

Bereichsplan

gemäß § 3 Abs. 3 RDG

Der Bereichsausschuss für den Rettungsdienstbereich

Main-Tauber-Kreis

hat am 27.02.2024

den Bereichsplan beschlossen.

Die zuständige Rechtsaufsichtsbehörde

Landratsamt Main-Tauber-Kreis

hat am 08.05.2024

den Bereichsplan genehmigt.



A handwritten signature in blue ink, likely of the official responsible for the approval, is written over the seal.

Kurzüberblick

Dieser Bereichsplan ersetzt den Bereichsplan vom 23.03.2021.

Eine Grundlage für den Bereichsplan sind Teile der von der SQR-BW zur Verfügung gestellten Auswertungen, auf die am 27.10.2023 zugegriffen wurde (vgl. Anlage 1), des Weiteren auch die Ergebnisse des Rettungsdienstgutachtens für den Rettungsdienstbereich Main-Tauber-Kreis von der Fa. BeraSys vom 02.06.2017.

Die Überarbeitung war aus folgenden Gründen notwendig:

- jährliche Fortschreibung bzw. allgemeine Datenaktualisierungen

Maßnahmen und Umsetzungszeiträume sind der Nr. 13 / Tabelle 33 zu entnehmen.

Geschäftsstelle des Bereichsausschusses / Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner:

(im 2-jährlichen Wechsel:)

Deutsches Rotes Kreuz – Kreisverband Bad Mergentheim e.V.
Geschäftsstelle des Bereichsausschusses Main-Tauber-Kreis
KGF Anna Deister
Rotkreuzstr. 31
97980 Bad Mergentheim
Telefon: 07931 / 48290-0
Mail: bereichsausschuss@drk-bad-mergentheim.de

Deutsches Rotes Kreuz – Kreisverband Tauberbischofsheim e.V.
Geschäftsstelle des Bereichsausschusses Main-Tauber-Kreis
KGF Manuela Grau
Mergentheimer Str. 30
97941 Tauberbischofsheim
Telefon: 09341 / 9205-0
Mail: bereichsausschuss@drk-tbb.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Beschreibung des Rettungsdienstbereichs	8
1.1 Gebietsbeschreibung	8
1.1.1 Gemeinden.....	8
1.1.2 Topographie	9
1.1.3 Angrenzende RDB / Überörtliche Hilfe (ggf. auch länderübergreifende Unterstützung).....	11
1.2 Bevölkerung / Einwohner.....	11
1.3 Besondere Gefahrenstellen.....	13
1.3.1 Örtlichkeiten mit besonderen Risiken	13
1.3.2 Topographische Gefahrenstellen.....	13
2 Notfallmedizinische Versorgungsstrukturen	14
2.1 Krankenhäuser im RDB.....	14
2.2 Für die Notfallversorgung relevante Krankenhäuser außerhalb des RDB.....	15
2.3 Sonstige zur Versorgung geeignete Einrichtungen	16
3 Leitstellen	17
3.1 Träger und Standort der Integrierten Leitstelle	17
3.2 Personal.....	17
3.3 Räumliche und sächliche Ausstattung.....	18
3.4 Ausfall und Redundanz / Vernetzung	18
3.5 Technik	18
3.5.1 Alarmierung und Funkverkehr	19
3.5.2 Notruffax für hör- oder sprachgeschädigte Personen	20
3.6 Anzahl Telefonanrufe	20
3.7 Leitstellenbezogene Indikatoren der SQR-BW	20
4 Notfallrettung mit dem Rettungswagen IST-Zustand.....	21
4.1 Ausstattung und Personal	21
4.2 Standorte der Rettungswachen	21
4.3 Leistungsträger und Leistungserbringer	21
4.3.1 Leistungsträger und Leistungserbringer in der Notfallrettung.....	21
4.3.2 Leistungsträger und Leistungserbringer mit speziell ausgerüsteten Rettungsmitteln	21
4.4 Einsatzaufkommen.....	22
4.4.1 Rettungswagen	22
4.4.2 Spezielle Rettungsmittel.....	22

4.5	Fahrzeitenanalyse für Rettungsdienstfahrzeuge.....	22
4.6	Bedarfsgerechte Vorhaltung und Dienstplanzeiten.....	22
5	Notärztliche Versorgung IST-Zustand	24
5.1	Ausstattung und Personal	24
5.2	Notarztstandorte und Leistungsträger.....	24
5.3	Unterstützende Notarztsysteme	24
5.4	Fahrzeitenanalyse für notarztbesetzte Rettungsmittel	24
5.5	Bedarfsgerechte Vorhaltung	24
6	Luftrettung.....	26
7	Zielerreichungsgrad Hilfsfrist.....	27
8	Kooperationen.....	28
8.1	Kooperationen mit anderen Stellen nach § 2 Abs. 2 RDG	28
8.2	Sonstige Vereinbarungen	28
9	Berg- und Wasserrettung	29
9.1	Bergrettungsdienst	29
9.1.1	Leistungsträger und Einsatzgebiet	29
9.1.2	Standorte / Versorgungsgebiet / Ausstattung	29
9.2	Wasserrettungsdienst.....	29
9.2.1	Leistungsträger und Einsatzgebiet	30
9.2.2	Standorte / Versorgungsgebiet / Ausstattung	30
10	Besondere Versorgungslagen.....	31
10.1	Leitende Notärztinnen und Notärzte	31
10.2	Organisatorischer Leiter Rettungsdienst.....	31
10.3	ManV.....	32
10.4	Verstärkung des Rettungsdienstes bei besonderen Schadenslagen	32
10.5	Festlegungen für zusätzliche Rettungsmittel bei vorhersehbaren Ereignissen oder besonderen Gefahrenlagen.....	33
11	Krankentransport (nachrichtlich)	33
12	Helfer-vor-Ort-Systeme (nachrichtlich).....	35
13	Bewertung und Maßnahmen.....	36

Anlagen38

- 1 Bereichsausschussauswertung der SQR-BW
- 2 Kooperationen mit benachbarten Rettungsdienstbereichen
- 3 Trägerschaftsvereinbarung Leitstelle
- 4 Kooperationen mit Leistungserbringern mit speziell ausgerüsteten Rettungsmitteln
- 5 Kooperationen nach § 2 RDG
- 6 Vereinbarungen mit anderen Leistungserbringern
- 7 ManV-Konzept

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gemeinden im RDB.....	8
Abbildung 2-4: Topographische Karte	9 und 10
Abbildung 5: Berufspendlersaldo Gemeinden	13
Abbildung 6: Luftrettungsstationen und Flugradien.....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Nachbargemeinden / angrenzende RDB	11
Tabelle 2: Altersverteilung der Bevölkerung	11
Tabelle 3: Einflussfaktoren auf die Bevölkerungszahl.....	12
Tabelle 4: Pflegeeinrichtungen und sonstige für den Rettungsdienst relevante Einrichtungen	12
Tabelle 5: Versorgungsschwerpunkte	14
Tabelle 6: Versorgungsschwerpunkte außerhalb des RDB	15
Tabelle 7: Angaben zur ILS	17
Tabelle 8: Besetzung der ILS	17
Tabelle 9: Angaben zu Arbeitsplätzen in der ILS	18
Tabelle 10: Analoge Alarmierung	19
Tabelle 11: POCSAG-Alarmierung	19
Tabelle 12: Analoger Funkverkehr.....	19
Tabelle 13: Digitaler Funkverkehr.....	19
Tabelle 14: Rufnummern.....	20
Tabelle 15: Standorte Rettungswachen.....	21
Tabelle 16: Leistungsträger und Leistungserbringer in der Notfallrettung	21
Tabelle 17: Leistungsträger und Leistungserbringer mit speziellen ausgerüsteten Rettungsmitteln	21
Tabelle 18: Übersicht Einsatzaufkommen Spezialrettungsmittel.....	22
Tabelle 19: Vorhaltezeiten Rettungswagen IST	23
Tabelle 20: Vorhaltezeiten Rettungswagen SOLL	23
Tabelle 21: Leistungsträger notärztliche Versorgung	24
Tabelle 22: Vorhaltezeiten notärztliche Versorgung	25
Tabelle 23: Luftrettungsmittel	26
Tabelle 24: Erreichungsgrad der Hilfsfrist (in Prozent).....	27
Tabelle 25: Kooperationen nach § 2 RDG	28
Tabelle 26: Einsatzgebiet Bergrettungsdienst	29
Tabelle 27: Standorte und Ausstattung des Bergrettungsdienstes	29
Tabelle 28: Einsatzgebiet Wasserrettungsdienst.....	30
Tabelle 29: Standorte / Ausstattung Wasserrettungsdienste	30
Tabelle 30: Bestellte LNÄ.....	31
Tabelle 31: Bestellte OrgL.....	32
Tabelle 32: Leistungserbringer im Krankentransport	33
Tabelle 33: Vorhalte Krankentransport.....	34
Tabelle 34: Helfer-vor-Ort-Systeme.....	35
Tabelle 35: Maßnahmenplanung	37

Abkürzungsverzeichnis

BA	Bereichsausschuss
DRK-MGH	Deutsches Rotes Kreuz – Kreisverband Bad Mergentheim e.V.
DRK-TBB	Deutsches Rotes Kreuz – Kreisverband Tauberbischofsheim e.V.
ELP	Einsatzleitplatz
GA	Geräteanhänger
GIS	Geographisches Informationssystem
GW-W	Gerätewagen Wasserrettung
HvO	Helfer vor Ort
ILS	Integrierte Leitstelle
KdoW	Kommandowagen
KTW	Krankentransportwagen
LARD	Landesausschuss für den Rettungsdienst
LNA	Leitender Notarzt
MTW	Mannschaftstransportwagen
ManV	Massenanfall von Verletzten
NEF	Notarzteinsetzfahrzeug
OrgEL	Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
RDB	Rettungsdienstbereich
RDG	Rettungsdienstgesetz
RTW	Rettungswagen
SQR-BW	Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg
VB	Versorgungsbereich
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WRF	Fahrzeug Wasserrettung
ZKS	Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte

1.1.2 Topographie



Abbildung 2: Topographische Karte Main-Tauber-Kreis NORD



Abbildung 3: Topographische Karte Main-Tauber-Kreis MITTE



Abbildung 4: Topographische Karte Main-Tauber-Kreis SÜD

Der Rettungsdienstbereich Main-Tauber-Kreis deckt sich mit dem Gebiet des Main-Tauber-Kreises im Bundesland Baden-Württemberg mit insgesamt 134.745 Einwohnern (Stand: 31.12.2022). Der Main-Tauber-Kreis ist der nördlichste und flächenmäßig der sechstgrößte Kreis in Baden-Württemberg (1.304,13 km²) und weist gleichzeitig die geringste Bevölkerungsdichte auf (103 Einwohner pro km²).

Er gehört zur Region Heilbronn-Franken im Regierungsbezirk Stuttgart und ist fast deckungsgleich mit der Region Tauber-Franken. Zur Metropolregion Stuttgart gehörend besitzt er die Einzigartigkeit, an drei weitere Metropolregionen zu grenzen (Frankfurt/Rhein-Main, Rhein-Neckar und Nürnberg).

Der Main-Tauber-Kreis hat Anteil am Bauland sowie im Norden an den Ausläufern des Spessarts. Den Landkreis durchzieht von Südosten kommend die Tauber, die in Wertheim in den Main mündet. Durch seine Lage im Regenschatten von Odenwald und Spessart zeichnet sich der Main-Tauber-Kreis durch trockenes und warmes Klima aus. Die Sonnenscheindauer im Sommer erreicht ähnliche Werte wie am Oberrhein.

Der Main-Tauber-Kreis besteht aus 11 Städten und 7 Gemeinden. Der höchste Punkt auf dem Gebiet des RDB Main-Tauber-Kreis liegt auf der Gemarkung Heimberg (Stadt Niederstetten) und beträgt 480 m ü. NN. Der niedrigste Punkt liegt mit 126 m u. NN innerhalb der Stadt Freudenberg. Die größte Ausdehnung beträgt ca. 73 km (Luftlinie vom südöstlichsten bis zum nordwestlichsten Punkt).

Der Rettungsdienstbereich Main-Tauber-Kreis grenzt an nachfolgend genannte Landkreise (im Uhrzeigersinn im Nordwesten beginnend):

- Landkreis Miltenberg (Bayern)
- Landkreis Main-Spessart (Bayern)
- Landkreis Würzburg (Bayern)
- Landkreis Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim (Bayern)
- Landkreis Ansbach (Bayern)
- Landkreis Schwäbisch Hall (Baden-Württemberg)
- Hohenlohekreis (Baden-Württemberg)
- Neckar-Odenwald-Kreis (Baden-Württemberg)

Die Flächenaufteilung stellt sich wie folgt dar:

• Landwirtschaftsfläche	752,80 km ²	57,7 %
• Waldfläche	386,27 km ²	29,6 %
• Verkehrsfläche	78,38 km ²	6,0 %
• Gebäude- und Freifläche	55,49 km ²	4,2 %
• sonstige Flächen	12,40 km ²	1,0 %
• Wasserfläche	10,66 km ²	0,8 %
• Erholungsfläche	5,90 km ²	0,5 %

(Quelle: Statistisches Landesamt, Stand: 2022)

Von verkehrsinfrastruktureller Bedeutung sind:

- Bundes-Autobahnen:
 - Die A81 Heilbronn - Würzburg, in nord-südlicher Richtung;
 - Die A3 Nürnberg - Frankfurt, in ost-westlicher Richtung.
- Weitere Straßenverbindungen:
 - Die B19, die B290 und die B292.

1.1.3 Angrenzende RDB / Überörtliche Hilfe (ggf. auch länderübergreifende Unterstützung)

Tabelle 1: Nachbargemeinden / angrenzende RDB

Lage	Angrenzender RDB	Angaben zu bereichsübergreifenden Vereinbarung
Nördlich	Miltenberg	
Nord-östlich	Main-Spessart	
Östlich	Würzburg	
Westlich	Hohenlohe	
Südöstlich	Neustadt a.d. Aisch – Bad Windsheim	
Südwestlich	Schwäbisch Hall	Partnerleitstelle
Südlich	Ansbach	
Nordwestlich	Neckar-Odenwald	

Stand: 25.10.2023

Anlage 2: Kopie der Kooperationsverträge mit den angrenzenden RDB

1.2 Bevölkerung ¹/ Einwohner

Der Rettungsdienstbereich umfasst das Gebiet des Main-Tauber-Kreises. Die Fläche des RDB beträgt 1.304,13 km² bei einer Bevölkerungszahl von 134.745 Einwohnern. Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte beträgt 103 Einwohner pro km².

(Quelle: Statistisches Landesamt / Bevölkerung und Gebiet / Gebiet / Gebiet und Bevölkerungsdichte; Stand 31.12.2022).

Tabelle 2: Altersverteilung der Bevölkerung

Altersklasse	Einwohner	Anteil in %
Unter 15 Jahre	18.682	13,9%
15 - 18 Jahre	3.836	2,9 %
18 - 25 Jahre	9.356	6,9%
25 – 40 Jahre	23.740	17,6%
41 - 65 Jahre	47.459	35,2%
Über 65 Jahre	31.672	23,5%
Insgesamt	134.745	100,00%

Quelle: Statistisches Landesamt Bevölkerung nach sechs Altersgruppen (Einwohner) / Durchschnittsalter und Bevölkerungsanteile nach ausgewählten Altersgruppen (Anteil in %), Stand: 31.12.2022

¹ <https://www.statistik-bw.de/SRDB/>

Tabelle 3: Einflussfaktoren auf die Bevölkerungszahl

Einflussfaktoren	Anzahl
Beherbergung im Reiseverkehr Ankünfte insgesamt 2022	293.424
Beherbergung im Reiseverkehr Übernachtungen insgesamt 2022	946.998
Studierende: Duale Hochschule BaWü, Campus Bad Mergentheim, WS 2022/23	485
Studierende: Hochschule für Polizei BaWü, Wertheim	Bis zu 300
Schwerbehinderte Menschen je 1.000 EW (31.12.2021, Landeswert: 242)	311
Berufspendlersaldo bezogen auf den Main-Tauber-Kreis (Saldo je 1.000 Erwerbstätige am Wohnort)	0-99 (Auspendlerüberschuss)

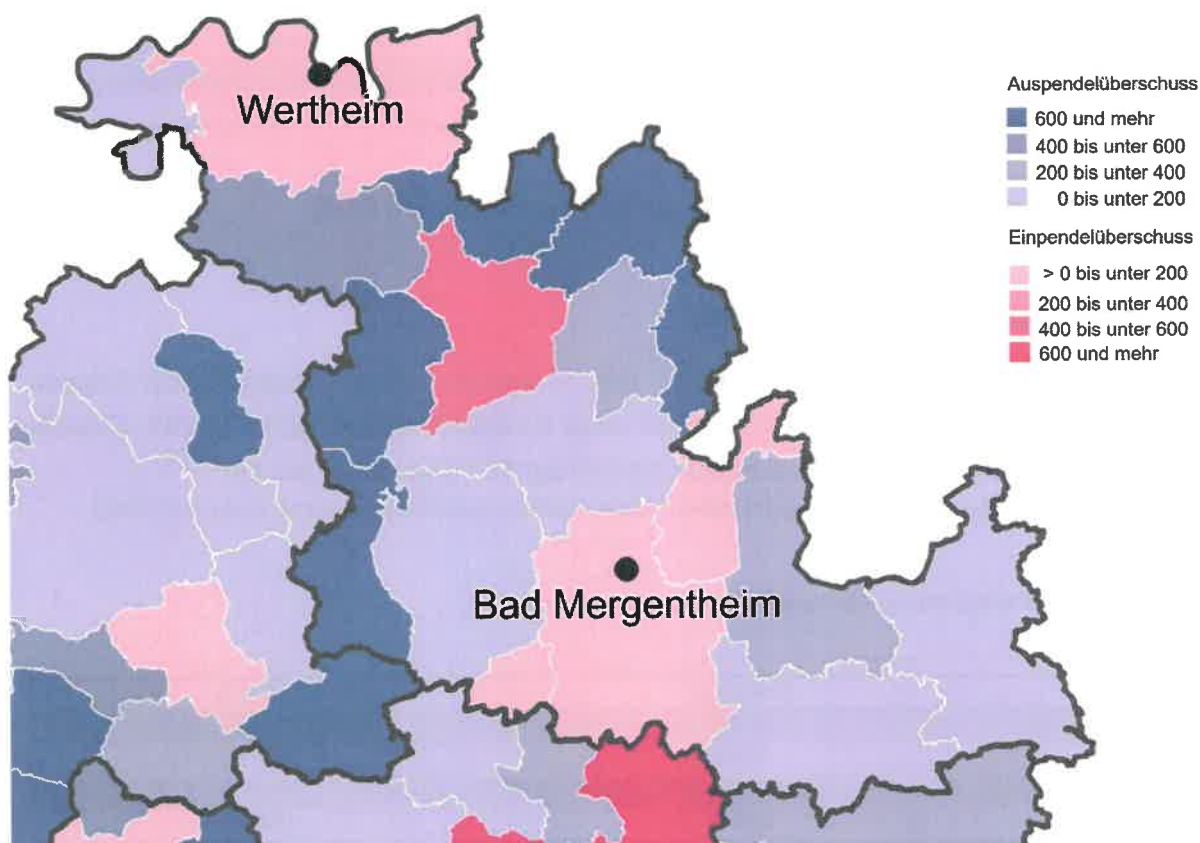


Abbildung 5: Berufspendlersaldo Gemeinden 2021

Quelle: Statistisches Landesamt (Stand: 02.11.2023)

- www.statistik-bw.de/Arbeit/Erwerbstaeetige/Pendler-Eckzahlen.jsp
- Tabellenauswahl Tourismus und Gastgewerbe/Tourismus/Beherbergung im Reiseverkehr
- Tabellenauswahl Bildung und Kultur/Hochschulen/Studierende an nach Geschlecht und Nationalität

Tabelle 4: Pflegeeinrichtungen und sonstige für den Rettungsdienst relevante Einrichtungen

Jahr	Pflegeheime insgesamt	Verfügbare Plätze in Pflegeheimen insgesamt	darunter vollstationäre Dauerpflegeplätze
2022	34	1.805	1.635

Quelle: Statistisches Landesamt / Leben und Arbeiten / Gesundheit/ Behinderte und Pflegebedürftige / Pflegeeinrichtungen und Personal, Stand: 31.12.2022

1.3 Besondere Gefahrenstellen

1.3.1 Örtlichkeiten mit besonderen Risiken

Die Ferienlandschaft „Liebliches Taubertal“ bildet einen touristischen Schwerpunkt, bspw. durch ein umfassendes Wander- und Radwegenetz.

Das Factory Outlet Wertheim Village, mit ca. 3 Millionen Besuchern jährlich, bildet eine weitere Gefahrenstelle.

1.3.2 Topographische Gefahrenstellen

Aufgrund der besonderen Lage Wertheims zwischen den Flüssen Main und Tauber werden Teile der Altstadt regelmäßig von Hochwasser bedroht und überflutet.

2 Notfallmedizinische Versorgungsstrukturen

2.1 Krankenhäuser im RDB

Tabelle 5: Versorgungsschwerpunkte

Klinik	Traumazentrum (überregional)	Traumazentrum (regional)	Traumazentrum (lokal)	Schlaganfalleinheit (überreg.)	Schlaganfalleinheit (regional)	Schlaganfalleinheit (lokal)	Intensivstation/Intensivbetten ²	Computertomographie	24-Stunden-PCI (Herzkath.pl.)	Neuro-Trauma ³	Neuro-Radiologie	Augenklinik	Chirurgie	Gynäkologie/Geburtshilfe	HNO	Innere Medizin	Kinderheilkunde	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Orthopädie	Psychiatrie Erw.	Psychiatrie Kind	Urologie	Zahnmedizin	Hubschrauberlandeplätze
Caritas Krankenhaus	x				x		x	x	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	
Krankenhaus Tauberbi-schofsheim							x	x					x			x						x				
Rotkreuzklinik Wertheim			x			x	x	x					x	x	x	x	x								x	
Diabetes -Klinik																x						x				
Kitzberg-Klinik																						x				
Stand (25.10.2023)																										

² Relevant sind nur „echte“ Intensivversorgungsmöglichkeiten. Nicht: Intermediate-care-Betten

³ Neurochirurgische Traumaversorgungskapazitäten (Kopf, Wirbelsäule)

2.2 Für die Notfallversorgung relevante Krankenhäuser außerhalb des RDB

Tabelle 6: Versorgungsschwerpunkte außerhalb des RDB (häufig angefahrne Kliniken)

Klinik	Traumazentrum (überregional)	Traumazentrum (regional)	Traumazentrum (lokal)	Schlaganfallereinheit (überreg.)	Schlaganfallereinheit (regional)	Schlaganfallereinheit (lokal)	Intensivstation/Intensivbetten ⁴	Computertomographie	24-Stunden-PCI (Herzkath.pl.)	Neuro-Trauma ⁵	Neuro-Radiologie	Augenklinik	Chirurgie	Gynäkologie/Geburtshilfe	HNO	Innere Medizin	Kinderheilkunde	Neurochirurgie	Neurologie	Nuklearmedizin	Orthopädie	Psychiatrie Erw.	Psychiatrie Kind	Urologie	Zahnmedizin	Hubschrauberlandeplätze
Uni-Klinik Würzburg	X			X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Krankenhaus Hardheim							X						X			X										
Main-Klinik Ochsenfurt		X			X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X			X		X		X	X
Klinik Rothenburg			X			X	X	X	X				X	X		X	X	X			X		X			
Klinikum Aschaffenburg	X			X			X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Klinikum Main-Speersart Loehr		X			X		X		X			X	X	X	X	X	X		X		X			X		

Stand (25.10.2023)

⁴ Relevant sind nur „echte“ Intensivversorgungsmöglichkeiten. Nicht: Intermediate-care-Betten

⁵ Neurochirurgische Traumaversorgungskapazitäten (Kopf, Wirbelsäule)

2.3 Sonstige zur Versorgung geeignete Einrichtungen

Im Rettungsdienstbereich gibt es folgende weitere zur Versorgung geeignete Einrichtungen:

Bereichsplan RDB Main-Tauber-Kreis		
Name	Standort	Ort
Fachklinik Haus Schwaben	Lothar-Daiker-Straße 17	97980 Bad Mergentheim
Hufeland Klinik	Löffelstelzer Str. 1-3	97980 Bad Mergentheim
Klinik Hohenlohe – MEDIAN Klinik	Lothar-Daiker-Straße 1	97980 Bad Mergentheim
Klinik Ob der Tauber	Bismarckstraße 31	97980 Bad Mergentheim
Schmerzlinik	Schönbornstraße 10	97980 Bad Mergentheim
Taubertal-Klinik	Ketterberg 2	97980 Bad Mergentheim
Vötisch-Kliniken	Herderstraße 10	97980 Bad Mergentheim

3 Leitstellen

3.1 Träger und Standort der Integrierten Leitstelle

Lenkungs-, Koordinierungs- und Informationszentrum für den Rettungsdienst im gesamten RDB ist die Integrierte Leitstelle in Bad Mergentheim (ILS Main-Tauber).

Die ILS Main-Tauber ist im Ausbildungs- und Einsatzzentrum DRK – KV Bad Mergentheim e.V. in der Rotkreuzstraße 30 in 97980 Bad Mergentheim untergebracht.

Träger der ILS Main-Tauber sind der DRK – KV Bad Mergentheim e.V. und der Main-Tauber-Kreis.

Anlage 3: Trägerschaftsvereinbarung

Tabelle 7: Angaben zur ILS

Betreiber	
Standort	97980 Bad Mergentheim, Rotkreuzstraße 30
Inbetriebnahme (Datum)	26.09.2017 (Vom 01.04.1997 bis 26.09.2017 am Standort Rotkreuzstraße 31)
Versorgungsgebiet	Main-Tauber-Kreis
Nachbarleitstellen	ILS Bayer. Untermain (Aschaffenburg), ILS Würzburg, ILS Ansbach, ILS Schwäbisch Hall, ILS Hohenlohe (Künzelsau), ILS Neckar-Odenwald (Mosbach)

Stand (27.10.2023)

3.2 Personal

Die personelle Besetzung der Leitstelle ergibt sich aus folgender Tabelle:

Tabelle 8: Besetzung der ILS

(Stand 02.11.2023)

ELP	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag/ Feiertag		Bemer- kun- gen
	von 0:00	bis 24:00	von 0:00	bis 24:00	von 0:00	bis 24:00	von 0:00	bis 24:00	von 0:00	bis 24:00	von 0:00	bis 24:00	von 0:00	bis 24:00	
1	0:00	24:00	0:00	24:00	0:00	24:00	0:00	24:00	0:00	24:00	0:00	24:00	0:00	24:00	
2	0:00	24:00	0:00	24:00	0:00	24:00	0:00	24:00	0:00	24:00	0:00	24:00	0:00	24:00	
3	09:00	14:00	09:00	14:00	09:00	14:00	09:00	14:00	09:00	14:00	--:--	--:--	--:--	--:--	Nur Wt

3.3 Räumliche und sächliche Ausstattung

Tabelle 9: Angaben zu Arbeitsplätzen in der ILS

	Anzahl	Bemerkungen
Vollausgestattete Einsatzleitplätze	4	
Ausnahmeabfrageplätze	2	
Systembetreuerplätze	2	

Stand (02.11.2023)

Die ILS Main-Tauber besteht aus folgenden Räumlichkeiten:

Betriebsraum	140,92 m ²
AAP-Raum	16 m ²
Besprechung + Schulung	28 m ²
Büro Administrator	17,76 m ²
Büro Leitung	16,87 m ²
Aufenthalt/Teeküche	14,5 m ²
Technikräume	81 m ²
Sozial- & Sanitär	29,84 m ²
Notstromversorgung	16,00 m ²

3.4 Ausfall und Redundanz / Vernetzung

Die Absicherung in den Leitstellenräumen erfolgt mittels Infrarot-Bewegungsüberwachung und automatisierter Nachalarmierung von Rettungsdienstpersonal bei Überlastung bzw. Ausfall des Leitstellendisponenten.

Mit der Partner-Leitstelle Schwäbisch Hall besteht hierzu eine Vernetzung und ein sog. Telefonie-Überlauf für die Notrufleitung 112.

3.5 Technik

Hersteller Einsatzleitsystem: Fa. ISE, Aachen

Ggf. geplante Erneuerung des Einsatzleitsystems am: Aktualisierungen laufend, ein Systemwechsel ist nicht geplant

Hersteller Funk-/Notrufabfrage: Fa. Blickle, Ludwigsburg

Ggf. geplante Erneuerung der Funk-/Notrufabfrage am: 2024

1. GIS im Einsatzleitsystem vorhanden?

☒ ja ☐ nein

2. Darstellung der Echtzeit-Position (z. B. Rescue-Track) als Subsystem vorhanden?

☒ ja ☐ nein

Wenn nein:

Wann ist die Darstellung voraussichtlich realisiert: TT.MM.JJJJ

Wenn ja:

Georeferenzierter, routingbasierter Einsatzmittelvorschlag unter Berücksichtigung von aktuellen Echtzeit-Positionen vorhanden?

☒ ja für bodengebundenen Rettungsdienst

☒ ja für Luftrettung

☐ nein

Wenn nein:

Wann ist die Berücksichtigung im Dispositions-vorschlag voraussichtlich realisiert:

- für bodengebundenen Rettungsdienst: TT.MM.JJJJ
- für Luftrettung: TT.MM.JJJJ

Elektronisches bzw. automatisiertes Lageführungssystem

Hersteller: _____

3.5.1 Alarmierung und Funkverkehr

Tabelle 10: Analoge Alarmierung

Netz	
Kanäle	409, 462
Stand (02.11.2023)	

Tabelle 11: POCSAG-Alarmierung

Netz	
Kanäle	keine
Stand (02.11.2023)	

Tabelle 12: Analoges Funkverkehr

Primärkanal	Rettungsdienst: 409, Feuerwehr: 462, Leitkanal: 496
Ausweichkanal	Nur für Feuerwehr: 377 W/O, 382 W/O, 387 W/O, 392 W/O
Stand (02.11.2023)	

Tabelle 13: Digitaler Funkverkehr*

Gruppen	NPOL SDS/FMS BW_NOT_TBB_N RD TBB01 BG1 RD TBB02 BG2 RD TBB03 FG FW TBB BG FW TBB LtG
----------------	--

FW TBB FG
BS TBB BG
BS TBB FG
BS TBB zbV
BOS TBB 01
BOS TBB 02
BOS TBB 03
RD TBB04 RS1
RD TBB05 RS2
RD TBB06 RS3
RD TBB07 RS4
RD TBB08 RS5
RD TBB AG 01
RD TBB AG 02
RD TBB AG 03
RD TBB AG 04
RD TBB AG 05

Stand (02.11.2023)

3.5.2 Notruffax für hör- oder sprachgeschädigte Personen

Die Voraussetzungen für die Entgegennahme von Notruffaxen unter der Nummer 112 sowie zur Entgegennahme von Notrufen über das bundesweit einheitliche Notruf-App-System „nora“ sind gegeben.

3.6 Anzahl Telefonanrufe

Tabelle 14: Rufnummern

	Gesamtanzahl	112	19222	Sonstige Leitungen
2021	118.981	24.117	20.709	74.155
2022	124.622	27.358	21.143	76.121
Unterschied zum Vorjahr in %	+4,7%	+13,4 %	+2,1%	+2,7%

Stand (02.11.2023)

Im Jahr 2022 wurden 17 Telefonreanimationen (T-CPR) durchgeführt. 65 weitere Male wurde die T-CPR vom Disponenten dem Anrufer angeboten, wurde jedoch aus unterschiedlichen Gründen letztlich nicht praktiziert (Anrufer Angst etwas falsch zu machen, Anrufer verweigert sich, medizinisches Fachpersonal, Anweisungen werden nicht verstanden, Anrufer ist nicht in der Lage die Reanimation durchzuführen, es besteht eine räumliche Trennung des Anrufers zum Patienten usw.).

3.7 Leitstellenbezogene Indikatoren der SQR-BW

Auf die Bereichsausschussauswertung der SQR-BW wird verwiesen (Anlage 1).

4 Notfallrettung mit dem Rettungswagen IST-Zustand

4.1 Ausstattung und Personal

Hinsichtlich der personellen und sächlichen Ausstattung der RTW werden die Vorgaben des RDG und die Beschlüsse des LARD eingehalten.

4.2 Standorte der Rettungswachen

Tabelle 15: Standorte Rettungswachen

Rettungswache (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Leistungsträger
97980 Bad Mergentheim, Rotkreuzstr. 31	DRK – KV Bad Mergentheim e.V.
97993 Creglingen, Walter-Wirthwein-Str. 11	DRK – KV Bad Mergentheim e.V.
97941 Tauberbischofsheim, Mergentheimer Str. 30	DRK – KV Tauberbischofsheim e.V.
97877 Wertheim, Rotkreuzstraße 3	DRK – KV Tauberbischofsheim e.V.
97996 Niederstetten, Oberstetter Straße 3A	DRK – KV Bad Mergentheim e.V.

Stand (06.10.2023)

4.3 Leistungsträger und Leistungserbringer

4.3.1 Leistungsträger und Leistungserbringer in der Notfallrettung

Tabelle 16: Leistungsträger und Leistungserbringer in der Notfallrettung

Name	Anschrift
DRK – KV Bad Mergentheim e.V.	97980 Bad Mergentheim, Rotkreuzstr. 31
DRK – KV Tauberbischofsheim e.V.	97941 Tauberbischofsheim, Mergentheimer Str. 30

Stand (06.10.2023)

4.3.2 Leistungsträger und Leistungserbringer mit speziell ausgerüsteten Rettungsmitteln

Tabelle 17: Leistungsträger und Leistungserbringer mit speziellen ausgerüsteten Rettungsmitteln

Rettungsmittel	Träger	Standort (PLZ, Straße, Hausnummer)
Adipositas-RTW	Nicht vorhanden	(HN, SHA, NOK – bereichsübergreifende Nutzung)

Stand (06.10.2023)

4.4 Einsatzaufkommen

4.4.1 Rettungswagen

Die Basisstatistiken der SQR-BW (Stand 27.10.2023) sind beigefügt (Bestandteil von Anlage 1).

4.4.2 Spezielle Rettungsmittel

Tabelle 18: Übersicht Einsatzaufkommen Spezialrettungsmittel

Rettungsmittel	Anzahl Einsätze	Anzahl Anforde- rung durch an- dere RDB

Stand (06.10.2023)

4.5 Fahrzeitenanalyse für Rettungsdienstfahrzeuge

Auf den Indikator „Fahrzeit RTW“ der SQR-BW wird verwiesen (Bestandteil von Anlage 1).

4.6 Bedarfsgerechte Vorhaltung und Dienstplanzeiten

Der nachfolgenden Tabelle kann die Vorhaltung der RTW im RDB entnommen werden.

Tabelle 19: Vorhaltezeiten Rettungswagen IST

Stand- ort	Betreiber	Typ	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag/ Feiertag		Jahres- vor- halte- stunden	Probe- be- trieb?	Be- merk- ungen	IST Vor- halte- stunden Vorjahr
			von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis				
MGH	DRK- MGH	RTW	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	8760	nein	tägl. 24h	8760
MGH	DRK- MGH	RTW	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	8760	nein	tägl. 24h	8760
CREGL	DRK- MGH	RTW	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	8760	nein	tägl. 24h	8760
TBB	DRK-TBB	RTW	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	8760	nein	tägl. 24h	8760
TBB	DRK-TBB	RTW	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	8760	nein	tägl. 24h	8760
WTH	DRK-TBB	RTW	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	8760	nein	tägl. 24h	8760
WTH	DRK-TBB	RTW	07:30	19:30	07:30	19:30	07:30	19:30	07:30	19:30	07:30	19:30	07:30	19:30	07:30	19:30	4380	nein	tägl. 12h	4380
NDST	DRK- MGH	RTW	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	8760	nein	tägl. 24h	8760
Lauda	DRK- TBB/MGH	RTW	6:30	18:30	6:30	18:30	6:30	18:30	6:30	18:30	6:30	18:30	-	-	-	-	3120	ja	Mo-Fr 12h	-

Stand (25.10.2023)

5 Notärztliche Versorgung IST-Zustand

5.1 Ausstattung und Personal

Hinsichtlich der personellen und sächlichen Ausstattung der notarztbesetzten Rettungsmittel werden die Vorgaben des RDG und die Beschlüsse des LARD eingehalten.

