



Bundesamt für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Konzept zur überörtlichen Hilfe bei MANV

Erneuerung im Zivil- / Katastrophenschutz

**Arbeitsgruppe der Hilfsorganisationen
im Bundesamt für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe**



Vorwort

Obwohl in Deutschland ein im internationalen Vergleich hohes Schutzniveau existiert, ist es notwendig, dieses kontinuierlich einer neuen Gefährdungslage anzupassen und konsequent weiterzuentwickeln. Deshalb fand im September 2004 im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in Bonn-Bad Godesberg eine erste Besprechung mit allen Hilfsorganisationen statt. Es wurde ein dauerhafter Gesprächskreis „Zusammenarbeit des BBK mit den privaten Hilfsorganisationen“ eingerichtet, wobei das Thema „Einsatzkonzepte der Hilfsorganisationen“ als Schwerpunkt angesehen wurde.

Im Dezember 2004 wurde auf einer zweiten Sitzung die Einrichtung einer Arbeitsgruppe zu diesem Thema beschlossen. Auftrag an diese Arbeitsgruppe war es, ein Rahmenkonzept zur länderübergreifenden Zusammenarbeit bei einem Massenansturm Verletzter oder Erkrankter voranzutreiben und Vorschläge für die Verzahnung von Rettungs- und Sanitätsdienst zu erarbeiten.

Dieses Konzept wird hiermit vorgelegt. Es dient allen Angehörigen der Hilfsorganisationen, aber auch allen anderen Beteiligten als Leitlinie, wie in Deutschland zukünftig Strukturen und Organisationsabläufe zur Bewältigung eines Massenansturms Verletzter oder Erkrankter möglichst harmonisierend aufgebaut und organisiert werden können.

Die Arbeitsgruppe hat insgesamt fünf Mal getagt und einen mehrtägigen Workshop mit Angehörigen aller Hilfsorganisationen durchgeführt.

In den Sitzungen wurde eine Konzeption für eine länderübergreifende Zusammenarbeit erarbeitet. Im Workshop wurden dann spezifische Schwerpunktthemen nochmals aufgegriffen. Die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen wurden in das Konzeptpapier eingearbeitet.

Besonderer Dank gilt an dieser Stelle den Mitgliedern der Arbeitsgruppe: Herrn Schottner und Herrn Sündermann (ASB), Herrn Reichert und Herrn Krabs-Höhler (DRK), Herrn Klingberg (DLRG), Herrn Strate (JUH) sowie Herrn Albert und Herrn Lewin (MHD) aber auch allen Mitwirkenden am Workshop.

Bonn – Bad Godesberg im April 2006

i.A.

Hanno Peter

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

Zentrum Katastrophenmedizin

für die Arbeitsgruppe

Präambel

Intention aus der Sicht der Hilfsorganisationen

(1) Zuständigkeiten

Die Länder und nachgeordnet die Kreise bzw. kreisfreien Städte sind als Gefahrenabwehrbehörden für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei Unfällen oder sonstigen Schadenlagen zuständig. Durch entsprechende gesetzliche Bestimmungen regeln sie die administrativen und organisatorischen Bedingungen und sind als örtliche Hauptverwaltungsbeamte für die operative Leitung und Führung in einer Schadenlage verantwortlich.

Die Hilfsorganisationen unterstützen die Behörden bei der Bewältigung von Schadenlagen mit Fachpersonal und Material. Die Hilfsorganisationen beteiligen sich durch die Einbringung eigener Finanzmittel an der Sicherstellung einer ausreichenden Gefahrenabwehr. Eine Verpflichtung zur Einbringung eigener Mittel besteht nicht sondern erfolgt auf Grund satzungsgemäßer Selbstverpflichtung.

Die Hilfsorganisationen richten an die zuständigen Behörden die Forderung, eine länderübergreifende Zieldefinition zur Abwicklung eines Massenanfalls von Verletzten (MANV) zu finden. Diese gemeinsame Zielbestimmung soll das Hilfeniveau definieren und danach die notwendigen Ressourcen bestimmen.

