vorliegenden MANV Konzept werden die strategische Grundausrichtung, die Vorhaltung von Einsatzkräften und Mitteln, eine grundlegende Alarmierungsplanung, sowie die verfügbaren Versorgungskapazitäten der umliegenden medizinischen Einrichtungen dargelegt.

Die Anpassung der bestehenden Strukturen in Bereich Personal, Technik und Alarmierung wird mit Einführung des Rahmenkonzeptes begonnen bzw. fortgeführt und dieses so schrittweise hin zur kompletten Umsetzung entwickelt.

---

Stephan Jakobi  
Fachdienstleiter  
Feuerwehr und Rettungsdienst

---

Jörg Allrich  
Ärztlicher Leiter  
Westmecklenburg

## 2 Verfügbare Ressourcen

### 2.1 Einsatzmittel Rettungsdienst und andere BOS im Rettungsdienstbereich Schwerin

Die notwendigen Einsatzmittel sind durch den Träger des Rettungsdienstes in angemessener Art und Weise und in genügendem Umfang vorzuhalten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei Ereignissen mit einem Massenanfall Verletzter um ein seltenes Ereignis handelt, welches jedoch ein hohes Schadensausmaß erwarten lässt. Daher ist eine spezielle Vorhaltung gerechtfertigt. Die Rettungsdienstplanverordnung sieht die Maßnahmenplanung an Hand von vier MANV-Stufen vor. In der folgenden Tabelle sind die MANV-Stufen nach §21 Abs. 3 RDPVO M-V definiert.

MANV-Stufe	Versorgung gemäß Gefährdungsstufe	Anzahl Verletzter als Planungsgrundlage <sup>1</sup>	Standardszenario	Empfohlene Einsatzmittel (Leitungskomponenten LNA und OrgL sind in allen Stufen hinzuzuziehen)
MANV 10	normierter alltäglicher Schutz	5-10 Verletzte Personen ( $\leq 5$ SK I/II)	Brand in einem Mehrfamilienhaus	Regelrettungsdienst, ggf. überörtliche Hilfe
MANV 20	standardisierter, flächen-deckender Grundschutz	20 Verletzte ( $\leq 10$ SK I/II)	Unfall zwischen PKW und TRAM	Regelrettungsdienst, Ü-MANV-S, SEG/R, SanKomp. DRK
MANV 50	erhöhter Schutz für gefährdete Regionen und Einrichtungen	50 Verletzte ( $\leq 25$ SK I/II)	Unfall mit Bus	Regelrettungsdienst, SEG/R Ü-MANV-S, überörtliche SEG/R, Sanitätszug KatSchutz
MANV 100 <sup>2</sup>	Sonderschutz mit Hilfe von Spezialkräften	Über 50 Verletzte ( $> 25$ SK I/II)	Zugunglück Anschlagsszenario in einer Diskothek	Regelrettungsdienst, SEG/R Ü-MANV-S, überörtliche SEG/R, Sanitätszug KatSchutz (mehrere LK) Medical Task Force

Abbildung 1: Übersicht MANV Stufen

In Anlehnung an die oben beschriebenen Versorgungsstufen ist eine abgestufte Vorhaltung von Kräften des Grund- und Spitzenbedarfs, sowie von Kräften und Mitteln des Sonderbedarfs notwendigerweise zu planen und umzusetzen.

<sup>1</sup> Bei der Nutzung der Kategorien als Entscheidungshilfe für die Dispositionsentscheidung ist zu berücksichtigen, dass der vorliegende Einsatz  $\leq 50\%$  Schwerverletzte der SK I und II erwarten lässt, anderenfalls ist die nächsthöhere Stufe durch die disponierende Leitstelle zu nutzen.

<sup>2</sup> Oberhalb von MANV 50 ist nach einheitlicher Auffassung der Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes die Schwelle zu einer Katastrophe im Sinne des LKatSG M-V ernsthaft zu erwägen.

Hierbei können zur Unterstützung benachbarte Aufgabenträger und geeignete Kräfte und Mittel weiterer Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben z.B. Feuerwehr, Einheiten des Zivil- und Katastrophenschutzes der Landkreise, des Landes und des Bundes herangezogen werden.

Derzeit vorhandene Einsatzmittel und Einsatzkräfte im Rettungsdienstbereich Schwerin

Grundbedarf: Tageszeitabhängig 4 - 6 RTW der Berufsfeuerwehr Schwerin  
Tageszeitabhängig 1 - 2 NEF der Berufsfeuerwehr Schwerin  
Tageszeitabhängig 0 - 2 KTW des DRK Schwerin

Spitzenbedarf: 1 - 2 Einheiten First Responder der Berufsfeuerwehr Schwerin:  
1 HLF (4 RS) und tagsüber 1 GW (2 RS)

Leitender Notarzt Schwerin in Rufbereitschaft  
Organisatorischer Leiter Rettungsdienst Schwerin in Rufbereitschaft  
B-Dienst / A-Dienst als Vertreter des Rettungsdienstträgers  
1 ELW-KatS als Führungsmittel für den EA Rettungsdienst  
(Bereitstellung durch FFW Schwerin-Mitte)

Sonderbedarf: Modul MANV der Berufsfeuerwehr (1 Staffel)

1 Abrollbehälter Rettungsdienst (2 RS)  
2 MANV-KTW (je 2 RS, ggf. RA/NotSan)

Das DRK Schwerin kann mit einer Vorlaufzeit von bis zu 4 Stunden einen Zug, entweder einen Sanitätszug oder einen Betreuungszug mit Verpflegung, als Unterstützung zur Verfügung stellen.

1 Sanitätskomponente bestehend aus:

- 1 Zugtruppfahrzeug
- 1 GW-San
- 4 KTW 2

1 Betreuungskomponente bestehend aus

- 1 Zugtruppfahrzeug
- 2 Sprinter MTW
- 1 Sprinter mit Tandemanhänger

PSNV-Kräfte: Johanniter Unfallhilfe e.V. (Anforderung über Landeszentralstelle, Greifswald)

## **2.2 Einsatzmittel Rettungsdienst und andere BOS benachbarter Träger**

Über die Integrierte Leitstelle Westmecklenburg sind die Einsatzmittel benachbarter Träger zur bereichsübergreifenden Hilfe alarmierbar. Dies betrifft zunächst ausschließlich Einsatzmittel des Regelrettungsdienstes (Grundbedarf sowie Einheit nach Ü-MANV-S). Einsatzmittel des Spitzenbedarfs sind über den Rettungsdienstträger, Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes über das Lagezentrum des Innenministeriums anzufordern.

### 2.3 Taktischer Einsatzwert einzelner Einheiten

Für die Alarmplanung ist das Feststellen des taktischen Einsatzwertes der verfügbaren Einsatzmittel wichtig. Daraus kann für einzelne Szenarien die standardisierte Alarmierungsfolge mit gleichbleibender Erstversorgungsqualität abgeleitet werden.

In Analogie zu bereits bestehenden Konzepten zur Erstversorgung von Patienten bei einem MANV ergibt sich folgende Notwendigkeit:

je 10 Patienten	2 SK I	3 SK II <sup>3</sup>	5 SK III
	1 NA		
	2 NotSan	1 NotSan	
		2 RS	2 RS
	1 NEF, 2 RTW, 1 KTW		

Auf die Einsatzmittel bezogen ergibt sich folgender Einsatzwert:

1 NEF	2 Patienten SK I
1 RTW + NA	2 Patienten SK I
1 RTW	2 Patienten SK II / 5 Patienten SK III
1 KTW	5 Patienten SK III
1 HLF BF (3 RS, 1 NotSan)	2 Patienten SK II / 2-4 Patienten SK III
1 AB-Rett	5 Patienten SK I und 5 Patienten SK II und 20 Patienten SK III

(nur Material, zzgl. Personal: 3 NA, 15 NotSan/RS)

1 GW-San (1 RS, 3 RH)	15 Patienten SK III
-----------------------	---------------------

### 2.4 Behandlungs- und Versorgungskapazitäten in stationären Einrichtungen

Um eine im besten Fall individualmedizinische Versorgung der Patienten sicherzustellen, sind diese möglichst zeitnah, entsprechend der Transportpriorität, in ein Krankenhaus zu transportieren.

In Schwerin steht als einzige Einrichtung das HELIOS-Klinikum, ein Haus der Maximalversorgung mit allen relevanten Fachrichtungen, zur Verfügung. Das Sana Hanse Klinikum Wismar ist in 25 Minuten zu erreichen und bildet als Haus der Schwerpunktversorgung einen ebenfalls wichtigen Anlaufpunkt. Weitere Kliniken der Grund- und Regelversorgung befinden sich in 30 bis 45 Minuten Fahrzeit (Crivitz, Ludwigslust,

---

<sup>3</sup> In der SK II sollte zusätzlich eine gemeinsame notärztliche Versorgung erwogen werden.

Hagenow, Grevesmühlen) oder im erweiterten Umkreis mit 60 bis 90 Minuten Fahrzeit (Parchim, Boizenburg, Bützow, Bad Doberan, Plau am See, Waren). Schwerpunktkliniken und Häuser der Maximalversorgung befinden sich im weiten Umkreis in Lübeck, Güstrow, Rostock, Hamburg, Lüneburg, sodass hierfür zur eiligen Versorgung ausschließlich der Transport per RTH in Betracht kommt.

All diese Kliniken verfügen über eine Aufnahmestation im Sinne einer interdisziplinären Notaufnahme und sind für die Akutversorgung ausgerüstet. Gem. Krankenhausgesetz M-V haben diese Krankenhäuser einen Krankenhausalarmplan, um z.B. auf einen erhöhten Aufnahmebedarf zu reagieren. Dieser greift in der Regel innerhalb von 2 Stunden, sodass erhöhte Kapazitäten erst ab dieser Zeitspanne ab Information zur Verfügung stehen werden. Dies muss bei der Transportorganisation berücksichtigt werden.

Die Aufstellung zeigt insgesamt eine ausreichende Versorgungskapazität in den Krankenhäusern für etwa 50 Patienten der Verteilung in den Sichtungskategorien von 20:30:50 ohne die Auslösung eines Krankenhausalarms, sowie für Ereignisse von 100 bis 150 Patienten mit Berücksichtigung der erhöhten Aufnahmekapazitäten nach Krankenhausalarmplanung. Um die **ortsnahe** Versorgung zu sichern, sollte jedoch bereits bei weniger als 50 Patienten der Krankenhausalarm in den Krankenhäusern des Nahbereichs empfohlen werden. Folgende Schwelle wird erforderlich sein:

HELIOS Klinikum Schwerin	MANV 20
Sana Hanse Klinikum Wismar	MANV 20
Crivitz, Grevesmühlen, Hagenow, Ludwigslust	MANV 50

übrige Häuser in Abhängigkeit der Anzahl Patienten und Verletzungsmuster/-schwere.