5.2 Notarztstandorte und Leistungsträger

Tabelle 20: Leistungsträger notärztliche Versorgung

Standort	Träger Fahrzeug	Anschrift	Träger des Notarztdienstes	Anschrift	Ärztl. verantwortl. Person (Standortleitung)	Erreichbarkeit der Standortleitung
Bad Mergentheim (MGH)	DRK-KV-MGH	Bad Mergentheim, Rotkreuzstr. 31	Caritas		Jürgen Weigand	
Creglingen (CREGL)	DRK-KV-MGH	Creglingen, Walter-Wirtwein Str.11	Diabetes-Klinik		Prof. Dr. Haak	
Tauberbschofsheim (TBB)	DRK-KV-TBB	Tauberbschofsheim, Albert-Schweitzer-Straße 37	KH-TBB		Dr. Diana Siedler	
Wertheim (WTH)	DRK-KV-TBB	Wertheim, Rotkreuzstraße 3	RK-Klinik-WTH		Dr. von Lamezan	

Stand (06.10.2023)

5.3 Unterstützende Notarztsysteme

Folgende selbstfahrenden Notärzte und Hintergrundnotärzte stehen im Rettungsdienstbereich ergänzend zur Verfügung:

5.4 Fahrzeitenanalyse für notarztbesetzte Rettungsmittel

Auf den Indikator „Fahrzeit Notarzt“ der SQR-BW wird verwiesen (Bestandteil von Anlage 1).

5.5 Bedarfsgerechte Vorhaltung

Tabelle 21: Vorhaltezeiten notärztliche Versorgung

Stand-ort NEF	Stand-ort NA	Betreiber	Typ	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag/ Feiertag		Jahres- vor- halte- stunden	Probe- be- trieb?	Be- merk- ungen	IST Vor- halte- stunden Vorjahr
				von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis				
MGH RW	RW, KH,	DRK- MGH	NEF	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	8760	nein	tägl. 24h	8760
CREGL*	sonstige	DRK- MGH	NASF	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	8760	nein	tägl. 24h	8760
TBB RW	RW/KH	DRK-TBB	NEF	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	8760	nein	tägl. 24h	8760
WTH RW	RW	DRK-TBB	NEF	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	00:00	24:00	8760	nein	tägl. 24h	8760

Stand (06.10.2023)

* Standort Selbstfahrender NA, derzeit ist die Umwandlung in einen NEF-Standort in Planung (siehe Maßnahmenliste)

6 Luftrettung

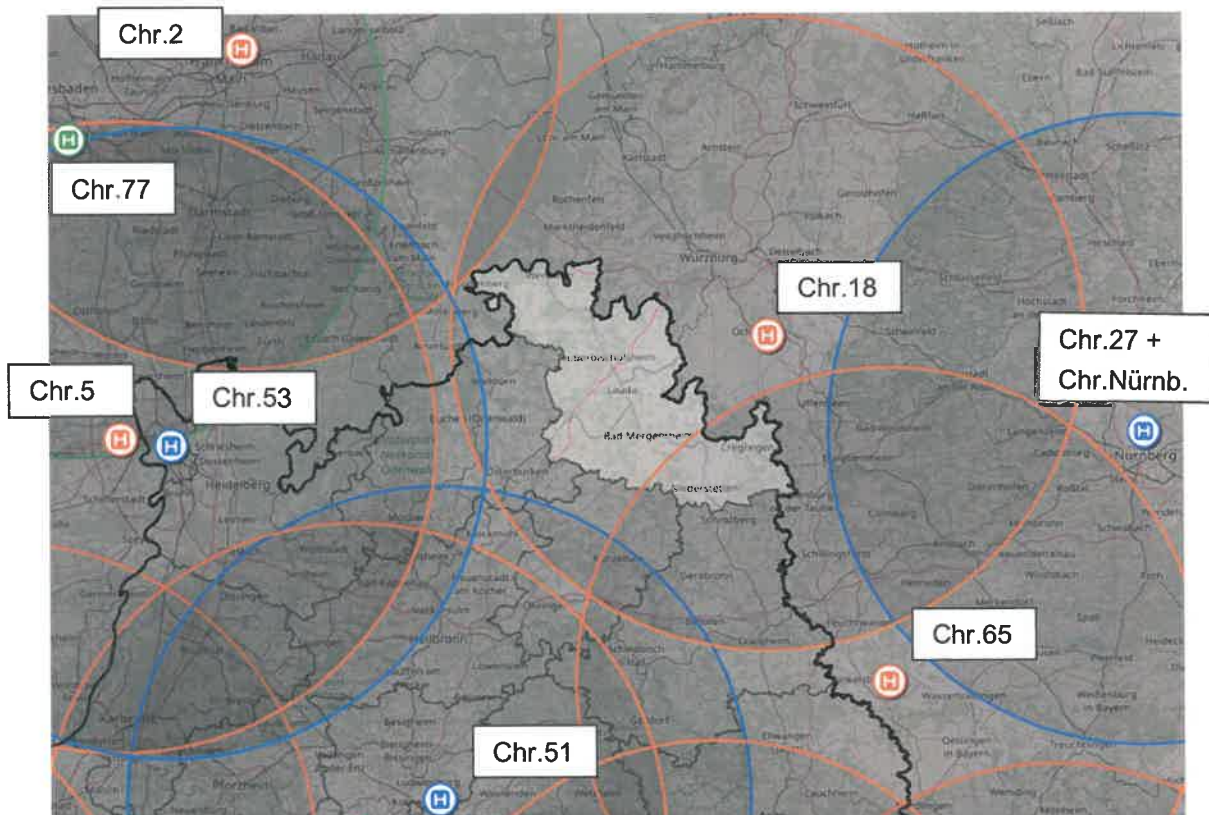
Die zur Verfügung stehenden Luftrettungsmittel werden georeferenziert ⁶ in die Disposition einbezogen.

Tabelle 22: Luftrettungsmittel

Station (soweit im RDB eingesetzt)	Betriebszeiten	Anzahl Primäreinsätze im RDB	Anzahl Sekundäreinsätze im RDB
Christoph 41		1 (-)	0 (-)
Christoph 2		2 (-)	0 (-)
Christoph 18		119 (73)	1 (17)
Christoph 51		1 (0)	8 (13)
Christoph 53		2 (6)	11 (17)
Christoph 65		13 (8)	1 (3)
Christoph 43		0 (-)	1 (-)
Christoph 63		0 (-)	1 (-)
Christoph 77		0 (-)	1 (-)
Christoph Nürnberg		0	13 (12)
Christoph Mittelhessen		0	2 (3)

Stand (25.10.2023)⁷

Abbildung 6: Luftrettungsstationen und Flugradien



⁶ Nichtzutreffendes bitte streichen.

⁷ Jeweils zum 31.12. des Vorjahres. Erhebungszeitraum ist das volle Kalenderjahr.

7 Zielerreichungsgrad Hilfsfrist

Tabelle 23: Erreichungsgrad der gesetzlichen Hilfsfristen (in Prozent)

Erreichungsgrad der 15-Minuten-Frist (in Prozent)							
Hilfsfrist Notfall				Hilfsfrist Notarzt			
2020	2021	Vor-jahr 2022	Veränderung ggü. Vorjahr	2020	2021	Vor-jahr 2022	Veränderung ggü. Vorjahr
90,83%	90,39%	89,33%	-1,06%	87,69%	89,10%	87,84%	-1,26%

Erreichungsgrad der 12-Minuten-Frist (in Prozent)							
Hilfsfrist Notfall				Hilfsfrist Notarzt			
2020	2021	Vor-jahr 2022	Veränderung ggü. Vorjahr	2020	2021	Vor-jahr 2022	Veränderung ggü. Vorjahr
77,58%	77,53%	76,44%	-1,09%	71,90%	73,62%	71,67%	-1,95%

Erreichungsgrad der 10-Minuten-Frist (in Prozent)							
Hilfsfrist Notfall				Hilfsfrist Notarzt			
2020	2021	Vor-jahr 2022	Veränderung ggü. Vorjahr	2020	2021	Vor-jahr 2022	Veränderung ggü. Vorjahr
64,86%	64,63%	62,80%	-1,83%	56,14%	57,77%	57,14%	-0,63%

(Stand: Jeweils zum 31.12. eines Jahres nach Berechnungsschema 2016, Anpassung an aktuelle Rechtsprechungen in der Umsetzung)

8 Kooperationen

8.1 Kooperationen mit anderen Stellen nach § 2 Abs. 2 RDG

Tabelle 24: Kooperationen nach § 2 RDG

Namen der Kooperationspartner	Anschrift
Rettungszweckverband Würzburg	Zeppelinstraße 15 97074 Würzburg

Stand (25.10.2023)

Die Kooperationsvereinbarung aus dem Jahre 1984 wird derzeit überarbeitet.

8.2 Sonstige Vereinbarungen

Es bestehen derzeit keine weiteren Vereinbarungen.

9.1 Bergrettungsdienst

9.1.1 Leistungsträger und Einsatzgebiet

Einsatzgebiet	Zuständige Ortsgruppe/ Bereitschaft

9.1.2 Standorte / Versorgungsgebiet / Ausstattung

Standort	Fahrzeuge, relevante Geräte

9.2 Wasserrettungsdienst

29

9.2.1 Leistungsträger und Einsatzgebiet

Tabelle 27: Einsatzgebiet Wasserrettungsdienst

Einsatzgebiet	Zuständige Ortsgruppe/ Bereitschaft
Weikersheim, Bad Mergentheim, Creglingen, Niederstetten, Igersheim	VB 1 Bad Mergentheim, OG Niederstetten, OG Weikersheim Taucher aus Königshofen und Tauberbischofsheim
Freudenberg, Wertheim	VB 2 OG Freudenberg u. OG Wertheim
Werbach, Kilsheim, Königheim, Tauberbischofsheim, Großrinderfeld, Grünsfeld, Ahorn, Boxberg, Lauda-Königshofen, Assamstadt, Wittighausen	VB 3 OG Tauberbischofsheim u. OG Königshofen

Stand (15.02.2021)

9.2.2 Standorte / Versorgungsgebiet / Ausstattung

Tabelle 28: Standorte / Ausstattung Wasserrettungsdienste

Standort	Fahrzeuge, Boote, relevante Geräte
Bad Mergentheim	Wasserrettungswache* 1 WRF, 1 GA Strömungsrettung
Niederstetten	Wasserrettungswache* 1 WRF, 1 WRF Strömungsrettung (Landesfahrzeug)
Weikersheim	Wasserrettungswache* 1 WRF, 1 WRF + Zusatzmodul Tauchen 1 Schlauchboot
Freudenberg	Wasserrettungswache 1 WRF + Zusatzmodul Tauchen 1 WRF + Zusatzmodul Boot 1 GA
Wertheim	Wasserrettungswache 1 WRF + Zusatzmodul Tauchen 1 WRF + Zusatzmodul Boot 1 GA 1 Fahrzeug Logistik + Anhänger Kat-S aus Organisationsmittel
Tauberbischofsheim	Wasserrettungswache 1 WRF + Zusatzmodul Tauchen 1 MTW 1 GA
Königshofen	Wasserrettungswache 1 WRF + Zusatzmodul Tauchen 1 GA 1 KDOW (Landesfahrzeug)

Stand (16.02.2021)

* Wasser-Rettungswachen gemäß Vorgabe nicht vorhanden, derzeit nur Garagen.

10 Besondere Versorgungslagen

Die Alarmierung des LNA und des OrgL erfolgen nach den Vorgaben der örtlichen Alarm- und Ausrückeordnung. Ein möglichst frühzeitiges Eintreffen des LNA und des OrgL bei der Schadensstelle ist durch entsprechende Vorplanungen gewährleistet. Die organisatorischen Maßnahmen sowie die im RDB bestehenden Organisation der LNÄ sowie der OrgL sind nachstehend nachrichtlich dargestellt.

10.1 Leitende Notärztinnen und Notärzte

Die Alarmierung der LNA erfolgt über eine Schleifenlösung aufgeteilt in einen Nord- und einen Südbereich. Sollte sich aus dem jeweiligen Bereich kein LNA zurückmelden, so wird der zweite Bereich alarmiert. Die LNA werden, wenn möglich, durch den OrgL zur Einsatzstelle gebracht. Sollte dies nicht möglich sein so erfolgt die Organisation des Transportes durch die ILS. Hierzu wird je nach Verfügbarkeit auf verfügbare Einsatzfahrzeuge des Rettungsdienstes, der Feuerwehr oder der Polizei zurückgegriffen.

Anm.: Der Bereichsausschuss hat in seiner Sitzung am 17.11.2023 zusätzliche Maßnahmen beschlossen, um zukünftig weitere Verbesserungen hinsichtlich der unverzüglichen Verbringung des LNA an die Einsatzstelle sicherzustellen.

Folgende Personen wurden als LNÄ gemäß dem Rettungsdienstplan bestellt und stellen die ärztliche Versorgung nach § 10 Abs. 2 RDG sicher:

Tabelle 29: Bestellte LNÄ

Name	Aktuelle Tätigkeit (Klinik / Organisation)	Alarmierungskonzept
	<i>Bsp.: Niedergelassen, Rentner ... Ggf. Angehöriger des Bereichsausschusses</i>	<i>Bsp.: Dienstplan, Schleifenlösung</i>
Dr. von Lamezan, Wilhelm	Klinikerzt	Schleifenlösung LNA-Nord
Prof. Dr. Haak, Thomas	Klinikerzt, Angehöriger des BA	Schleifenlösung LNA-Süd
Dr. Weber, Michael	Klinikerzt	Schleifenlösung LNA-Nord
Weigand, Jürgen	Klinikerzt	Schleifenlösung LNA-Süd
Groß, Josef	Klinikerzt	Schleifenlösung LNA-Nord
Takur, Caner	Niedergelassener Arzt	Schleifenlösung LNA-Süd
Dr. Romen, Tobias	Niedergelassener Arzt	Schleifenlösung LNA-Nord

Stand (22.11.2023)

10.2 Organisatorischer Leiter Rettungsdienst

Die Alarmierung der OrgL erfolgt in einer Schleifenlösung aufgeteilt in die Bereiche Bad Mergentheim, Tauberbischofsheim und Wertheim. Sollte sich aus dem jeweiligen Bereich kein OrgL zurückmelden, so wird der nächstgelegene Bereich alarmiert. Die OrgL fahren dann Ihre zugewiesene Rettungswache an und besetzen dort das OrgL-Einsatzfahrzeug.

Anm.: Der Bereichsausschuss hat in seiner Sitzung am 17.11.2023 die Umsetzung zweier vollfinanzierter OrgL-Systeme beschlossen.

Die Zustimmung erfolgt unter Vorbehalt der Kostenträger. Zur endgültigen Finanzierungszusage bedarf es mehr Informationen. Die Leistungserbringer stellen zur endgültigen Finanzierungszusage durch die Kostenträger zeitnah statistische Auswertungen zur Verfügung.

Folgende Personen wurden als OrgL gemäß dem Rettungsdienstplan bestimmt:

Tabelle 30: Bestellte OrgL

Name	Organisationszugehörigkeit	Alarmierungskonzept
Weimer, Heiko	DRK-TBB	Schleifenlösung OrgL-WTH
Schäfer, Michael	DRK-TBB	Schleifenlösung OrgL-TBB
Occhi, Stephan	DRK-TBB	Schleifenlösung OrgL-WTH
Molzer Steffen	DRK-TBB	Schleifenlösung OrgL-TBB
Rennhofer, Uwe	DRK-TBB	Schleifenlösung OrgL-TBB
Luttner, Johannes	DRK-TBB	Schleifenlösung OrgL-WTH
Kuhn, Siegfried	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
Naser, Manfred	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
Ries, Matthias	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
Tremmel, Matthias	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
Meiser, Christian	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
König, Axel	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
Busch, Ulrich	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
Hügel, Roman	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
Kretschmer, Michael	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
Stüber, Jens	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
Bomar, Angela	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
Nordmann, Oliver	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH
Schenkel, Tim	DRK-MGH	Schleifenlösung OrgL-MGH

Stand (22.11.2023)

10.3 ManV

Es gilt die Konzeption des Innenministeriums für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten (ManV-Konzept).

Das im RDB geltende ManV-Konzept ist als Anlage 7 beigefügt.

10.4 Verstärkung des Rettungsdienstes bei besonderen Schadenslagen

SAR Hubschrauber am Standort der Bundeswehr in Niederstetten

10.5 Festlegungen für zusätzliche Rettungsmittel bei vorhersehbaren Ereignissen oder besonderen Gefahrenlagen

Aktuell gibt es keine Veranstaltungen die eine Erhöhung der Regelvorhaltung notwendig machen.

Die Empfehlung des LARD für eine notfallmedizinische Absicherung bei Großveranstaltungen in der jeweils gültigen Fassung wird umgesetzt.

10.6 Krankentransport (nachrichtlich)

Die vorgesehenen Betriebszeiten im Krankentransport lassen eine bedarfsgerechte Versorgung erwarten. Die Disposition und Leistungserbringung soll unter Berücksichtigung folgender Maßgaben erfolgen:

- Fristgerechte Erfüllung bei zeitlich planbaren Fahrten;
- Regelmäßig keine Überschreitung der Wartezeit von mehr als 1 Stunde.

Sofern in angemessener Zeit kein KTW zur Verfügung steht und deshalb im Einzelfall ein RTW zum Einsatz kommt, wird der Vorrang der Notfallrettung beachtet (vgl. Rettungsdienstplan).

Tabelle 31: Leistungserbringer im Krankentransport

(auf Basis einer aktuellen Übersicht der jeweiligen Genehmigungsbehörde)

Name	Anschrift
DRK-Kreisverband Bad Mergentheim e.V.	Rotkreuzstraße 30/31 in 97980 Bad Mergentheim
DRK-Kreisverband Tauberbischofs- heim e. V.	Mergentheimer Straße 30 in 97941 Tauberbischofs- heim

Stand (25.10.2023)

Tabelle 32 Vorhalte Krankentransport

Stand-ort	Betreiber	Typ	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag/ Feiertag		Jahres- vor- halte- stun- den	Probe- be- trieb?	Be- merk- ungen	IST Vor- halte- stun- den Vorjahr
			von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis				
MGH	DRK- MGH	KTW	07:00	07:00	07:00	07:00	07:00	07:00	07:00	07:00	07:00	07:00	07:00	07:00	10:00	18:00	7582	nein		7582
MGH	DRK- MGH	KTW	08:00	18:00	08:00	18:00	08:00	18:00	08:00	18:00	08:00	18:00					2500	nein		2500
MGH	DRK- MGH	KTW	09:00	18:00	09:00	18:00	09:00	18:00	09:00	20:00	09:00	20:00					2500	nein		2500
MGH	DRK- MGH	KTW	11:00	20:00			11:00	20:00			11:00	20:00					1500	nein		1500
TBB	DRK-TBB	KTW	06:45	15:15	06:45	15:15	06:45	15:15	06:45	15:15	06:45	15:15					2104	nein		2104
TBB	DRK-TBB	KTW	10:45	19:15	10:45	19:15	10:45	19:15	10:45	19:15	10:45	19:15					2104	nein		2104
WTH	DRK-TBB	KTW	06:45	15:15	06:45	15:15	06:45	15:15	06:45	15:15	06:45	15:15	06:45	15:15			2520	nein		2520
WTH	DRK-TBB	KTW	10:45	19:15	10:45	19:15	10:45	19:15	10:45	19:15	10:45	19:15					2104	nein		2104

Stand (25.10.2023)

11 Helfer-vor-Ort-Systeme (nachrichtlich)

Tabelle 33: Helfer-vor-Ort-Systeme

Organisations- zugehörigkeit	Einsatzgebiet (Gemeinde / Stadtteil)	Gruppengröße (Personenzahl)	Einsätze* Jahr 2022
DRK-TBB >HvO-Bettingen	Bettingen	8	32
DRK-TBB >HvO-Boxberg	Boxberg, Schweigern, Bobstadt, Wölchingen, Epplingen	6	94
DRK-TBB >HvO-Brehmen	Brehmen	2	5
DRK-TBB >HvO-Freudenberg	Freudenberg, Boxtal, Tremhof, Rosenmühle, Kirschfurt und Theresienhof (MIL)	7	88
DRK-TBB >HvO-Gamburg	Gamburg, Niklashausen	5	0
DRK-TBB >HvO-Gerchsheim	Gerchsheim	4	27
DRK-TBB >HvO-Hundheim	Hundheim, Steinbach, Steinfurt, Tiefentaler Hof, Denkmalsiedlung, Rüdental (MOS)	Temporär a.D.	0
DRK-TBB >HvO-Külsheim	Külsheim	7	85
DRK-TBB >HvO-Lindelbach	Lindelbach	4	7
DRK-MGH >HvO-Markelsheim	Markelsheim, Apfelbach, Rüsselhausen	10	59
DRK-TBB >HvO-Nassig	Nassig	7	16
DRK-MGH >HvO-Niederstetten	Alle Ortsteile und Weiler der Kommune Niederstetten außer Heimberg, Rüsselhausen, Streichental, Wolkersfelden.	9	74
DRK-TBB >HvO-Pülfingen	Pülfingen	6	0
DRK-TBB >HvO-Sachsenhausen	Sachsenhausen, Dörlesberg	4	28
DRK-TBB >HvO-Schüpfer Grund	Unterschüpf, Oberschüpf, Lengenrieden, Kupprichhausen, Sachsenflur	5	45
DRK-TBB >HvO-Sonderriet	Sonderriet, Wessental, Mülldeponie Dörlesberg	6	3
DRK-MGH >HvO-Weikersheim	Weikersheim, Laudénbach, Schäfersheim, Bronn, Honsbronn, Gewerbegebiet Tauberhöhe, Hof Aischland, Queckbronn, Elpersheim	7	157
DRK-TBB >HvO-Werbachhausen	Werbachhausen, Wenkheim, Brunntal, Emmentaler Mühle, Öl- und Sägemühle, Schneidmühle Werbach	Temporär a.D.	0
DRK-TBB >HvO-Wittighausen	Gesamte Kommune Wittighausen	9	37
BRK-Lkr. Würzburg >HvO-Neubrunn	Höhefeld, Kembach, Wagenbucher Hof, Mittelhof, Schafhof, Mittelhof		14
BRK-Lkr. Würzburg >HvO-Wüstenzell	Dertingen		15
DRK-Buchen >HvO-Rosenberg	Eubigheim, Hohenstadt, Berolzheim		30

* Einsatzalarmierungen

Stand (14.11.2023)

12 Bewertung und Maßnahmen

Gliederung:

Wesentliche Feststellungen und Bewertungen

- *Leitstelle*
- *RTW*
- *NEF*
- *Luftrettung*
- *Sonstiges*

Folgende Maßnahmenplanung lässt einen Erreichungsgrad der gesetzlichen Hilfsfrist nach § 3 Abs. 2 Satz 5 und 6 RDG erwarten:

Tabelle 34: Maßnahmenplanung

Nr.	Maßnahme zur Verbesserung der RTW/NA-Hilfsfrist	Detaillierte Beschreibung (inkl. Zielsetzung)	Stand der Umsetzung bzw. Planungshorizont (Monat/Jahr)	Bemerkungen / Besonderheiten bei der Umsetzung
1	Umstellung des Transfers des NEF Creglingen	Umstellung des Transfers, um die Ausfallszeiten des Notarztes zu reduzieren	1. 10/2022	
			2. 10/2022	
			3. 03/2023	
			4. Mitte 2024	
2	Beendigung Heimabholung Notärzte (Standort Wertheim)	Sämtliche Notärzte verrichten ihre Dienste entweder von der Rettungswache aus oder von der jeweiligen Klinik. Zielsetzung ist die Verbesserung der Ausrückzeiten des notarztbesetzten Rettungsmittels.	1. Überprüfung AK Hilfsfrist 12/22	
			2. 02/2023	
			3. 04/2023	
			4. 03/2024	
3	Standorterprobung in Lauda	Erprobung eines weiteren RTW-Standortes in Lauda	1. 05/2023	Probetrieb ab August 2023 Tagesordnungspunkt BA-Sitzung am 05.05.2023
			2. 05/2023	
			3. 08/2023	
			4. 2024	
4	Umwandlung des selbstfahrenden Notarztes in Creglingen zu einem regulären NEF	Am Standort Creglingen wird das NEF mit einem NFS besetzt	1. 11/2023	
			2. 2024	
			3. 2024	
			4. 2025	

Anlagen

1 Bereichsausschussauswertung der SQR-BW

2 Kooperationen mit benachbarten Rettungsdienstbereichen

- Kooperationsvertrag Rettungszweckverband Würzburg wird derzeit überarbeitet

3 Trägerschaftsvereinbarung Leitstelle

- Trägerschaftsvereinbarung ILS MGH wird derzeit überarbeitet

4 Kooperationen mit Leistungserbringern mit speziell ausgerüsteten Rettungsmitteln

- entfällt, da keine weiteren Vereinbarungen geschlossen wurden

5 Kooperationen nach § 2 RDG

- entfällt, da keine weiteren Vereinbarungen geschlossen wurden

6 Vereinbarungen mit anderen Leistungserbringern

- entfällt, da keine weiteren Vereinbarungen geschlossen wurden

7 ManV-Konzept

- Das ManV-Konzept von 2019 wird in 2024 in Abstimmung zwischen der Katastrophenschutzbehörde, den Leistungsträgern des Rettungsdienstes (einschließlich der Integrierten Leitstelle und der Oberleitstelle Baden-Württemberg), dem Bereichsausschuss für den Rettungsdienst, einem Vertreter der Leitenden Notärzte sowie der Organisatorischen Leiter Rettungsdienst des Rettungsdienstbereiches, den im Katastrophenschutz mitwirkenden Hilfsorganisationen und sonstigen berührten Behörden und Stellen nach § 5 Abs.1 LKatSG überarbeitet (vgl. Ziff. 4.1 ManV-Konzept des IM vom 1. August 2016, - Az.: 6-1441/73).

Anlage 1

Bereichsausschussauswertung der SQR-BW

Indikatorendatenblatt

Indikator	Ausrückzeit
Nummer	3-2
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis nach Rettungsmitteltyp • Stratifizierungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Status 2 bei Alarm ○ Monat, Wochentag, Stundenintervall
Qualitätsziel	Kurze Ausrückzeit
Rationale	<p>Der organisatorische Ablauf eines Rettungsdiensteinsatzes ist in verschiedene Einzelintervalle unterteilbar. Um eine schnelle Versorgung zu ermöglichen, sind angemessen kurze Teilzeiten anzustreben.</p> <p>Dieser Qualitätsindikator bildet die Ausrückzeit zwischen Alarmierungs- und Ausrückzeitpunkt ab.</p>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hessemer, P.: Die gestufte Alarmierung mit Voralarm. Brandschutz. (2013) 2, 129-132 2. Lipp, M. et al.: Einfluss von Einsatzstichworten auf die Reaktionsparameter von Rettungsmitteln. Notfall Rettungsmed. (1999) 2, 285-291 3. Schmiedel, R. et al.: Regelwerk zur Bedarfsplanung Rettungsdienst. (2012) Mendel Verlag, Witten 4. NFPA: NFPA 1710 – Standard for the Organization and Deployment of Fire Suppression Operations, Emergency Medical Operations, and Special Operations to the Public by Career Fire Departments 2016 Edition. (2016)
Übergeordnetes Qualitätsziel	Schnellstmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsätze mit Sondersignal bei Alarmierung • Einsätze von eigenen Rettungsmitteln • Ausschluss von Einsätzen mit Baby-NAW/Inkubatorfahrten • KTW und Spezialfahrzeuge werden ausgeschlossen <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 3 minus Alarmierung
Datenquellen	Leitstellendaten
Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung	<p>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 3 wird nicht übermittelt <p>weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • nicht oder verzögert übermittelte Alarmierungen • Bauliche Gegebenheiten • Organisatorischer Rahmen des jeweiligen Notarztsystems • Status bei Alarmierung • Status 3 wird nicht korrekt übermittelt <p>Risikoadjustierung</p> <p>Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
Referenzbereich	≤ Landeswert (Median)
Auswertung	<p>Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung des Landeswertes und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche und beteiligten Organisationen erhalten eine Auswertung.</p>

Bemerkungen/Sonstiges

Methodische Hinweise

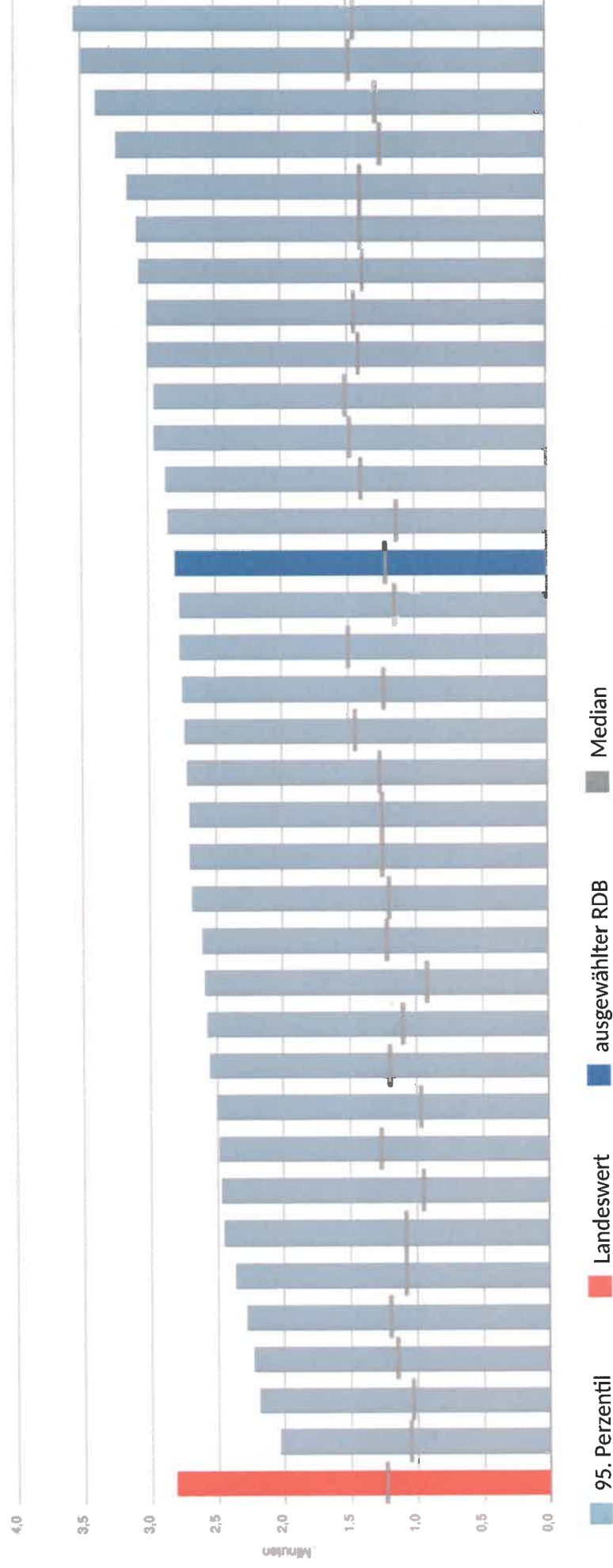
- Für den Indikator sind die Zeitpunkte „nachträgliche Anordnung von Sondersignal“ und „Stichwortumbewertung/-änderung“ sowie der jeweilige Status bei der Alarmierung auftragsnummernbezogen erforderlich. Solange diese Daten nicht überall zur Verfügung stehen, ist die Messbarkeit und somit die Aussagekraft dieses Indikators nur eingeschränkt gegeben.

Potenzielle Fehlanreize

- Status 3 wird nicht oder nicht zum richtigen Zeitpunkt (bspw. bei noch unvollständiger Rettungsmittelbesatzung) übermittelt

Maßnahmen

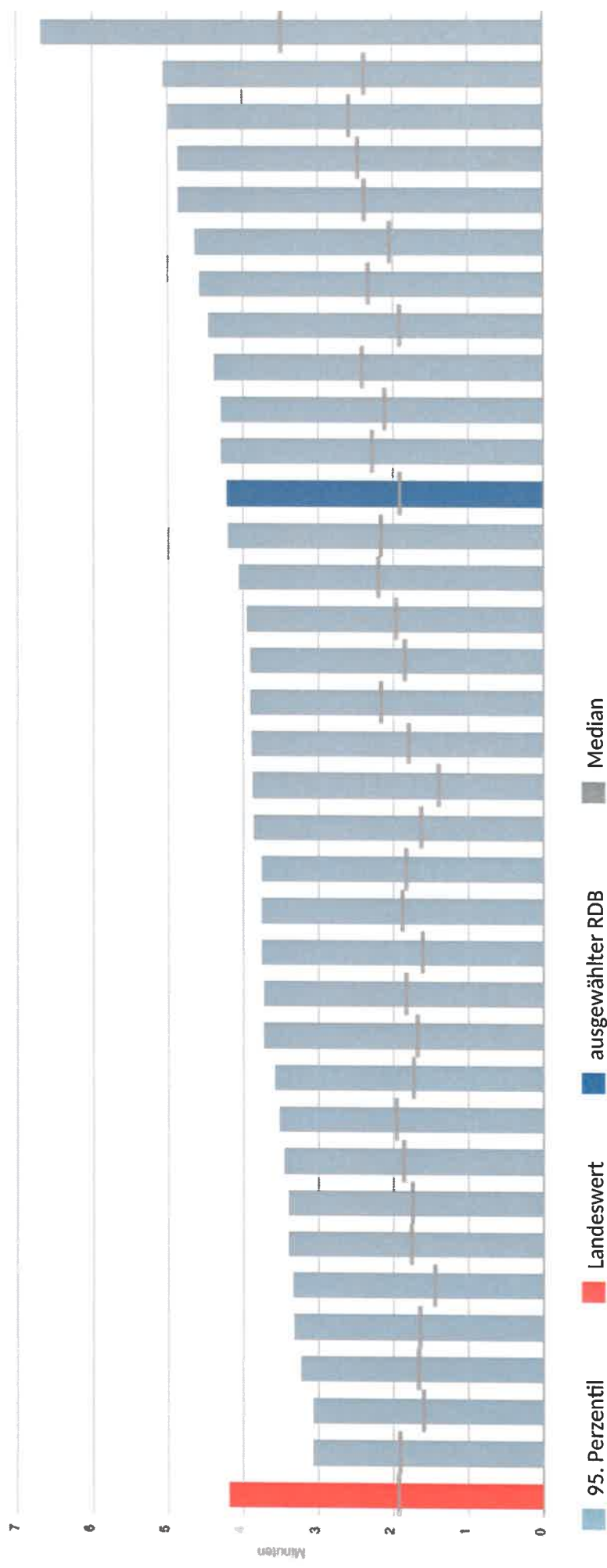
- Die Anteile nicht übermittelter bzw. durch die Leitstelle gesetzter oder geänderter Status 3 sind als ergänzende Kennzahlen mit zu betrachten.



Indikator **Ausrückzeit Notarzt**

Rettungsdienstbereich **Main-Tauber**

Zeitraum **1. Halbjahr 2023**

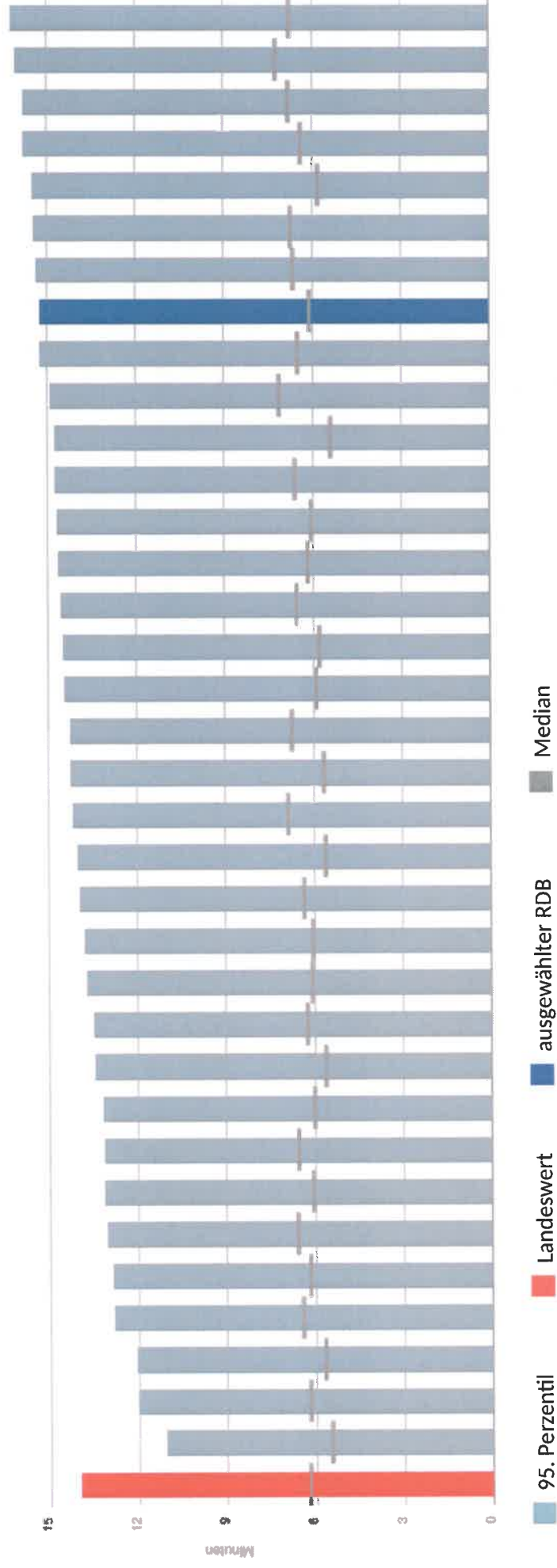


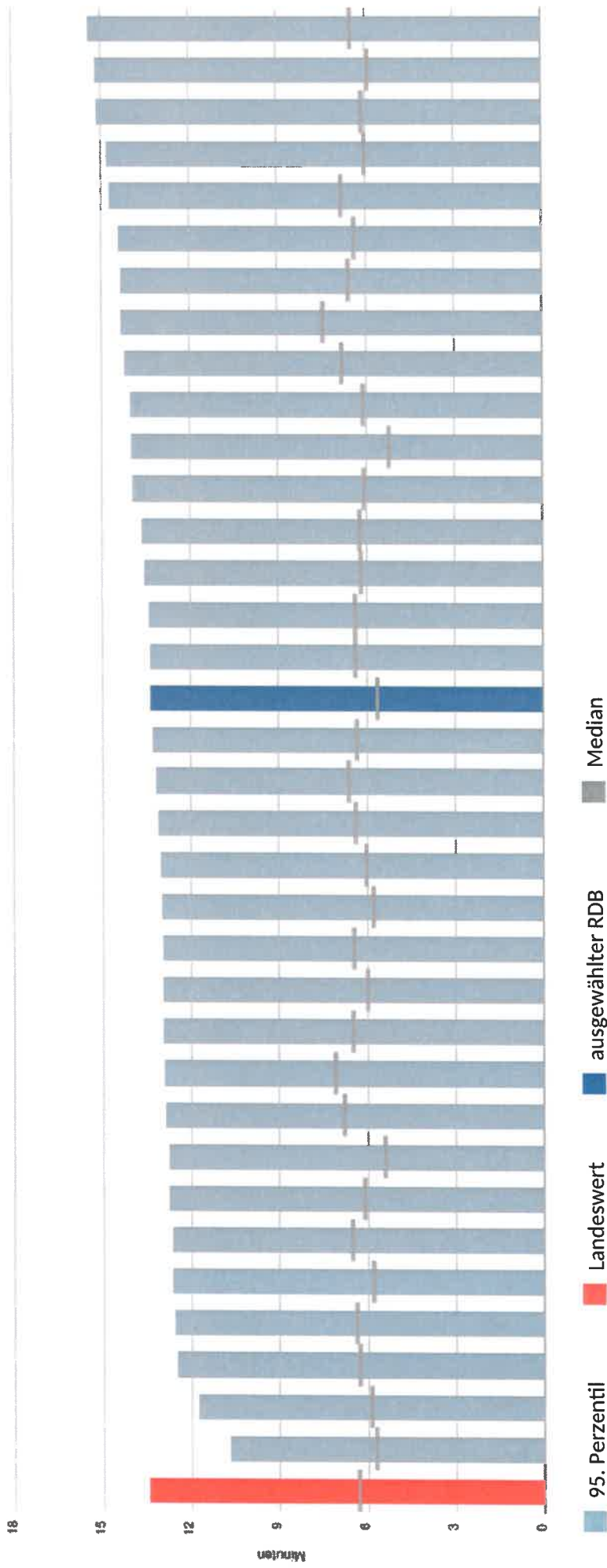
Indikatorendatenblatt

Indikator	Fahrzeit
Nummer	3-3
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis nach Rettungsmitteltyp • Stratifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Status 2 bei Alarm ○ Monat, Wochentag, Stundenintervall
Qualitätsziel	Kurze Fahrzeit bei Notfalleinsätzen
Rationale	<p>Der organisatorische Ablauf eines Rettungsdienstesatzes ist in verschiedene Einzelintervalle unterteilbar. Um eine schnelle Versorgung zu ermöglichen, sind angemessen kurze Teilzeiten anzustreben.</p> <p>Dieser Qualitätsindikator bildet die Fahrzeit zwischen Ausrück- und Eintreffzeitpunkt ab.</p>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lipp, M. et al.: Einfluss von Einsatzstichworten auf die Reaktionsparameter von Rettungsmitteln. Notfall Rettungsmed. (1999) 2, 285-291 2. U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA): Emergency medical services performance measures. Recommended Attributes and Indicators for System and Service Performance. (2009) 3. NFPA: NFPA 1710 – Standard for the Organization and Deployment of Fire Suppression Operations, Emergency Medical Operations, and Special Operations to the Public by Career Fire Departments 2016 Edition. (2016)
Übergeordnetes Qualitätsziel	Schnellstmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsätze mit Sondersignal bei Alarmierung • Einsätze von eigenen Rettungsmitteln • Einsätze innerhalb des eigenen Rettungsdienstbereichs • ITH/RTH werden ausgeschlossen • KTW und Spezialfahrzeuge werden ausgeschlossen <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 4 minus Status 3
Datenquellen	Leitstellendaten
Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung	<p>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 3 wird nicht übermittelt • Status 4 wird nicht übermittelt <p>weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Fahrzeit ist auch verkehrsflussabhängig und witterungsabhängig. • Vorgängerstatus und Distanz des jeweiligen Rettungsmittels zum Einsatzort • Rettungsmitteltyp • Tageszeit • Ortskenntnisse der Fahrzeugbesatzung • Konfiguration bzw. „Intelligenz“ von Navigationssystemen • Status 3 wird nicht korrekt übermittelt • Status 4 wird nicht korrekt übermittelt <p>Risikoadjustierung</p> <p>Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
Referenzbereich	95. Perzentil ≥ Landeswert (Indikator pausiert im Gestuften Dialog 2019)

Auswertung	<p>Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung des Landeswertes und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche und beteiligten Organisationen erhalten eine Auswertung.</p>
Bemerkungen/Sonstiges	<p>Methodische Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> Für den Indikator sind die Zeitpunkte nachträgliche Anordnung von Sondersignal und Stichwortumbewertung/-änderung sowie der jeweilige Status bei der Alarmierung auftragsnummernbezogen erforderlich. Solange diese Daten nicht überall zur Verfügung stehen, ist die Messbarkeit und somit die Aussagekraft dieses Indikators nur eingeschränkt gegeben. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass hier nicht die einzelfallbezogene Fahrzeit im Vordergrund steht, sondern statistische Kenngrößen (bspw. Median, 95. Perzentil). Die planerische Beeinflussbarkeit ist auf Ebene der Bereichsausschüsse gegeben. <p>Potenzielle Fehlanreize</p> <ul style="list-style-type: none"> Selektive Sondersignalanordnung in Abhängigkeit erwarteter Fahrzeiten Risikantere Fahrweise – „Vorsichtige“ Fahrer sollten nicht zu riskanterer Fahrweise animiert werden. Status 3 wird nicht oder nicht zum richtigen Zeitpunkt (bspw. nach Fahrtbeginn) übermittelt Status 4 wird nicht oder nicht zum richtigen Zeitpunkt (bspw. vor Erreichen des Einsatzortes) übermittelt <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Anteile nicht übermittelter bzw. durch die Leitstelle gesetzter oder geänderter Status 3 und Status 4 sind ergänzend mit zu betrachten.

18

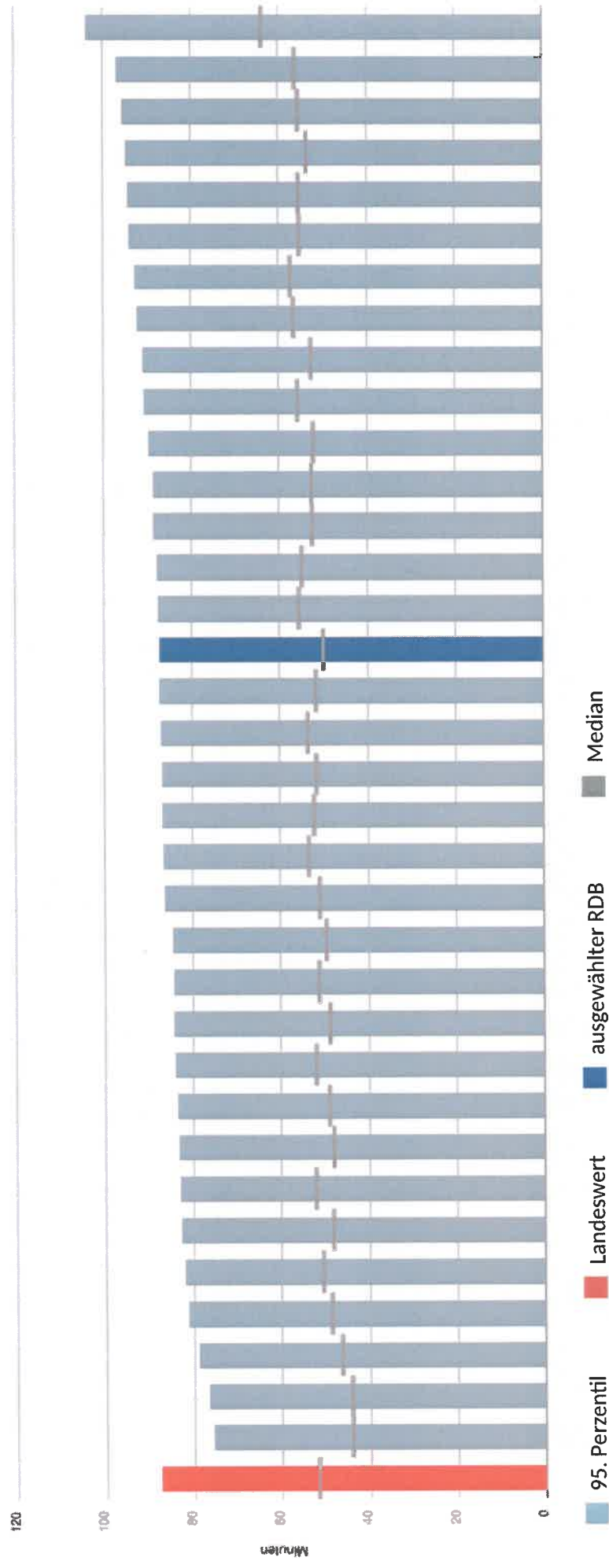




Indikatorendatenblatt

Indikator	Prähospitalzeit
Nummer	3-5
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis • Stratifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Notarzt-Nachforderung ja/nein ○ Rettungsmitteltyp ○ Monat, Wochentag, Stundenintervall ○ Zielklinik ○ Tracerdiagnosen • Ergänzende Berechnung/Information: <ul style="list-style-type: none"> ○ Teilzeiten im Einsatzablauf
Qualitätsziel	Kurze Prähospitalzeit
Rationale	<p>Der organisatorische Ablauf eines Rettungsdiensteinsatzes ist in verschiedene Einzelintervalle unterteilbar. Um eine schnelle Versorgung zu ermöglichen, sind angemessen kurze Teilzeiten anzustreben.</p> <p>Dieser Qualitätsindikator bildet den gesamten Zeitraum zwischen dem Anrufaufschaltzeitpunkt und der Transportzielankunft ab.</p>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall Rettungsmed. (2016) 19:1-9 2. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: S3 – Leitlinie Polytrauma /Schwerverletzten-Versorgung. (2016) 3. Newgard C.D. et al.: Emergency Medical Services intervals and survival in trauma: Assessment of the "Golden Hour" in a North American prospective cohort. Ann Emerg Med. (2010) Mar; 55(3):235-246 4. Lackner, C.K. et al.: Notfallversorgung bei Verkehrsunfällen in einem Flächenstaat. Unfallchirurg. (2010) 113:183-194 5. Interverband für Rettungswesen: Richtlinien zur Anerkennung von Sanitätsnotrufzentralen SNZ 144. (2010) 6. ESC Committee for Practice Guidelines (CPG): ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. (2012) 33, 2569–2619 7. Lipp, M. et al.: Einfluss von Einsatzstichworten auf die Reaktionsparameter von Rettungsmitteln. Notfall Rettungsmed. (1999) 2, 285-291 8. Sefrin, P.: Hilfsfrist versus Versorgungszeit. (2017) in: Handbuch des Rettungswesens, Mendel Verlag, Witten
Übergeordnetes Qualitätsziel	Schnellstmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsätze innerhalb des eigenen Rettungsdienstbereichs • Sondersignale im Laufe des Einsatzes bei mindestens einem Rettungsmittel • Ausschluss von ITW, KTW, NEF und NASF • Ausschluss von Dienstfahrten, Verlegungen, Blut- und Organtransporten <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 8 minus Aufschaltzeitpunkt
Datenquellen	Leitstellendaten

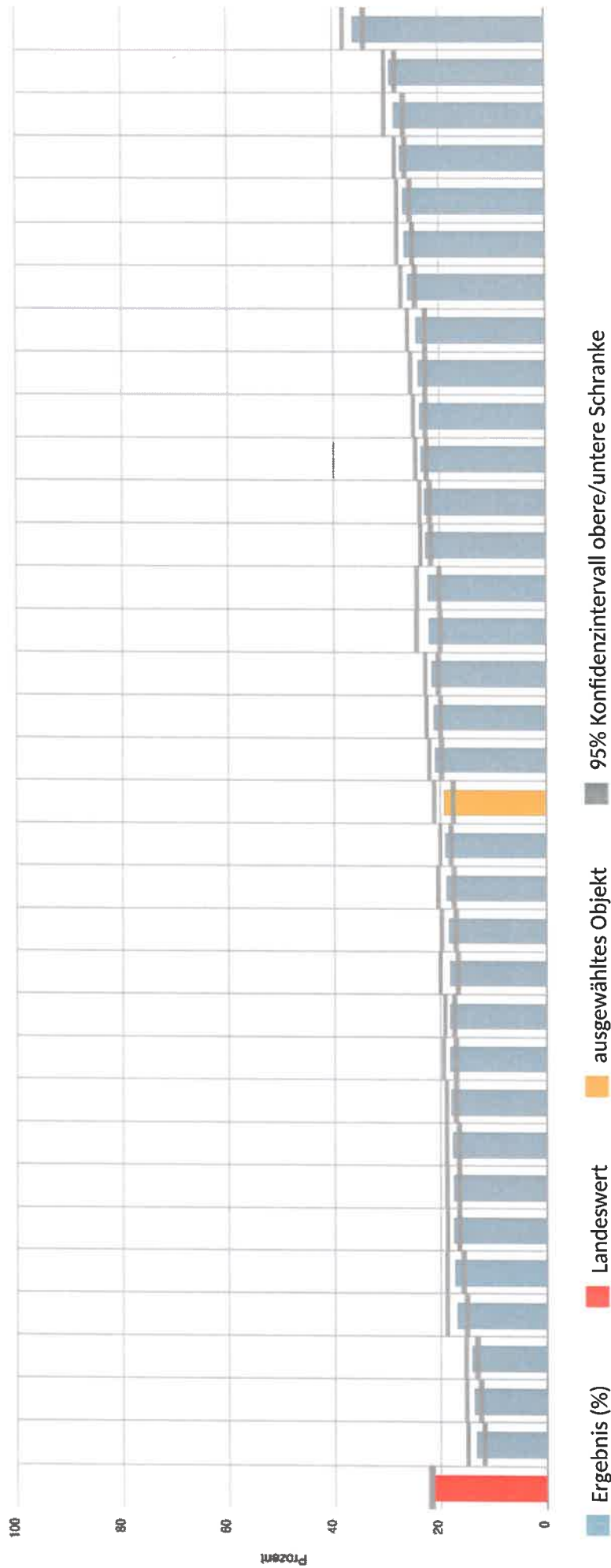
Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung	<p>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 8 wird nicht übermittelt <p>Weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tageszeiten/Wochentag/extreme Witterungsbedingungen • Einsatzort • Situation vor Ort • Standorte und Leistungsspektrum von Krankenhäusern (Transportziel) • Verdachtsdiagnose in Verbindung mit Auswahl des Transportziels • weitere äußere Rahmenbedingungen (s. hierzu auch QI 3-1 bis 3-4) • Status 8 wird nicht korrekt übermittelt <p>Risikoadjustierung</p> <p>Eine Risikoadjustierung wird ggf. nach Durchführung des Gestuften Dialogs entwickelt.</p>
Referenzbereich	Indikator noch nicht zur Bewertung im Gestuften Dialog vorgesehen
Auswertung	<p>Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung des Landeswertes und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche, Leitstellen, Notarztstandorte und Rettungsdienstorganisationen erhalten eine Auswertung. (Der Indikator richtet sich an unterschiedliche Prozessbeteiligte).</p>
Bemerkungen/Sonstiges	<p>Methodische Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Berechnung dieses Indikators erfolgt separat für Einsätze mit und ohne notärztliche Beteiligung. • Für den Indikator sind die Zeitpunkte nachträgliche Anordnung von Sondersignal und Stichwortumbewertung/-änderung sowie einsatzspezifische Zeitstempel und Leitungstypen aus der Telefonanlage im Einsatzleitreehner erforderlich. • Bei Transporten zu Zielen außerhalb des eigenen Rettungsdienstbereiches erfolgt teilweise keine Übermittlung des Status 8 an die Heimatleitstelle. • Der Indikator erfasst keine Indikationen zur Klinikeinweisung. • Zur Erkennung von Einsätzen, bei denen die Fahrt zum Einsatzort ohne, zum Transportziel jedoch mit Sondersignal durchgeführt wird, ist das Datenfeld „Sondersignalnutzung bei Transport“ erforderlich. • Der Indikator kann durch die Heranziehung von präklinischen Behandlungsdaten differenzierter betrachtet werden. <p>Potenzielle Fehlanreize</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um eine kürzere Prähospitalzeit zu erreichen, könnte der Status 8 nicht oder nicht zum richtigen Zeitpunkt übermittelt werden (z. B. Status 8 vor Erreichen des Transportziels). • Der Indikator könnte bewirken, dass der Focus bei der Patientenbehandlung vorrangig auf den zeitlichen Aspekt gerichtet wird und dadurch die Qualität der durchgeführten Maßnahmen sinkt oder erforderliche Maßnahmen ganz unterbleiben. • Der Indikator könnte bewirken, dass näher zum Einsatzort gelegene, jedoch nicht zur definitiven Versorgung geeignete Transportziele ausgewählt werden. <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Anteil nicht übermittelter Status 8 wird unter Berücksichtigung der Lage des Transportziels (innerhalb/außerhalb des Rettungsdienstbereichs) mit betrachtet. • Es werden ergänzende Kennzahlen und Indikatoren ausgewertet, bspw. zur leitliniengerechten Versorgung oder zur Wahl des geeigneten Transportziels. Bei der Interpretation der Ergebnisse der Prähospitalzeit müssen diese mit berücksichtigt werden.



Indikatorendatenblatt

Indikator	Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel
Nummer	4-2
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis • Stratifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Objekttyp des Einsatzorts ○ Einsatzstichwort ○ Zeitintervall Erstbearbeitungszeit ○ Erkrankungs-/Verletzungsgruppe ○ Reanimationssituation ○ Schmerz > 4
Qualitätsziel	Geringe Notarznachforderungsrate
Rationale	<p>Die Zeit, bis die notarztpflichtige Patientin/der notarztpflichtige Patient eine notärztliche Versorgung erhält, verlängert sich, wenn das notarztbesetzte Rettungsmittel erst durch ein anderes Rettungsmittel vor Ort nachgefordert werden muss.</p> <p>Deshalb sollen diese Patientinnen und Patienten bereits bei der Notrufabfrage in der Leitstelle identifiziert werden.</p>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaufmann, F. von et al.: Die Rolle der Leitstelle im Prozess der präklinischen Versorgung. Notfall Rettungsmed (2012) 15, 289-299 2. Sefrin, P. et al.: Die „Rückmeldezahl“ als Basis eines Qualitätsmanagements im Rettungsdienst in Bayern. Notarzt (2007) 23, 195-200 3. Schlechtriemen, T. et al.: Der Münchner NACA-Score. Notfall Rettungsmed (2005) 8, 109-111 4. Hellmich C.: Qualitätsmanagement und Zertifizierung im Rettungsdienst. (2010) Springer, Berlin Heidelberg New York
Übergeordnetes Qualitätsziel	Optimaler Einsatz der Rettungsmittel
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notarzteinsätze im eigenen Rettungsdienstbereich • Ausschluss von Einsätzen, bei denen nicht eindeutig erkennbar ist, ob das notarztbesetzte Rettungsmittel nachgefordert wurde. • Ausschluss von Dienstfahrten <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • notarztbesetztes Rettungsmittel wurde nachgefordert
Datenquellen	Leitstellendaten

Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung	<p>Rechnerisch berücksichtigte Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es werden nur Notarzteinsätze im eigenen Rettungsdienstbereich einbezogen, bei denen eindeutig erkennbar ist, ob der Notarzt nachgefordert wurde. • Einsätze, bei denen vor einer Nachforderung bereits ein notarztbesetztes Rettungsmittel an der Einsatzstelle eingetroffen ist, werden nicht als Nachforderung gewertet. <p>Weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anruferkollektiv (z. B. Anruferin/Anrufer nicht beim Patienten vor Ort, Anruferin/Anrufer kann keine adäquaten Angaben machen, Sprachbarriere, medizinisches Fachpersonal) • Einsatzabfrage in anderer Leitstelle (z. B. Nachbarleitstelle, Polizei, Hausnotruf-Zentrale) • Änderung des Patientenzustands bis zum Eintreffen des nachfordernden Rettungsmittels • Individuelle Fähigkeiten und Erfahrung der Besatzung des eingesetzten Rettungsmittels <p>Risikoadjustierung Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
Referenzbereich Auswertung	<p>Indikator nicht zur Bewertung im Gestuften Dialog vorgesehen</p> <p>Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer anonymisierten Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Leitstellen.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche und Leitstellen erhalten eine Auswertung.</p>
Bemerkungen/Sonstiges	<p>Potenzielle Fehlanreize</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu jedem Einsatz wird ein notarztbesetztes Rettungsmittel entsandt • Trotz Notarztindikation erfolgt keine Nachforderung <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikator Notarztindikation • Der Anteil der Notarzteinsätze, bei denen nicht eindeutig erkennbar ist, ob ein notarztbesetztes Rettungsmittel nachgefordert wurde, ist als ergänzende Kennzahl mit zu betrachten.



Indikatorendatenblatt

Indikator	Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdiensteinsätzen
Nummer	3-4
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis • Stratifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Monat, Wochentag, Stundenintervall
Qualitätsziel	Kurze Annahmezeit bei Notrufen
Rationale	<p>Der organisatorische Ablauf eines Rettungsdiensteinsatzes ist in verschiedene Einzelintervalle unterteilbar. Um eine schnelle Versorgung zu ermöglichen, sind angemessen kurze Teilzeiten anzustreben.</p> <p>Dieser Qualitätsindikator bildet die Gesprächsannahmezeit zwischen Anruferaufschaltzeitpunkt und dem Gesprächsbeginn ab.</p>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fachausschuss Gesundheitswesen und Rettungsdienst des DRK: Hilfsfrist-Definition des Fachausschusses Gesundheitswesen und Rettungsdienst des DRK in: Handbuch des Rettungswesens. (2000) Mendel Verlag, Witten 2. Interverband für Rettungswesen: Richtlinien zur Anerkennung von Sanitätsnotrufzentralen SNZ 144. (2010) 3. Interverband für Rettungswesen: Handbuch für die Vorbereitung und Durchführung des Verfahrens zur Anerkennung der Sanitätsnotrufzentrale SNZ 144 gemäss Richtlinien 2010, Version 0.3. (2012) 4. NFPA: NFPA 1221 – Standard for the Installation, Maintenance, and Use of Emergency Services Communications Systems 2013 Edition. (2012) 5. Dax, Florian: Balanced Scorecard in Integrierten Leitstellen: Reportingssystem mit Prognosefunktion. BOS-Leitstelle Aktuell. (2014) 2, 68-72 6. AGBF Bund: Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren für Qualitätskriterien für die Bedarfsplanung von Feuerwehren in Städten vom 16. September 1998, Fortschreibung vom 19. November 2015. (2015) 7. Fabrizio, Manuel: Zeiträume im Leitstellenprozess: Umfrage im Fachverband Leitstellen e. V. BOS-Leitstelle Aktuell. (2016) 3, 44-46
Übergeordnetes Qualitätsziel	Schnellstmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anrufe auf einer Notrufleitung mit Initialalarmierung eines Rettungsmittels <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesprächsbeginn minus Aufschaltzeitpunkt
Datenquellen	Leitstellendaten
Risikoadjustierung/ Einflussfaktoren	<p>Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anrufe mit Notrufcharakter können auch über andere Leitungen als eine Notrufleitung auflaufen. • In einigen Leitstellen erfolgt grundsätzlich bei Anrufen eine Ansage zwischen Aufschaltzeitpunkt und Gesprächsannahme. <p>Risikoadjustierung</p> <p>Eine Risikoadjustierung wird ggf. nach Durchführung des Gestuften Dialogs entwickelt.</p>
Referenzbereich	≤ Landeswert (Median)
Auswertung	<p>Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung des Landeswertes und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Leitstellen.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche und Leitstellen erhalten eine Auswertung.</p>

Bemerkungen/Sonstiges

Methodische Hinweise

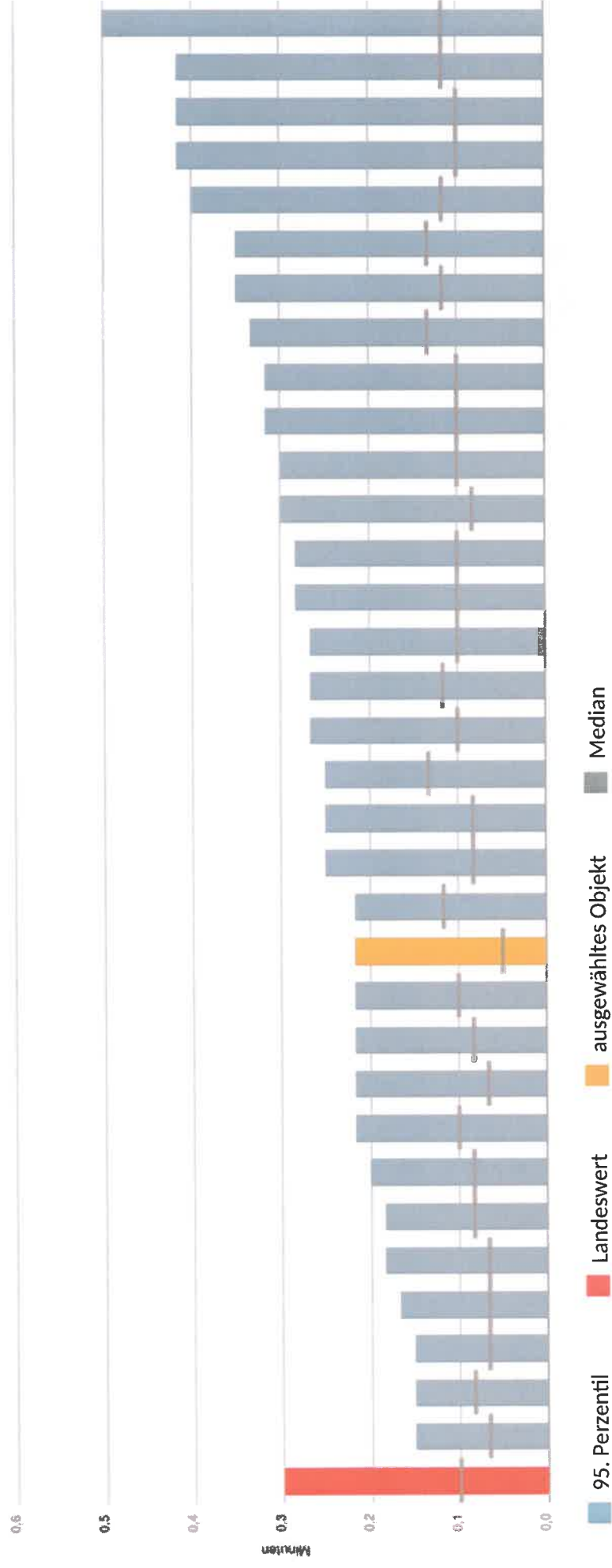
- Für den Indikator sind einsatzspezifische Zeitstempel und Leitungstypen aus der Telefonanlage im Einsatzleitrechner erforderlich.
- Zeitverlust bei weitergeleiteten Notrufen wird durch diesen Indikator nicht erfasst.

Potenzielle Fehlanreize

- Um kürzere Notrufannahmezeiten zu erreichen, könnten Gesprächszeiten auf Kosten der Abfrage- und der Dispositionsqualität sowie weiterer Prozesse der Einsatzbegleitung und -bearbeitung inadäquat kurzgehalten werden.

Maßnahmen

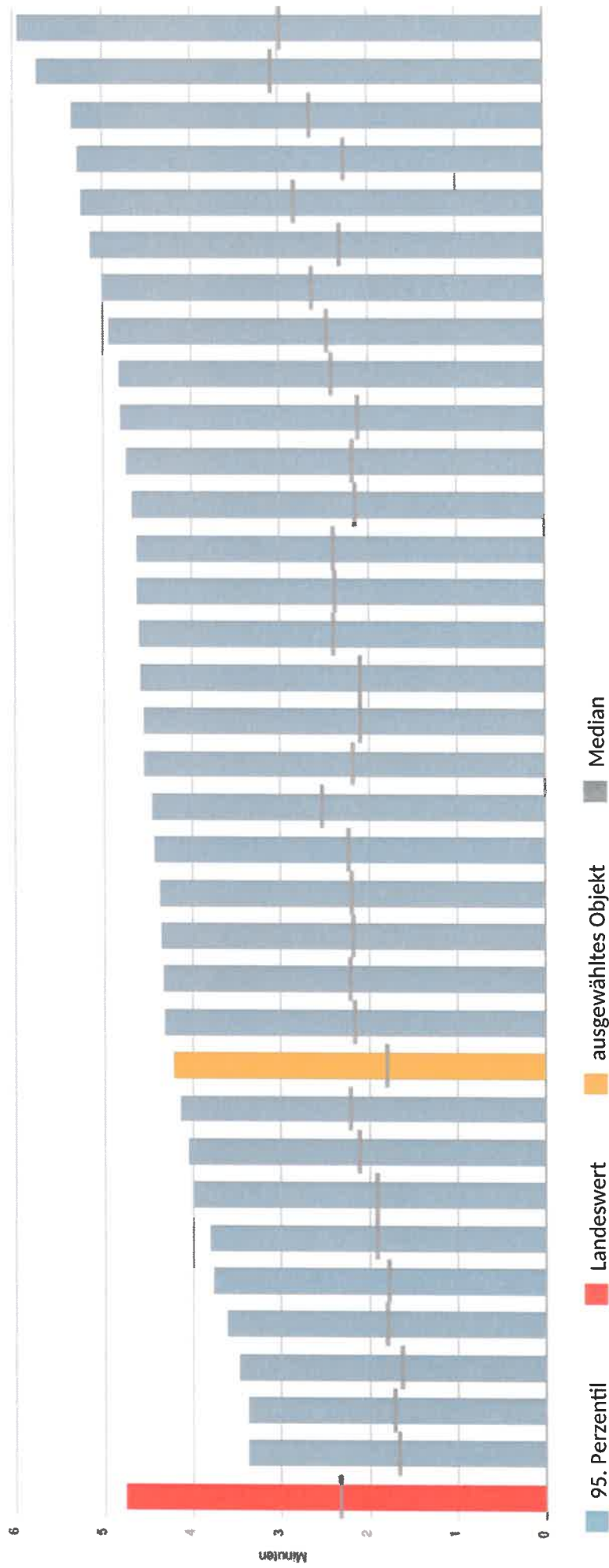
- Indikator Notarztindikation
- Indikator Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel
- Indikator Richtige Einsatzindikation
- Betrachtung der abgebrochenen Einsätze und der Einsätze ohne Transport



Indikator **Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle, Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle**

Leitstelle **Bad Mergentheim/Main-Tauber, Bad Mergentheim/Main-Tauber**

Zeitraum **1. Halbjahr 2023, 1. Halbjahr 2023**



Indikatorendatenblatt

Indikator	Ausrückzeit
Nummer	3-2
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis nach Rettungsmitteltyp • Stratifizierungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Status 2 bei Alarm ○ Monat, Wochentag, Stundenintervall
Qualitätsziel	Kurze Ausrückzeit
Rationale	<p>Der organisatorische Ablauf eines Rettungsdiensteinsatzes ist in verschiedene Einzelintervalle unterteilbar. Um eine schnelle Versorgung zu ermöglichen, sind angemessen kurze Teilzeiten anzustreben.</p> <p>Dieser Qualitätsindikator bildet die Ausrückzeit zwischen Alarmierungs- und Ausrückzeitpunkt ab.</p>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hessemer, P.: Die gestufte Alarmierung mit Voralarm. Brandschutz. (2013) 2, 129-132 2. Lipp, M. et al.: Einfluss von Einsatzstichworten auf die Reaktionsparameter von Rettungsmitteln. Notfall Rettungsmed. (1999) 2, 285-291 3. Schmiedel, R. et al.: Regelwerk zur Bedarfsplanung Rettungsdienst. (2012) Mendel Verlag, Witten 4. NFPA: NFPA 1710 – Standard for the Organization and Deployment of Fire Suppression Operations, Emergency Medical Operations, and Special Operations to the Public by Career Fire Departments 2016 Edition. (2016)
Übergeordnetes Qualitätsziel	Schnellstmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsätze mit Sondersignal bei Alarmierung • Einsätze von eigenen Rettungsmitteln • Ausschluss von Einsätzen mit Baby-NAW/Inkubatorfahrten • KTW und Spezialfahrzeuge werden ausgeschlossen <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 3 minus Alarmierung
Datenquellen	Leitstellendaten
Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung	<p>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 3 wird nicht übermittelt <p>weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • nicht oder verzögert übermittelte Alarmierungen • Bauliche Gegebenheiten • Organisatorischer Rahmen des jeweiligen Notarztsystems • Status bei Alarmierung • Status 3 wird nicht korrekt übermittelt <p>Risikoadjustierung</p> <p>Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
Referenzbereich	≤ Landeswert (Median)
Auswertung	<p>Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung des Landeswertes und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche und beteiligten Organisationen erhalten eine Auswertung.</p>

Bemerkungen/Sonstiges

Methodische Hinweise

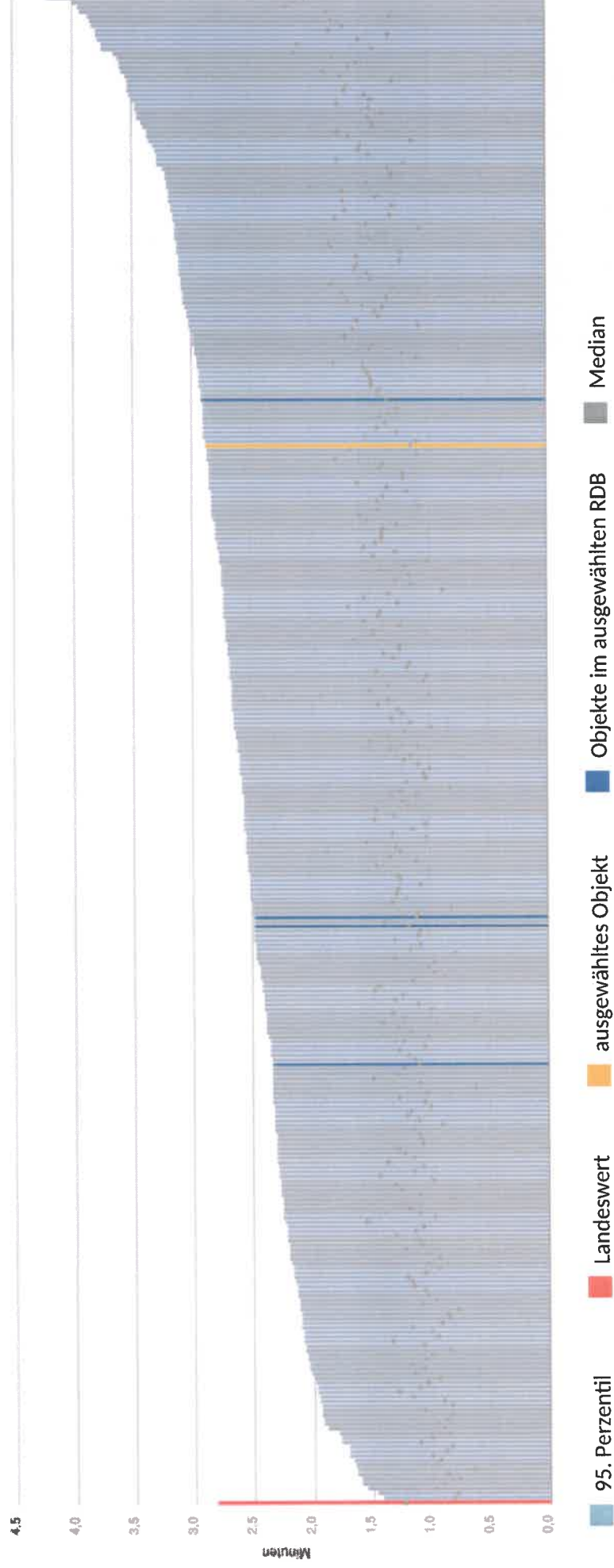
- Für den Indikator sind die Zeitpunkte „nachträgliche Anordnung von Sondersignal“ und „Stichwortumbewertung/-änderung“ sowie der jeweilige Status bei der Alarmierung auftragsnummernbezogen erforderlich. Solange diese Daten nicht überall zur Verfügung stehen, ist die Messbarkeit und somit die Aussagekraft dieses Indikators nur eingeschränkt gegeben.