Eine Information der Häuser im Nahbereich wird durch die ILWM in jedem Fall erfolgen müssen, da ggf. geplante Transporte umgelenkt werden müssen, um z.B. die Aufnahme der Maximal- und Schwerpunktversorger nicht zu überlasten.

Im Zuge einer Abfrage (Sommer 2019) wurden folgende Erstversorgungskapazitäten *ad hoc* und ab ca. 2 Stunden angefragt.

Behandlungskapazität von Krankenhäusern						
Krankenhaus	Anzahl < 2 Stunden			Anzahl > 2 Stunden		
	Sichtungskategorie			Sichtungskategorie		
	I (rot)	II (gelb)	III (grün)	I (rot)	II (gelb)	III (grün)
Helios Klink Schwerin	3	6	12	5	10	20
Krankenhaus Hagenow	1	1	5	1	1	5
DRK Krankenhaus Grevesmühlen	0	1	5	0	2	10
Krankenhaus Crivitz	0	1	2	0	1	2
Sana Hanse Klinikum Wismar	2	6	10	2	6	10
Asklepios Klinik Parchim	1	2	4	2	3	10
Krankenhaus Ludwigslust	1	1	5	1	1	5
DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg	1	1	5	1	1	5
MediClin Müritz-Klinikum	1	2	10	1	2	10
Warnow-Klinik Bützow	0	1	10	0	1	6
KMG Klinikum Güstrow	2	2	>10	5	12	>10
*	1	1	>10	2	6	>10
Universitätsklinikum Lübeck	2	5	15	auf Anfrage		
KGM Klinik Boizenburg	0	3	7	ca. 10	ca. 10	ca. 20
Klinikum Plau am See	2	6	10	4	12	20
Kreis Krankenhaus Prignitz	2	7	10	1	8	10
Asklepios Klinik Bad Oldesloe	1	4	4	-	-	-
DRK Krankenhaus Teterow	2	8	10	-	-	-
BG-Klinikum Hamburg	2	4	8	6	8	42
Städt. Klinikum Lüneburg	2	4	6	2	6	10
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift	4	10	16	-	-	-
Krankenhaus St. Adolf-Stift Reinbek	1	2	2	2	12	20

Stand: Dez. 2019

\*16Uhr-7:30Uhr und Sa/So/FT



### 3 Szenarien basierte Planung

Die Planung soll Szenarien basiert und modular aufgebaut werden. Bei der Planung von Einsatzkräften und -mitteln sind die in Abschnitt 2 definierten Versorgungsstufen zu berücksichtigen. Zudem sollen die möglichen Szenarien die örtlichen Gegebenheiten in der Landeshauptstadt Schwerin abbilden. Folgende Szenarien werden beispielhaft betrachtet:

A	Brand in einem Mehrfamilienhaus	MANV 10
B	Verkehrsunfall zwischen Kleinbus und Straßenbahn	MANV 20
C	Busunfall mit umgestürztem Reisebus	MANV 50
D	Anschlag in einer Diskothek	MANV 100 + Dekon-V

Folgende Annahmen werden jeweils getroffen:

- Erstmaßnahmen zur Gefahrenabwehr müssen parallel durch die Feuerwehr durchgeführt werden
- Aus dem Regelrettungsdienst stehen 2 RTW nicht zeitnah zur Verfügung
- Die Verteilung der Patienten erfolgt nach dem Schema 20 : 30 : 50 auf die Sichtungskategorien I : II : III
- Telefonische Erstalarmierung über Passanten in der Integrierten Leitstelle

<b>Brand in einem Mehrfamilienhaus</b>		<b>MANV 10</b>
<b>Szenario:</b> Im Zuge eines Wohnungsbrandes in einem Mehrfamilienhaus kommt es zu einer massiven Rauchausbreitung. Durch die Feuerwehr werden zwei Bewohner aus der Wohnung (brandverletzt, Rauchgasintox, initial bewusstlos) gerettet. Ein Bewohner verletzte sich schwer beim Sprung aus der 1. Etage (offene Fraktur im Beinbereich). Ein Bewohner wurde bewusstlos durch die Feuerwehr aus dem Treppenraum gerettet. Drei weitere Bewohner erlitten mittelschwere Rauchgasintoxikationen (CO-Hb ca. 10%-15%), weitere fünf Bewohner Atemwegsreizungen oder leichte Verletzungen (Schnittwunden, Prellung) bei der Rettung. Durch die Feuerwehr werden die Menschenrettung, die Brandbekämpfung und die Betreuung der unverletzten Personen übernommen.		
<b>Maßnahmen:</b> Einsatzabschnitt Rettungsdienst bilden, Patienten einzeln übernehmen, Patientenablage nach Kategorien, zwei Soforttransporte durchführen, übrige Patienten vor Ort erstversorgen, Transportorganisation		
<b>Notwendige Kräfte und Mittel zur Erstversorgung:</b>		
<i>Kat I: 2 Patienten</i> 1 NEF, 1 RTW (1 NA, 2 NotSan)	<i>Kat II: 3 Patienten</i> 1 NEF, 1 RTW (1 NA, 2 NotSan, 1 RS)	<i>Kat III: 5 Patienten</i> 1 KTW / GW-San (2 RS)
<b>Notwendige Kräfte und Mittel zum Transport (zusätzlich):</b>		
1 RTW	1 RTW/KTW	1 MTW
<b>Notwendige Leitungskomponenten:</b>		
1 LNA, 1 OrgL, 1 ELW RD		
<b>Notwendige Kräfte und Mittel für weitere Aufgaben:</b>		
Feuerwehr zur Gefahrenabwehr, PSNV für betroffene Personen		
<b>Besonderheiten:</b>		
Verlegung Brandverletzter in Spezialklinik organisieren (RTH/ITH), Information an HELIOS, Sana Hanse-Klinik, MediClin Crivitz		

#### Kräfte und Mittelansatz insgesamt:

2 NEF/RTH, 3 RTW, 1RTW/KTW, 1 KTW/GW-San (DRK), 1 MTW (DRK), 1 LNA, 1 OrgL, PSNV

#### Zuordnung zur Vorhaltung:

<i>Grundbedarf</i>	<i>Spitzenbedarf</i>	<i>Sonderbedarf</i>
2 NEF / RTH 4 RTW <sup>4</sup> 1 KTW	1 LNA, 1 OrgL	PSNV, 1 GW-San DRK 1 MTW DRK

<sup>4</sup> Davon kann 1 Fahrzeug gegen einen KTW ersetzt werden.

### Zeitlicher Ablauf:

Ereignis/Alarmierung								
	Eintreffen erster Kräfte							
0	10	EA Rettungsdienst eingerichtet	Übernahme erste Patienten	Patientenablage eingerichtet	Leitungsdienst vor Ort	Soforttransporte	Transportorganisation	Auflösung EA Rettungsdienst
		15	15	20	30	30 - 40	60 - 90	120

Erste Transporte erreichen ca. 45 Minuten nach dem Ereignis das Zielkrankenhaus.

Der Transport leicht verletzter Personen über einen Sammeltransport in eine periphere Einrichtung sollte frühzeitig geprüft werden, anderenfalls ist davon auszugehen, dass nicht vor 60 Minuten nach dem Ereignis der Transport leichtverletzter in nähergelegene Einrichtungen eingeleitet werden kann.

Nach ca. 3 Stunden ist die Ausnahmesituation beendet und alle Einsatzmittel wieder verfügbar.

<b>Verkehrsunfall Kleinbus gegen Straßenbahn</b>		<b>MANV 20</b>
<p><b>Szenario:</b> Im innerstädtischen Verkehr ereignet sich ein schwerer Verkehrsunfall zwischen einem PKW und einer Straßenbahn. Im Kleinbus sind alle 4 Personen in Kat I einzuordnen (Polytrauma, SHT, offene Frakturen, z.T. initial bewusstlos). Zwei Personen sind eingeklemmt und müssen durch die Feuerwehr befreit werden. Auf Grund der eingeleiteten Gefahrenbremsung sind in der Straßenbahn 16 Verletzte, darunter etliche Kinder und ältere Personen, davon 6 in Kat II (Frakturen) und 10 in Kat III (Prellungen, Schürfwunden, Schnittwunden) einzuordnen. Durch die Feuerwehr wird die Einsatzstelle abgesichert, die eingeklemmten Personen werden befreit. Die Polizei schafft ausreichend Entwicklungsfläche für Feuerwehr und Rettungsdienst. Patienten befinden sich an Ort und Stelle, unverletzte Personen haben sich außerhalb der Straßenbahn gesammelt.</p> <p><b>Maßnahmen:</b> Einsatzabschnitt Rettungsdienst bilden, Sichtung durchführen, Erstversorgung eingeklemmte Personen, strukturierte Patientenablage nach Kategorien, unverletzte Personen separieren, Soforttransporte durchführen, übrige Patienten vor Ort erstversorgen, Transportorganisation</p>		
<b>Notwendige Kräfte und Mittel zur Erstversorgung:</b>		
<i>Kat I: 4 Patienten</i> 2 NEF, 2 RTW (2 NA, 4 NotSan)	<i>Kat II: 6 Patienten</i> 1 NEF, 2 RTW / AB-Rett (1 NA, 3 NotSan, 3 RS)	<i>Kat III: 10 Patienten</i> AB-Rett / GW-San (2 RS + 3 RH)
<b>Notwendige Kräfte und Mittel zum Transport:</b>		
2 RTW	2 RTW/KTW	2 KTW, 2 MTW
<b>Notwendige Leitungskomponenten:</b>		
1 LNA, 1 OrgL, 1 ELW RD		
<b>Notwendige Kräfte und Mittel für weitere Aufgaben:</b>		
Feuerwehr zur Gefahrenabwehr, Feuerwehr für Logistik, PSNV und Betreuungsstelle für betroffene, unverletzte Personen, Polizei zur Absperrung, Verstärkung Leitstelle		
<b>Besonderheiten:</b>		
Ausfliegen schwerverletzter Personen direkt von der Einsatzstelle bzw. zeitnahe Verlegung notwendig (RTH/ITH), Krankenhausalarm HELIOS empfohlen		

**Kräfte und Mittelansatz insgesamt:**

3 NEF/RTH, 6 RTW, 2 RTW/KTW, 2 KTW, 2 MTW, 1 AB-Rett, 1 GW-San (DRK SN), 1 LNA, 1 OrgL, 1 ELW RD, 2 LF Freiw. Feuerwehr, Polizei, PSNV, 1 Betreuungsgruppe

**Zuordnung zur Vorhaltung:**

<i>Grundbedarf</i>	<i>Spitzenbedarf</i>	<i>Sonderbedarf</i>
3 NEF/RTH 8 RTW <sup>5</sup>	1 AB-Rett Berufsfeuerwehr 1 LNA, 1 OrgL, 1 ELW RD	PSNV 1 GW-San DRK 2 KTW DRK 2 MTW DRK 1 BetrTrKW DRK 2 LF Freiw. Feuerwehr

**Zeitlicher Ablauf:**

Ereignis/Alarmierung	Eintreffen erster Kräfte	EA Rettungsdienst eingerichtet	Beginn Sichtung Beginn EV Kat I	Patientenablagen eingrichtet, Beginn EV Kat II	Leitungsdienst vor Ort	Soforttransporte	Beginn EV Kat III	Transportorganisation	Auflösung EA Rettungsdienst
0	10	15	15	30	30	30 - 40	45	60 - 180	240

Erste Transporte erreichen ca. 45 Minuten nach dem Ereignis das Zielkrankenhaus.