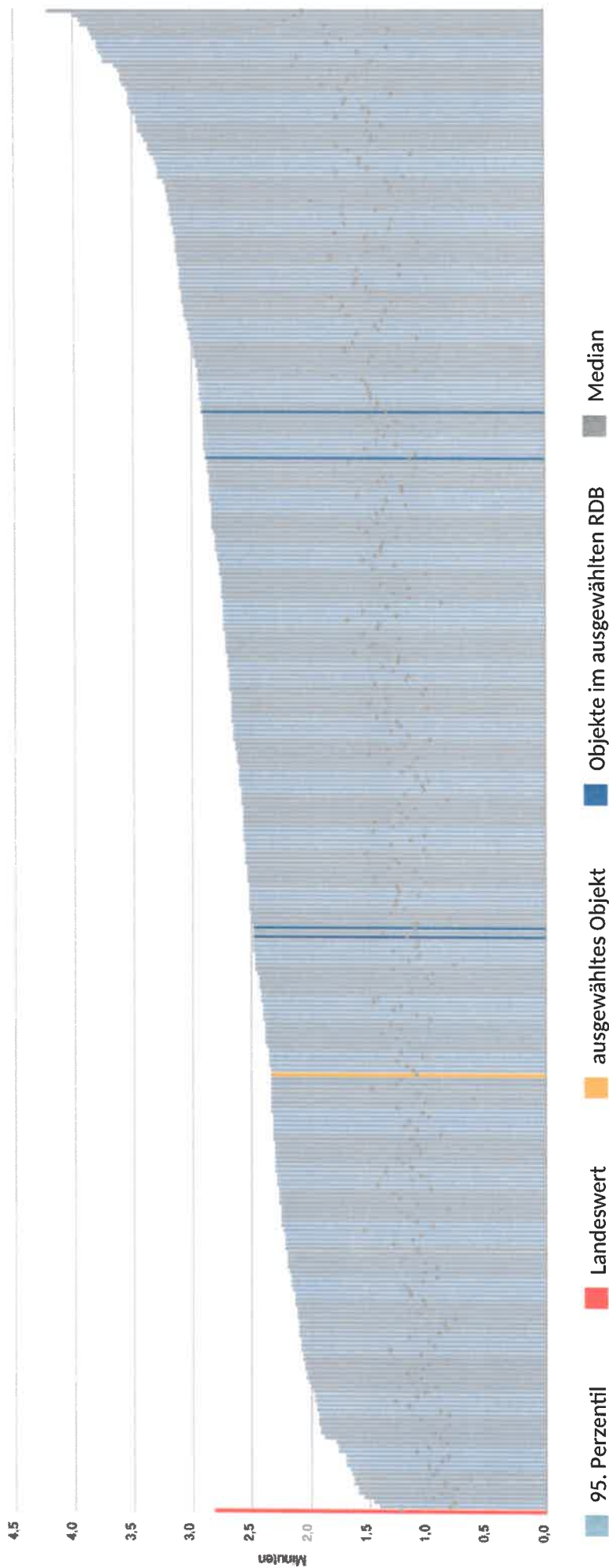
Potenzielle Fehlanreize

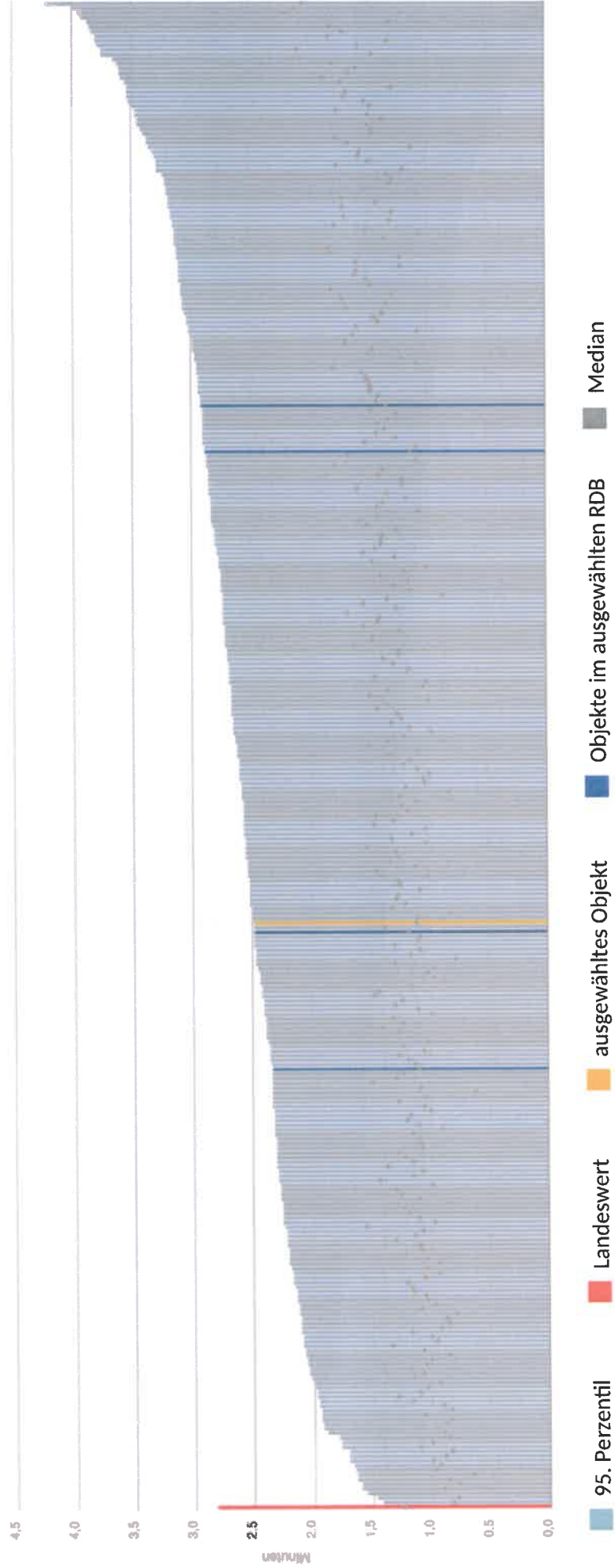
- Status 3 wird nicht oder nicht zum richtigen Zeitpunkt (bspw. bei noch unvollständiger Rettungsmittelbesatzung) übermittelt

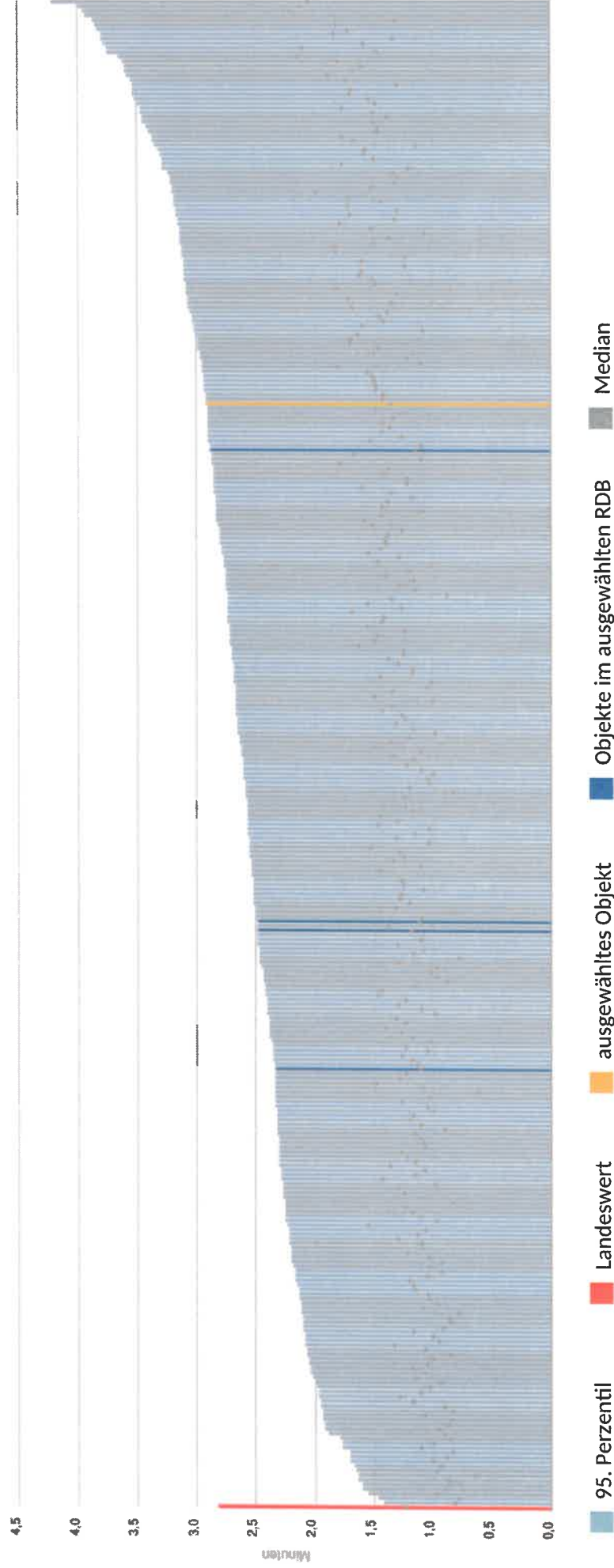
Maßnahmen

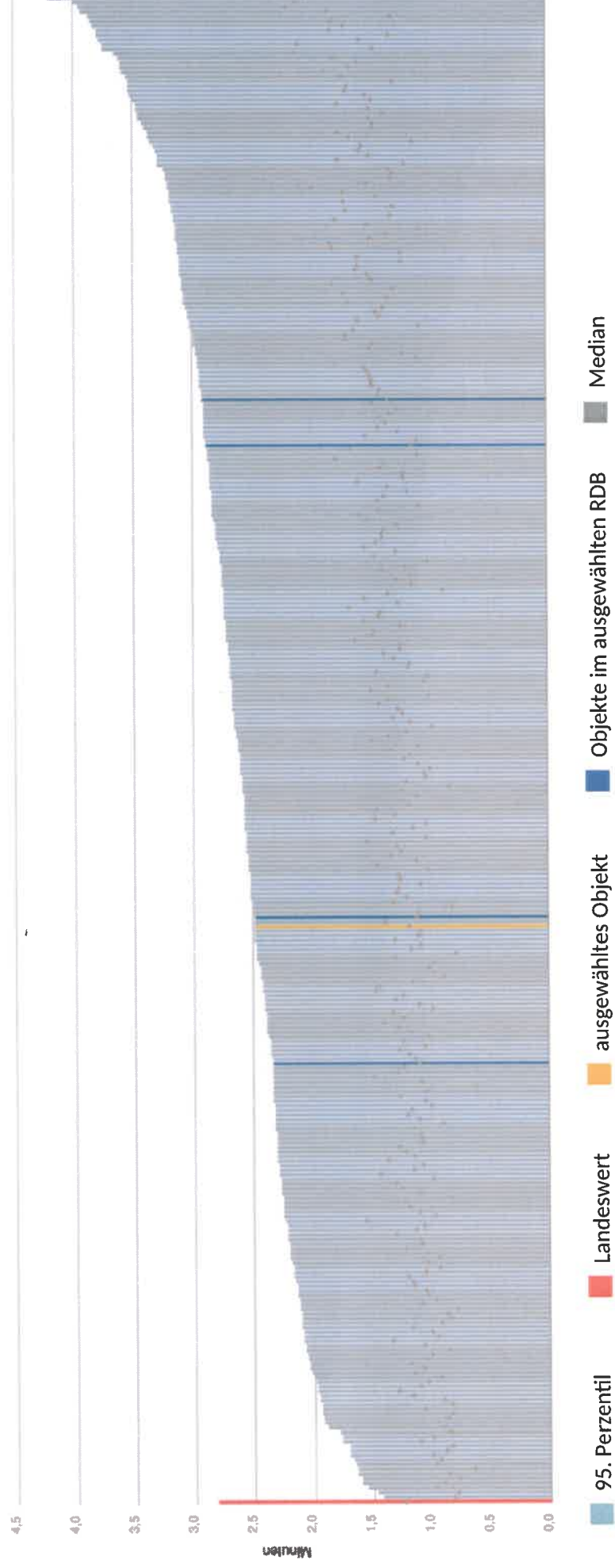
- Die Anteile nicht übermittelter bzw. durch die Leitstelle gesetzter oder geänderter Status 3 sind als ergänzende Kennzahlen mit zu betrachten.

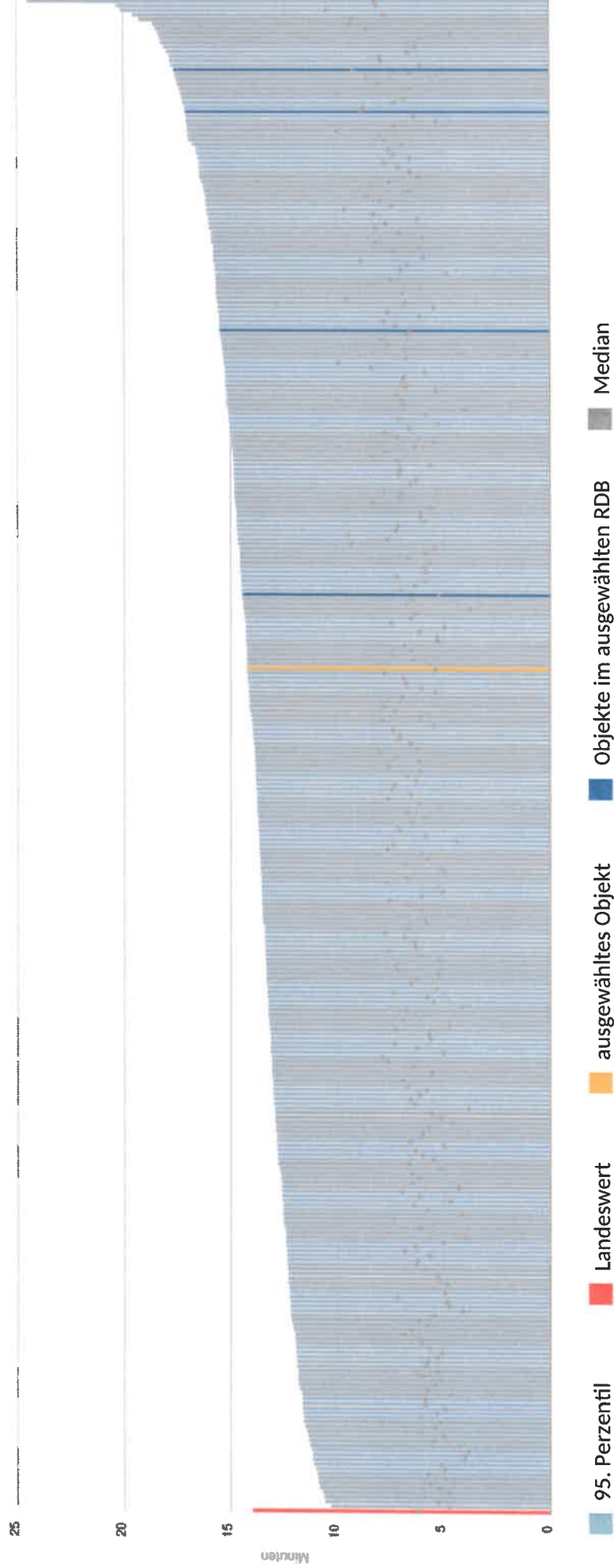


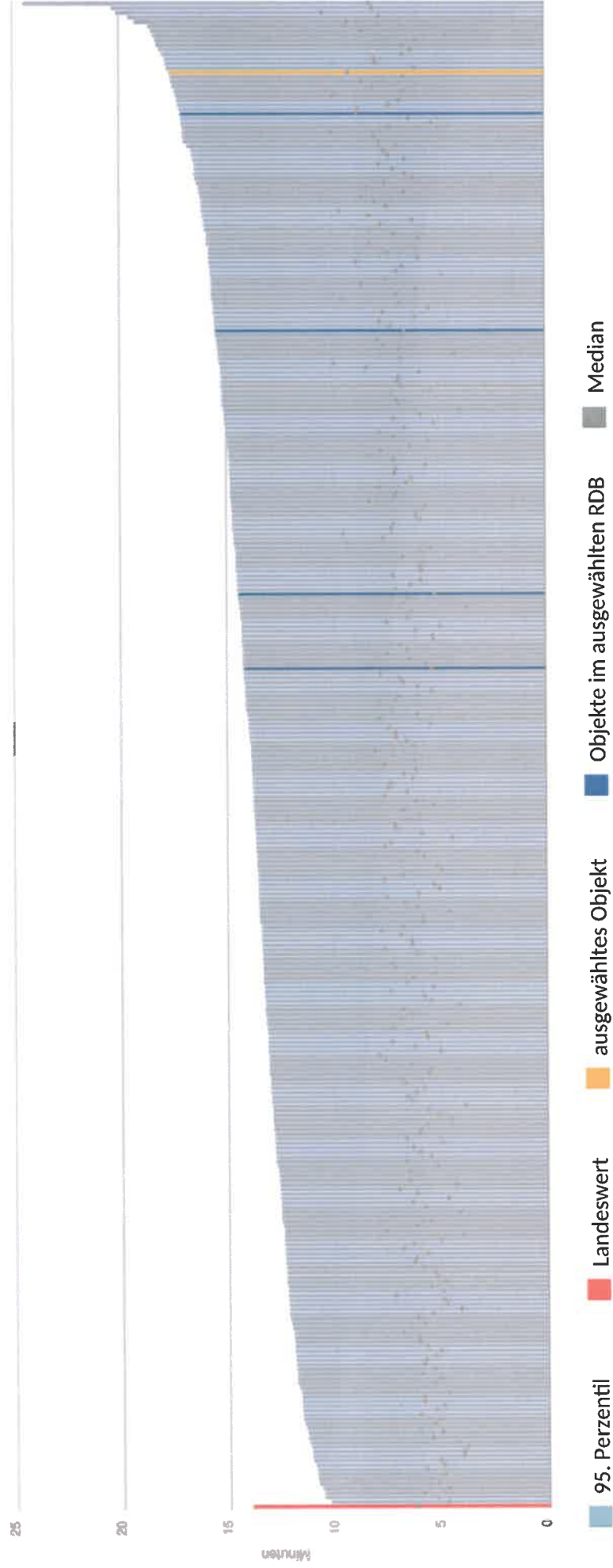


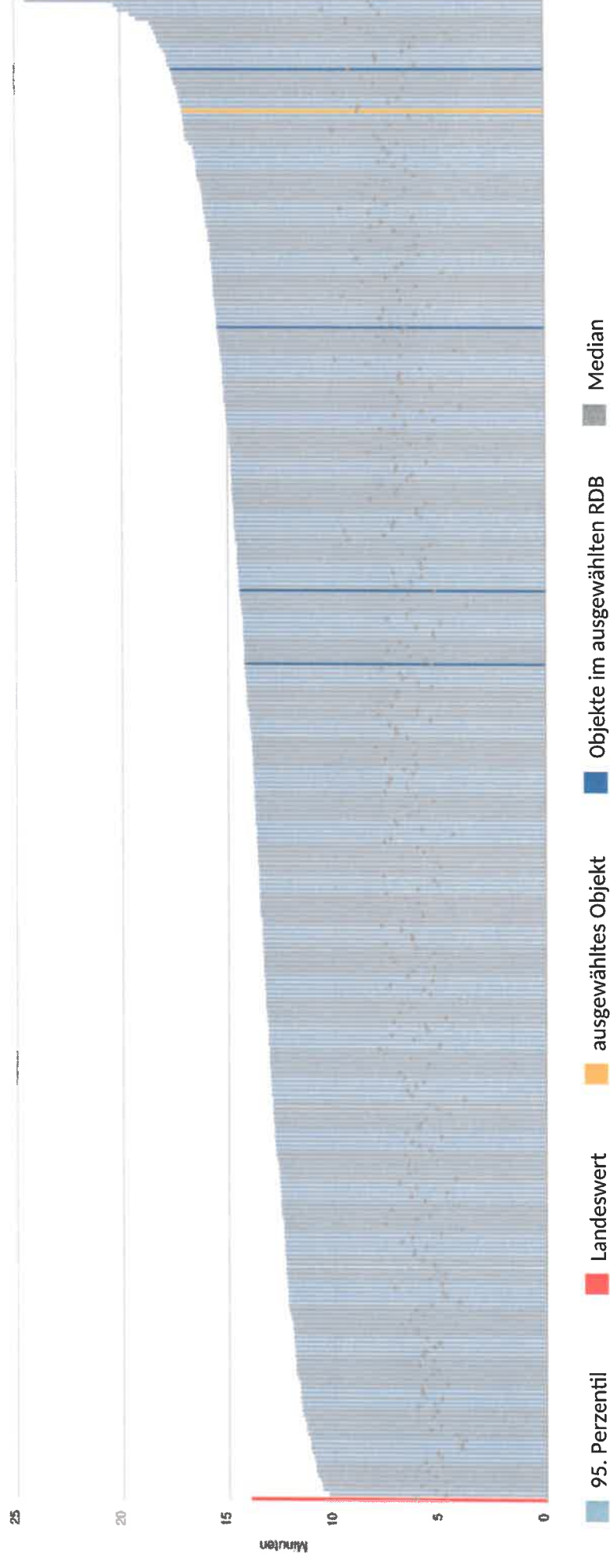


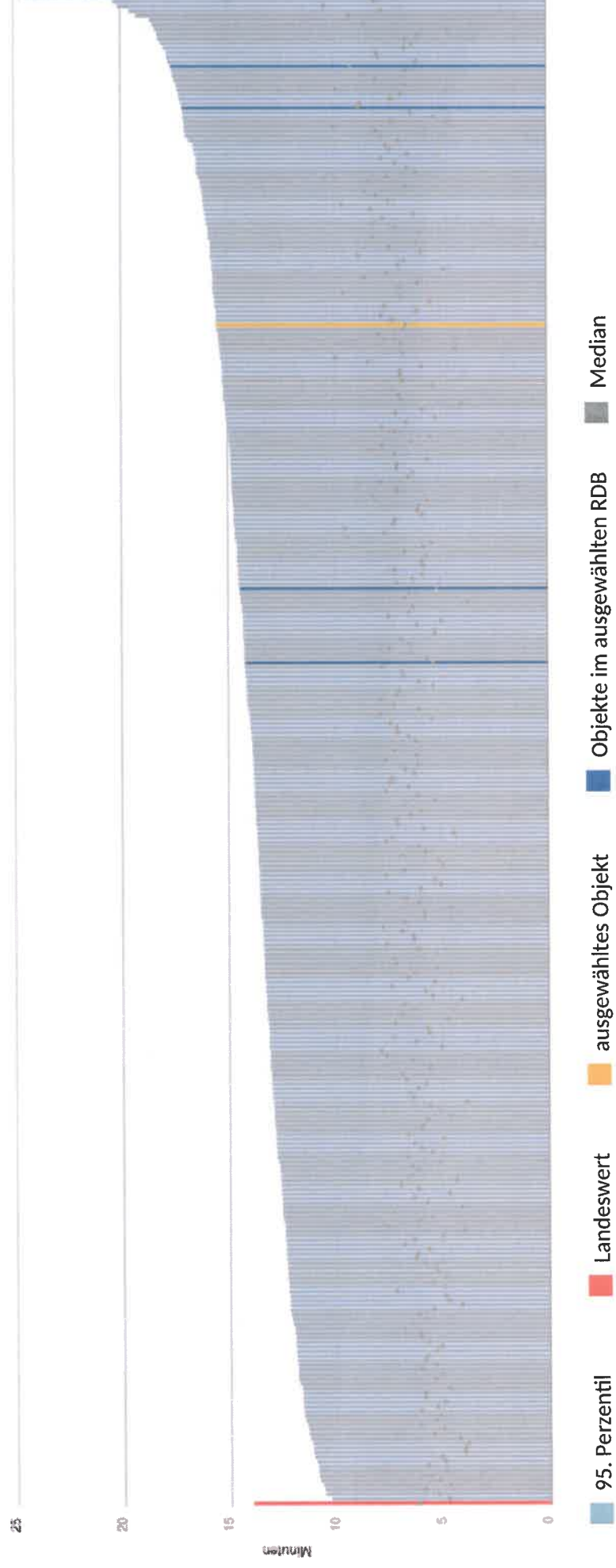


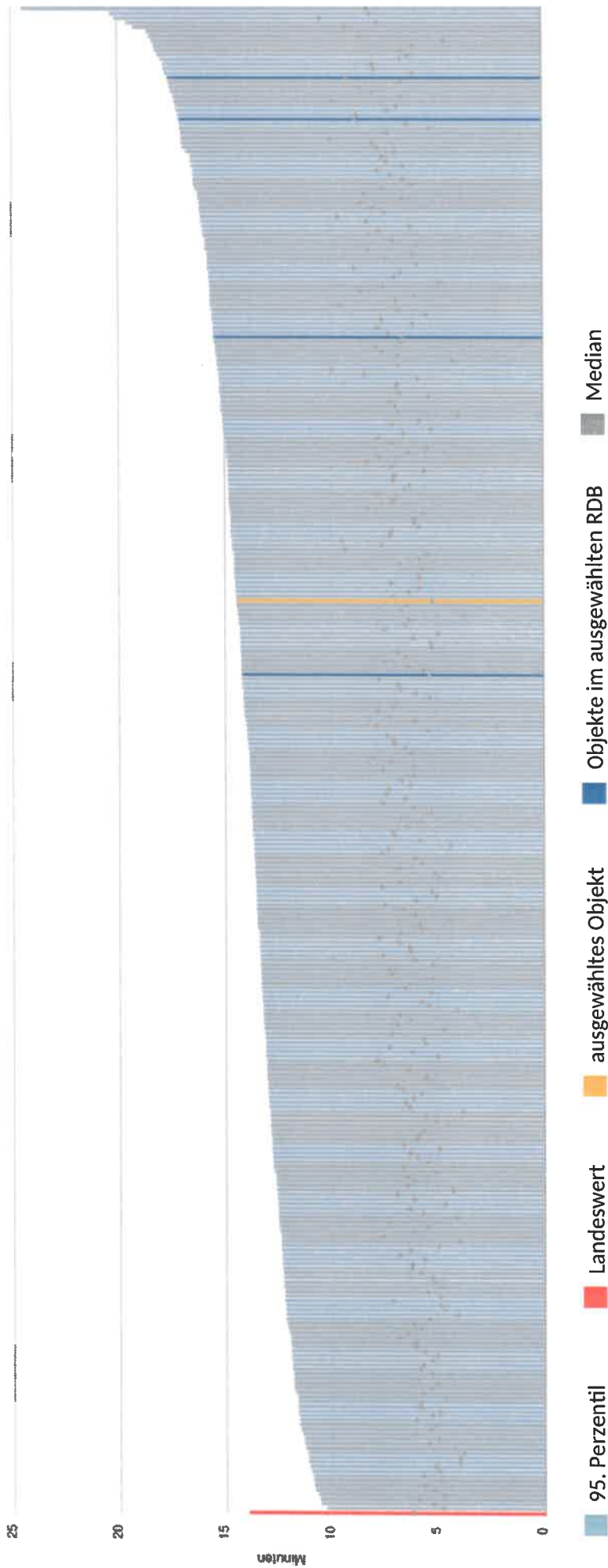


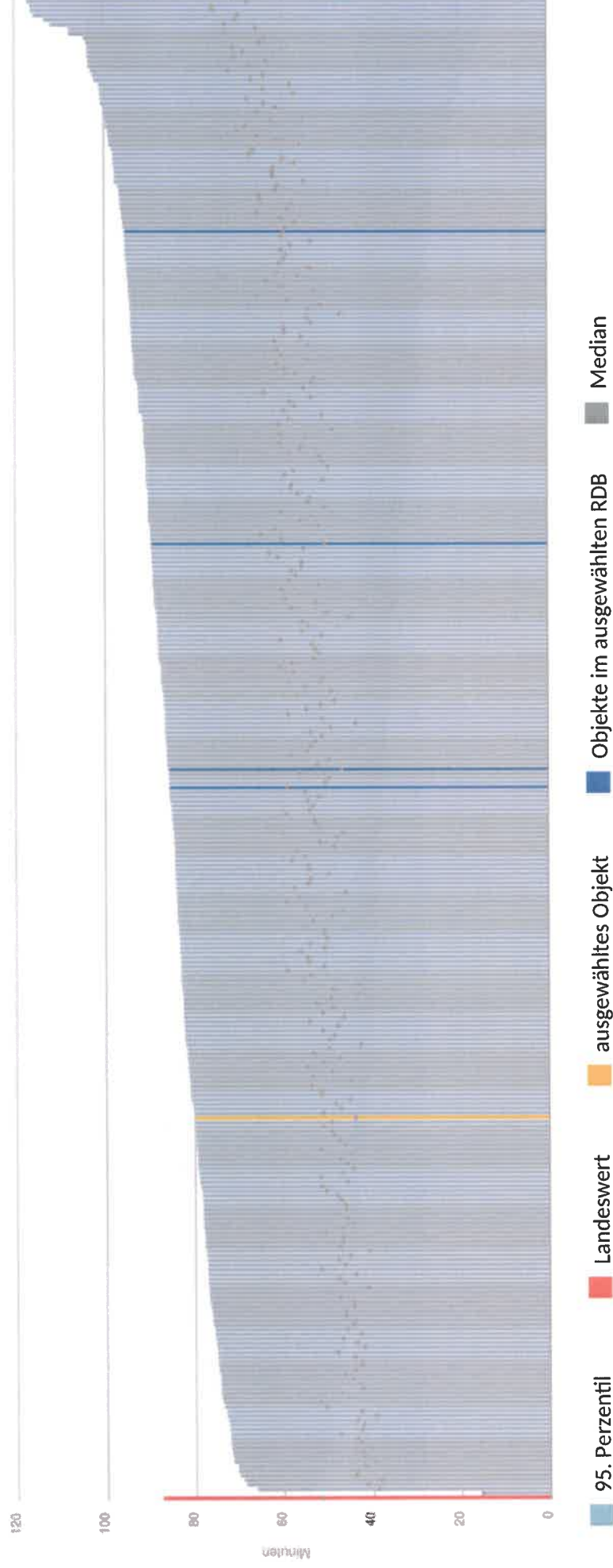


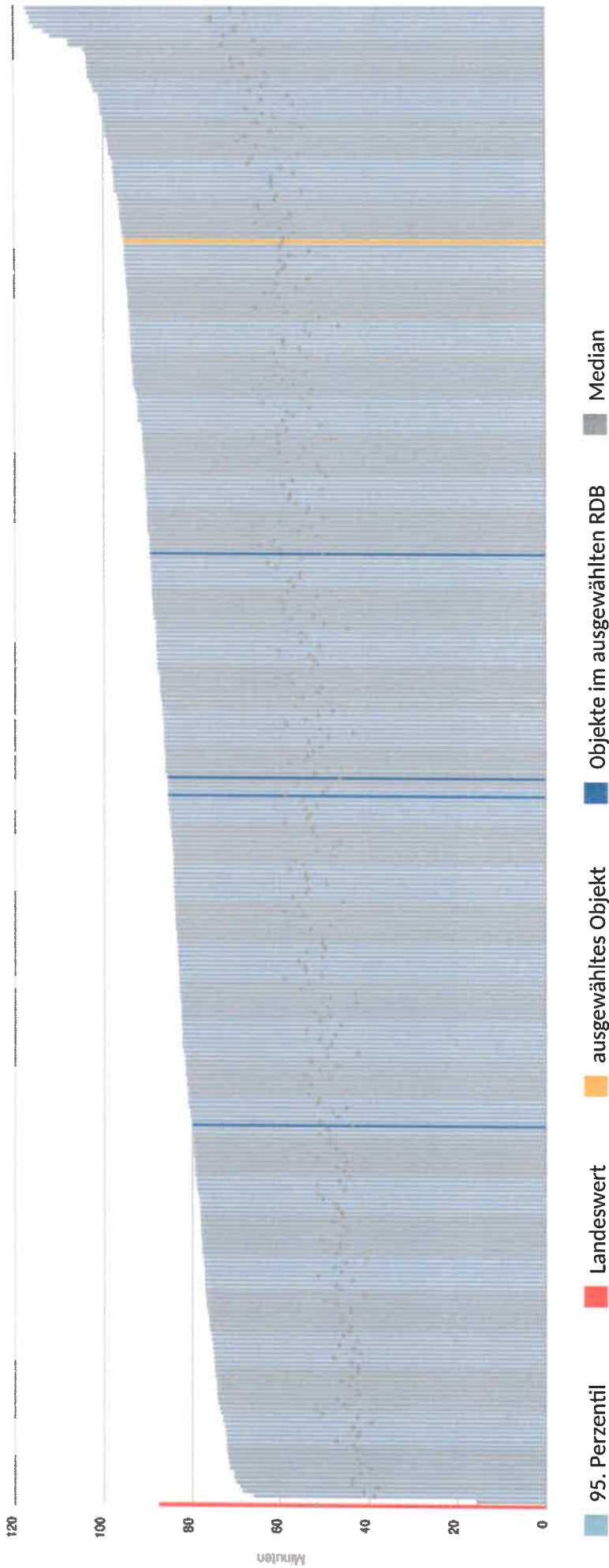


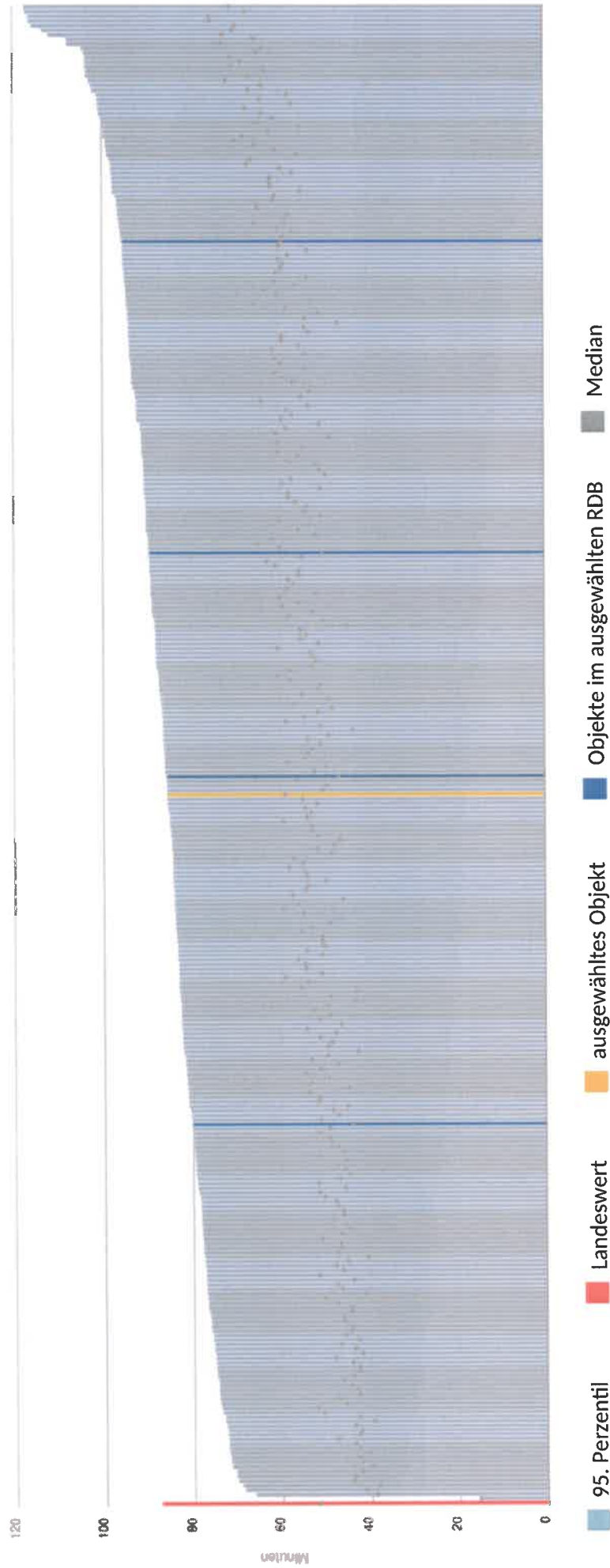










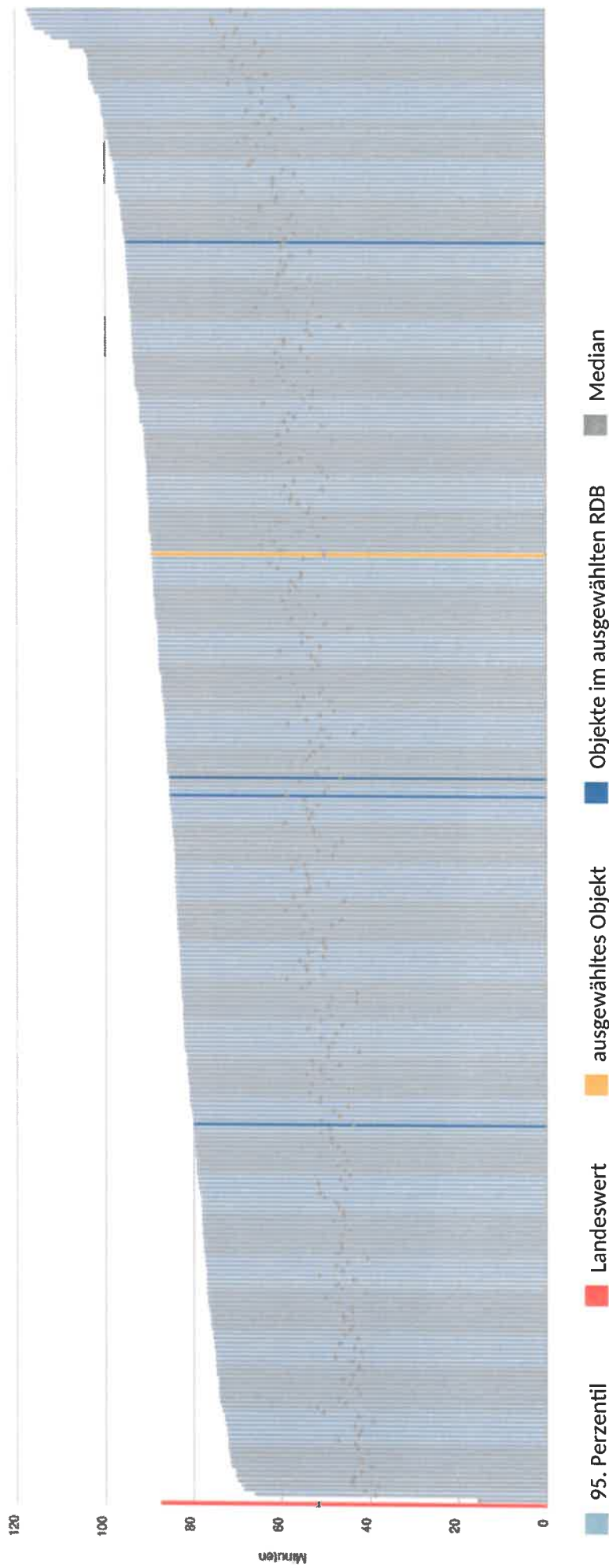


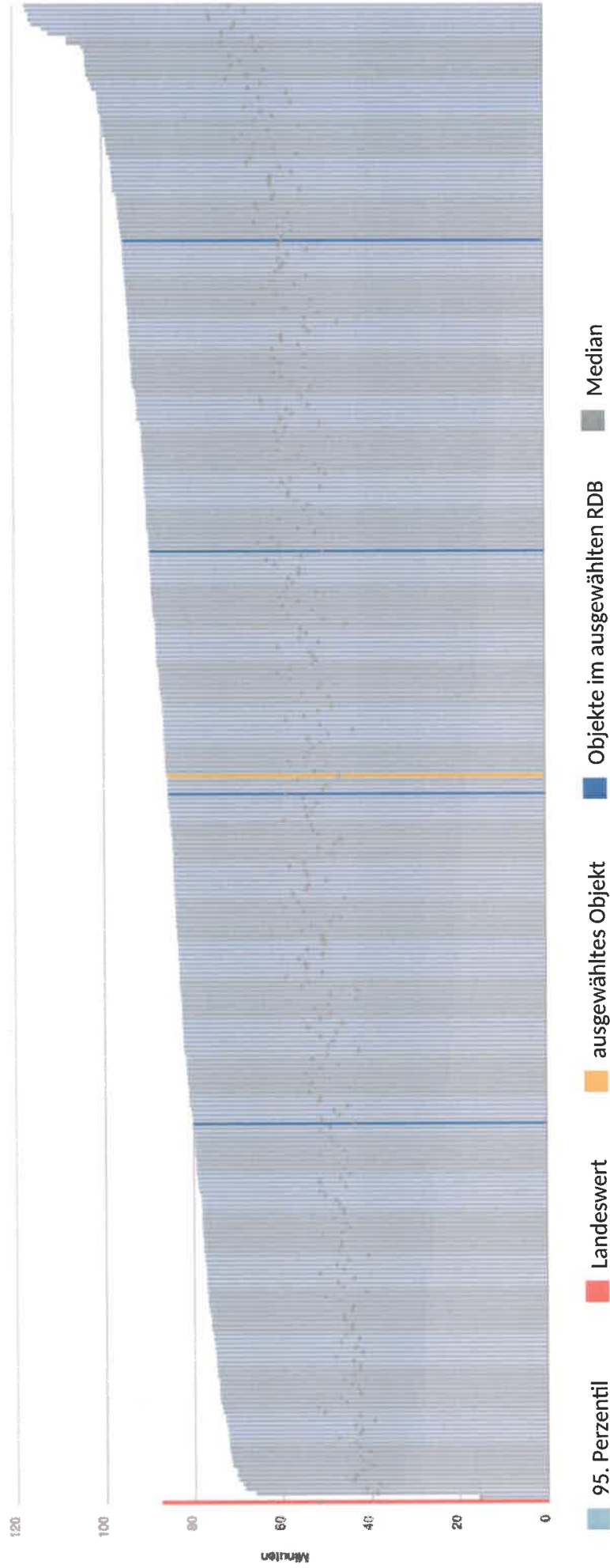
Indikator Prähospitalzeit

Rettungsdienstbereich Main-Tauber

Standort RD Tauberbischofsheim DRK

Zeitraum 1. Halbjahr 2023





Indikatorendatenblatt

Indikator	Ausrückzeit
Nummer	3-2
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis nach Rettungsmitteltyp • Stratifizierungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Status 2 bei Alarm ○ Monat, Wochentag, Stundenintervall
Qualitätsziel	Kurze Ausrückzeit
Rationale	<p>Der organisatorische Ablauf eines Rettungsdiensteinsatzes ist in verschiedene Einzelintervalle unterteilbar. Um eine schnelle Versorgung zu ermöglichen, sind angemessen kurze Teilzeiten anzustreben.</p> <p>Dieser Qualitätsindikator bildet die Ausrückzeit zwischen Alarmierungs- und Ausrückzeitpunkt ab.</p>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hessemer, P.: Die gestufte Alarmierung mit Voralarm. Brandschutz. (2013) 2, 129-132 2. Lipp, M. et al.: Einfluss von Einsatzstichworten auf die Reaktionsparameter von Rettungsmitteln. Notfall Rettungsmed. (1999) 2, 285-291 3. Schmiedel, R. et al.: Regelwerk zur Bedarfsplanung Rettungsdienst. (2012) Mendel Verlag, Witten 4. NFPA: NFPA 1710 – Standard for the Organization and Deployment of Fire Suppression Operations, Emergency Medical Operations, and Special Operations to the Public by Career Fire Departments 2016 Edition. (2016)
Übergeordnetes Qualitätsziel	Schnellstmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsätze mit Sondersignal bei Alarmierung • Einsätze von eigenen Rettungsmitteln • Ausschluss von Einsätzen mit Baby-NAW/Inkubatorfahrten • KTW und Spezialfahrzeuge werden ausgeschlossen <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 3 minus Alarmierung
Datenquellen	Leitstellendaten
Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung	<p>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 3 wird nicht übermittelt <p>weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • nicht oder verzögert übermittelte Alarmierungen • Bauliche Gegebenheiten • Organisatorischer Rahmen des jeweiligen Notarztsystems • Status bei Alarmierung • Status 3 wird nicht korrekt übermittelt <p>Risikoadjustierung</p> <p>Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
Referenzbereich	≤ Landeswert (Median)
Auswertung	<p>Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung des Landeswertes und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche und beteiligten Organisationen erhalten eine Auswertung.</p>

Bemerkungen/Sonstiges

Methodische Hinweise

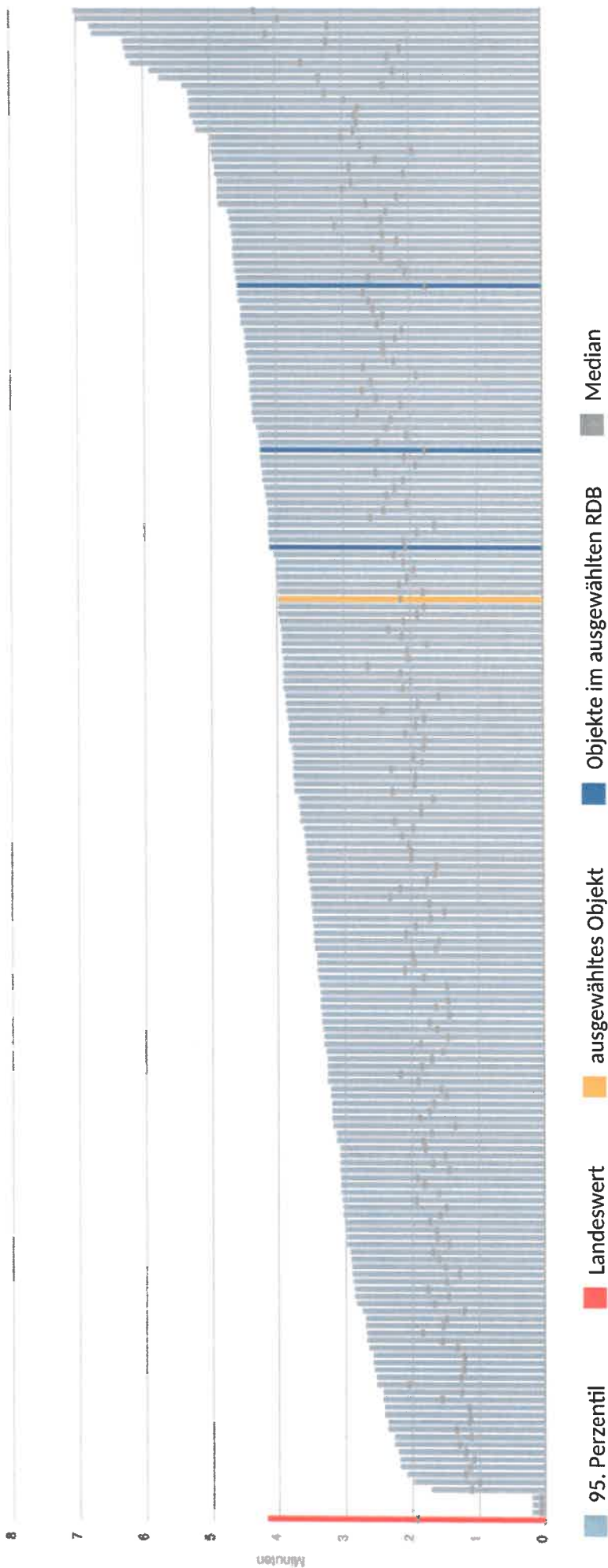
- Für den Indikator sind die Zeitpunkte „nachträgliche Anordnung von Sondersignal“ und „Stichwortumbewertung/-änderung“ sowie der jeweilige Status bei der Alarmierung auftragsnummernbezogen erforderlich. Solange diese Daten nicht überall zur Verfügung stehen, ist die Messbarkeit und somit die Aussagekraft dieses Indikators nur eingeschränkt gegeben.

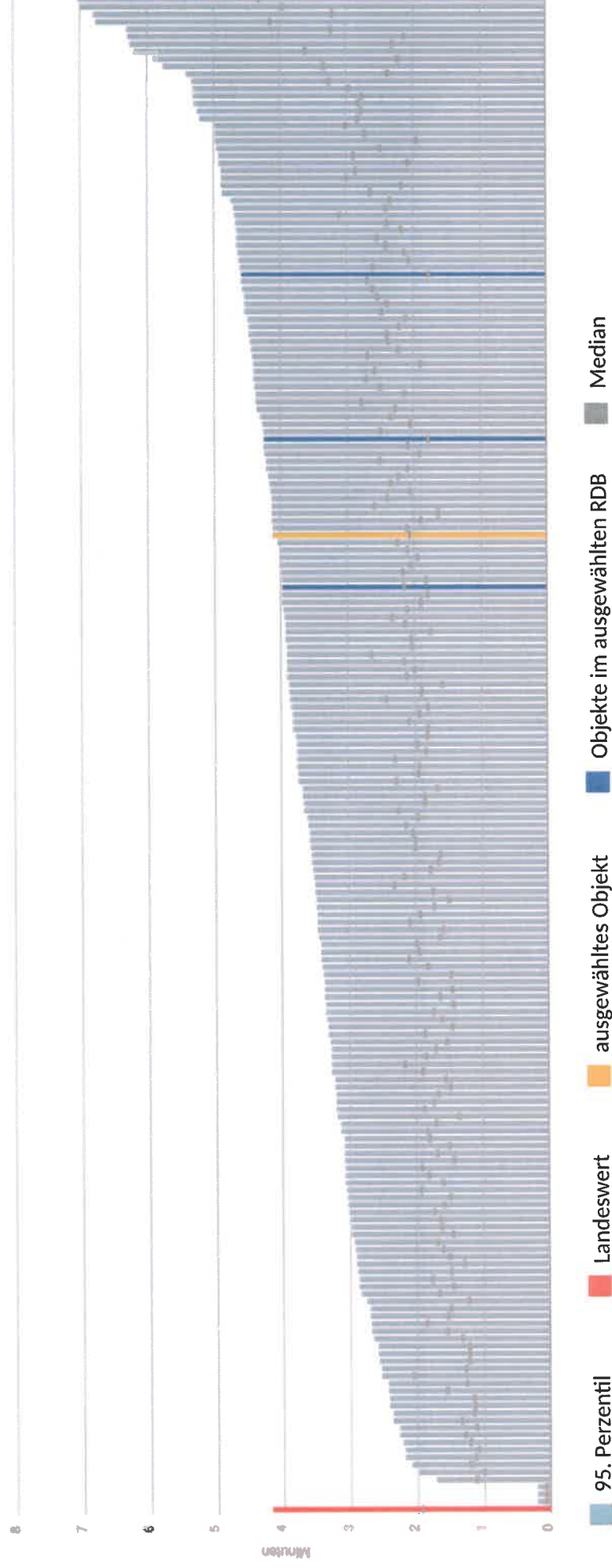
Potenzielle Fehlanreize

- Status 3 wird nicht oder nicht zum richtigen Zeitpunkt (bspw. bei noch unvollständiger Rettungsmittelbesatzung) übermittelt

Maßnahmen

- Die Anteile nicht übermittelter bzw. durch die Leitstelle gesetzter oder geänderter Status 3 sind als ergänzende Kennzahlen mit zu betrachten.



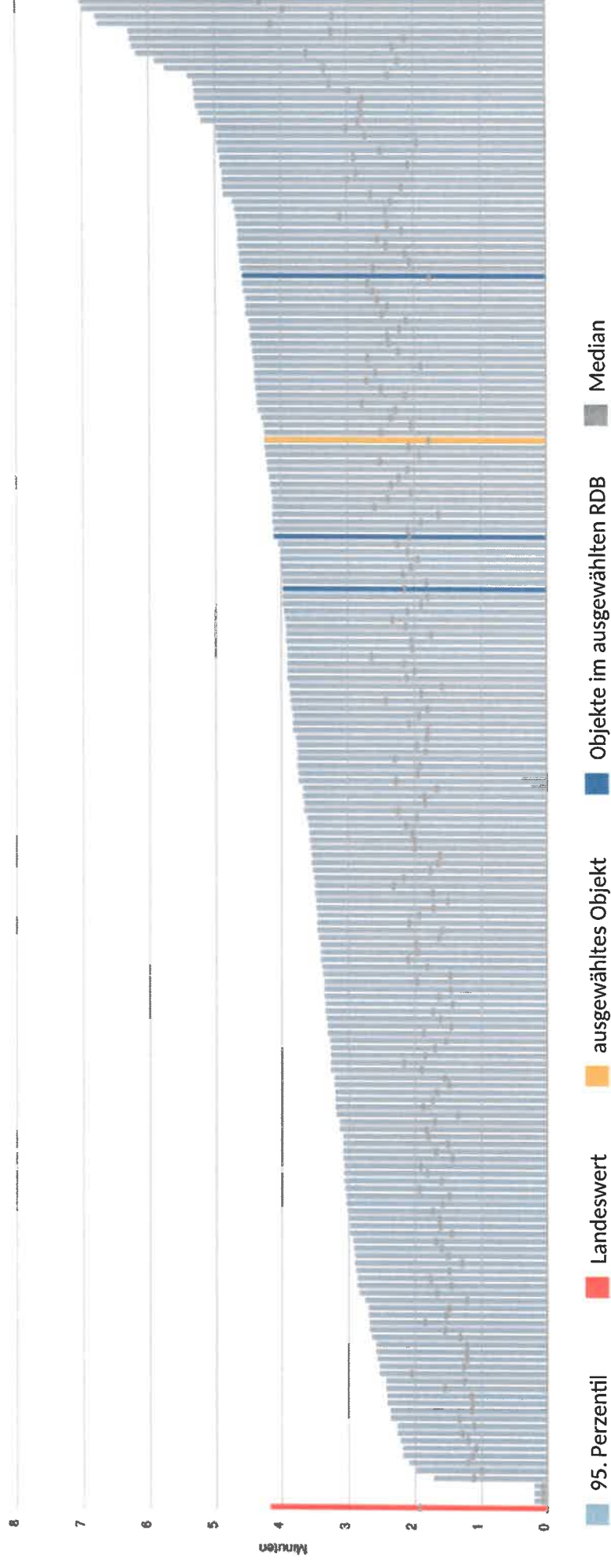


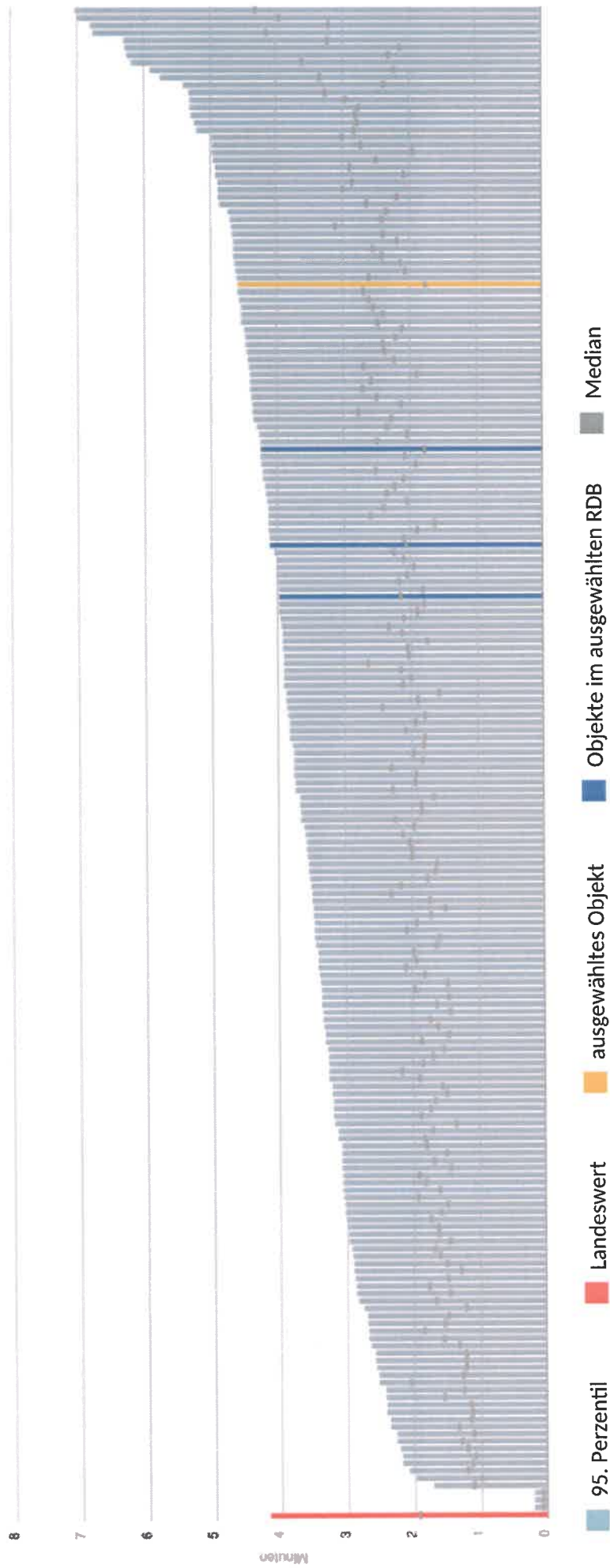
Indikator **Ausrückzeit Notarzt**

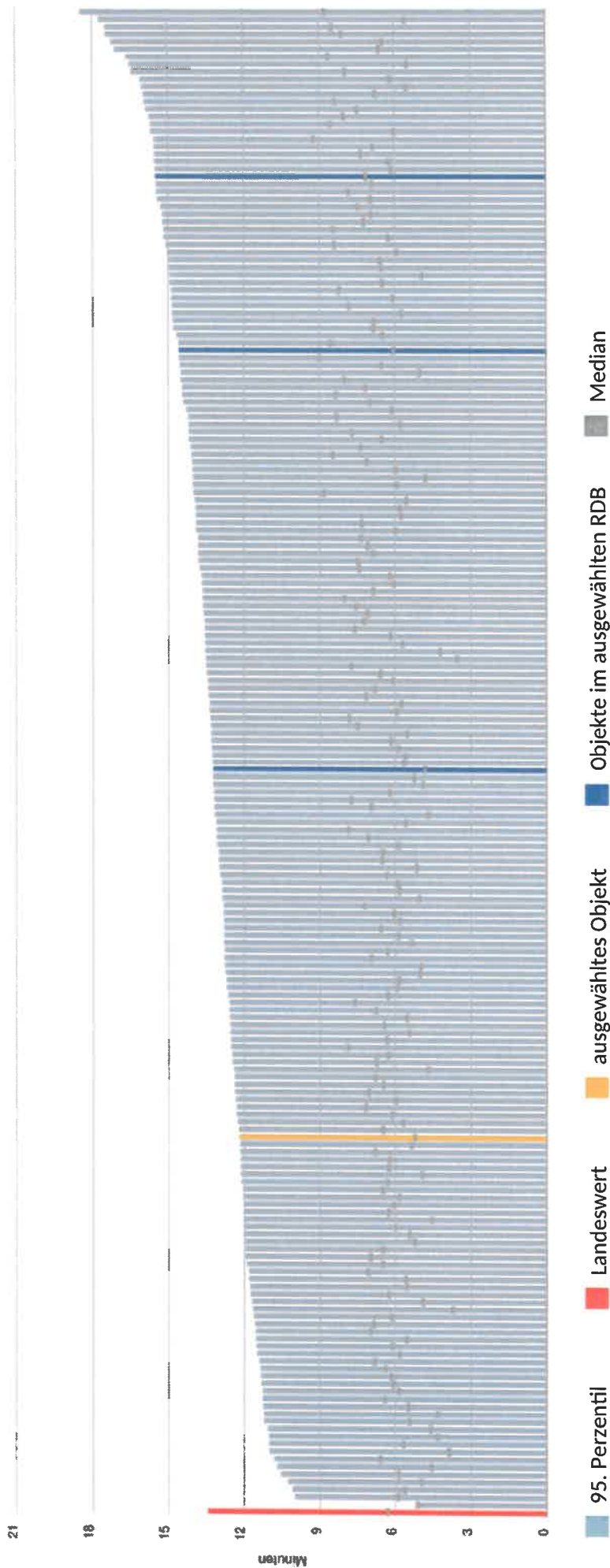
Rettungsdienstbereich Main-Tauber

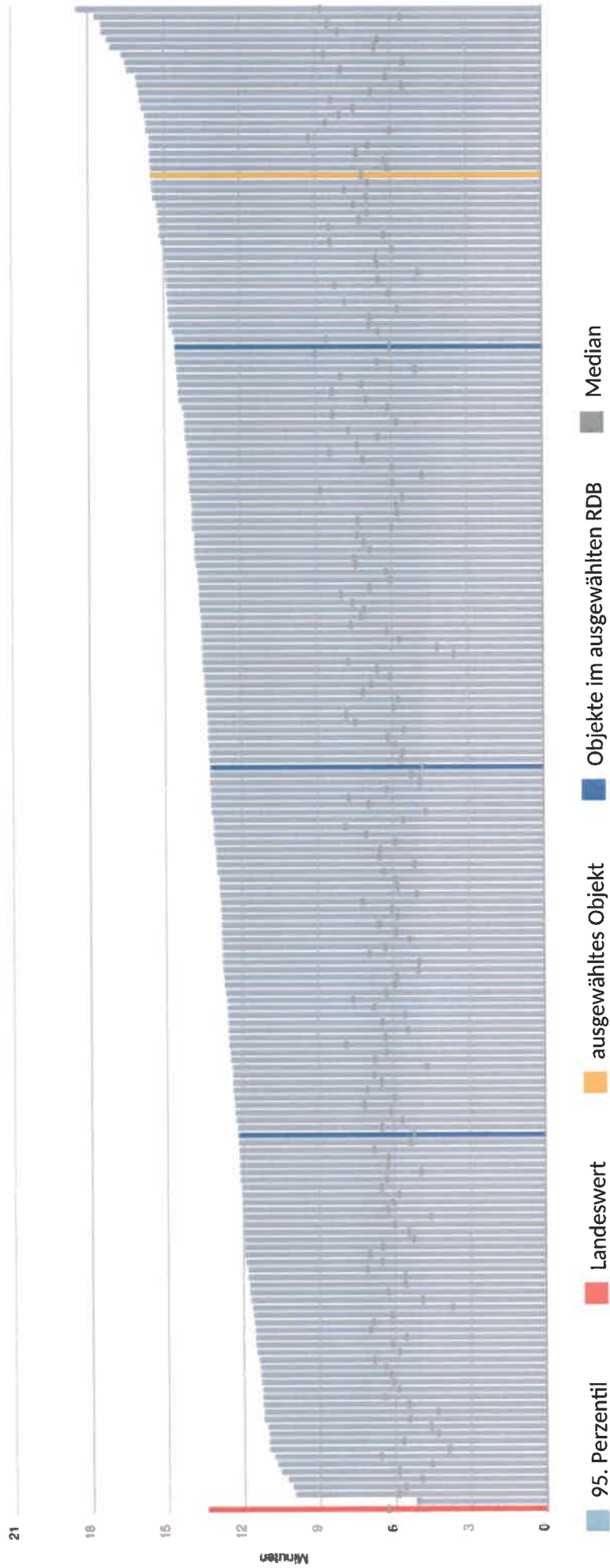
Standort NA Tauberbischofsheim DRK

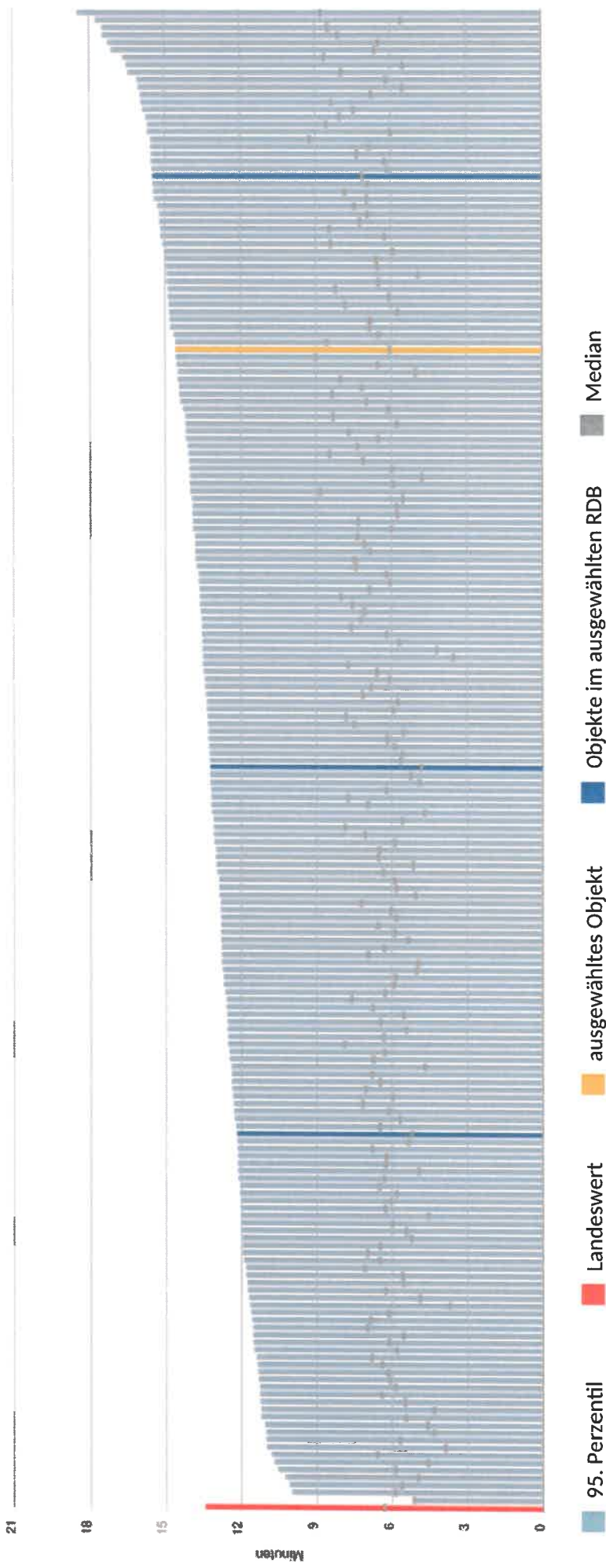
Zeitraum 1. Halbjahr 2023

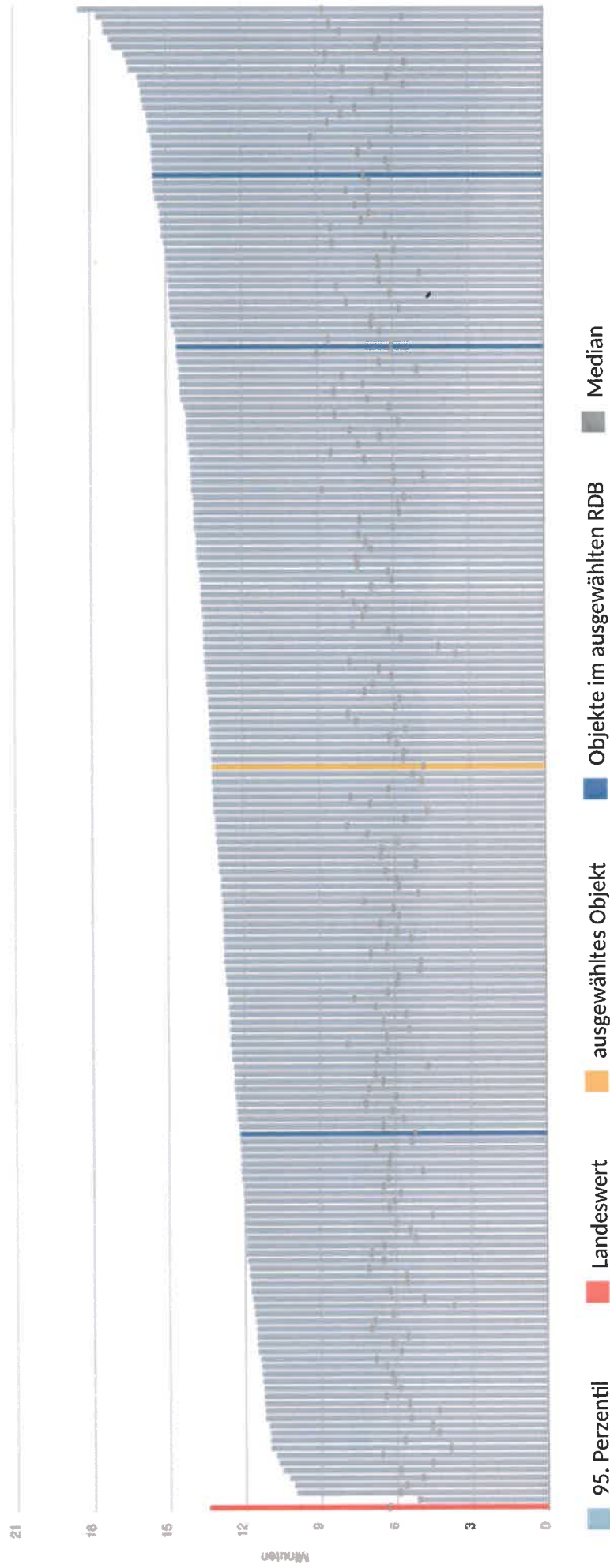












ANLAGE 2 Kooperationsvereinbarungen nach § 2 Abs. 2 RDG


Kooperationsvereinbarungen zwischen dem RZV Würzburg und dem DRK KV Bad Mergentheim

V e r e i n b a r u n g

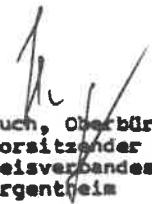
zwischen dem Rettungszweckverband Würzburg (Bayern) und dem
DRK-Kreisverband Mergentheim (Baden-Württemberg):

Die Vereinbarung vom 25.1.1984 über die Landrettung im Raum
Röttingen wird auf unbestimmte Zeit fortgeführt. Sie kann
von beiden Seiten mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten
zum Quartalsende gekündigt werden.