Der Transport leicht verletzter Personen über einen Sammeltransport in eine periphere Einrichtung sollte frühzeitig geprüft werden, anderenfalls ist davon auszugehen, dass nicht vor 90 Minuten nach dem Ereignis der Transport leichtverletzter in nähergelegene Einrichtungen eingeleitet werden kann (Infrastruktur vor Ort einrichten).  
Letzte Transporte werden ca. 3 Stunden nach dem Ereignis durchgeführt.

Nach ca. 5-6 Stunden ist die Ausnahmesituation beendet und alle Einsatzmittel wieder verfügbar.

<sup>5</sup> Davon können 2 Fahrzeuge gegen KTW ersetzt werden.

<b>Busunfall – umgestürzter Reisebus</b>		<b>MANV 50</b>
<p><b>Szenario:</b> Auf der Umgehungsstraße ereignet sich ein schwerer Verkehrsunfall, ein Reisebus mit 50 Personen gerät von der Fahrbahn ab und stürzt in einen Graben. Nur ein geringer Teil der Personen kann sich selbst aus dem Bus durch den Notausstieg befreien. Die übrigen Personen sind eingeschlossen, viele auch eingeklemmt. Diese werden erst im Verlauf von 2 Stunden durch die Feuerwehr aus dem Bus gerettet werden können. Bis dahin muss eine eingeschränkte Erstversorgung im Bus stattfinden. Insgesamt sind 10 Personen der Kat. I, 15 Personen der Kat II und 25 Personen der Kat III zuzuordnen. Es fallen in den ersten 60 Minuten keine Soforttransporte an.</p> <p>Durch die Feuerwehr wird die Einsatzstelle abgesichert, die Zugänglichkeit zum Innern des Busses hergestellt. Eingeklemmte Personen werden nach und nach befreit. Die Polizei schafft ausreichend Entwicklungsfläche für Feuerwehr und Rettungsdienst. Es ist ein Witterungsschutz erforderlich.</p> <p><b>Maßnahmen:</b> Einsatzabschnitt Rettungsdienst bilden, zwei Patientenablagen nach Örtlichkeit bilden („Bus“ / „Straße“), in beiden Patientenablagen Vorsichtung durchführen, Erstversorgung eingeklemmter Personen im Bus, Sichtung und Festlegen der Rettungsreihenfolge in Abstimmung mit der Feuerwehr, Soforttransportkapazitäten für gerettete Personen bereitstellen, übrige Patienten in Patientenablage „Straße“ witterungsgeschützt erstversorgen, Transportorganisation</p>		
<b>Notwendige Kräfte und Mittel zur Erstversorgung:</b>		
<i>Kat I: 10 Patienten</i> 5 NEF/RTH, 5 RTW (5 NA, 10 NotSan)	<i>Kat II: 15 Patienten</i> 2 NEF/RTH, 3 RTW, AB-Rett (2 NA, 4 NotSan, 6 RS)	<i>Kat III: 20 Patienten</i> 2 RTW/KTW, GW-San (1 NotSan, 5 RS, 3 RH)
<b>Notwendige Kräfte und Mittel zum Transport:</b>		
5 RTW	6 KTW2	2 KTW2, 3 MTW
<b>Notwendige Leitungskomponenten:</b>		
1 LNA, 1 OrgL, 1 ELW RD, LNA-Gruppe + MTW FFW		
<b>Notwendige Kräfte und Mittel für weitere Aufgaben:</b>		
Feuerwehr zur Gefahrenabwehr, Feuerwehr + THW für Logistik, ELW2 und ÖEL, dienstfreie Kräfte BF alarmieren, Verstärkung der Leitstelle, PSNV und Betreuungsstelle für betroffene, Personen/Angehörige an anderer Örtlichkeit, Polizei zur Absperrung, Nahverkehrsbus zur Einrichtung Betreuungsstelle		
<b>Besonderheiten:</b>		
Ausfliegen schwerverletzter Personen direkt von der Einsatzstelle notwendig (RTH/ITH), Krankenhausalarm HELIOS Klinikum (Schwerin) und Sana HANSE-Klinikum (Wismar) verpflichten, umliegende Krankenhäuser empfehlen, LNA Gruppe alarmieren und durch FFW zur Einsatzstelle verbringen		

**Kräfte und Mittelansatz insgesamt:**

7 NEF/RTH, 13 RTW, 2 RTW/KTW, 8 KTW2 3 MTW, 1 AB-Rett, 1 GW-San (DRK), 1 LNA, 1 OrgL, 1 ELW RD, 3 LF Freiw. Feuerwehr, 1 MTW Freiw. Feuerwehr, Polizei, PSNV, 1 Betreuungskomponente, ELW2 mit ÖEL, 1 Bus Nahverkehr

**Zuordnung zur Vorhaltung:**

<i>Grundbedarf</i>	<i>Spitzenbedarf</i>	<i>Sonderbedarf</i>
7 NEF/RTH 15 RTW <sup>6</sup>	1 AB-Rett Berufsfeuerwehr 1 LNA, 1 OrgL, 1 ELW RD	1 GW-San DRK 8 KTW 2 DRK /KatS 4 MTW DRK/FFW 1 Betreuung DRK PSNV 3 LF Freiw. Feuerwehr 1 ELW2/ÖEL 1 Bus Nahverkehr

**Zeitlicher Ablauf:**

Ereignis/Alarmierung	Eintreffen erster Kräfte	EA Rettungsdienst eingerichtet	Beginn Sichtung Beginn EV „Straße“	Patientenablage „Straße“ eingerichtet, Beginn EV „Bus“	Leitungsdienst vor Ort	Erste Übergabe aus „Bus“ an „Straße“	Beginn Soforttransporte	Transportorganisation	Auflösung EA Rettungsdienst
0	10	15	15	30	30	30 - 40	50	60 - 300	360

Erste Transporte erreichen ca. 60 Minuten nach dem Ereignis das Zielkrankenhaus.

Der Transport leicht verletzter Personen über einen Sammeltransport in eine periphere Einrichtung sollte frühzeitig geprüft werden, anderenfalls ist davon auszugehen, dass nicht vor 180 Minuten nach dem Ereignis der Transport leichtverletzter in nähergelegene Einrichtungen eingeleitet werden kann (Infrastruktur vor Ort einrichten).  
Letzte Transporte werden ca. 5 Stunden nach dem Ereignis durchgeführt.

Nach ca. 8 Stunden ist die Arbeit vor Ort beendet, die Ausnahmesituation im Rettungsdienst wird durch notwendige Verlegungen noch bis zu 24 Stunden anhalten.

<sup>6</sup> Davon können 2 Fahrzeuge gegen KTW ersetzt werden.

Erhöhte Planung für Terrorlagen 40:20:40	Anschlag in einer Diskothek	MANV 100
<p><b>Szenario:</b> In einer gut besuchten Diskothek wird mittels unbekanntes Stoffes ein Anschlag verübt. Eine Vielzahl von Anrufen geht in der Leitstelle ein, viele Personen mit Atemwegsreizungen werden gemeldet, einzelne Meldungen über bewusstlose Personen. Die meisten Personen verlassen selbstständig das Gebäude, ca. 20 Personen müssen durch die Feuerwehr nach draußen verbracht werden (initial bewusstlos, z.T. mit Verätzungen an der Haut, offenbar kontaminiert, Kat I). Verletzte und unverletzt betroffene Personen (ca. 250 insgesamt) irren auf dem Gelände umher. Ca. 40 Personen klagen über leichte Atemweg und Augenreizungen (Kat III), ca. 20 Personen weisen Atemwegsverätzungen und starkes Erbrechen auf (Kat. II), 20 weitere Personen haben Verätzungen an der Haut, starke Atemwegsverätzungen und teils neurologische Defizite (Kat. I).</p> <p>Die Feuerwehr führt die Rettung der im Gebäude befindlichen Personen durch und bereitet eine behelfsmäßige Dekontaminationseinrichtung vor (Kaltwasserdusche, Wasserbehälter mit Trinkwasser zum Waschen von Händen und Gesicht, Möglichkeit der Entkleidung von Personen). Der Einsatzabschnitt Rettungsdienst mit Behandlungsplatz/erweiterter Patientenablage befindet sich etwa 100 m vom Schadensort entfernt.</p> <p><b>Maßnahmen:</b> Einsatzabschnitt Rettungsdienst bilden, eine vorläufige, strukturierte Patientenablage in unmittelbarer Nähe zum Gefahrenbereich, einen Behandlungsplatz/erweiterte Patientenablage nach der Dekontaminationsstrecke, Vorsichtung unter Schutzkleidung durchführen, Erstversorgung einleiten, Dekontaminationsreihenfolge festlegen, Dekontamination in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr durchführen, Soforttransportkapazitäten für gerettete Personen bereitstellen, übrige Patienten auf dem Behandlungsplatz witterungsgeschützt erstversorgen, Transportorganisation</p>		
<b>Notwendige Kräfte und Mittel zur Erstversorgung:</b>		
<i>Kat I: 40 Patienten</i> 10 NEF, 10 RTH, 15 RTW, AB-Rett, 1 LZ BF (1 LNA, 1 OrgL, 19 NA, 25 NotSan, 20 RS)	<i>Kat II: 20 Patienten</i> 1 SanZug KatS + 2 NEF  Medical Task Force, u.U. auch für Dekon	<i>Kat III: 40 Patienten</i> 1 SanZug KatS
<b>Notwendige Kräfte und Mittel zum Transport:</b>		
15 RTW/KTW	KTW MTF	KTW KatS/MTW KatS/FF
<b>Notwendige Leitungskomponenten:</b>		
1 LNA, 1 OrgL, 1 ELW RD, LNA-Gruppe, Leitungskomponenten der MTF		
<b>Notwendige Kräfte und Mittel für weitere Aufgaben:</b>		
Feuerwehr zur Gefahrenabwehr, Feuerwehr + THW für Logistik, ELW2 und ÖEL, dienstfreie Kräfte BF/RD alarmieren, Feuerwehren umliegende Gemeinden alarmieren, DEKON-P und DEKON-V (MTF) angrenzender Kreise einbeziehen, Verstärkung der Leitstelle inkl. Unterstützung durch Nachbarleitstellen, PSNV und Betreuungsstelle für betroffene, unverletzte Personen/Angehörige an anderer Örtlichkeit, Polizei und Bereitschaftspolizei zur Absperrung, KAB zur Personenauskunft, THW für Bereitstellungsraum, Versorgung der Einsatzkräfte vor Ort u.U. nötig, 2 Busse Nahverkehr zur Einrichtung Betreuungsstelle vor Ort		