Würzburg, 31.7.1986


Dr. Zeitler, Oberbürgermeister
Verbandsvorsitzender des
Rettungszweckverbandes Würzburg

Bad Mergentheim, 12.8.1986


Dr. Mauch, Oberbürgermeister
Kreisvorsitzender des
DRK-Kreisverbandes
Bad Mergentheim

Mit dem Ziel, eine optimale Rettungsdienstversorgung unter wirtschaftlich angemessenen Bedingungen im Raum Röttingen (Rettungsdienstbereich Würzburg)/Creglingen (Rettungswache Creglingen) sicherzustellen,

schließen der Rettungszweckverband Würzburg (Bayern) und der DRK-Kreisverband Mergentheim (Baden-Württemberg) am 25.01.1984 folgende

V e r e i n b a r u n g :

1. Der DRK-Kreisverband Mergentheim e.V. wird von seiner Rettungswache Creglingen aus auf Anforderung der Rettungsleitstelle Würzburg Rettungsdiensteinsätze (Notfalleinsätze und Krankentransporte) im Raum Röttingen (Landkreis Würzburg) übernehmen, Art. 5 BayRDG. Die Lenkung dieser grenzüberschreitenden Einsätze obliegt der Rettungsleitstelle Würzburg.
2. Die Rettungsleitstelle Würzburg wird, soweit ihr aus taktischen oder medizinischen Gründen der Einsatz der in der Rettungswache Creglingen stationierten Krankenkraftwagen (z.Zt. ein KTW) im Raum Röttingen notwendig erscheint, ihren Einsatzwunsch an den DRK-Kreisverband Mergentheim richten. Bei Notfalleinsätzen setzt sie grundsätzlich das dem Einsatzort nächste geeignete Rettungsmittel ein. Vom DRK-Kreisverband Mergentheim wird unverzüglich das angeforderte Einsatzfahrzeug der Rettungswache Creglingen eingesetzt. Sollte die Rettungswache Creglingen wegen eigener Einsätze nicht in der Lage sein, den Einsatzauftrag zu übernehmen, wird der DRK-Kreisverband Mergentheim bzw. die Rettungswache Creglingen die Rettungsleitstelle Würzburg unverzüglich in Kenntnis setzen.
3. Die Alarmierungswege des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich Würzburg bleiben durch diese Zusammenarbeit unberührt.

./.

Insbesondere bleiben die bekannten Rufnummern für den Bayer. Rettungsdienst einschließlich der Rufnummer für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst unverändert.

Die Rettungswache Creglingen nimmt die Einsatzaufträge in der Regel von der Rettungsleitstelle entgegen. Erfährt die Rettungswache unmittelbar von einem Unfall an einem Ort, zu dem sie die nächstgelegene Rettungswache ist, so hat sie den Einsatz sofort zu übernehmen und die Rettungsleitstelle unverzüglich zu unterrichten. Entsprechendes gilt für Krankenkraftwagen, die sich auf der Rückkehr vom Einsatz befinden. Kann der Einsatz nicht sofort übernommen werden, ist die Rettungsleitstelle unverzüglich zu unterrichten. Erfährt die Rettungswache unmittelbar von sonstigen Notfällen, so hat sie die Rettungsleitstelle zu unterrichten. Wird die Rettungswache unmittelbar mit einem Krankentransport beauftragt, so unterrichtet sie vor Übernahme des Auftrages die Rettungsleitstelle und wartet deren Weisungen ab.

4. Der DRK-Kreisverband Mergentheim rechnet die im Raum Röttingen durchgeführten Rettungsdiensteinsätze nach seinen Tarifen unmittelbar mit den zuständigen Versicherungsträgern ab.
5. Der Rettungszweckverband Würzburg zieht den in Röttingen stehenden Krankenkraftwagen während der Laufzeit dieser Vereinbarung ab und wird während dieses Zeitraumes keinen Stellplatz zur Absicherung dieses Gebietes schaffen.
6. Diese Vereinbarung hat eine Laufzeit von drei Jahren ab Unterzeichnung. Die Vertragsschließenden verpflichten sich, sechs Monate vor Vertragsende Gespräche über eine Weiterführung der in diesem Vertrag geregelten Zusammenarbeit aufzunehmen. Die Ver-

./.

ANLAGE 3 Trägerschafts- und Ergänzungsvereinbarung zum Betrieb der Integrierten Leitstelle im RDB Main-Tauber-Kreis

Vereinbarung

**zwischen dem Main-Tauber-Kreis,
vertreten durch Herrn Landrat Denzer,**

und

**dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Bad Mergentheim e.V.,
vertreten durch den Vorsitzenden,
Herrn Rechtsanwalt Schöppler**

über

die Einrichtung und den Betrieb einer integrierten Leitstelle für den Rettungsdienst und die Feuerwehren im Main-Tauber-Kreis.

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

1. Die Vertragspartner errichten und betreiben in gemeinsamer Trägerschaft im Gebäude des DRK in 97980 Bad Mergentheim, Rotkreuzstr. 31, eine integrierte Leitstelle für den Rettungsdienst und die Feuerwehren im Main-Tauber-Kreis.
2. In der integrierten Leitstelle erledigt das eingesetzte Personal sowohl die Aufgaben der Leitstelle für die Feuerwehren gemäß § 4 Feuerwehrgesetz als auch der Rettungsleitstelle nach § 6 Rettungsdienstgesetz.
3. Das Landratsamt als untere Verwaltungsbehörde hat das Recht, die Leitstelle zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem Landeskatastrophenschutzgesetz zu nutzen.
4. Der Main-Tauber-Kreis bleibt Träger der Aufgaben nach § 4 Abs. 1 Feuerwehrgesetz und ist daher auch weiterhin für die Erfüllung dieser Aufgaben verantwortlich. Das DRK, Kreisverband Bad Mergentheim e.V., bleibt Träger und Verantwortlicher der Aufgaben nach § 6 Rettungsdienstgesetz.

§ 2

Einrichtung der Leitstelle

1. Die Leitstelle wurde nach den gültigen Ausstattungsrichtlinien für beide Vertragsparteien im Einvernehmen errichtet. Notwendige technische Änderungen, Ergänzungen und Erweiterungen der Einrichtung sind einvernehmlich abzustimmen.
2. Die für den weiteren Betrieb der Leitstelle erforderliche Leitstellentechnik sowie die sonstige erforderliche Einrichtung für den integrierten Betrieb der Leitstelle werden von beiden Parteien finanziert, wobei diese Kosten geteilt werden.
3. Die zukünftig gemeinschaftlich finanzierte Ausstattung der Leitstelle steht im gemeinschaftlichen Eigentum der Vertragsparteien. Der Miteigentumsanteil beträgt 50 %. Über die bereits vorhandenen Einrichtungen wird ein Anlageverzeichnis erstellt, aus dem die Eigentumsverhältnisse und ggf. die prozentualen Miteigentumsanteile hervorgehen.

§ 3

Betrieb und Personal

1. Der Betrieb der integrierten Leitstelle wird in einer Dienstanweisung, die einvernehmlich zwischen beiden Vertragsparteien festgelegt wird, geregelt. Sie hat den Anforderungen des Rettungsdienstgesetzes, des Feuerwehrgesetzes, des Landeskatastrophenschutzgesetzes und den hierzu ergangenen Verwaltungsvorschriften Rechnung zu tragen.
2. Das DRK trägt die organisatorische Verantwortung für den Betrieb der Leitstelle. Dazu gehört u.a. die notwendige Veranlassung zur Wartung und Instandhaltung der technischen Einrichtung und der Abschluss von Versicherungen. Über die Vergabe von Aufträgen in diesem Bereich, die den Wert von 10.000,-- DM übersteigen, ist vorab das Landratsamt zu informieren.
3. Für den Betrieb der integrierten Leitstelle muss geeignetes, hauptamtliches und fachlich geschultes Personal eingesetzt werden. Arbeitgeber ist das DRK. Nach den derzeitigen Berechnungen werden für den Betrieb der Leitstelle 5,7 Personen benötigt. Aufstockungen der Planstellen erfolgen bei Bedarf im Einvernehmen der Vertragspartner. Eine kurzfristige Verstärkung des Personals bei besonderen Schadenslagen ist vom DRK zu gewährleisten.

4. Bei der Personalauswahl sind für den Bereich des Rettungsdienstes die jeweils geltenden Bestimmungen im Rettungsdienstgesetz, im Rettungsdienstplan und den daraus resultierenden Verordnungen und Erlassen sowie die vertraglich festgelegten Anforderungen des DRK, Kreisverband Bad Mergentheim e.V., zu beachten. Nach dem derzeitigen Stand ist somit erforderlich, dass das Personal die Ausbildung zum Rettungsdienstassistenten hat.

Für den Aufgabenbereich der Feuerwehr gelten die jeweiligen Bestimmungen des Feuerwehrgesetzes sowie die hierzu ergangenen Verwaltungsvorschriften. Nach der derzeitigen Rechtslage ist die im Erlass des Innenministeriums vom 07.10.1997 festgelegte feuerwehrtechnische Ausbildung des mittleren Dienstes anzustreben. Als Mindestvoraussetzung sollte jeder Mitarbeiter die Teilnahme an folgenden Lehrgängen nach der VwV-Feuerwehrausbildung nachweisen:

Feuerwehrgrundausbildung
Sprechfunkerlehrgang
Truppführerlehrgang
Gruppenführerlehrgang
Leitstellenlehrgang.

5. Die Personalauswahl erfolgt durch ein Gremium. Dieses ist besetzt mit zwei Mitarbeitern des DRK und zwei Mitarbeitern des Landratsamtes. Das DRK erklärt sich bereit, das Personal zu den Fortbildungsmaßnahmen nach rechtzeitiger Absprache im Rahmen des Dienstes freizustellen. Das DRK stellt bei Fortbildungsmaßnahmen geeignetes Ersatzpersonal zur Verfügung.
6. Das DRK ist berechtigt, den Dienstleiter der integrierten Leitstelle zu bestimmen. Der Dienstleiter hat für die Aufrechterhaltung des Betriebes der Leitstelle die erforderliche Weisungsbefugnis über das eingesetzte Leitstellenpersonal und übt das Hausrecht in den Räumen der Leitstelle aus.
7. Die Fachaufsicht liegt in Feuerwehrangelegenheiten bei dem Kreisbrandmeister, im rettungsdienstlichen Bereich beim Leiter des Rettungsdienstes. Ein fachliches Weisungsrecht im jeweils anderen Aufgabenbereich besteht damit nicht.
8. Die laufenden Betriebskosten sowie die Personalkosten der integrierten Leitstelle werden vom DRK und dem Main-Tauber-Kreis entsprechend einer Sondervereinbarung getragen.

§ 4

Geltende Vorschriften

Für diesen Vertrag gelten die jeweiligen gültigen Vorschriften des Landesverwaltungsverfahrensgesetzes über öffentlich-rechtliche Verträge. In Ergänzung dazu gelten die Bestimmungen des BGB.

§ 5

Vertragsdauer

1. Dieser Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann von jedem Partner unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Jahr zum 31. Dezember gekündigt werden.
2. Nach Kündigung des Vertrages sind beide Vertragspartner verpflichtet, sich über die Verteilung der gemeinschaftlich beschafften Anlagegüter der integrierten Leitstelle zu einigen. Kommt keine Einigung zustande, wird ein Gutachter beauftragt, den Restwert der Ausstattung zu schätzen. Die Gutachterkosten werden von beiden Parteien je zur Hälfte getragen.

§ 6

Sonstige Bestimmungen

1. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.
2. Sollten die Vereinbarungen dieses Vertrages oder künftige Änderungen oder Ergänzungen ganz oder teilweise nicht rechtswirksam sein, so soll hierdurch die Gültigkeit der übrigen Vereinbarungen dieses Vertrages nicht berührt werden.
3. Das gleiche gilt, sofern sich herausstellen sollte, dass dieser Vertrag eine Regelungslücke enthält. Anstelle der unwirksamen Bestimmung oder zur Ausfüllung der Regelungslücke soll eine angemessene Regelung gelten, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt hätten, sofern sie bei Abschluss des Vertrages den Punkt bedacht hätten.
4. Während der Geltungsdauer der Vereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb dieser Leitstelle, wird die von der Firma Siemens in den Räumen des DRK eingebaute Feuerwehrmeldeempfangsanlage (Brandmeldeanlage) vom Leitstellenpersonal des DRK im Rahmen der getroffenen Vergütungsvereinbarung bedient.

Hierzu stellt das DRK sicher, dass

- a) neben der Firma Siemens bei Störungsanzeigen an der Brandmeldeanlage und bei Störungsanzeigen, die sich auf einen Teilnehmer beziehen, zusätzlich der betreffende Teilnehmer verständigt wird;
- b) die Mitarbeiter der Firma Siemens für erforderliche Wartungs- und Instandsetzungsarbeiten jederzeit Zutritt zur Leitstelle bekommen;
- c) die Brandmeldeanlage der Firma Siemens an das Stromnetz des DRK-Gebäudes angeschlossen ist.

Der Landkreis stellt sicher, dass dem DRK hierfür von der Firma Siemens bei bis zu 100 Teilnehmern eine monatliche Pauschale von 20,-- DM und bei über 100 Teilnehmern eine Pauschale von 30,-- DM monatlich gezahlt wird.

Den Versicherungsschutz für die Brandmeldeanlage regelt das DRK mit der Firma Siemens separat.

5. Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung tritt die am 2. April 1997 geschlossene Vereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb einer Leitstelle für die Feuerwehren außer Kraft.

Tauberbischofsheim, 31. Mai 2000

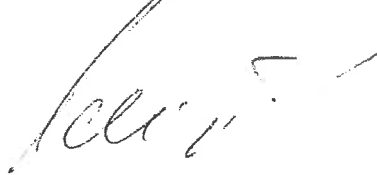
Für den Main-Tauber-Kreis



Georg Denzer
Landrat

Bad Mergentheim, 31. Mai 2000

Für den DRK-Kreisverband
Bad Mergentheim e.V.



RA Gert Schöppler
Kreisverbandsvorsitzender

Sondervereinbarung nach § 3 Abs. 8

zur Vereinbarung vom 31. Mai 2000

zwischen dem Landkreis Main-Tauber (LRA MTK),
vertreten durch Herrn Landrat Denzer,
und
dem Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Bad Mergentheim e. V. (DRK),
vertreten durch den Vorsitzenden, Herrn RA Schöppler,

über die Einrichtung und den Betrieb einer integrierten Leitstelle für den Rettungsdienst und die
Feuerwehren im Main-Tauber-Kreis.

Auf Grund der oben genannten Vereinbarung, die sich in § 3 Abs. 8 auf diese Sondervereinbarung zur Regelung
der Aufteilung laufender Personal- und Betriebskosten für die integrierte Leitstelle zwischen LRA MTK und DRK
bezieht, wird folgende Übereinkunft, die die Kostenträger gemeinschaftlich mittragen, getroffen:

2. Verfahrensweise für das Jahr 2000

Ab dem 01. Juli 2000 werden die laufenden Personal- und Betriebskosten mit 40 % aus dem Kostenblatt des
Wirtschaftsjahres 2000 (=Kalenderjahr) vom LRA MTK getragen. Die Kostenblätter für das Jahr 2000 befinden
sich exemplarisch als Anlage beigelegt. Für das erste Halbjahr 2000 wird der Festbetrag von DM 136.000,--
halbiert zur Auszahlung gebracht.

2. Verfahrensweise ab dem Jahr 2001

Ab dem Betriebsjahr 2001 werden die Personal- und Betriebskosten des jeweiligen Wirtschaftsjahres mit 45 % der
im Kostenblatt ausgewiesenen Beträge vom LRA MTK erstattet.

3. Zahlungsmodalitäten

Die Zahlung erfolgt in 12 Monatsraten, jeweils zum 05. Werktag eines jeden Monats. Betragliche Veränderungen,
die sich aus dem Kostenblatt des betreffenden Jahres ergeben, werden seitens des DRK bis 30. August des
jeweiligen Betriebsjahres dem LRA MTK gesondert ausgewiesen und bis 30. November des gleichen Jahres
ausgeglichen.

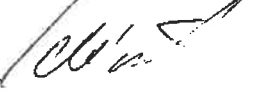
Tauberbischofsheim, den 28.11.2000

Für den Main-Tauber-Kreis


Georg Denzer
Landrat

Bad Mergentheim, den 19.11.00

Für den DRK-Kreisverband
Bad Mergentheim e. V.


RA Gert Schöppler
Kreisverbandsvorsitzender

Feuerwehr- und Rettungsleitstelle Main-Tauber
Rotkreuzstr. 31, 97980 Bad Mergentheim

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort
2.	Verantwortlichkeiten für die Planungen für den ManV
3.	Zielsetzung
4.	Geltungsbereich
5.	Planungsgrundlagen
5.1	Verletzungsgrade
5.2	Wellenkonzept
5.3	Mitwirkende
5.3.1	Rettungsdienst
5.3.2	Schnelleinsatzgruppe (SEG)
5.3.3	Feuerwehr und andere Hilfsorganisationen (z.B. DLRG, THW, PSNV)
5.3.4	Katastrophenschutzdienst
5.3.5	Krankenhäuser
5.3.6	Polizeivollzugsdienst
6.	Einsatzablauf
6.1.	Alarmierung
6.2	Führungsorganisation und Einsatzleitung
6.2.1	Führungsmittel
6.2.2	Gliederung der Einsatzstelle
6.2.3	Einsatzabschnitt Medizinische Rettung
6.3	Ersteintreffende Kräfte
6.3.1	Ersteintreffendes notarztbesetztes Rettungsmittel
6.3.2	Ersteintreffender Rettungswagen/Krankentransportwagen
6.4	Patientenablage
6.4.1	Führung und Organisation
6.4.2	Kräfteansatz
6.4.3	Aufgaben
6.4.4.	Verletztenanhängekarten
6.4.5	Patientenmanagement
6.4.6	Soforttransport
6.5	Patiententransport an der Einsatzstelle
6.5.1	Aufgabe der Trägertrupps
6.5.2	Kräfteansatz
6.6	Behandlungsplatz
6.6.1	Leistungsfähigkeit
6.6.2	Führung und Organisation
6.6.3	Personal
6.6.4	Kennzeichnung der Einsatzkräfte
6.6.5	Sichtung/Eingang
6.6.6.	Behandlungsbereiche T1 bis T4
6.6.7	Ausgang
6.6.8	Rettungsmittelhalteplatz
6.7	Rettungsmittel
6.8	Zielkliniken/Krankenhäuser
6.9	Sammelplatz
6.10	Betreuungsplatz
6.10.1	Anlaufstelle
6.10.2	Betreuungsplatz
7.	Schlussbemerkung
8.	Abkürzungsverzeichnis
9.	Rechtsgrundlagen
10.	Anlagen

1. Vorwort

Unter der Federführung des Innenministeriums Baden-Württemberg wurde von März 2007 bis Juli 2008 die „Konzeption des Innenministeriums für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten oder Erkrankten im Katastrophenschutz (ManV-Konzept)“ erarbeitet. Diese Konzeption ergänzte die „Gemeinsamen Hinweise ManV“ von Sozial- und Innenministerium. Ziel dieses ManV-Konzeptes war es, einen Rahmen für die einheitliche Planung und Bewältigung derartiger Schadensfälle in Baden-Württemberg zu schaffen.

Die Konzeption des Innenministeriums für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten im Katastrophenschutz (ManV-Konzept) wurde von Mai 2012 bis März 2016 überarbeitet, um das Konzept an aktuelle Erfahrungen und Entwicklungen aus Großveranstaltungen und Einsätzen in Baden-Württemberg anzupassen.

Das vorliegende ManV-Konzept lässt sich auch bei einem Massenanfall an Erkrankten anwenden.

2. Verantwortlichkeiten für die Planungen für den ManV

In Abstimmung zwischen der Katastrophenschutzbehörde, den Leistungsträgern des Rettungsdienstes (incl. der Integrierten Leitstellen/Rettungsleitstellen und der Oberleitstelle Baden-Württemberg), dem Bereichsausschuss für den Rettungsdienst, einem Vertreter der Leitenden Notärzte sowie der Organisatorischen Leiter Rettungsdienst des Rettungsdienstbereiches, den im Katastrophenschutz mitwirkenden Hilfsorganisationen und sonstigen betroffenen Behörden und Stellen nach § 5 Abs. 1 Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG) sind Planungen für einen ManV zu erstellen. Insbesondere die Krankenhäuser haben hierzu gemäß § 5 Abs. 3 LKatSG, § 28 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) Fachpläne in Form von Alarm- und Einsatzplänen auch für den Fall eines ManV beizutragen.

Die Planungen für den ManV sind die Grundlage für Maßnahmen der für die Hilfeleistung verantwortlichen Organisationen, Behörden und Einrichtungen, insbesondere der Katastrophenschutzbehörden für den Fall, dass diese nach § 19 Abs. 1 Satz 1 LKatSG die Einsatzmaßnahmen leiten, der Integrierten Leitstellen/Rettungsleitstellen und der Oberleitstelle Baden-Württemberg nach § 6 Rettungsdienstgesetz (RDG).

Die Planungen aller im Falle eines ManV Beteiligten sind aufeinander abzustimmen. Die Katastrophenschutzbehörde steuert und koordiniert diese Planungen und integriert sie in ihre Alarm- und Einsatzpläne. Dies umfasst insbesondere auch stadt- und landkreisübergreifende Abstimmungen.

Mit einer Fläche von rund 1.300 Quadratkilometern und einer Nord-Süd-Ausdehnung von über 100 km ist der Main-Tauber-Kreis einer der flächengrößten und auch der nördlichste Landkreis in Baden-Württemberg. Der Main-Tauber-Kreis erstreckt sich vom bayerischen Rothenburg ob der Tauber im Süden bis zum badischen Wertheim bzw. Freudenberg am Main im Norden. Im Osten grenzt er an das bayerische Würzburg, im Westen an den Neckar-Odenwald-Kreis und im Süden an den Hohenlohekreis und Landkreis Schwäbisch Hall. Durch den Main-Tauber-Kreis führen die Bundesautobahnen A3 Frankfurt-Nürnberg-München und A81 Würzburg-Heilbronn-Stuttgart. Daneben gibt es wichtige Eisenbahnstrecken im Landkreis, wie die Strecke Stuttgart-Würzburg mit Anbindung an den ICE-Knotenpunkt Würzburg und Crailsheim-Wertheim.

Die flächenmäßige Ausdehnung des ländlichen Main-Tauber-Kreises führt dazu, dass die nur begrenzt vorhandenen Ressourcen im Falle eines ManV nicht ausreichend und aus diesem Grund relativ schnell erschöpft wären. Eine Einbeziehung der Nachbarlandkreise wäre daher zwingend erforderlich.

3. Zielsetzung

Das ManV-Konzept legt die Mindestanforderungen für die Bewältigung eines Schadensereignisses mit einer Vielzahl von Verletzten fest. Den Katastrophenschutzbehörden, Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Krankenhäusern und sonstigen an der Bewältigung einer entsprechenden Schadenslage beteiligten Stellen/Organisationen wird mit der Konzeption ein einheitlicher Rahmen für die Bemessung und Bewältigung solcher Schadenslagen gegeben.

Oberstes Ziel bei der Bewältigung eines ManV ist, den anfänglichen Mangel an Ressourcen so zu organisieren und zu verwalten, dass eine fachgerechte Versorgung aller betroffenen Patienten nach den individualmedizinischen Kriterien des Rettungsdienstes so schnell wie möglich wieder hergestellt wird.

Eine Schadenslage mit einer Vielzahl von Verletzten und Erkrankten ist nicht nur die Summe vieler Einzelnotfälle. Aus der Vielzahl der betroffenen Personen ergeben sich eine Vielzahl spezieller Anforderungen und Aufgaben. Die zeitliche Überbrückung des Missverhältnisses zwischen Versorgungsbedarf und –kapazität verlangt einsatztaktisch und notfallmedizinisch andere Vorgehensweisen und Entscheidungen als im Bereich der Individualmedizin. Dafür muss u.a. eine klare Führungsorganisation vorgegeben sein.

Das vorliegende Konzept befasst sich schwerpunktmäßig mit der Einbindung und den Planungen der Einsatzeinheiten „Sanität und Betreuung“. Es baut auf bewährten Strukturen und allgemein bekannten und etablierten Einsatzstandards auf. Diese sollen so weit wie möglich im Rahmen der neuen Konzeption beibehalten werden. Darauf aufbauend ergeben sich folgende Anforderungen:

- Festlegung eines lückenlosen Ineinandergreifens von Rettungsdienst, Schnelleinsatzgruppe (SEG), Einheiten des Katastrophenschutzes und weiteren geeigneten Einsatzstrukturen der Hilfsorganisationen,
- Harmonisierung der Abläufe, Begrifflichkeiten und taktischen Maßnahmen über Rettungsdienstbereiche hinweg,
- Stärkung der Einsatzfähigkeit der Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten,
- Verzahnung der Schnelleinsatzgruppen mit den Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten,
- Bildung von Leistungsmodulen mit definiertem taktischem Einsatzwert, die ein Aufwachsen an der Schadensstelle ermöglichen (Wellenkonzept).

Das ManV-Konzept verzichtet auf eine detailliertere Beschreibung zur Verfahrensweise bei der Dekontamination Verletzter. Einzelheiten hierzu sind Gegenstand eines gesonderten Konzepts (Landeskonzept Baden-Württemberg Dekontaminationsplatz-Verletzte 50 - Dekon-V Platz 50 BaWü – vom 20.12.2016, in Kraft getreten 28.02.2017).

Als Mindestanforderung ist anzustreben, dass grundsätzlich jeder Stadt- und Landkreis in der Lage ist, über die Vorhaltungen für den Rettungsdienst laut Bereichsplan hinaus – ggf. mit Unterstützung aus anderen Kreisen, insgesamt 50 Patienten schnellstmöglich versorgen

zu können. In Kreisen, in denen die Kapazitäten der Krankenhäuser dafür nicht ausreichen, ist auf verstärkte kreisübergreifende Patientenverteilung zu setzen.

4. Geltungsbereich

Das ManV-Konzept kommt bei Einsätzen innerhalb des Main-Tauber-Kreises zur Geltung. Es wendet sich an die im Katastrophenschutz mitwirkenden Hilfsorganisationen und folgende Institutionen:

- Landratsamt Main-Tauber-Kreis, Untere Katastrophenschutzbehörde
- Integrierte Leitstelle Bad Mergentheim
- Oberleitstelle Baden-Württemberg
- Gruppe der Leitenden Notärzte im Main-Tauber-Kreis
- Organisationen, die gemäß dem Bereichsplan für den Rettungsdienstbereich des Main-Tauber-Kreises an der präklinischen Notfallrettung beteiligt sind
- Notfallseelsorge im Main-Tauber-Kreis und das Kriseninterventionsteam
- mitwirkungsbereite Ärzte im Main-Tauber-Kreis ([Anlage 4](#))

5. Planungsgrundlagen

Ein ManV im Sinne der nachfolgenden Hinweise liegt vor, wenn ein Großschadensfall gemäß Rettungsdienstplan Baden-Württemberg oder eine Katastrophe mit einer größeren Anzahl von Verletzten nach § 1 Abs. 2 Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG) gegeben ist.

Ein **Großschadensfall** ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Verletzten bei häufig nicht mehr funktionsfähiger oder nicht mehr ausreichender Infrastruktur am Schadensort, teilweise auch durch das Bestehen einer erheblichen Gefährdung der Einsatzkräfte im Bereich des Schadensereignisses. Dabei ist davon auszugehen, dass ein Missverhältnis zwischen dem Bedarf an der Schadensstelle und der Kapazität des Rettungsdienstes entsteht, so dass – zumindest für einen gewissen Zeitraum – nicht mehr nach den Kriterien der individuellen medizinischen Versorgung verfahren werden kann (vgl. Rettungsdienstplan 2014 Baden-Württemberg).

Eine **Katastrophe** ist ein Geschehen, das Leben oder Gesundheit zahlreicher Menschen oder Tiere, die Umwelt, erhebliche Sachwerte oder die lebensnotwendige Versorgung der Bevölkerung in so ungewöhnlichem Maße gefährdet oder schädigt, dass es geboten erscheint, ein zu seiner Abwehr und Bekämpfung erforderliches Zusammenwirken von Behörden, Stellen und Organisationen unter die einheitliche Leitung der Katastrophenschutzbehörde zu stellen (§ 1 Abs. 2 LKatSG).

Nicht Gegenstand dieses Konzeptes sind die Regelungen des Seuchenalarmplans des Sozialministeriums für das Management und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten in Baden-Württemberg.

5.1 Verletzungsgrade

Als Planungsgrundlage wird ein punktuelles oder kleinflächiges Schadensereignis mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten angesetzt. Dieses Schadensereignis ist in der Frühphase durch einen Ressourcenmangel (personell wie materiell) gekennzeichnet, in der Spätphase durch eine Vielzahl zu koordinierender Ressourcen.

Beim Ressourcenmangel sind folgende Aufgaben vorrangig zu bewältigen:

- Priorisierung der Aufgaben (Sichtung der Patienten)
- Bündelung der Aufgaben und Ressourcen (Konzentration)
- Pufferung aufschiebbarer Aufgaben (Transportorganisation und Verteilung der Patienten auf die Krankenhäuser)
- Einbindung der Krankenhäuser

Auf der Grundlage der Ergebnisse der 1. und 2. Konsensus-Konferenz werden folgende Festlegungen getroffen:

Prozentuale Verteilung der Verletzungsgrade bei einem punktuellen Schadensereignis:

Verletzungsgrad	Prozentualer Anteil bezogen auf alle Verletzten [%]
akut vital bedroht	40
schwerverletzt	20
leichtverletzt	40

Tabelle 1 - Verteilung der Verletzungsgrade

Kategorisierung der Verletzungsgrade nach erfolgter Sichtung:






Kategorie	Verletzungsgrad	Erforderliche Maßnahmen
 I	akut vital bedroht	Sofortbehandlung
 II	schwerverletzt	dringende Behandlung
 III	leichtverletzt	spätere (ambulante) Behandlung
 IV	ohne Überlebenschance	betreuende (abwartende) Behandlung
	Tote	Registrierung

Tabelle 2 - Sichtungskategorien

5.2 Wellenkonzept

Die zur Bewältigung einer Schadenslage benötigten Ressourcen sind in einem stufenförmig aufwachsenden Wellenkonzept darzustellen. Die benötigten Strukturen und Einsatzmittel variieren in Abhängigkeit von der Anzahl der Verletzten oder Erkrankten, daher werden verschiedene Stufen des ManV festgelegt:

- ManV 1: ab 5 Schwerverletzte – 10 Verletzte/Erkrankte
- ManV 2: 11 – 25 Verletzte/Erkrankte
- ManV 3: 26 – 50 Verletzte/Erkrankte
- ManV 4: > 50 Verletzte/Erkrankte

Außerdem wird bei der Alarmierung zwischen ManV-Verletzte und ManV-Erkrankte unterschieden. Die Festlegung der Alarmstufen erfolgt entweder direkt bei Einsatzeröffnung durch den Disponenten in der Integrierten Leitstelle (ILS) oder nachträglich durch den Einsatzleiter (LNA/OrgL) vor Ort, wenn dies nach der ersten Erkundung geboten erscheint.

5.3 Mitwirkende

- Rettungsdienst
- Schnelleinsatzgruppe (SEG)
- Feuerwehr und andere Hilfsorganisationen (z.B. DLRG, THW, PSNV)
- Katastrophenschutzdienst
- Krankenhäuser
- Polizeivollzugsdienst

5.3.1 Rettungsdienst

Grundlagen in jedem Rettungsdienstbereich bzw. Stadt-/Landkreis bilden die Vorhaltungen der Regelversorgung im Rettungsdienst. Zur Verstärkung der präsenten Kräfte des Rettungsdienstes kann die Zuziehung von dienstfreiem rettungsdienstlichem Fachpersonal sowie der Rettungsdienstkräfte benachbarter Rettungsdienstbereiche bzw. Stadt-/Landkreise geplant werden. Die Träger des Rettungsdienstes in benachbarten Rettungsdienstbereichen haben sich auf Anforderung der Rettungsleitstellen gegenseitig zu unterstützen, sofern dadurch die Wahrnehmung der Aufgaben im eigenen Rettungsdienstbereich nicht wesentlich beeinträchtigt wird (§ 13 Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg – RDG).

5.3.2 Schnelleinsatzgruppe (SEG)

Eine wesentliche Funktion bei der Planung und Bewältigung eines ManV kommt den Schnelleinsatzgruppen (SEGen) der Hilfsorganisationen als Bindeglied zwischen dem Rettungsdienst sowie den Sanitäts- und Betreuungseinheiten des Katastrophenschutzes zu. Neben den Schnelleinsatzgruppen Erstversorgung (SEG-E) und den teilweise bereits vorhandenen Schnelleinsatzgruppen Transport (SEG-T) sind weitere vor Ort vorhandene Schnelleinsatzgruppen (hilfsorganisationseigene Einsatzformationen der Regionalen Untergliederungen) einzubeziehen.

5.3.3 Feuerwehr und andere Hilfsorganisationen (z.B. DLRG, THW, PSNV)

Einsatzkräfte der Feuerwehr können zur Unterstützung eingesetzt werden, sofern dies neben ihrer originären Aufgabenstellung möglich ist. Dies gilt auch für andere Hilfsorganisationen.

5.3.4 Katastrophenschutzdienst

Um die dauernde Verfügbarkeit eines Teils der im Katastrophenschutz mitwirkenden Kräfte für Katastropheneinsätze zu gewährleisten, wurden nach Fachdiensten gegliederte Einheiten des Katastrophenschutzdienstes – u.a. auch der Sanitäts- und Betreuungsdienst – gebildet (vgl. VwV des IM über die Stärke und Gliederung des KatS-Dienstes).

Die Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzdienstes nach § 10 LKatSG und namentlich der Sanitäts- und Betreuungsdienst sind in die Planungen für den Fall einzubeziehen, dass der ManV vom Rettungsdienst und den SEGen nicht bewältigt werden kann. Über deren Einsatz entscheidet die Katastrophenschutzbehörde. Auf die besonderen Bestimmungen des LKatSG im Katastrophenfall wird verwiesen.

5.3.5 Krankenhäuser

Die Rettungskette wird dadurch geschlossen, dass die Weiterbehandlung von am Notfallort erstversorgten Patienten in einer für die weitere Versorgung geeigneten Einrichtung, insbesondere in einem Krankenhaus, gewährleistet ist.

Jedes Krankenhaus hat eine Aufnahmepflicht, unabhängig vom Vorliegen eines Katastrophenfalls und beschränkt durch deren Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit. Die Krankenhäuser wirken nach § 5 Abs. 1 LKatSG im Katastrophenschutz mit und haben eigenverantwortlich umfassende Vorsorge für ihre Einsatzfähigkeit bei Katastrophen zu treffen. Gemäß § 28 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) stellen die Krankenhäuser zudem durch die Erstellung und Fortschreibung von Alarm- und Einsatzplänen sicher, dass auch bei einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten gewährleistet werden kann.

5.3.6 Polizeivollzugsdienst

Neben ihren originären Aufgabenstellungen gewährleistet die Polizei bei größeren Schadensereignissen den möglichst ungehinderten Einsatz der zuständigen Behörden und Fachdienste. Bei der Bewältigung eines ManV unterstützt der Polizeivollzugsdienst im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten, weshalb eine frühzeitige Verständigung des regional zuständigen Polizeipräsidiums (FLZ) erforderlich ist. Während der Einsatzmaßnahmen vor Ort sollte darüber hinaus eine ständige Abstimmung zwischen der nichtpolizeilichen und polizeilichen Einsatzleitung gewährleistet werden. Bis zum Eintreffen der originär zuständigen Behörden und Fachdienste am Einsatzort trifft die Polizei die unaufschiebbar notwendigen Maßnahmen. Die Einsatzmaßnahmen des Polizeivollzugsdienstes erfolgen im Regelfall in eigener Zuständigkeit.

Dazu gehören im Wesentlichen gefahrenabwehrende Maßnahmen wie beispielsweise die Absperrung des Einsatzortes oder das Freihalten der Hilfs- und Rettungswege. Darüber hinaus sind der gemeinsame Betrieb von Personensammelstellen sowie die Unterstützung von Betreuungsmaßnahmen und der ereignisabhängige Betrieb einer Personenauskunftsstelle in Betracht zu ziehen.

Bei Schadensereignissen, die nicht mehr durch die Mittel der Regelvorhaltung beherrschbar sind, müssen die Strukturen durch Ressourcen des Rettungsdienstes durch Schnelleinsatzgruppen der Hilfsorganisationen sowie durch Katastrophenschutzeinheiten, Feuerwehren und Polizeivollzugsdienst aus benachbarten Bereichen, unterstützt werden ([Anlage 4](#)).

6. Einsatzablauf

6.1 Alarmierung

Zu jeder Schadenslage bzw. zu jedem Notfall sind die für die Feuerwehr in der Alarm- und Ausrückeordnung (AAO) festgelegten Einsatzmittel zu entsenden. Die Alarmierung des Rettungsdienstes und des sanitätsdienstlichen Katastrophenschutzes erfolgt nach AAO, welche in der beigefügten Aufstellung ([Anlage 10](#)) geregelt ist.

Sollte auf Grund eines eingehenden Notrufes bereits klar erkennbar sein, dass es sich um einen ManV handelt, ist durch den Disponenten bereits primär das Alarmstichwort „ManV“ in der definierten Stufe auszurufen. In der [Anlage 5](#) ist ein Ablaufschema für einen ManV und in der [Anlage 6](#) eine Checkliste über die zu treffenden Maßnahmen dargestellt.

Die ersteintreffenden Rettungskräfte von Feuerwehr oder Rettungsdienst geben der ILS umgehend eine erste Lagemeldung.

Nach einer Lageerkundung vor Ort ist durch den Einsatzleiter/LNA/OrgL eine qualifizierte Lagemeldung an die ILS abzusetzen. Sie umfasst neben Angaben zum Schadensausmaß auch die ermittelte oder zu erwartende Patienten- und Betroffenenanzahl sowie Hinweise zu Anfahrtswegen und Bereitstellungsräumen und Besonderheiten des Einsatzortes.

Die Integrierte Leitstelle gibt nach dem ManV-Konzept des Main-Tauber-Kreises eingehende ManV-Meldungen unverzüglich entsprechend dem festgelegten Ablaufschema ManV ([Anlage 5](#)) bzw. den im ManV-Erreichbarkeitsverzeichnis aufgeführten Stellen ([Anlage 3, Nr. 2](#)) weiter. Die Leitstelle informiert bereits ab ManV 2 das Caritas Krankenhaus und die Rotkreuzklinik.

Bei einer Lage ManV-Erkrankte wird durch die ILS zusätzlich das Gesundheitsamt alarmiert ([Anlage 3, Nr. 1](#)).

6.2 Führungsorganisation und Einsatzleitung

Ein ManV erfordert besondere Führungsstrukturen und Führungsmittel. Die für den Regelbetrieb vorgehaltenen Kräfte sind hierfür nicht ausreichend und müssen um zusätzliche technische und personelle Ausstattung ergänzt werden.

Da es sich bei einem ManV in der Regel nicht um eine reine Rettungsdienstlage, sondern um eine Mischlage handelt, ist die Einrichtung einer Einsatzleitung (EL) erforderlich (ggf. TEL). Der Umfang der EL richtet sich nach dem Ausmaß des Schadensereignisses.

Die Leitung des Abschnittes „Medizinische Rettung“ obliegt grundsätzlich einem Mitglied der LNA-Gruppe und dem Einsatzleiter Rettungsdienst (OrgL) gemeinsam, wobei die Schwerpunkte für den LNA auf den medizinisch-taktischen Maßnahmen und für den OrgL auf den organisatorisch-taktischen Maßnahmen liegen. In Zweifelsfällen ist die Entscheidung des LNA ausschlaggebend. Dem LNA und dem OrgL unterstehen alle Kräfte des medizinischen Rettungsdienstes, des Sanitätsdienstes sowie des Betreuungsdienstes. Sollte für diese Abschnittsleitung kein LNA aus der LNA-Gruppe verfügbar sein, kann der Leitende Notarzt des Einsatzstabes in Absprache mit dem Einsatzleiter einen anderen Notarzt mit LNA-Qualifikation mit dieser Funktion beauftragen. Der Leiter des Abschnitts „Medizinische Rettung“ koordiniert die Alarmierung und den Einsatz der mitwirkungsbereiten Ärzte aus dem Main-Tauber-Kreis.

Die Einsatzleitung besteht aus dem Einsatzleiter der Feuerwehr und seiner Führungsgruppe. Dieser gehören neben dem Leitenden Notarzt und dem OrgL, die Fachberater oder Verbindungspersonen von Polizei, THW, Hilfsorganisationen und je nach Erfordernis weitere Fachdienste an. Unterstützt werden diese durch entsprechende Führungsassistenten.

Gesamtverantwortlich für den Einsatz ist der Einsatzleiter der Feuerwehr. Ein LNA und der OrgL übernehmen gemeinsam die Abschnittsleitung für den Abschnitt „Medizinische Rettung“.

Bei einem Massenanfall von erkrankten Personen wird der Einsatz durch den LNA und den OrgL geführt.

Beim Eintreffen an der Einsatzstelle begeben sich LNA und OrgL zu einer ersten Lagebesprechung unverzüglich zum Einsatzleiter der Feuerwehr.

6.2.1 Führungsmittel

Neben dem Einsatzleitwagen des OrgL soll dem medizinischen Rettungsdienst ein ELW 1 für die Einsatzabschnittsleitung (EAL) zur Verfügung stehen.

Je nach ManV-Stufe stehen somit mindestens folgende Führungsfahrzeuge zur Verfügung:

- ManV 1: ELW1 Feuerwehr (1/0/1/2) (EL)
- ManV 2: 2 ELW1 + Führungsfahrzeug FÜS
- ManV 3: 3 ELW1 + Führungsfahrzeug FÜS
- ManV 4: 3 ELW1 + Führungsfahrzeug FÜS + zusätzliche Kräfte auf Anforderung

Die Führungsfahrzeuge des Rettungsdienstes sind so aufzustellen, dass eine direkte Erreichbarkeit der medizinischen Abschnittsleitung für den Einsatzstab/die Einsatzleitung jederzeit gegeben ist und gemeinsame Lagebesprechungen und die Ansprechbarkeit für andere Fachdienste problemlos möglich sind.

6.2.2 Gliederung der Einsatzstelle

Die Einsatzstelle beim ManV gliedert sich grundsätzlich in die nachfolgend aufgeführten Bereiche bzw. Einsatzabschnitte:

- Einsatzleitung (Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei, Fachdienste)
- Gefahrenabwehr (Feuerwehr, Polizei, Fachdienste) und Menschenrettung (Feuerwehr)
- Medizinische Rettung (Rettungsdienst, Sanitätsdienst, Feuerwehr)
- Bereitstellung (Rettungsdienst, Feuerwehr)

Zuständigkeiten und Aufgaben werden im Folgenden näher definiert und beschrieben.

6.2.3 Einsatzabschnitt Medizinische Rettung

Der Einsatzabschnitt Medizinische Rettung gliedert sich in die nachfolgend aufgeführten Unterabschnitte:

- Patientenablage (Rettungsdienst, Sanitätsdienst)
- Patiententransport an der Einsatzstelle (Feuerwehr, Sanitätsdienst)
- Behandlungsplatz (Rettungsdienst, Sanitätsdienst)
- Betreuung (Sanitäts- und Betreuungsdienst, Notfallseelsorge und psychosoziale Notfallversorgung – PSNV)
- Krankenhauszuweisung (LNA und ILS)
- Technische Unterstützung durch Beleuchtung, Stromversorgung (Feuerwehr, THW)

Die Zuständigkeiten und Aufgaben werden im Folgenden näher definiert und beschrieben.

6.3 Ersteintreffende Kräfte

6.3.1 Ersteintreffendes notarztbesetztes Rettungsmittel

Bis zum Aufbau der Leitungs- und Führungsdienste stellt das Team aus ersteintreffendem Notarzt (NA) und dem Rettungsassistenten/Notfallsanitäter des Notarzteinsatzfahrzeuges (NEF-RA) die Abschnittsleitung für die medizinische Versorgung dar. Die Kennzeichnung erfolgt über entsprechende Überwürfe. Ihnen unterstehen an der Einsatzstelle alle Einsatzkräfte und Einsatzmittel des medizinischen Rettungsdienstes, des Sanitätsdienstes und des Krankentransports.

Diese vorläufige Abschnittsleitung verhängt bei bestehendem ManV umgehend ein Transportverbot. Zu den weiteren Aufgaben zählen.

- Lagemeldung an die ILS
- Lageerkundung
- Kontaktaufnahme mit dem Einsatzleiter der Feuerwehr
- Koordination der Einsatzmaßnahmen mit den Führungskräften der anderen eingesetzten Organisationen (Feuerwehr, Polizei, THW, DLRG, Ortspolizeibehörde, Gesundheitsamt, Krankenhäuser, etc.)
- Raumordnung in Absprache mit dem Einsatzleiter der Feuerwehr: Patientenablagen, Bereitstellungsräume, Behandlungsflächen, Sammelpunkte für Betroffene
- Einweisung von nachrückenden Einsatz- und Führungskräften in die Lage, insbesondere des Einsatzleiters Rettungsdienst (OrgL) und des Leitenden Notarztes (LNA)

6.3.2 Ersteintreffender Rettungswagen/Krankentransportwagen

Der ersteintreffende RTW führt ab ManV 2 eine Vorsichtung nach mSTART durch geschultes nichtärztliches Personal aus. Weitere Sichtungsteams können bei Bedarf von der Einsatzleitung zur nichtärztlichen Vorsichtung eingesetzt werden.

Hierzu wird der RTW mit einer Sichtungstasche ausgestattet ([Anlage 8](#)).

Alle Fahrzeuge sind so aufzustellen, dass sie auch vor dem endgültigen Einsatzende jederzeit abrücken können. Anweisungen der ILS zu Aufstellungs- und Bereitstellungsräumen sind zwingend Folge zu leisten.

Der verantwortliche RARS meldet sich bei der vorläufigen Abschnittsleitung für den medizinischen Rettungsdienst (NEF) oder, falls diese noch nicht vor Ort ist, beim Einsatzleiter der Feuerwehr und gibt umgehend eine Lagemeldung an die ILS (Was ist passiert? Anzahl der Betroffenen).

6.4 Patientenablage

Die Patientenablage (PA) ist die Schnittstelle zwischen dem Unterabschnitt „Menschenrettung“, der im Regelfall durch Kräfte der Feuerwehr besetzt ist, und dem Abschnitt „Medizinische Rettung“. Sie ist ein Unterabschnitt des Einsatzabschnittes „Medizinische Rettung“. Es ist eine Einsatzabschnittsleitung zu bilden mit einem erfahrenen NA (wenn möglich LNA) und RA (wenn möglich OrgL). Die Patientenablage wird durch die Einsatzleitung festgelegt.

6.4.1 Führung und Organisation

Die medizinische Leitung der PA obliegt dem Notarzt. Die technische Führung übernimmt eine Einsatzkraft, die mindestens über die Qualifikation Gruppenführer verfügt.

Die Kommunikation zwischen Abschnitsleitung und PA ist über ein 2m-Handsprechfunkgerät schnellstmöglich sicherzustellen.

Das Personal der PA besteht neben der NEF-Besatzung mindestens aus zwei RTW-Besatzungen und einer Schnelleinsatzgruppe „Erstversorgung“ (SEG-E). Die Fahrzeuge sind mit speziellem Material für die PA (Notfallrucksäcke, Verbrauchsmaterial, Erstversorgungssets, Einmalrettungstücher, VAK, etc.) beladen. Ein Angehöriger der SEG-E unterstützt die Abschnitsleitung bei den Dokumentations- und Kommunikationsaufgaben als Führungsassistent, das restliche Personal führt die medizinische Versorgung durch.

6.4.2 Kräfteansatz

Als Personal stehen an der Patientenablage folgende Einsatzkräfte zur Verfügung:

Führung:	NEF-Besatzung/AL	(1/0/1/2), wie 6.4
Rettungsdienst:	2 RTW-Besatzung	(0/0/4/4) (= 2x 0/0/2/2)
SEG-E:		(0/1/8/9)
Gesamt:		1/1/13/15

Im Bedarfsfall wird die Patientenablage ggf. durch weitere Kräfte erweitert.

6.4.3 Aufgaben

Der LNA oder ein durch ihn beauftragter Arzt führt die ärztliche Sichtung durch bzw. veranlasst und überwacht sie. Spätestens an der PA muss jeder Patient gesichtet werden. Im Regelfall werden die Patienten von den Einsatzkräften der Feuerwehr aus dem Schadensgebiet gerettet und an der Patientenablage an den Abschnitt „Medizinische Rettung“ übergeben.

Die Maßnahmen an der Patientenablage beschränken sich in der Regel auf lebensrettende Sofortmaßnahmen. Hiervon kann unter Umständen abgewichen werden, wenn auf Grund der Lage die Einrichtung eines strukturierten Behandlungsplatzes nicht erforderlich oder zurzeit nicht möglich ist. Hierzu ist dann jedoch eine entsprechend Aufstockung mit Personal und Material erforderlich.

Im Rahmen der Sichtung an der PA wird jeder Patient mit einer Verletztenanhängekarte (VAK) ausgestattet, sofern dies nicht bereits im Schadensgebiet geschehen ist. Das Ergebnis der Sichtung ist mit der Farbkarte zu dokumentieren und vom Sichtenden auf der VAK abzuzeichnen. Der Patient wird entsprechend dem Sichtungsergebnis gelagert. Die innen liegende Suchdienstkarte ist so früh wie möglich und so vollständig wie möglich auszufüllen. Pro Einsatzfahrzeug sollten 10 VAK mit den entsprechenden Patientennummern (siehe auch Nr. 6.4.4) vorgehalten werden.

Alle Patienten sind – wenn möglich - auf Einmalrettungstüchern zu lagern, um ein späteres Umlagern zu erleichtern. Ein Weitertransport eines Patienten darf erst nach vollständiger Sichtung und nur nach Genehmigung durch die Leitung der PA erfolgen. Diese darf die Transportgenehmigung erst erteilen, wenn die Abschnitsleitung die Aufnahmebereitschaft eines Behandlungsplatzes oder der Transportmittel mitgeteilt hat.

Um jederzeit eine Übersicht über die Patienten sicher zu stellen, wird durch den RA eine entsprechende Liste geführt.

6.4.4 Verletztenanhängekarten

Grundlage für die Registrierung von Patienten ist die bundeseinheitliche Verletztenanhängekarte (VAK) des DRK in der jeweils aktuellen Version.

Die Verletztenanhängekarten ([Anlage 1](#)) werden bereits im Vorfeld für eine Großschadenslage vorbereitet. Hierzu werden sie mit einem Aufkleber mit einer Patientennummer versehen ([Anlage 1 und 2](#)). Diese besteht aus dem Kürzel „TBB“ bzw. „MGH“ und einer fortlaufend zu vergebenden fünfstelligen Nummer (z.B. TBB-10001 bzw. MGH-10001). Weitere Aufkleber mit der Patientennummer dienen zur Kennzeichnung von Kleidung und Wertsachen von Patienten. Eine besonders große Patientennummer soll die Anfertigung eines digitalen Lichtbildes von nicht identifizierbaren Patienten ermöglichen.

Damit es keine Überschneidungen bei der Vergabe der Patientennummern gibt, sind diese zentral durch das Kreisauskunftsbüro des DRK zu vergeben und auf den Rettungsfahrzeugen und bei den Einsatzeinheiten vorzuhalten.

Die VAK werden den Patienten soweit möglich bereits durch die Kräfte des Rettungsdienstes am Schadensort umgehängt. Vor der ersten Sichtung bleibt das Farbfeld zunächst weiß, bei jeder Sichtung wird die Farbe entsprechend der Kategorie angepasst. Näheres zur Nutzung der VAK und deren Verteilung im Rettungsdienstbereich siehe [Anlage 2](#).

Der Umgang mit der VAK ist durch alle unter Punkt 3 genannten Organisationen in Abstimmung mit der Kreisbereitschaftsleitung (KBL) des DRK einheitlich zu schulen.

6.4.5 Patientenmanagement

Die Patienten werden an der Patientenablage (PA) entsprechend ihrer Sichtungskategorie getrennt gelagert (Patientenmanagement). Hierdurch wird eine rasche Übersicht über die Anzahl der Patienten je Kategorie möglich und der Weitertransport lässt sich einfacher organisieren.

Ungesichtete Patienten werden immer nur von einer Seite an die PA transportiert und in einer Reihe abgelegt. Nach der Sichtung werden die Patienten je nach Sichtungskategorie verschoben. T1 bleiben liegen, T2 werden eine Reihe und T3 zwei Reihen vorgezogen:

Die Transportreihenfolge richtet sich nach der Sichtungskategorie (T1 vor T2, dann T3). Hiervon kann auf Weisung der Abschnittsleitung abgewichen werden, z.B. wenn die Kapazitäten eines Behandlungsplatzes in einer bestimmten Sichtungskategorie erschöpft sind. Die Transporte sollen zeitnah erfolgen, um so einen Stau vor der Sichtungsstelle des Behandlungsplatzes, also ein therapiefreies Intervall ohne adäquates Monitoring, zu vermeiden.

6.4.6 Soforttransport

In absoluten Ausnahmefällen kann bereits nach der ersten Sichtung aller Patienten ein so genannter Soforttransport notwendig sein. Dies gilt für Verletzungsmuster, bei denen eine Rettung nur durch eine sofortige Weiterbehandlung in einer Klinik möglich ist. Die Genehmigung dieser Transporte muss durch die Abschnittsleitung LNA bzw. ersteintreffenden Notarzt, sofern ein LNA noch nicht vor Ort, erfolgen. Die Dokumentation der Sichtung und des Transportziels ist vor Transportbeginn abzuschließen, also auch die nach Möglichkeit kom-

plett, mindestens mit Transportziel und Rettungsmittel ausgefüllte Suchdienstkarte bei der Einsatzabschnittsleitung abzugeben. Vor Beginn des Transportes ist das Transportziel durch die ILS zu bestätigen, um die tatsächliche Aufnahmebereitschaft der Zielklinik sicherzustellen.

6.5 Patiententransport an der Einsatzstelle

Von den Einsatzkräften der Feuerwehr im Einsatzabschnitt „Menschenrettung“ werden die Patienten an der Patientenablage an den Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“ übergeben und von deren Personal dort weiter versorgt. Der anschließende Weitertransport zum Behandlungsplatz wird durch Trägertrupps des Sanitätsdienstes/der Feuerwehr/der Hilfsorganisationen durchgeführt. Hierzu sind durch die ILS entsprechende Einheiten nach Anforderung der Einsatzleitung zu alarmieren, die nicht zur Menschenrettung oder Gefahrenabwehr eingesetzt werden. Als Fahrzeuge für diese Kräfte sind vorzugsweise Mannschaftstransportwagen (MTW) einzuplanen, da diese unter Umständen auch zu anderen Transportleistungen einsetzbar sind.

6.5.1 Aufgabe der Trägertrupps

Die Trägertrupps transportieren die Patienten zunächst von der Patientenablage zum Behandlungsplatz. Sie verbleiben während der Sichtung beim Patienten und transportieren diesen anschließend noch in das vom Sichtungsarzt zugewiesene Behandlungszelt. Dann kehren sie zur Patientenablage zurück.

6.5.2 Kräfteansatz

Erfahrungsgemäß müssen durchschnittlich ca. 60 % der zu versorgenden Patienten liegend transportiert werden. Für jeden dieser Patienten muss ein Kräfteansatz von vier Trägern erfolgen. Alternativ können auch 1,4 Träger pro Betroffenen (über alle Kategorien) angesetzt werden.

Als Planungshilfe für Einsatzleiter kann folgende Berechnungsgrundlage zugrunde gelegt werden:

- ManV 1: 6 – 12 Träger = 1 bis 2 MTW
- ManV 2: 13 – 30 Träger = 2 bis 4 MTW
- ManV 3: 31 – 60 Träger = 4 bis 8 MTW + 1 RW
- ManV 4: je nach Patientenzahl

6.6 Behandlungsplatz

Der Behandlungsplatz (BHP) stellt einen Unterabschnitt innerhalb des Einsatzabschnittes „Medizinische Rettung“ mit eigener Unterabschnittsleitung (UAL-BHP) dar. Der BHP ist von den Einsatzeinheiten des Katastrophenschutzes aufzubauen, ggf. auch durch überregionale Einsatzeinheiten.

6.6.1 Leistungsfähigkeit

Der Behandlungsplatz verfügt über die erforderlichen Kapazitäten zur Versorgung von 25 Patienten pro Stunde (BHP 25).

6.6.2 Führung und Organisation

Die organisatorische Gesamtverantwortung für den Behandlungsplatz obliegt dem „Leiter Behandlungsplatz“ (LB). Die medizinische Leitung obliegt dem Arzt „Leiter Behandlungsplatz“ (MLB). Hierbei werden die Aufgaben wie folgt gegliedert:

- LB: Gesamtverantwortung und die Führung der RD- und SanD-Kräfte
- MLB: Verantwortung für medizinische Entscheidungen und die Führung der Notärzte

Um die Führungsaufgaben innerhalb des Behandlungsplatzes wahrnehmen zu können, sind die Mitarbeiter durch die Organisationen entsprechend zu qualifizieren. Hierbei sind folgende Standards anzustreben:

- LB: Verbandsführer (VF)
- MLB: Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, nach Möglichkeit soll der Notarzt den Fachkundenachweis Leitender Notarzt besitzen

Um ein einheitliches Leistungs- und Befähigungsprofil der Führungskräfte zu erreichen, wird eine gemeinsame, organisationsübergreifende Ausbildung angestrebt.

6.6.3 Personal

Der Personalansatz richtet sich nach der zu erwartenden Patientenzahl. Da das erforderliche Personal aber auch vom Aufwand der auszuführenden technischen Arbeiten abhängig ist, gelten die nachfolgenden Zahlen nur als Anhaltspunkt (siehe AAO):

	Zuführung	Arzt	GF/TF	FüAss	RA/RS	Betr/NND	San	TuS	Summe
FüTr	1 VF/1 ZF		1	2					5
Sichtung		1	2				4		7
Rot		2	1		4		2		9
Gelb			1		1		4		6
Grün			1			4			5
Blau					1	2			3
Ausgang		1				3			4
TuS			1					3	4
Trägertr.							12		12
Gesamt	2	4	7	2	6	9	22	3	55

Somit werden benötigt:

- 1 Verbandsführer (VF) + 1 ZF als Leiter des Behandlungsplatzes (LB)
- 4 Ärzte
- 7 Gruppenführer (GF)
- 2 Führungsassistenten
- 6 Rettungsassistenten (RA) oder Notfallsanitäter (NotSan) oder Rettungssanitäter (RS)
- 9 Helfer mit Fachdienstausbildung Betreuung
- 22 Helfer mit Fachdienstausbildung Sanität
- 3 Helfer mit Fachdienstausbildung Technik und Sicherheit (TuS)

6.6.4 Kennzeichnung der Einsatzkräfte

Um die Einsatzkräfte am BHP eindeutig in ihrer medizinischen Qualifikation identifizieren zu können, sind sie mit entsprechenden Armbinden auszustatten:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| • Notarzt | weiße Armbinde, schwarze Aufschrift „NA“ |
| • Rettungsassistent/Notfallsanitäter | blaue Armbinde, silberne Aufschrift „RA/NotSan“ |
| • Rettungsanitäter | grüne Armbinde, silberne Aufschrift „RS“ |

Die genannten Armbinden sind in der erforderlichen Anzahl entsprechend der Personalvorgabe für den BHP vorzuhalten.

6.6.5 Sichtung/Eingang

Alle Betroffenen werden im Sichtungszelt durch einen Notarzt untersucht. Diese Sichtung sollte je Patient nicht mehr als 90 Sekunden, in Ausnahmefällen auch 2 Minuten, in Anspruch nehmen. Eine medizinische Versorgung im Sichtungszelt darf nur in absoluten Ausnahmefällen durchgeführt werden.

Das Sichtungsergebnis wird auf der VAK auch farblich dokumentiert. Die Dokumentation der medizinischen Maßnahmen soll auf der VAK dokumentiert werden ([Anlage 1](#)).

Jeder Patientenzugang ist dem Kreisauskunftsbüro (KAB) zu melden.

6.6.6 Behandlungsbereiche T1 bis T4

In den Behandlungsbereichen werden die Patienten entsprechend ihren Verletzungen bzw. Erkrankungen medizinisch versorgt. Sollte sich im Verlauf der Behandlung die Sichtungskategorie ändern, sich der Zustand also verbessern oder verschlechtern, werden sie in den entsprechenden Behandlungsbereich verlegt. Änderungen der Sichtungskategorie sind auf der VAK auch farblich sichtbar zu machen.

6.6.7 Ausgang

Im Ausgangsbereich findet die Übergabe an das Rettungsmittel statt. Die Patienten sollen erst dann zum Ausgangsbereich verbracht werden, wenn das benötigte Rettungsmittel dort bereit steht.

Zusätzlich muss am Ausgang die Erfassung der Grunddaten in der Suchdienstkarte erfolgen ([Anlage 2](#)). Hierzu wird die 1. Ausfertigung der in der Verletztenanhängerkarte (VAK) enthaltenen Suchdienstkarte beim Kreisauskunftsbüro einbehalten.

Von Patienten, die etwa auf Grund von Bewusstlosigkeit oder Sprachproblemen keine Angaben zu ihren Personendaten machen können und keine Personaldokumente mit sich führen, ist ein digitales Lichtbild anzufertigen. Diese Bilder werden dem KAB zu Zwecken der Personenermittlung zur Verfügung gestellt.

Die Suchdienstkarten werden anschließend zur Datennachbearbeitung und zur Personenauskunft an das KAB übergeben.

6.6.8 Rettungsmittelhalteplatz

Der Rettungsmittelhalteplatz (RMHP) wird auf Weisung der Einsatzabschnittsleitung (EAL) eingerichtet. Der RMHP soll der dem BHP nächstgelegene, zum Aufstellen von 10 Rettungsmitteln geeignete Platz sein. Seine Leitung obliegt einer entsprechend geschulten Führungskraft der Organisation, die den BHP stellt und wird ggf. durch Führungskräfte der Feuerwehr unterstützt.

Der RMHP ist so zu kennzeichnen (z.B. mit Faltsignalen), dass er für die anrückenden Fahrzeuge leicht zu finden ist und eine sinnvolle Sortierung der Fahrzeuge sowie ein ungehinder-tes An- und Abrücken sichergestellt sind.

Der Leiter des RMHP meldet der EAL den Bestand an verfügbaren Rettungsmitteln, um eine frühzeitige Nachforderung sicher zu stellen. Er weist die Fahrzeugführer soweit erforderlich kurz in die Lage ein. Die einem RMHP zugeordneten Rettungsmittel sind dem Leiter des RMHP weisungsgebunden.

Auf Anforderung des BHP entsendet der Leiter des RMHP die Rettungsmittel zu dessen Ausgangsbereich.

6.7 Rettungsmittel

Die Alarmierung der Rettungsmittel erfolgt entsprechend der zu erwartenden Patientenzahl in Verbindung mit der AAO. Die anrückenden Fahrzeuge erhalten von der ILS Anweisungen zur Anfahrtsroute und den Aufstellungsort. In Abhängigkeit von den ersten Lagemeldungen werden ggf. weitere Fahrzeuge diesem Einsatz zugeordnet. Kommt ein Behandlungsplatz zum Einsatz, ist dem BHP unverzüglich das Mindestkontingent (3 RTW, 2 RTW/KTW) für den Rettungsmittelhalteplatz zuzuweisen.

Ob ein Bereitstellungsraum (BSR) eingerichtet wird und wer diesen leitet, entscheidet die Einsatzleitung vor Ort. Wird ein BSR eingerichtet, so werden die Fahrzeuge durch die ILS dorthin entsandt. Nach dem Eintreffen am BSR unterstehen sie ausschließlich der Einsatzlei-tung. Von dieser werden sie ggf. an die Einsatzstelle oder an Rettungsmittelhalteplätze be-ordert.

Am Ausgangsbereich übernehmen die Rettungsmittel ihre Patienten vom BHP. Anschlie-ßend teilt die Besatzung der ILS das Transportziel und die Patientennummer mit und fährt dann zur vorgegebenen Zielklinik.

Nach der Übergabe des Patienten meldet sich die Besatzung der ILS wieder frei, dies gilt auch für Fahrzeuge benachbarter Rettungsdienstbereiche. Die ILS entscheidet dann nach Lage, ob das Fahrzeug wieder in den Einsatz zurückkehrt oder entlassen wird. Bei Einsatz-ende ist die 2. Ausfertigung der Suchdienstkarte der VAK unverzüglich der ILS zuzuleiten (wenn möglich bereits von der Zielklinik per Fax).

6.8 Zielkliniken/Krankenhäuser

Die für die Patientenversorgung in Frage kommenden Krankenhäuser ([Anlage 4](#)) werden durch die ILS über einen wahrscheinlichen oder tatsächlichen ManV vorab informiert.

Hierzu wird von der Leitstelle über die jeweils von den Krankenhäusern im Main-Tauber-Kreis und die ggf. benachbarter Krankenhäuser benannte Rufnummer angefragt. Die Abklä-rung der aktuell verfügbaren Betten in den einzelnen Fachabteilungen erfolgt hausintern.

Nach Feststellung der Gesamtkapazität meldet das jeweilige Krankenhaus die Zahlen an die ILS, welche wiederum die Einsatzleitung darüber informiert.

6.9 Sammelplatz

Der Sammelplatz für Einsätze außerhalb des Main-Tauber-Kreises befindet sich in 97944 Boxberg-Windischbuch, im Gewerbegebiet Seehof (Karte und Anfahrtsbeschreibung siehe [Anlage 9](#)).

6.10 Betreuungsstelle

Bei großflächigen Schadenslagen muss stets auch mit dem Auftreten einer Betreuungsnotwendigkeit für unverletzte Personen bzw. sonstige Betroffene gerechnet werden. Die auf Grund der Art, Schwere und des Umfanges der Schadenslage zu erwartenden Betroffenenzahlen machen es erforderlich, frühzeitig und umfassend Vorsorge für die Betreuung zu treffen.

Auf Grund der komplexen sozialen Systeme muss u. U. mit einem Ausfall sozialer Sicherungssysteme (z. B. ambulante Versorgung) gerechnet werden. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass pflege- oder betreuungsbedürftige Menschen von den Notfallmaßnahmen betroffen sind und einer besonderen Beachtung bedürfen. Gleiches gilt auch für interkulturelle Auswirkungen.

Für unverletzte Betroffene und Angehörige, die keine notfallmedizinische Behandlung benötigen, sind bei Bedarf eine Anlaufstelle und eine Betreuungsstelle einzurichten. Deshalb ist es notwendig, einen Einsatzabschnitt Betreuung zu bilden.

6.10.1 Anlaufstelle

An der Anlaufstelle werden die Betroffenen außerhalb des Gefahrenbereiches (nahe der Patientenablage) aufgefangen und koordiniert zur Betreuungsstelle geleitet. Die Anlaufstelle muss stets außerhalb des akuten bzw. potentiellen Gefährdungsbereiches liegen. Eine enge Zusammenarbeit mit der Patientenablage ist strukturell einzuplanen.

6.10.2 Betreuungsstelle

An der Betreuungsstelle erfolgt im Rahmen der Soforthilfe eine entsprechende Betreuung der Betroffenen und unter Umständen auch von Angehörigen durch Einsatzkräfte des Betreuungsdienstes und im Bedarfsfall durch spezielle Fachkräfte aus dem Bereich Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) und Notfallseelsorge. Unverletzte Personen und sonstige Betroffene werden vom Betreuungsdienst gesammelt und in Notunterkünften untergebracht bzw. zu anderen Unterkünften oder Angehörigen weitergeleitet.