**Besonderheiten:**

Ausfliegen schwerverletzter Personen direkt von der Einsatzstelle notwendig (RTH/ITH), Krankenhausalarm umliegende Krankenhäuser verpflichten, LNA Gruppe alarmieren und durch FFW zur Einsatzstelle verbringen, Direktverlegung vieler Verletzter in weiter entfernte medizinische Zentren (Hamburg, Rostock, Lübeck) mit von dort anzufordernden Kräften/Mittel des Rettungsdienstes (vgl. PTZ 10 NRW)

**Kräfte und Mittelansatz insgesamt:**

12 NEF, 10 RTH, 30 RTW/KTW, 1 AB-Rett, 1 HLF BF, 2 SanZug KatS, 1 MTF, 2 DEKON-P/DEKON-V KatS, 1 LNA, 1 OrgL, 1 ELW RD, 3 Züge Freiw. Feuerwehr, Polizei, PSNV (überörtlich), KAB, 2 BetrZug, ELW2 mit ÖEL, 1 THW Bergungszug, 1 THW FG Führung, 1 THW FG Licht/Strom, 1 Bus Nahverkehr

**Zuordnung zur Vorhaltung:**

<i>Grundbedarf</i>	<i>Spitzenbedarf</i>	<i>Sonderbedarf</i>
12 NEF	1 AB-Rett Berufsfeuerwehr	2 SanZug KatS
10 RTH	1 LZ Berufsfeuerwehr	2 BetrZug KatS
30 RTW/KTW	1 LNA, 1 OrgL, 1 ELW RD	PSNV (überörtlich)
		3 Züge Freiw. Feuerwehr (überörtlich)
		1 Medical Task Force
		TE DEKON-V (überörtlich)
		DEKON-P KatS (überörtlich)
		1 THW FG Führung
		1 THW Bergungszug
		1 THW FG Licht/Strom
		1 ELW2/ÖEL
		Kreisauskunftsbüro KAB
		1 Bus Nahverkehr

**Zeitlicher Ablauf:**

Ereignis /Alarmierung	Eintreffen erster Kräfte	EA Rettungsdienst eingerichtet	Beginn Vorsichtung Beginn EV	frühe PA eingerichtet Festlegen Dekon-Reihenfolge	Leitungsdienst vor Ort	Erste Dekon und Übergabe an Patientenablage / Soforttransporte	Patientenablage eingereicht	Transportorganisation
0	10	20	20	30	30	30 - 40	40	60

Erste Transporte erreichen ca. 60 Minuten nach dem Ereignis das erste Zielkrankenhaus.

Transporte aus SK I und SK II werden ca. 4 Stunden andauern.

Der Transport leicht verletzter Personen über einen Sammeltransport in eine periphere Einrichtung sollte frühzeitig geprüft werden. Anderenfalls ist die nötige Infrastruktur vor Ort zu schaffen. Es ist nicht davon auszugehen, dass leichtverletzte Personen in nähergelegene Einrichtungen transportiert werden können. Der Transport in periphere Kliniken ist in jedem Fall umzusetzen. Letzte Transporte werden ca. 8 Stunden nach dem Ereignis die Zielkliniken erreichen.

Nach ca. 12 Stunden ist die Arbeit vor Ort beendet, die Ausnahmesituation im Rettungsdienst wird durch notwendige Verlegungen und Materialverknappung noch bis zu 72 Stunden anhalten.

## 4 Grundsätze der Einsatztaktik

### 4.1 Einsatzleitung

Durch den Fachdienst 37 wird in Schwerin auf Grund der gebündelten Zuständigkeit für die operative Gefahrenabwehr eine einheitliche Leitung für Einsätze nach Rettungsdienstgesetz sowie Brandschutz- und Hilfeleistungsgesetz umgesetzt. Die **Führungsdienste der Berufsfeuerwehr** (A-Dienst, B-Dienst) vertreten den Oberbürgermeister als Träger des Brandschutzes sowie als Träger des Rettungsdienstes. Ihnen ist die **Gesamteinsatzleitung** gem. den Vorgaben der FwDV100 übertragen. Als Führungsunterstützung steht ein ELW der Berufsfeuerwehr mit Führungsunterstützungspersonal zur Verfügung. Ggf. erfolgt die Anforderung des ELW2.

Aufgaben im Überblick:

- Beurteilung der Gesamteinsatzlage
- Strukturierung der Einsatzstelle, Einteilung der Einsatzkräfte, Festlegen von Aufgaben der Abschnitte, Abstimmung der Schnittstellen
- Strukturierung der Kommunikation an der Einsatzstelle sowie zur Leitstelle
- Verbindung zu anderen beteiligten Stellen (Polizei, übergeordnete Stellen, Lagezentrum des Innenministeriums, weitere Behörden)
- Kontrolle der eingeleiteten Maßnahmen

Bis zum Eintreffen der benannten Führungskräfte obliegt die örtliche Einsatzleitung der erstintreffenden Führungskraft (z.B. Fahrer NEF, Fahrzeugführer BF /FF, Transportführer RTW, etc.).

### 4.2 Aufgabenverteilung und Zuständigkeiten von LNA und OrgL

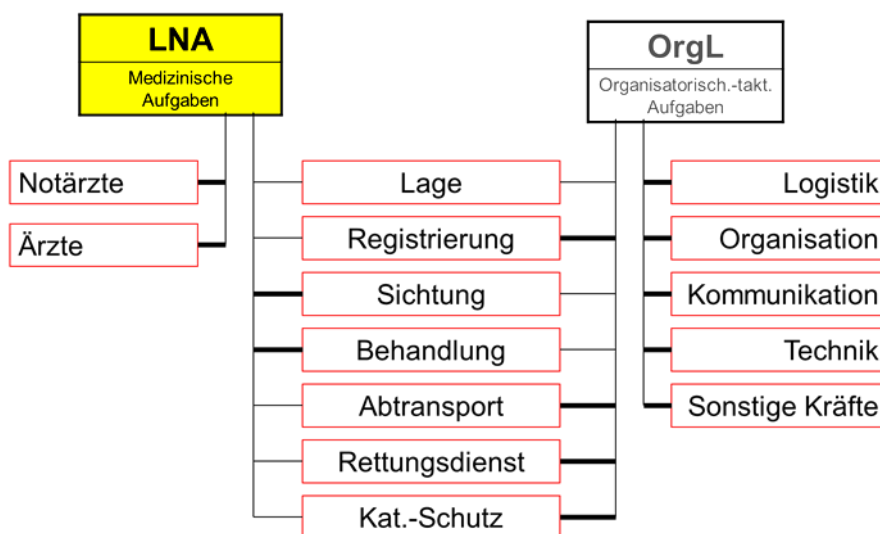


Abbildung 2: Aufgabenverteilung zwischen LNA und OrgL, die Weisungsgebundenheit an die Einsatzleitung bleibt unbenommen. Die Darstellung gilt sowohl für rein rettungsdienstliche Lagen als auch für einen Einsatzabschnitt „Rettungsdienst“

Bei Ereignissen mit MANV ist der **Leitende Notarzt** in die Einsatzleitung zu integrieren. Er berät den Einsatzleiter in allen medizinisch-organisatorischen Fragen, in medizinisch-fachlichen Fragen trifft er weisungsunabhängig Entscheidungen und ist dem eingesetzten medizinischen Personal gegenüber weisungsbefugt. Nach Eintreffen am Einsatzort wird der LNA durch den ersteingetroffenen Notarzt und dem Einsatzleiter in die Schadenslage eingewiesen. Je nach Schadensausmaß sollte dem LNA eine Assistenz für die Dokumentation zur Seite stehen, hierbei handelt es nicht um den OrgL. Davon unabhängig ist eine einheitliche Kommunikation sowie Dokumentation über die Einsatzleitung sicherzustellen. Als Kennzeichnung trägt der LNA eine weiße Weste mit Aufschrift „Ldt. Notarzt“.

Aufgaben im Überblick:

- Beurteilung der medizinischen Lage
- ggf. ärztliche Sichtung der Patienten, Veranlassen der Dokumentation
- Festlegung von Versorgungskapazitäten und entsprechenden Prioritäten in Absprache mit dem OrgL
- Festlegung von Transportprioritäten, Art der Transportmittel und Transportzielen
- Beratung der Einsatzleitung in medizinischen Fragen
- Koordination der medizinischen Maßnahmen mit der Einsatzleitung
- Veranlassung, Koordination oder Delegation und Überwachung der festgelegten Maßnahmen als Mitglied der Einsatzleitung in ständigem Kontakt und Abstimmung mit dieser

Durch den **Organisatorischen Leiter des Rettungsdienstes OrgL** kann entweder eine beratende Funktion für die Einsatzleitung oder eine Einsatzabschnittsleitung für den Bereich rettungsdienstlicher Maßnahmen etabliert werden. Er setzt dann die medizinischen sowie medizinisch-taktischen Entscheidungen der Einsatzleitung um und verantwortet die Realisierung der zugewiesenen Aufgaben im eigenen Abschnitt. Hierzu ist er allen Einsatzkräften im eigenen Abschnitt weisungsbefugt. Als Kennzeichnung trägt der OrgL eine weiße Weste mit der Aufschrift „Einsatzabschnittsleiter RD“ / „OrgL“. Als Führungsmittel steht ein ELW1 zur Verfügung. Dem OrgL ist in Abhängigkeit der Schadenslage ein Führungsassistent zuzuweisen. Zusätzlich obliegt ihm die Unterstützung des LNA in der organisatorischen-technischen Führungs- und Koordinationsaufgaben, gemäß §24 (2) RDPLVO.

Aufgaben im Überblick:

- rettungsdienstliche Lagebeurteilung
- räumliche und personelle Aufteilung/Strukturierung der Einsatzstelle bei Bedarf (in Unterabschnitte)
- Einweisung der nachrückenden Kräfte in die Lage
- Aufbau/Koordination der rettungsdienstlichen Infrastruktur
- Organisation und Steuerung der Transporte in die entsprechenden Zieleinrichtungen, gem. den Festlegungen des LNA zu den Transportprioritäten
- Nachforderung von zusätzlichen Kräften und Material
- Durchführung oder Delegation der Patientenregistrierung
- Ständiger Kontakt zur Einsatzleitung (bzw. zur ILWM bei Alleineinsatz)

Die Funktion OrgL wird im Rettungsdienstbereich Schwerin nur dann übertragen, wenn die erfolgreiche Teilnahme an einem 80stündigen OrgL-Lehrgang nachgewiesen wird. Liegt eine feuerwehrtechnische Führungsausbildung (B3, F3) vor, ist auch ein 40stündiger OrgL-Lehrgang ausreichend. Für die Verwendung als kommissarischer OrgL (Fahrer auf dem NEF) wird zumindest ein 40stündiger Lehrgang benötigt. Um die erlernten Fähigkeiten aufrechtzuerhalten sollte jeder OrgL alle zwei Jahre an einem 16stündigen Auffrischungslehrgang teilnehmen. Es ist die Teilnahme an regelmäßigen MANV Übungen anzustreben.

### 4.3 Strukturierung der Einsatzstelle bei MANV

Bei der Strukturierung der Einsatzstelle sind sowohl fachliche als auch räumliche Aspekte zu bedenken. Es ist ein eigener Abschnitt „Rettungsdienst“ zu bilden. Es können Unterabschnitte gebildet werden. Die Kommunikation auf Ebene der Abschnittsleitungen/Einsatzleitung ist durch eine eigene Funkrufgruppe im DMO zu realisieren. Die Funkgruppen der Abschnitte werden durch die Einsatzleitung zugewiesen. Einheitliche Führungsgruppe bei Einsatzlagen mit MANV ist 310 F.

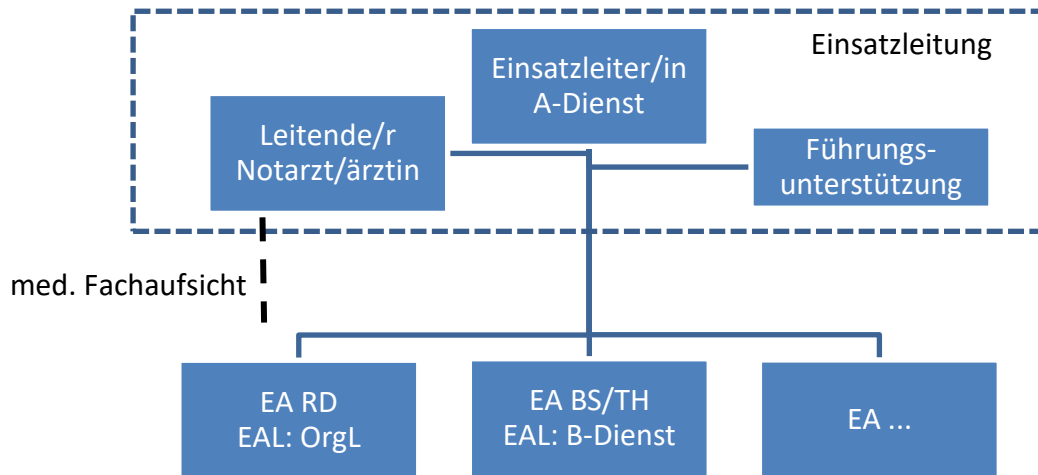


Abbildung 3: Struktur einer Einsatzstelle bei MANV. Weitere Einsatzabschnitte sind z.B. Logistik, Messen, Dekontamination, Bevölkerungswarnung, etc.

Die Führung des Einsatzabschnitts „Rettungsdienst“ obliegt dem Organisatorischen Leiter, wenn die Einsatzleitung keine gesonderten Festlegungen trifft. Bis zum Eintreffen des diensthabenden OrgL ist eine geeignete Einsatzkraft durch die Einsatzleitung (i.d.R. Fahrer des ersteintreffenden NEF) zu benennen.

#### Arbeitsbereiche im Abschnitt Rettungsdienst sind:

- Übergabepunkt: Registrierung/Sichtung
- (strukturierte) Patientenablage(n)
- Rettungsmittelhalteplatz/Transportorganisation
- ggf. Betreuungsstelle
- ggf. Bereitstellungsraum

Die Arbeitsbereiche können in Abhängigkeit der Schadenslage als Unterabschnitte geführt mit eigenen Führungskräften besetzt werden. Eine strukturierte Bearbeitung der Bereiche unter ausschließlicher Führung des OrgL ist bei MANV10 möglich.

Bei Einsätzen mit MANV wird im Rettungsdienstbereich Schwerin nur dann ein Behandlungsplatz eingerichtet, wenn dieser als geschlossene Einheit aus einer anderen Gebietskörperschaft herangeführt wird (z.B. Medical Task Force, BHP etc.). Dieser wird durch

die jeweilige Einheit autark geführt und bildet zwingend einen eigenen Unterabschnitt der dem OrgL unterstellt wird.

## Übergabepunkt

Der Patientenübergabepunkt ist eine räumlich definierte Schnittstelle zwischen dem Gefahrenbereich und der Patientenablage, an dem die durch Kräfte im Gefahrenbereich geretteten Patienten zur weiteren Versorgung an den Einsatzabschnitt Rettungsdienst übergeben werden. Die Festlegung des Übergabepunktes obliegt der Einsatzleitung. Durch den EA Rettungsdienst ist eine ständige Entgegennahme von Patienten zu gewährleisten. Über die erwartete Anzahl und den zeitlichen Verlauf ist mit dem EA Gefahrenbereich Rücksprache zu halten. Am Übergabepunkt sind alle Patienten zu registrieren, so eine Registrierung nicht bereits im EA Gefahrenbereich vorgenommen wurde. Am Übergabepunkt erfolgt keine medizinische Versorgung, lediglich lebensrettende Sofortmaßnahmen können durchgeführt werden. Die Patienten sind zügig zur strukturierten Patientenablage zu verbringen.

Ein Übergabepunkt ist nicht (mehr) erforderlich, wenn die Lage statisch ist und keine neuen Patienten mehr zu erwarten sind.

### 4.3.1 Patienten Sichtung und Registrierung

Die Erstsichtung (ggf. ohne Arztbeteiligung als Vorsichtung) und Registrierung der Patienten findet am Übergabepunkt statt. Je nach Schadenslage ist auch eine vorgezogene Erstsichtung und Registrierung im Gefahrenbereich möglich. Diese erfolgt insbesondere dann, wenn eine Versorgung bereits im Gefahrenbereich durch Einsatzkräfte des Rettungsdienstes vollzogen

 <b>Suchdienstkarte für Verletzte / Kranke</b> 			
Tracing service card for injured/sick persons - Fiche de service de recherches pour blessés/malades			
<b>Name</b> Name Nom		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> <b>P</b>  <b>MV05-SN-0185</b> </div>	
<b>Vorname</b> First name Prénom			
<b>Geburtsdatum / -Alter</b> Date of birth / -age Date de naissance / -âge		♂ m	♀ f
		Religion Religion	
<b>Wohnort</b> Residence Domicile		<b>Nationalität</b> Nationality Nationalité	
<b>Straße</b> Street Rue		<b>Bemerkungen</b> Remarks Remarques	
<b>Fundort</b> place of finding Lieu de découverte		<b>Datum</b> Date Date	<b>Uhrzeit</b> Time Heure
<b>Transportziel</b> Destination Destination		<b>Verbleib</b> Whereabouts Lieu de séjour	
<b>1. Ausfertigung für den Suchdienst</b> 1 <sup>st</sup> copy for tracing service • 1 <sup>re</sup> copie pour le service de recherches			
© Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat 01/2004			

Abbildung 4: Suchdienstkarte: Zwingend ist der Patientenaufkleber anzubringen und das Transportziel einzutragen. Personendaten sind zu ergänzen, wenn die Einsatzlage dies zulässt. Der Durchschlag verbleibt an der Einsatzstelle beim OrgL.

wird. Bei der Erstsichtung der Patienten erhält jeder Patient eine Verletzten-Anhängekarte, welche mit Klebeetiketten eineindeutig nummeriert ist. Innenliegend befindet sich die „Suchdienstkarte“. Das Ergebnis (Anzahl, Sichtungskategorie, Standort) ist der Abschnittsleitung Rettungsdienst gesammelt mitzuteilen.

Auf der Anhängekarte werden die Patientendaten dokumentiert. Das (vorläufige) Sichtungsergebnis wird mit einem farbigen Aufkleber auf der Patientenanhängekarte dokumentiert, ebenso die medizinische Versorgung. Der Farbstreifen ist dem Ergebnis der ärztlichen Sichtung vorbehalten.

Die innenliegende Suchdienstkarte dient u.a. der Erfassung des Transportziels. Der Durchschlag der Suchtdienstkarte verbleibt bei der Stelle Abtransport und wird durch den OrgL gesammelt der Einsatzleitung übergeben.

**Verletzten-Anhängekarte DRK**

**Kurz-Diagnose**  
short diagnosis  
diagnostic brief

	<b>Verletzung</b> injury blessure
	<b>Verbrennung</b> burn brulure
	<b>Erkrankung</b> disease maladie
	<b>Vergiftung</b> intoxication
	<b>Verstrahlung</b> excessive radiation radiation excessive
	<b>Psyche</b> psychic condition état psychique

<b>Zustand/Uhrzeit</b> state/time état/heure		<b>Erst-Therapie</b> first therapy thérapie première	
<b>Bewusstsein</b> consciousness connaissance	o.B. <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/>	<b>Infusion</b> infusion	<input type="checkbox"/>
<b>Atmung</b> respiration	o.B. <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/>	<b>Analgetika</b> analgesics analgésique	<input type="checkbox"/>
<b>Kreislauf</b> circulation	o.B. <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/>	<b>Antidote</b> antidots antidote	<input type="checkbox"/>
		<b>sonstige Medikamente</b> other drugs autres médicaments	<input type="checkbox"/>

**Bemerkungen**  
notes  
remarques

© Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat 02/2006

Abbildung 5: Die Verletzten-Anhängekarte DRK ist für die Dokumentation der Versorgung sowie die Registrierung zu nutzen. Die Karten sind mit eindeutigen Nummern versehen und verbleiben die gesamte Zeit beim Verletzten.



## Sichtung

Die Sichtung erfolgt, so durch den LNA nicht gesondert festgelegt, als nichtärztliche Beurteilung des Patientenzustandes auf der Basis des Vorsichtungsalgorithmus PRIOR. Eine Sichtung durch eine einheitliche Person ist nicht zwingend erforderlich. Die Vorsichtung entscheidet lediglich über den Zugang zur Strukturierten Patientenablage bzw. zur Übersicht über Versorgungsnotwendigkeiten im Gefahrenbereich. Sie wird durch einen farbigen Aufkleber dokumentiert. Die farbigen Aufkleber befinden sich in der Patientenanhängekarte.

Auf Basis einer ärztlichen Sichtung an der strukturierten Patientenablage, die parallel zur Versorgung der Patienten durchgeführt wird, ist die Behandlungs- und Transportpriorität festzulegen. Das ärztliche Sichtungsergebnis mit der entsprechenden farblichen Kennzeichnung erfolgt dynamisch auf der Patientenanhängekarte mittels des dort enthaltenen Farbstreifens.