7. Schlussbemerkung

Das vorliegende Konzept resultiert aus den im Main-Tauber-Kreis verfügbaren Ressourcen und Strukturen und überörtlicher Hilfe. Da diese ständigen Änderungen unterworfen sind, bedarf auch dieses Konzept einer steten Aktualisierung. Insbesondere die Erfahrungen aus Übungen und Einsätzen sollten zeitnah in die Konzeptionen einfließen.

Ein Einsatzkonzept, welches nichts anderes als eine „standard operation procedure“ (SOP), wie sie in modernen Unternehmen Verwendung findet, darstellt, kann niemals alle besonderen und unvorhersehbaren Situationen und Parameter eines Realeinsatzes berücksichtigen. Daher kann es im Einsatz in Einzelfällen zu Abweichungen kommen. Die grundsätzliche Beibehaltung der festgelegten Strukturen und deren Kenntnis auf allen Ebenen der Führung ermöglichen es den Einsatzkräften verschiedener Fachdienste jedoch, auf der Basis gemeinsam erlernter und trainierter Abläufe selbstständig zu agieren. Eine Zusammenarbeit kann nur dann effektiv gestaltet werden, wenn sie auf einem einheitlichen Fundament begründet ist.

Das ManV-Konzept wird gemeinsam von der LNA-Gruppe, dem DRK Rettungsdienst, den DRK-Kreisverbänden, den im Landkreis angesiedelten Krankenhäusern und dem Landratsamt Main-Tauber-Kreis beschlossen. Die Umsetzung innerhalb der Organisationen wird bis Ende 2019 erfolgen. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die organisatorischen Maßnahmen für die Umsetzung abzuschließen. Die noch ausstehenden Regelungen zu den Kosten (Krankenhäuser, Sanitätsdienst) und die Rechtsstellung der Helfer des Sanitätsdienstes sind bis dahin nachzureichen.

Parallel hierzu wird eine Arbeitsgruppe in Zusammenarbeit mit den Entscheidungsträgern der beteiligten Organisationen ein gemeinsames Schulungskonzept für die Führungs- und Einsatzkräfte erarbeiten.

Derzeit fehlt es leider noch an einer Regelung mit den anderen Bundesländern. Zwischen dem Main-Tauber-Kreis und den angrenzenden bayerischen Nachbarlandkreisen gibt es aber eine bilaterale und enge Zusammenarbeit.

Tauberbischofsheim, den 12.12.2019

Gez.

Reinhard Frank
Landrat

Gez.

Prof. Dr. Thomas Haak
Präsident Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Bad Mergentheim e.V.

Gez.

Oskar Fuchs
Präsident Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Tauberbischofsheim e.V.

Gez.

Dr. Wilhelm Freiherr von Lamezan
Sprecher der Leitenden Notärzte im Bereichsausschuss

Gez.

Michael Schuler
Krankenhaus und Heime Main-Tauber gGmbH, Krankenhaus Tauberbischofsheim
Caritas Krankenhaus Bad Mergentheim gGmbH und

Gez.

Alexandra Zottmann
Rotkreuzklinik Wertheim gGmbH

8. Abkürzungsverzeichnis

AAO	Alarm- und Ausrückordnung
AGBF	Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren
AL	Abschnittsleiter/Abschnittsleitung
Betr	Betreuung
BHP	Behandlungsplatz
BHP 25	Behandlungsplatz für 25 Patienten
BSR	Bereitstellungsraum
DLRG	Deutsche Lebensrettungsgesellschaft
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EAL	Einsatzabschnittsleitung
EE-EV/EE-E	Einsatzeinheit Erstversorgung
EE-Beh/EE-B	Einsatzeinheit Behandlung
EL	Einsatzleiter/Einsatzleitung
ELW	Einsatzleitwagen
EM	Einsatzmittel
FLZ	Führungs- und Lagezentrum (Polizeipräsidium)
FüAss	Führungsassistent
FüS	Führungsstab
GF	Gruppenführer
GW	Gerätewagen
GW San	Gerätewagen Sanität
ILS	Integrierte Leitstelle
KAB	Kreisauskunftsbüro
KBL	Kreisbereitschaftsleiter/Kreisbereitschaftsleitung
KdoW	Kommandowagen
KTW	Krankentransportwagen
LB	Leiter Behandlungsplatz
LNA	Leitender Notarzt
ManV/MANV	Massenanfall von verletzten oder erkrankten Personen
MLB	Medizinischer Leiter Behandlungsplatz
MTF	Medizinische Task Force
MTW	Mannschaftstransportwagen
MTW Bt	Mannschaftstransportwagen Betreuung
NA	Notarzt
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NEF-RA	Rettungsassistent des Notarzteinsatzfahrzeugs
NND	Notfallnachsorgedienst (s. PSNV)
NotSan	Notfallsanitäter
OrgL	Einsatzleiter Rettungsdienst
PA	Patientenablage
PSNV	Psycho-soziale Notfallvorsorge
RA	Rettungsassistent
RD	Rettungsdienst
RH	Rettungshelfer
RHS	Rettungshundestaffel
RMHP	Rettungsmittelhalteplatz
RS	Rettungssanitäter
RTW	Rettungswagen
RW	Rettungswache
RW	Rüstwagen

San	Sanität
SanD	Sanitätsdienst
SEG	Schnelleinsatzgruppe
SEG-E/SEG-Erv	Schnelleinsatzgruppe Erstversorgung
SEG-T	Schnelleinsatzgruppe Transport
TEL	Technische Einsatzleitung
TF	Truppführer
THW	Technisches Hilfswerk
TLB	Technischer Leiter Behandlungsplatz
TTA	Taktische Telefon Alarmierung
TuS	Technik und Sicherheit
UAL	Unterabschnittsleitung
UAL-BHP	Unterabschnittsleitung Behandlungsplatz
VAK	Verletztenanhängekarte
VF	Verbandsführer
ZF	Zugführer

9. Rechtsgrundlagen

- (1) Konzeption des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten (ManV-Konzept) vom 01.08.2016
- (2) Gemeinsame Hinweise des Innenministeriums und des Ministeriums für Arbeit und Soziales für die unteren Katastrophenschutzbehörden, Einsatzkräfte und Leitstellenmitarbeiter für die Einsatzplanung und Bewältigung von Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Erkrankter (Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten) (Gemeinsame Hinweise MANV) vom 7. Juli 2008
- (3) Richtlinie zur Einrichtung eines Behandlungsplatzes 25 des DRK Landesverband Baden-Württemberg e.V., Version 2.0 vom 10.02.2012
- (4) Feuerwehrgesetz Baden-Württemberg (FwG) in der Fassung vom 02.03.2010 (GBl. S. 333, zuletzt geändert durch Gesetz vom 21.05.2019 (GBl. S. 161,185)
- (5) Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz – RDG) in der Fassung vom 08.02.2010 (GBl. S. 285), zuletzt geändert durch Gesetz vom 12.06.2018 (GBl. S. 173, 187)
- (6) Landeskatastrophenschutzgesetz in der Fassung vom 22.11.1999 (GBl. S. 625), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17.12.2015 (GBl. S. 1184, 1186)
- (7) DIN 13050 des Normausschusses Rettungsdienst und Krankenhaus (NARK) Stand 09/2008
- (8) Rettungsdienstplan 2014 Baden-Württemberg des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration vom 18.02.2014 (GBl. S. 156)
- (9) Feuerwehr-Dienstvorschrift 100 – „Führung und Leitung im Einsatz“, Stand 03/1999
- (10) Konzeption und Ausstattung einer Schnelleinsatzgruppe-Erstversorgung (SEG-E) der Hilfsorganisationen vom 12.02.2008, Version 2.1
- (11) Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) in der Fassung vom 29.11.2007 (GBl. 2008, 13), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24.07.2018 (GBl. S. 277)
- (12) Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes (VwV KatSD) vom 24.09.2012 (GBl. S. 802)

10. Anlagen

Anlage 1: Verletztenanhängekarte mit Aufkleber Patientenummer und Suchdienstkarte (s. 6.4.4 und 6.6.7)

Anlage 2: Nutzung der VAK und Verteilung (s. 6.4.4)

Anlage 3: ManV-Erreichbarkeitsverzeichnis

Anlage 4: Bestandsverzeichnis

Anlage 5: Ablaufschema ManV

Anlage 6: Checkliste

Anlage 7: Schulung und Implementierung

Anlage 8: Karte und Anfahrtsbeschreibung für den Sammelplatz im Main-Tauber-Kreis

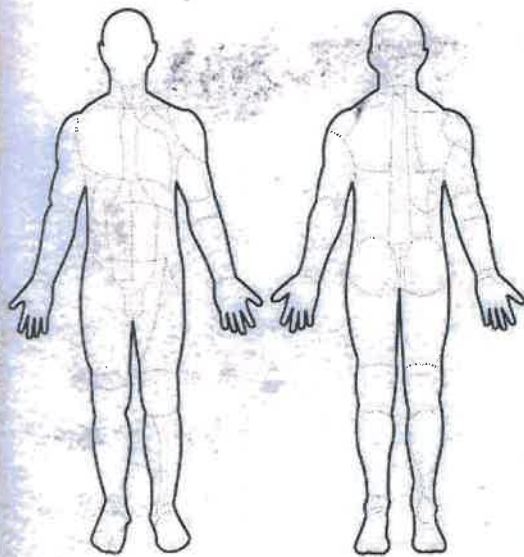
Anlage 9: Alarmierungs- und Ausrückeordnung für die Rettungsfahrzeuge im Bereich Creglingen, Bad Mergentheim, Tauberbischofsheim, Wertheim

Verletztenanhängekarte mit Aufkleber Patientennummer und Suchdienstkarte

<div style="text-align: center;"> Anhängekarte für Verletzte/Kranke </div> <div style="text-align: center; font-size: small;"> Registration card for injured/sick persons – Fiche d'enregistrement pour blessés/malades </div>					
Name Name Nom			Patienten-Nr. aufkleben <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; font-size: large; font-weight: bold; text-align: center;">TBB-20122</div>		
Vorname First name Prénom					
Geburtsdatum/~Alter Date of birth/~age Date de naissance/~âge			m		f
Nationalität Nationality Nationalité			Datum Date		
Sichtung Sorting/Triage Kategorie Category Catégorie	1. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom	2. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom	3. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom	4. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom	
I					
II					
III					
IV					
Transportmittel Transportation Moyen de transport			Transportziel Destination		
Transport Transportation Transport	liegend lying couché 	sitzend sitting assis 	mit Notarzt with doctor avec médecin 	isoliert isolated isolé 	Priorität Priority Priorité a <input type="radio"/> b <input type="radio"/>
Innenliegende Suchdienstkarte enclosed card for tracing service, fiche d'enregistrement ci-jointe					
1. Ausfertigung 1 st Copy, 1 ^{ère} Copie		weitergeleitet referred, acheminé		<input type="radio"/>	
2. Ausfertigung 2 nd Copy, 2 ^{ème} Copie		weitergeleitet referred, acheminé		<input type="radio"/>	

Kurz-Diagnose

short diagnose
diagnostic bref

**Verletzung**

injury
blessure

Verbrennung

burn
brûlure

Erkrankung

disease
maladie

Vergiftung

intoxication

Verstrahlung

excessive radiation
radiation excessive

Psyche

psychic condition
état psychique

Zustand/Uhrzeit

state/time
état/heure

Bewusstsein

consciousness
connaissance

o.B.

☐

☐
Atmung

respiration

o.B.

☐

☐
Kreislauf

circulation

o.B.

☐

☐
Erst-Therapie

first therapy
thérapie première

Infusion

infusion

☐
Analgetika

analgesics
analgésique

☐
Antidote

antidots
antidote



☐
sonstige

Medikamente
other drugs
autres médicaments

☐
Bemerkungen

notes
remarques

Nutzung der VAK + Verteilung

 Suchdienstkarte für Verletzte / Kranke 			
Tracing service card for injured/sick persons - Fiche de service de recherches pour blessés/malades			
Name Name Nom		Patienten-Nr. <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; font-size: 1.5em; font-weight: bold;">TBB-20122</div>	
Vorname First name Prénom			
Geburtsdatum / -Alter Date of birth / -age Date de naissance / -âge		<input type="checkbox"/> ♂ m	<input type="checkbox"/> ♀ f
		Religion Religion Religion	
Wohnort Residence Domicile		Nationalität Nationality Nationalité	
Straße Street Rue		Bemerkungen Remarks Remarques	
Fundort place of finding Lieu de découverte		Datum Date Date	Uhrzeit Time Heure
Transportziel Destination Destination		Verbleib Whereabouts Lieu de séjour	

1. Ausfertigung für den Suchdienst
 1^{re} copy for tracing service • 1^{re} copie pour le service de recherches

© Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat 01/2004

TBB-20122 TBB-20122

TBB-20122 TBB-20122

TBB-20122 TBB-20122

ManV-Erreichbarkeitsverzeichnis

Die Integrierte Leitstelle (Tel.-Nr. 07931/4810000) meldet nach dem ManV-Konzept des Main-Tauber-Kreises eingehende ManV-Meldungen unverzüglich weiter wie folgt:

1. Landratsamt Main-Tauber-Kreis - Gesundheitsamt

während der Dienstzeit

Tel.: 09341/82-5579

Handy:

Fax: 09341/828-5560

E-Mail: gesundheitsamt@main-tauber-kreis.de

außerhalb der Dienstzeit

Tel.: Dr. 1

Tel.: Dr. 2

2. Ortspolizeibehörden

Die aktuelle Erreichbarkeit der Gemeinden bzw. Bürgermeister/innen liegt der Integrierten Leitstelle vor.

Bestandsverzeichnis

Mitwirkende Ärzte

Arzt 1
Arzt 2
Arzt 3
Arzt 4
Arzt 5
Arzt 6
Arzt 7

Leitende Notärzte im Main-Tauber-Kreis Stand: 22.01.2018

LNA 1
LNA 2
LNA 3
LNA 4
LNA 5
LNA 6
LNA 7
LNA 8

Die Alarmierung der Leitenden Notärzte erfolgt über die Integrierte Leitstelle.

Einsatzleiter Rettungsdienst (OrgL)

1. Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Tauberbischofsheim e.V.

OrgL 1
OrgL 2
OrgL 3
OrgL 4
OrgL 5
OrgL 6
OrgL 7

2. Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Bad Mergentheim e.V.

OrgL 8
OrgL 9
OrgL 10
OrgL 11
OrgL 12
OrgL 13
OrgL 14

Einsatzeinheiten des Main-Tauber-Kreises

1. Einsatzeinheit-Erstversorgung (EE-EV)

Fahrzeugart	Helfer in Einfachbesetzung	Organisation
GW San	6	DRK TBB
MTW	3	DRK TBB
MTW Bt	6	DRK TBB
GW Bt	3	DRK TBB
TUS	4	DRK TBB
KTW-B	2	DRK TBB
KTW-B	2	DRK TBB
KdoW	6	DRK TBB

2. Einsatzeinheit-Behandlung (EE-Beh)

Fahrzeugart	Helfer in Einfachbesetzung	Organisation
GW San	6	DRK TBB
MTW	3	DRK TBB
MTW Bt	6	DRK TBB
GW Bt	3	DRK TBB
FKH	0	DRK TBB
KTW-B	2	DRK TBB
KTW-B	2	DRK TBB
KdoW	6	DRK TBB

Schnelleinsatzgruppe (SEG-E)

DRK Tauberbischofsheim

Fahrzeuge: 1 MTW
1 GW San

Personal: 9 Helfer

DRK Bad Mergentheim

Fahrzeuge: 1 MTW
1 GW

Personal: 9 Helfer

Rettungshundestaffel (RHS)

DRK Bad Mergentheim

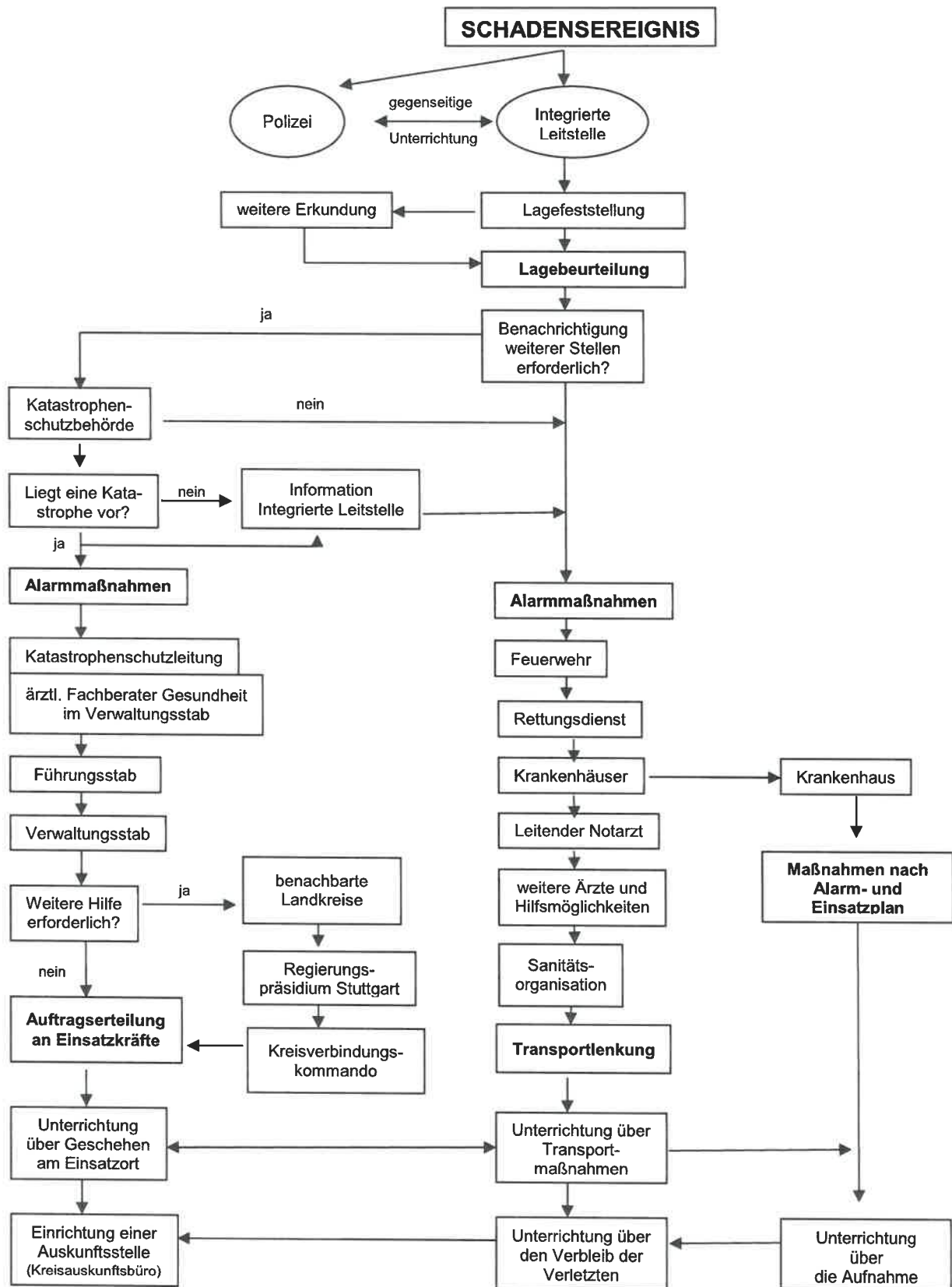
Krankenhäuser im Main-Tauber-Kreis

1. Caritas Krankenhaus, Bad Mergentheim
2. Diabetes-Klinik, Bad Mergentheim
3. Krankenhaus, Tauberbischofsheim
4. Rotkreuzklinik Wertheim gGmbH, Wertheim

Krankenhäuser in den Nachbarlandkreisen

1. Klinikum der Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
2. Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Würzburg (früher: Juliusspital)
3. Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Würzburg (früher: Missionsärztl. Klinik)
4. Neckar-Odenwald-Kliniken gGmbH-
Kreiskrankenhaus Mosbach
5. Neckar-Odenwald-Kliniken gGmbH-
Kreiskrankenhaus Buchen
6. Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall gGmbH
7. SLK-Kliniken Heilbronn GmbH
Klinikum am Gesundbrunnen, Heilbronn
8. Helios Klinik Erlenbach a. Main
9. Klinik Rothenburg o.d. Tauber ANregiomed
10. Klinikum Nürnberg
11. Klinikum Aschaffenburg-Alzenau
12. Klinikum Main-Spessart
Klinikum Lohr

Ablaufschema ManV



Maßnahmen bei einem Massenanfall von Verletzten - Checkliste -

Bei einem Massenanfall von Verletzten werden regelmäßig in folgenden Teilbereichen Entscheidungen zu treffen und Maßnahmen zu veranlassen sein:

- I. Bei der Integrierten Leitstelle:
 - A. Lagefeststellung und –beurteilung
 - B. Alarmmaßnahmen
 - C. Transportlenkung
- II. Bei der Katastrophenschutzbehörde (nur im Katastrophenfall):
 - D. Entscheidung über das Vorliegen einer Katastrophe
 - E. Alarmmaßnahmen
 - F. Auftragserteilung an Einsatzkräfte
- III. Beim Führungsstab:
 - G. Am Schadensort
- IV. Bei den Krankenhäusern:
 - H. Maßnahmen nach dem Alarm- und Einsatzplan des Krankenhauses

Die Checkliste ist ein Anhalt; sie erhebt weder Anspruch darauf, dass die Maßnahmen in der dargestellten Reihenfolge durchzuführen sind, noch, dass sie vollständig beschrieben sind.

A. Lagefeststellung und -beurteilung

- Entgegennahme der Erstmeldung
- Klärung folgender Fragen:
 - Art und Ausmaß des Schadensereignisses?
 - Sind Verletztenzahlen abzuschätzen?
 - Welche Stellen sind bereits benachrichtigt oder tätig?
 - Polizei,
 - Feuerwehr,
 - Sanitätsorganisationen,
 - Katastrophenschutzbehörde;
- Wenn nein:
 - Verbindung mit Polizei aufnehmen,
 - Katastrophenschutzbehörde über Ausmaß des Schadensereignisses und laufend über die weitere Entwicklung informieren.

B. Alarmmaßnahmen der Integrierten Leitstelle

- Alarmierung
 - des Rettungsdienstes,
 - der Feuerwehr,
 - des Leitenden Notarztes,
 - des Reservepersonals,
 - (ggf.) der Oberleitstelle Stuttgart,
 - der Krankenhäuser der Umgebung,
 - weiterer Ärzte;

- Entsendung des Leitenden Notarztes und einer Führungskraft des Rettungsdienstes mit Funkfahrzeug zum Schadensort;
- Reichen die Kräfte des Rettungsdienstes? Wenn nein:
 - Anforderung weiterer Kräfte bei benachbarten Leitstellen und sonstigen Stellen,
 - Alarmierung von Kräften des Katastrophenschutzdienstes (soweit Katastrophenschutzbehörde/Polizeivollzugsdienst zustimmt),
 - Bekanntgabe von Anlaufstellen (Bereitstellungsorten),
 - Unterrichtung der alarmierten Krankenhäuser über voraussichtliche Zahl der Verletzten.

C. Transportlenkung

- Verteilung der Verletzten auf die in Frage kommenden Krankenhäuser nach der Entscheidung eines Arztes;
- (im Katastrophenfall) Unterrichtung des Führungsstabes über eingeleitete Transportmaßnahmen;
- (im Katastrophenfall) Unterrichtung der Katastrophenschutzleitung über Verbleib der Verletzten.

D. Entscheidung über das Vorliegen einer Katastrophe

- Reichen die vorliegenden Meldungen und Informationen aus?
Wenn nein: Welche weiteren Informationen müssen angefordert werden?
- Liegen die Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 LKatSG vor?
Wenn nein: Information der Integrierten Leitstelle.
Wenn ja: Feststellung der Katastrophe nach § 18 LKatSG (Katastrophenalarm).
- Unterrichtung
 - der Integrierten Leitstelle,
 - der Krankenhäuser,
 - sonstiger Stellen
 von dieser Entscheidung und den eingeleiteten Maßnahmen.

E. Alarmmaßnahmen der Katastrophenschutzbehörde

- Alarmierung (nach dem Katastropheneinsatzplan)
 - der Katastrophenschutzleitung (einschließlich der Fachberater für den Rettungsdienst),
 - des Führungsstabes
 - des Katastrophenschutzdienstes (soweit nicht auf die Integrierte Leitstelle delegiert),
 - sonstiger Kräfte.
- Reichen die alarmierten Einheiten und sonstigen Kräfte aus? Wenn nein:
 - Anforderung bei benachbarten Katastrophenschutzbehörden,
 - Anforderung beim Regierungspräsidium,
 - Anforderung beim Kreisverbindungskommando.

F. Auftragserteilung an Einsatzkräfte

- Auftragserteilung an den Führungsstab,
- Auftragserteilung an Einheiten des Katastrophenschutzdienstes; Weisung, sich dem Führungsstab zu unterstellen,
- Unterrichtung der Integrierten Leitstelle über getroffene Maßnahmen.

G. Maßnahmen am Schadensort

- Bergung und Rettung,
- Erste Hilfe,
- Einrichtung eines Verbandsplatzes (ggf. Behandlungsplatzes),
- Sichtung,
- Registrierung,
- Abtransport,
- Unterrichtung der Integrierten Leitstelle durch den Leitenden Notarzt,
- Unterrichtung der Katastrophenschutzbehörde durch den Führungsstab.

H. Maßnahmen nach dem Alarm- und Einsatzplan des Krankenhauses

- Die Maßnahmen richten sich nach dem jeweiligen Alarm- und Einsatzplan des Krankenhauses.
- Unterrichtung der Integrierten Leitstelle über aufgenommene Verletzte.

Schulung

1. Die Schulung der Verletztenanhängekarten wird durch die Kreisbereitschaftsleitung organisiert.
2. Für die Schulung zu „mStart“ soll im gesamten Rettungsdienstbereich ein Multiplikatoren-pool gebildet werden.
3. In Zusammenarbeit mit den Entscheidungsträgern der beteiligten Organisationen wird eine Arbeitsgruppe gebildet, die ein gemeinsames Übungskonzept für die Führungs- und Einsatzkräfte erarbeitet.

Karte und Anfahrtsbeschreibung für den Sammelplatz des Main-Tauber-Kreises

Beschreibung der Anfahrt:

a) über die Autobahn A 81

Bei Anfahrt über BAB A 81 von Richtung Heilbronn in Richtung Tauberbischofsheim bzw. von Würzburg in Richtung Heilbronn, die Autobahn an der Ausfahrt AS 5 Boxberg, km 491,1, verlassen und auf die K 2877 Richtung Bad Mergentheim wechseln. Der K 2877 bis zur Abzweigung Windischbuch/Seehof (K 2842) folgen und dort bis zum Gewerbegebiet fahren. Die Einweisung erfolgt ab Gewerbegebiet.

b) von Schwäbisch Hall kommend

Über die B 290 von Schrozberg kommend bis zur Einmündung der B 19 Richtung Bad Mergentheim fahren. Weiter auf der B 19 bis zur Abzweigung auf die K 2877 fahren. Von dort geht es weiter bis zur Einmündung der K 2842 Richtung Windischbuch/Seehof. Dieser Strecke bis zum Gewerbegebiet folgen, die Einweisung erfolgt ab dort.

c) von Künzelsau kommend

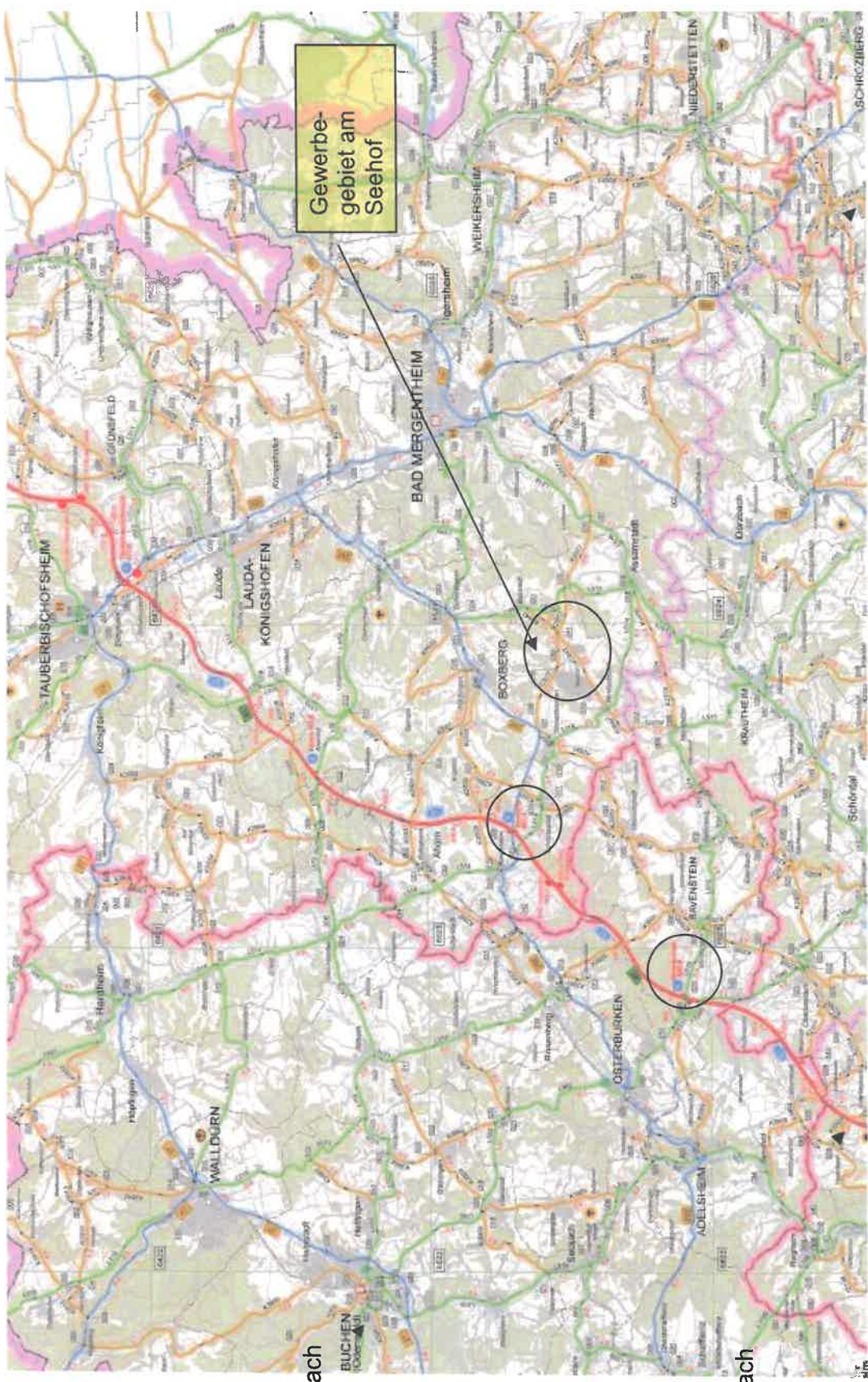
Über die B 19 bis kurz nach Stuppach fahren und dort auf die K 2877 abbiegen. Entlang der K 2877 fahren bis zur Abzweigung auf die K 2842, Richtung Windischbuch/Seehof. Der Straße bis zum Gewerbegebiet folgen, die Einweisung erfolgt ab dort.

d) von Mosbach kommend

Über die B 292 bis zur L 515 nach Osterburken fahren und dort weiter bis zur BAB Ausfahrt AS 6 Osterburken, 500,6 km. Auf der BAB weiter bis zur AS 5 Boxberg und von dort weiter auf die B 292 Richtung Bad Mergentheim. An der Abzweigung der K 2877 weiter bis zur Kreuzung mit der K 2842 Richtung Windischbuch/Seehof. Der Straße bis zum Gewerbegebiet folgen, die Einweisung erfolgt ab dort.

Alternativ kann die B 292 bis zur Kreuzung mit der K 2877 befahren werden. Von dort geht es weiter Richtung Bad Mergentheim bis zur Abzweigung der K 2842 Richtung Windischbuch/Seehof. Der Straße bis zum Gewerbegebiet folgen, die Einweisung erfolgt ab dort.

von Würzburg



von Mosbach

von Mosbach

von Heilbronn

von Schwäbisch Hall

von Crailsheim

AAO der Rettungs- und Sanitätsdienste
ManV-V 1 (ab 5 Schwerverletzte - 10 Verletzte)

MGH		CREGL/NDST/WEIKH		TBB		WTH	
Alarmierungsszenario	Einheiten	Alarmierungsszenario	Einheiten	Alarmierungsszenario	Einheiten	Alarmierungsszenario	Einheiten
			x RTW				
			x NEF				
			x OrgL				
			x LNA				
			x HvO				
KBL-TBB	situationsabhängig	KBL-TBB	situationsabhängig	KBL-TBB	situationsabhängig	KBL-TBB	situationsabhängig
MGH_SEG-Erv	1 MTW	MGH_SEG-Erv	1 MTW				

AAO der Rettungs- und Sanitätsdienste
ManV 2 (11 - 25 Verletzte)

MGH		CREGL/NDST/WEIKH		TBB		WTH	
Alarmierungsszenario	Einheiten	Alarmierungsszenario	Einheiten	Alarmierungsszenario	Einheiten	Alarmierungsszenario	Einheiten
			x RTW				
			x NEF				
			x OrgL				
			x LNA				
			x HvO				
KBL-TBB	situationsabhängig	KBL-TBB	situationsabhängig	KBL-TBB	situationsabhängig	KBL-TBB	situationsabhängig
MGH_SEG-Erv	1 MTW	MGH_SEG-Erv	1 MTW	MGH_SEG-Erv	1 MTW		
MGH_KAB		MGH_KAB		TBB_KAB	(Alarm über KBL)	TBB_KAB	(Alarm über KBL)

AAO der Rettungs- und Sanitätsdienste
ManV 4 (> 50 Verletzte)

MGH		CREGL/NDSTWEIKH		TBB		WTH	
Alarmierungsszenario	Einheiten	Alarmierungsszenario	Einheiten	Alarmierungsszenario	Einheiten	Alarmierungsszenario	Einheiten
			x RTW				
			x NEF				
			x OrgL				
			x LNA				
			x HvO				
KBL-TBB	situationsabhängig	KBL-TBB	situationsabhängig	KBL-TBB	situationsabhängig	KBL-TBB	situationsabhängig
MGH_SEG-Erv	1 MTW	MGH_SEG-Erv	1 MTW	MGH_SEG-Erv	1 MTW	MGH_SEG-Erv	1 MTW
MGH_KAB		MGH_KAB		TBB_KAB	(Alarm über KBL)	TBB_KAB	(Alarm über KBL)
MTF-HN		MTF-HN		MTF-HN		MTF-HN	
Nachbarlandkr.	BHP-25	Nachbarlandkr.	BHP-25	Nachbarlandkr.	BHP-25	Nachbarlandkr.	BHP-25

Alarmierungsszenarien

Obergruppe	Gruppe	Alarmierung(en)
WTH_ManV	WTH_HA	20140
	WTH_Ärzte	20230
	WTH_SEG	20180 + 20190 + 20170 + 20240
	WTH_EE_Beh	PAS
	WTH_EE_Erv	PAS

TBB_ManV	TBB_HA	20120
	TBB_EA	
	TBB_Ärzte	20150

TBB_KAB	TBB_KAB	
---------	---------	--

MGH_ManV	MGH_HA	12520 + 16200 + 16210
	MGH_EA	
	MGH_SEG-Erv	EAS
	MGH_Ärzte	

MGH_KAB	MGH_KAB	
---------	---------	--