Eine „Blau Sichtung“ der Patienten ist im Vorsichtungsalgorithmus PRIOR nicht vorgesehen. Nach Freigabe durch den LNA kann eine „Blau Sichtung“ für Notärztliches Personal freigegeben werden.

<b>Rot</b>	akute vitale Bedrohung; Sofortbehandlung zur Abwendung der Lebensgefahr; Entscheidung über Transportpriorität <i>Transport mit RTH, NAW oder RTW</i>
<b>SK II Gelb</b>	schwer verletzt/erkrankt aufgeschobenen Behandlungspriorität <i>Transport mit RTW oder KTW</i>
<b>SK III Grün</b>	leicht verletzt/erkrankt spätere (ambulante) Behandlung <i>Transport mit KTW oder Sammeltransport</i>
<b>SK IV Blau</b>	ohne Überlebenschance betreuende, palliative Behandlung
<b>Schwarz</b>	Tote sind in jedem Fall als gesichtet zu kennzeichnen
<b>Weiß</b>	noch nicht gesichtet

Abbildung 6: Übersicht Sichtungskategorien

Die PRIOR-Sichtung basiert auf dem ABCDE-Schema und identifiziert dabei über abnorme Zustände auf einfache Weise versorgungsbedürftige Personen der SK I. Gefährliche Personen ohne diese Befunde werden der SK III zugewiesen, nicht gefährliche Personen der SK II.

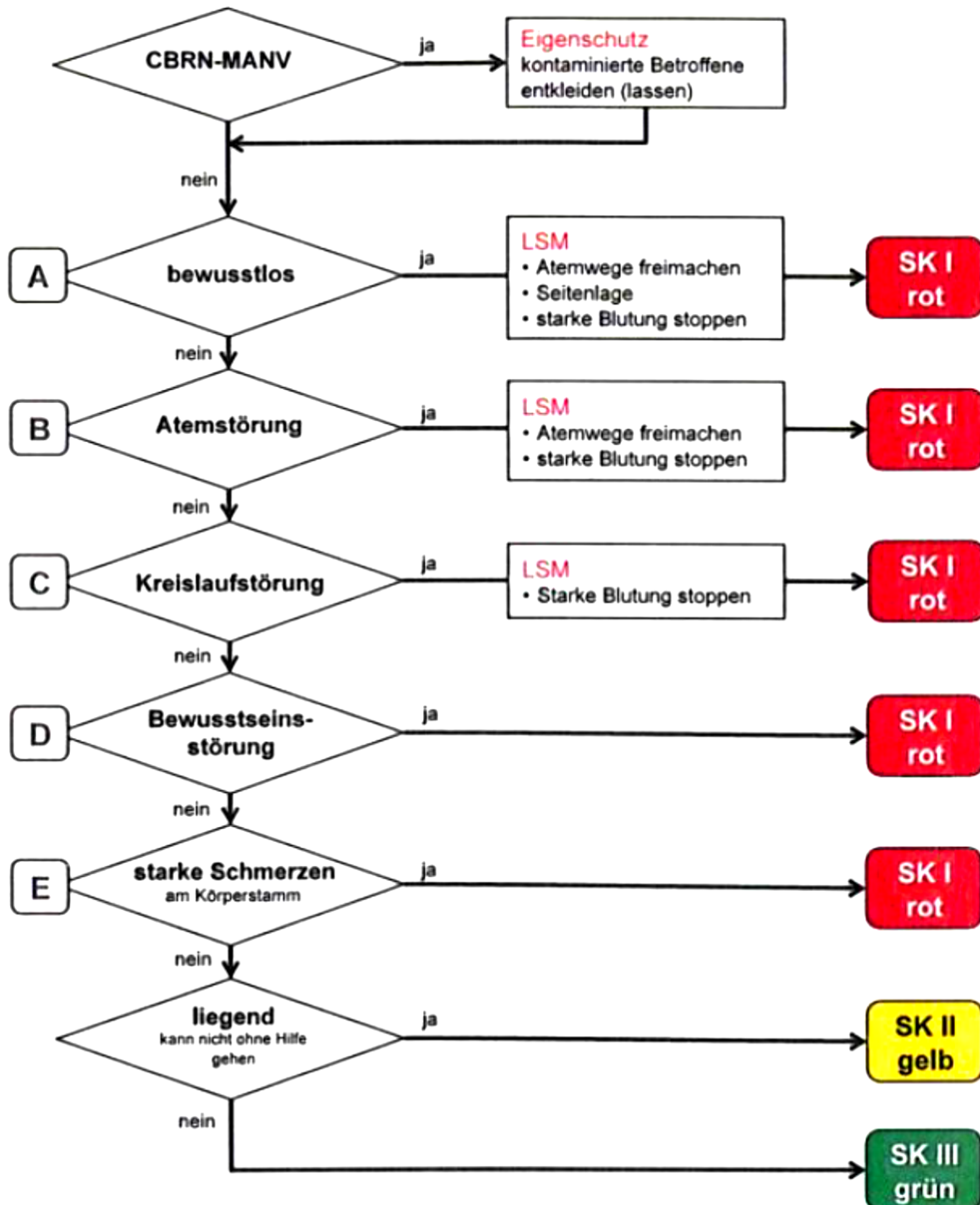
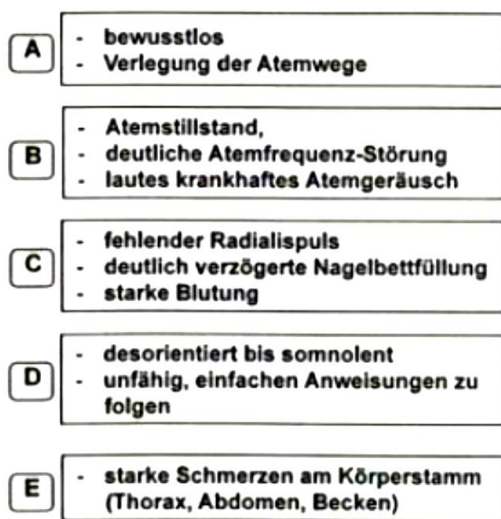


Abbildung 7: Anwendung des PRIOR-Algorithmus

## PRIOR-Indikatoren



## mögliche Zusatzindikatoren bei Kindern



Abbildung 8: Indikationen für die Zuordnung zur SK I nach dem ABCDE-Schema gemäß der PRIOR Vorsichtung

## 4.4 Unterabschnitte Rettungsdienst

### 4.4.1 Strukturierte Patientenablage

Die strukturierte Patientenablage ist der Versorgungsbereich von Patienten durch Einsatzkräfte des Rettungsdienstes. Sie grenzt an die Einsatzstelle bzw. den Gefahrenbereich an. Hier werden soweit möglich alle Patienten gesammelt, gesichtet und erstversorgt. Von der Patientenablage erfolgt die Verteilung auf medizinische Versorgungseinrichtungen oder ggf. vorgeschaltet die Verteilung auf Behandlungsplätze. Die Einrichtung einer strukturierten Patientenablage ist das Standardvorgehen bei Einsätzen mit MANV im Rettungsdienstbereich Schwerin. Für die Patientenablage hat ein NotSan die organisatorische sowie ein Notarzt die medizinische Verantwortung, beide melden direkt an den OrgL.

Der Ort der Patientenablage wird durch die Einsatzleitung festgelegt. Hierbei sind räumliche Aspekte (Transportentfernungen, An- und Abfahrmöglichkeiten, ausreichende Dimensionierung für die erwartete Anzahl der Verletzten), Schutz vor weiteren Gefahren (Ausbreitung, Windrichtung, Witterungsschutz) und taktische Aspekte (Schnittbereiche zu anderen Einsatzabschnitten, erwarteter Einsatzverlauf) zu berücksichtigen. Die Patientenablage sollte eine ausreichende Fläche haben, die ggf. auch erweiterbar ist (z.B. bei einer dynamischen Lage).

In der Regel wird das **erste Rettungsdienstfahrzeug** mit der Einrichtung der Patientenablage beginnen und übernimmt im Verlauf des Einsatzes auch die Organisation der Patientenablage. Zum Aufbau der Patientenablage stehen insbesondere die Ausrüstung der zugewiesenen Rettungsmittel sowie der Abrollbehälter RD zur Verfügung. Die Nutzbarkeit der Rettungsmittel für (Sofort-)Transporte ist durch die Einsatzabschnittsleitung RD zu beachten.

Das Team des **ersteintreffenden Notarzteinsatzfahrzeugs** übernimmt die Aufgaben des LNA und des OrgL, bis zu deren Eintreffen. Der Fahrer des NEF ist NotSan/RA und hat mindestens den Lehrgang zur Führungsstufe A absolviert. Der OrgL (kommissarischer OrgL) übernimmt in der Anfangsphase im Rahmen seiner Lageerkundung die Dokumentation der bereits vor Ort befindlichen Einsatzmittel und die Einweisung der nachrückenden Kräfte.

Die Strukturierung der Ablage erfolgt nach Sichtungskategorien getrennt. Es ist ausreichend Bewegungsfläche für die Einsatzkräfte vorzusehen. Die Patienten sollten mit dem Kopf in einheitliche Richtung gelagert werden. Medizinische Geräte und Material sind zunächst pro Sichtungskategorie zentral vorzuhalten und bei Bedarf den jeweiligen Patienten zuzuteilen. Die Verteilung der medizinischen Einsatzkräfte hat gemäß den Sichtungskategorien zu erfolgen.

In der SK I ist auf eine geteilte notärztliche Versorgung pro zwei Patienten hinzuwirken. Ziel ist es, die Patienten soweit zu versorgen und zu stabilisieren, dass ein Transport in eine geeignete Einrichtung auch ohne Arztbegleitung erfolgen kann. Je Patient ist ein NotSan/RA vorzusehen.

In der SK II ist eine gemeinsame ärztliche Versorgung für alle Patienten vorgesehen. Ziel ist es, die Patienten so zu versorgen, dass eine Verschlechterung des Zustandes hin zur SK I verhindert wird und ein nachrangiger Transport erfolgen kann. Je 2 Patienten ist ein NotSan/RA anzustreben, ggf. sind diese durch RS zu ersetzen.

In der SK III ist eine Versorgung nur durch nichtärztliches Personal vorzusehen. Ziel ist es, die Patienten zu beruhigen, zu beobachten und bei Bedarf Versorgungsleistungen nach Maßgabe des Machbaren umzusetzen. Den Patienten soll nach Möglichkeit eine Anleitung zur gegenseitigen Hilfe untereinander gegeben werden. Die Patienten sollen so stabil sein, dass Sie mit Sammeltransporten ohne individuelle medizinische Betreuung in weiter entfernte Einrichtungen oder zu einem späteren Zeitpunkt transportiert werden können.

Erfolgt eine, durch den LNA festgelegte, palliativmedizinische Betreuung in der SK IV, so wird diese entweder in SK I oder in einem gesondert abgeschirmten Bereich unter zentraler ärztlicher Verantwortung durchgeführt. Ein Transport ist zunächst nicht vorzusehen.

Ist auf Grund der Schadenslage bereits eine spontane Patientenablage entstanden, so ist deren Standort nur dann zu verlagern, wenn dies zwingend aus einsatztaktischen Erwägungen oder auf Grund der Gefahrenlage geboten erscheint. Haben sich mehrere spontane Patientenablagen gebildet, so ist eine genaue Abwägung zu treffen, ob diese zusammenzuführen sind oder ob bei genügenden Ressourcen direkt an Ort und Stelle versorgt werden kann.

#### 4.4.2 **Betreuungsstelle**

Für betroffene Personen ist nach Möglichkeit eine Betreuung einzurichten, sodass diese die weiteren Einsatzmaßnahmen nicht behindern, durch Einsatzkräfte beobachtet werden und ggf. einer Versorgung zugeführt werden können. Ebenfalls ist so gezielt die Organisation von Laienhelfern möglich, die Einsatzmaßnahmen auf Grund ihrer Kenntnisse oder Konstitution unterstützen können. Zur Betreuung sind eigens ausgebildete Einsatzkräfte des DRK zu alarmieren oder ggf. freie Einsatzkräfte von der Einsatzstelle einzubinden. Die Betreuungsstelle ist unabhängig von der Patientenablage und nicht in deren örtlicher Nähe zu organisieren.

#### 4.4.3 **Bereitstellungsraum**

Hier werden Einsatzkräfte sowie Einsatzmittel für den unmittelbaren Einsatz gesammelt, gegliedert und von hier aus bereitgestellt oder ggf. als Reserve vorgehalten. Der Leiter Bereitstellungsraum übernimmt die Koordination und Dokumentation der Rettungsmittel und gibt an die jeweiligen Fahrzeuge die vom LNA festgelegten Transportziele und die Transportreihenfolge an die Besatzung weiter. Das frühzeitige Festlegen eines Bereitstellungsraumes RD verhindert, dass die Einsatzstelle „überrollt“ wird. Die Leitstelle wird über die vorgesehene Adresse informiert.

Der Bereitstellungsraum wird als Einsatzunterabschnitt Rettungsdienst durch eine vom OrgL benannte Einsatzkraft geleitet. Der Leiter Bereitstellungsraum meldet in regelmäßigen Abständen dem OrgL eine Zwischenmeldung über den aktuellen Stand und Bedarfe im Bereitstellungsraum RD. Der OrgL meldet in regelmäßigen Abständen der Einsatzleitung eine Gesamtlage des Einsatzabschnittes RD.

#### 4.4.4 **Rettungsmittelhalteplatz und zentrale Transportorganisation/Abtransport**

Hier handelt es sich um einen festgelegten Raum, in dem die verfügbaren Rettungsmittel die zu transportierenden Patienten nach Transportpriorität aufnehmen und in die Zieleinrichtung befördern. Spontane Sofort-Transporte sind zu vermeiden. Ein Abtransport erfolgt in der Regel nur nach Abstimmung und Freigabe durch den LNA. Dieser legt die Transportziele und die Reihenfolge der Transporte fest. Primäres Ziel ist es, sehr früh kritische Patienten zu identifizieren, schnell zu versorgen und wenn nötig schnell zu transportieren! Wichtig ist, dass keine Patienten von der Einsatzstelle „verschwinden“ und es nicht nachvollziehbar ist, wo sie sich befinden. Ein funktionierendes Auskunftswesen ist extrem wichtig. Der Rettungsmittelhalteplatz muss ebenfalls durch eine geeignete Person geführt und geleitet werden. Der Leiter des Rettungsmittelhalteplatzes fordert nach Bedarf die Rettungsmittel beim Leiter Bereitstellungsraum an.

#### ***Ticket-System***

Die Zuordnung eines Krankenhauses erfolgt mit Hilfe eines Ticketsystems. Das Ticketsystem macht Angaben zu Behandlungsmöglichkeiten und Aufnahmekapazitäten von geeigneten Krankenhäusern in der Umgebung. In Abhängigkeit von Entfernung und Eignung der Klinik kann so schnell das geeignete Transportziel bestimmt und zugeordnet werden.

Im Ticketsystem der Feuerwehr Schwerin werden künftig umliegenden Krankenhausbetten bis zu 110km erfasst sein. Es werden entsprechende Auswahlkriterien getroffen, die die Auswahl eines geeigneten Krankenhauses erleichtern.

Durch das Aufkleben eines Tickets auf die Verletzten-Anhängekarte wird eine schnelle Zuweisung der Patienten ermöglicht.

Da jedes Ticket nur einmal zur Anwendung kommen kann, ist eine Überlastung der Kliniken durch Doppelbelegung ausgeschlossen.

Aktuell wird das Ticket-System noch nicht geschult und ist derzeit noch kein Bestandteil des Rettungsdienstes. Zielsetzung ist die Etablierung eines Tickets-Systems, sofern der gesamte Leitstellenbereich der ILWM sich an dem Ticket-System beteiligt.

#### **4.5 Einsatztaktik in der Leitstelle und im rückwärtigen Bereich (FEL / SAE)**

Im Bereich der Leitstelle ist eine besondere Führungs- und Arbeitsorganisation notwendig, um das MANV-Ereignis strukturiert bearbeiten zu können.

##### **1. Lageführung:**

Der Lagedienst bewertet die Einsatzlage unter Berücksichtigung des Gesamteinsatzaufkommens im Bereich der ILWM. Er organisiert die Abläufe in der Leitstelle so, dass für das MANV Ereignis entsprechende Disponenten aus dem übrigen Einsatzgeschehen herausgelöst werden können. Er weist die Alarmierung an. Er entscheidet über die Zurückhaltung von Einsatzmitteln für die fortdauernde Regelversorgung. Er übernimmt die Einweisung der ersten Führungskräfte (B-Dienst/A-Dienst/Leitender Notarzt) in die Gesamteinsatzlage. Er teilt ein entsprechendes Kommunikationspaket für die Einsatzlage zu. Er steuert im weiteren Verlauf alle durch die Leitstelle zu veranlassenden Maßnahmen. Er entscheidet über eine Nachbesetzung der Leitstelle mit dienstfreien Kräften. Er kann einzelne Maßnahmen reduzieren, wenn dies nach seiner Lageeinschätzung möglich ist.

##### **2. Annahme/Lage:**

Zunächst ist das Ereignis festzustellen. Die erforderlichen Grunddaten werden im ELS erfasst. Im Zuge der Abfrage ist der Meldende zu binden, um gezielte Informationen einholen sowie Handlungsanweisungen absetzen zu können. Dies können sein: Informationen zu Anzahl der Verletzten, Art und Schweregrad der Verletzungen, Hinweise auf die Ursache (Unfall, Brand, Anschlag, CBRN, ...), Hinweise auf weitere Gefahren im Umfeld (Schema: AAAA C EEEE) sowie Erfragung der räumlichen Situation hinsichtlich Zugänglichkeit der Einsatzstelle. Weiterhin können gezielt erste Handlungsanweisungen gegeben werden: Verlassen des Gefahrenbereichs, erforderlichenfalls Anweisung an andere Personen im Umfeld geben sowie die Einweisung der Einsatzkräfte.

##### **3. Alarmierung/Lage:**

Die Alarmierung ist stufenweise nach dem vorliegenden Alarmierungsplan durchzuführen. Eine stufenweise Alarmierung ist zu bevorzugen, um schnell verfügbare Einsatzmittel nicht bis zu Erarbeitung einer umfassenden Abmarschfolge zurückzuhalten, solange für das Ereignis keine definierte Abmarschfolge im ELS hinterlegt ist. Nach Ende der Alarmierung behält die

Leitstelle die erforderliche Kommunikation aufrecht mit den vor Ort befindlichen Einsatzkräften und führt eine Lageübersicht.

#### **4. Kommunikation:**

Die ILWM informiert gem. der zum jeweiligen Ereignis vorliegenden Checkliste die weiteren Beteiligten, insbesondere die umliegenden Krankenhäuser über das Ereignis und nimmt ggf. Rückmeldungen über eingeschränkte Kapazitäten entgegen. Erforderlichenfalls ist ein Krankenhausalarm durch die Klinik auszulösen. Weiterhin informiert sie die Leitstelle der Polizei über das Ereignis mit MANV und fordert notwendige Unterstützung an (Absperurmaßnahmen, Verkehrslenkung, Evakuierungshilfe, etc.). Sie übernimmt notwendige Organisation von speziellen Behandlungskapazitäten und koordiniert die Maßnahmen der Luftrettung.

Wird durch den Rettungsdienstträger eine **eigene rückwärtige Führungsunterstützung** eingerichtet, so findet die Kommunikation zwischen dieser nur über einen damit durch den Lagedienstführer beauftragten Disponenten statt, dieser führt dann auch die Lageübersicht für die ILWM. Dem Lagedienstführer ist Rückmeldung zu geben. Eine rückwärtige Führungsunterstützung ist erst in Betrieb zu nehmen, wenn alle Informationen aus der ILWM übergeben wurden und die Führungseinheit arbeitsbereit ist.

## **5 Übriger Rettungsdienst bei einem MANV-Ereignis**

Die Regelversorgung im Rettungsdienst ist auch während eines Einsatzes mit MANV im Rettungsdienstbereich Schwerin in einer Mindeststärke aufrechtzuerhalten. Der Mindestumfang beträgt

2 RTW für die Landeshauptstadt Schwerin.

Diese werden ggf. in Amtshilfe von anderen Trägern angefordert/disponiert. Es werden in dieser Zeit keine Einsätze außerhalb des Rettungsdienstbereiches Schwerin versorgt. Die Disposition von Individualnotfällen ist in dieser Zeit auf schwere gesundheitliche Schäden und lebensbedrohliche Zustände zu beschränken. Die Versorgung der Patienten vor Ort ist auf das erforderliche Minimum zu reduzieren. An die Notwendigkeit der Transportdurchführung ist durch den Transportführer ein strenger Maßstab anzulegen. Ein Transport kann nur in die nächstgelegene Einrichtung erfolgen. Eine ärztliche Versorgung am Notfallort ist nicht mehr vorgesehen, wenn die Zuführung des Patienten in die nächstgelegene ärztliche Behandlungseinheit schneller zu gewährleisten ist, als dass ein Arzt am Einsatzort ist.

Der Mindestumfang ist unter Nutzung von personellen und technischen Reserven ggf. zu erhöhen, wenn weitere Einsatzkräfte und -mittel nicht dringlicher an der Einsatzstelle benötigt werden. Hierbei ist zunächst die Verfügbarkeit eines NEF herzustellen. Ggf. kommt der Einsatz von nicht normgerecht ausgestatteten Fahrzeugen zur Notversorgung und zum Patiententransport in Betracht.

## 6 Überörtliche Hilfestellung durch den Rettungsdienst Schwerin

Die Landeshauptstadt Schwerin stellt übrigen Trägern im Rahmen der Zusammenarbeit bei MANV Komponenten aus dem Regel- und Spitzenbedarf zur Verfügung. Komponenten des Sonderbedarfs können auf Basis der Regelungen des Landeskatastrophenschutzgesetzes in Form von Katastrophenschutzeinheiten zur Verfügung gestellt werden.

Die Zur-Verfügung-Stellung ist abhängig von der Verfügbarkeit. Befindet sich der Löschzug der Berufsfeuerwehr im Einsatz, ist zunächst der A-Dienst durch die Leitstelle zu informieren und entscheidet über die weiteren Maßnahmen.

Regelbedarf:                    2 RTW (sofort)  
                                      1 NEF (sofort)

Spitzenbedarf:                WLF mit AB-MANV

Um einen Ausgleich für die geringere Vorhaltung zu gewährleisten werden folgende Maßnahmen für den Rettungsdienstbereich Schwerin umgesetzt:

1. Einsatzmittel des Rettungsdienstes: mind. 2 RTW
2. Beschränkung des Einsatzes auf den Rettungsdienstbereich Schwerin
3. nichtdringliche Krankentransporte werden eingestellt/verschoben
4. Einsatzmittel der Berufsfeuerwehr am Standort Graf-Yorck-Straße: mind. ELW1 (1/0/1), HLF1 (1/3), DLK (0/2), Springer Sonderfahrzeug (1/1)
5. bei einlaufenden Einsätzen im Brandschutz und der Technischen Hilfeleistungen stets Freiwillige Feuerwehren alarmiert werden (Ergänzung des Löschzuges, Kleineinsätze im eigenen örtlichen Zuständigkeitsbereich, Bereitschaftsdienst für Paralleleinsätze).
6. LNA Alarmierung zur Nachbesetzung des Reserve NEF, NEF Fahrer wird durch den Löschzug der Berufsfeuerwehr Schwerin ergänzt

Folgende Führungsdienste sind zu informieren:

B-Dienst koordiniert in Abstimmung mit dem Lagedienstführer sofort die Umsetzung der Hilfen aus dem Rettungsdienstbereich Schwerin sowie die Ausgleichsmaßnahmen und informiert den A-Dienst telefonisch hierüber.

ÄLRD und A-Dienst werden per DME durch die ILWM alarmiert und begeben sich unter Nutzung von Sonder- und Wegerechten zur Hauptfeuerwache, informieren sich in der Leitstelle zur Lage im Rettungsdienst und stimmen die erforderlichen Maßnahmen ab. Die Alarmierung dienstfreier Einsatzkräfte legt der A-Dienst fest. Er informiert die Fachdienstleitung telefonisch über das Ereignis und die Maßnahmen.

Es ist der Ausnahmezustand im Rettungsdienst gemäß § 22 (3) RDPVO festzustellen und durch den Lagedienstführer zu dokumentieren. Über die Aufhebung entscheidet der A-Dienst im Einvernehmen mit der Ärztlichen Leitung des Rettungsdienstes. Für die Feststellung des



Ausnahmezustandes im Rettungsdienst in den angrenzenden Landkreisen sind die jeweiligen Träger verantwortlich.

## 7 Alarmplanung

### Alarmplan

**MANV 10**  
ca. 5 Schwerverletzte

#### Notwendige Kräfte und Mittel zur Erstversorgung:

##### *Grundbedarf*

- 2 NEF / RTH
- 3 RTW
- 2 KTW/RTW

##### *Sonderbedarf*

- ELW1-KatS
- DRK: GW-San
- DRK: MTW

##### *Führung*

- B-Dienst
- LNA
- OrgL
- A-Dienst
- ÄLRD

*Eigene Kräfte +  
1 Ü-MANV-S (LUP / NWM)*

#### Weitere Maßnahmen / Alarmierungen:

- LNA u.U. durch MTW  
FFW zur Einsatzstelle  
bringen

#### Notwendige Kräfte und Mittel für weitere Aufgaben (Bedarf prüfen):

- Feuerwehr zur Gefahrenabwehr
- PSNV für betroffene, unverletzte Personen
- Betreuungseinheit DRK für unverletzte Personen

#### Besonderheiten:

- Information an HELIOS
- Information an Sana Hanse-Klinik
  
- Information Polizei
- Information Lagezentrum Innenministerium
- Information umliegende Träger Rettungsdienst LUP/NWM
  
- Auskunftersuchen der Presse mit Hinweisen zu Ort, groben Schadensumfang,  
Ansprechpartner/örtlichen Einsatzleiter benennen

## Alarmplan

**MANV 20**  
ca. 10 Schwerverletzte

### Notwendige Kräfte und Mittel:

- | <i>Grundbedarf</i>                   | <i>Sonderbedarf</i>                         | <i>Führung</i>                    |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 NEF / RTH | <input type="checkbox"/> WLF + AB-Rett      | <input type="checkbox"/> B-Dienst |
| <input type="checkbox"/> 6 RTW       | <input type="checkbox"/> Löschzug BF        | <input type="checkbox"/> LNA      |
| <input type="checkbox"/> 2 RTW/KTW   | <input type="checkbox"/> FFW SN: 2 4x       | <input type="checkbox"/> OrgL     |
|                                      | <input type="checkbox"/> ELW1-KatS          | <input type="checkbox"/> A-Dienst |
|                                      | <input type="checkbox"/> DRK SN: GW-San     | <input type="checkbox"/> ÄLRD     |
|                                      | <input type="checkbox"/> DRK SN: 2 KTW      |                                   |
|                                      | <input type="checkbox"/> DRK SN: 2 MTW      |                                   |
|                                      | <input type="checkbox"/> DRK SN: 1 BetrTrKW |                                   |

*Eigene Kräfte +  
2 Ü-MANV-S  
(LUP + NWM)*

### Weitere Maßnahmen / Alarmierungen:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 2 RTH für Transporte | <input type="checkbox"/> 2 Gruppen FFW zum<br>Stadtschutz für SN | <input type="checkbox"/> LNA u.U. durch MTW<br>FFW zur Einsatzstelle<br>bringen |
|---|--|---|

### Notwendige Kräfte und Mittel für weitere Aufgaben:

- Feuerwehr zur Gefahrenabwehr
- PSNV und Betreuungsstelle für betroffene, unverletzte Personen
- Polizei zur Absperrung
- Verstärkung Leitstelle

### Besonderheiten:

- Information an HELIOS, Krankenhausalarm ausführen lassen
- Information an Sana Hanse-Klinik, Krankenhausalarm ausführen lassen
- Information an MediClin Crivitz, KH Hagenow, KH Ludwigslust, KH Parchim
  
- Information Dezernent/Oberbürgermeister
- Information Lagezentrum Innenministerium
- Information umliegende Träger Rettungsdienst LUP/NWM
  
- Auskunftersuchen der Presse mit Hinweisen zu Ort, grober Schadensumfang, sowie Ansprechpartner/örtlicher Einsatzleiter benennen

## Alarmplan

## MANV 50

ca. 25 Schwerverletzte

### Notwendige Kräfte und Mittel:

#### Grundbedarf

- 7 NEF / RTH
- 13 RTW
- 2 RTW / KTW

#### Sonderbedarf

- WLF + AB-Rett
- Löschzug BF
- FFW SN: 2 4x
- FFW SN: 4 MTW
- FFW sonst: 2 4x
- FFW SN:ELW1-K
- FFW sonst: 1 11
- FFW SN: ELW2
- DRK SN: 1 GW-San
- DRK SN: 4 KTW 2
- DRK SN: BetrEinheit
- PSNV (Landeszentralstelle MV in HGW)
- THW SN: FüTr

#### Führung

- B-Dienst
- LNA
- OrgL
- A-Dienst
- ÄLRD

#### Eigene Kräfte + 4 Ü-MANV-S

(LUP, NWM, MSE, LK RO)

### Weitere Maßnahmen / Alarmierungen:

- 5 RTH für Transporte
- THW für Bereitstellungsraum
- LNA Gruppe über Telefonmassenalarm (zur Erstversorgung am EO, ggf. durch MTW FFW zum EO bringen)
- 1 Dienstfreie WA BF zzgl. WA 4 über Telefonmassenalarm (Besetzung Reserve RTW, mit MTW zum EO zur Unterstützung Erstversorgung, Stadtschutz DLK/ Sonderfahrzeuge)
- 2 Gruppen FFW zum Stadtschutz für SN
- Nachbesetzung der ILWM
- LNA u.U. durch MTW FFW zur Einsatzstelle bringen
- Dienstfreie B-Dienste über Telefonmassenalarm (Besetzung Stab zur Führungsunterstützung)

### Notwendige Kräfte und Mittel zum Transport – Anforderung über Lagezentrum M-V:

- 1 BetrZug (überörtlich)
- PSNV-Kräfte
- 1 SanZug (überörtlich)
- 1 MTF – Patiententransportgruppe (überörtlich)

**Notwendige Kräfte und Mittel für weitere Aufgaben:**

- Feuerwehr zur Gefahrenabwehr (ggf. Nachbarschaftshilfe)
- Polizei zur Absperrung
- DRK Kreisambulanzenbüro zur Datenerfassung (auf Anforderung)

**Besonderheiten:**

- Information an HELIOS, Krankenhausalarm ausführen lassen
- Information an Sana Hanse-Klinik, Krankenhausalarm ausführen lassen
- Information an MediClin Crivitz, Krankenhausalarm ausführen lassen
- Information an DRK Krankenhaus Grevesmühlen, Krankenhausalarm ausführen lassen,
- Information an KH Ludwigslust, Krankenhausalarm durchführen lassen
- Information an KH Hagenow, Krankenhausalarm durchführen lassen
- Information an KH Parchim, Krankenhausalarm durchführen lassen
- Information Lagezentrum Innenministerium
- Information Dezernent / Oberbürgermeister
- Information umliegende Träger Rettungsdienst LUP/NWM
  
- Auskunftersuchen der Presse mit Hinweisen zu Ort, grober Schadensumfang, sowie Ansprechpartner/örtlicher Einsatzleiter benennen

## Alarmplan

## MANV 100

60 Schwerverletzte

- siehe Alarmplan MANV 50
- Anforderung Ü-MANV-S alle Landkreise in M-V
- Anforderung überörtlicher Kräfte RD aus LK Prignitz, LK Herzogtum-Lauenburg und Hansestadt Lübeck (je mind. 1 NEF und 2 RTW)
- Erhöhung der Anzahl RTH auf 10
- Alarmierung aller Dienstfreier Kräfte der Wachabteilungen
- Einberufung operativ-taktischer Stab der LH Schwerin

### **zusätzliche Kräfteanforderung beim Lagezentrum M-V:**

- 1 MTF (gesamt)