(2) Hilfsorganisationen als Mitwirkende bei Großschadenlagen

Die fünf Hilfsorganisationen (Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter-Unfall-Hilfe und Malteser Hilfsdienst haben sich durch ihre satzungsgemäßen Aufgaben dazu verpflichtet, bei Katastrophenlagen oder sonstigen Unglücksfällen Hilfe anzubieten und die zuständigen Behörden bei der Bewältigung der Notlage zu unterstützen. Die Hilfsorganisationen sind anerkannte freiwillige Hilfsorganisationen im Sinne der Genfer Abkommen und wirken im Katastrophenschutz der Länder mit.

In fast allen Gebieten der Bundesrepublik Deutschland sind die Hilfsorganisationen in den Rettungsdienst eingebunden und leisten dort einen hohen Anteil an rettungsdienstlichen Aufgaben.

Durch ihre große Anzahl von haupt- und ehrenamtlichen Kräften bieten die Hilfsorganisationen eine breite Palette von Hilfeleistungsressourcen an. Das Personal ist hoch motiviert und auf seinen Aufgaben durch entsprechende Aus- und Fortbildungen qualifiziert und vorbereitet.

Die Hilfsorganisationen definieren einen Massenanfall von Verletzten (MANV) als ein Schadenereignis, bei dem durch ein äußeres Ereignis (Unfall, technische Störung etc.) eine

Vielzahl von Verletzten/Betroffenen plötzlich auftreten. Dabei ist es von der jeweiligen rettungsdienstlichen Infrastruktur abhängig, ab welcher Größenordnung ein Ereignis als Massenansturm zu beschreiben ist. Die Hilfsorganisationen gehen davon aus, dass in urbanen Gebieten eine größere Anzahl von Verletzten/Betroffenen durch die Ressourcen des Regelrettungsdienstes behandelt werden können als in eher ländlich strukturierten Gebieten. Daher sind die Hilfsorganisationen der Auffassung, dass die jeweils örtlichen Behörden definieren müssen, ab welcher Größenordnung ein Ereignis nicht mehr mit den Kräften des Regelrettungsdienstes (ggf. unter Hinzuziehung der Rettungsdienste der Nachbarkommunen) zu bewältigen ist und ein MANV vorliegt.

Die Hilfsorganisationen erklären gemeinschaftlich ihren Willen und ihre Bereitschaft, durch eigenes Personal und eigenes Material bei der Bewältigung von MANV's mitzuwirken. Die Entwicklung eines bundeseinheitlichen MANV-Rahmenkonzepts ist aus Sicht der Hilfsorganisationen sinnvoll, da dadurch eine überregionale Vereinheitlichung von Abläufen, Begrifflichkeiten und Maßnahmen erreicht werden kann. Bei der Entwicklung eines Standards sollte es nach Auffassung der Hilfsorganisationen darum gehen, eine flächendeckend annähernd gleiche Vorgehensweise zu erreichen. Dies verbessert die überregionale Zusammenarbeit ganz erheblich und trägt zur Verbesserung der Notfallversorgung der Bevölkerung ganz maßgeblich bei.

(3) Hilfsorganisationen als Plattform des freiwilligen Engagements

Die fünf Hilfsorganisationen stellen eine maßgebliche Plattform ehrenamtlichen Engagements im Bereich des Katastrophenschutzes. Weit mehr als 500.000 Ehrenamtliche sind in den Hilfsorganisationen tätig und übernehmen damit Verantwortung in ganz sensiblen und wichtigen Bereichen. Jede der fünf Organisationen sichert eine solide und qualitativ hochwertige Ausbildung. Durch kontinuierliches Training und Übungen betreiben die Organisationen eine effektive Qualitätssicherung und versetzen die örtlichen Träger des Rettungsdienstes in die Lage, auch Spitzenbedarfe abzudecken und vor allem bei einem Massenansturm von Verletzten/Betroffenen innerhalb kürzester Zeit eine Rettungsdienstverstärkung zu alarmieren und einzusetzen.

Die Hilfsorganisationen fördern und entwickeln das freiwillige ehrenamtliche Engagement gerade im Hinblick auf eine leistungsfähige und –starke Ergänzung der hauptamtlich getragenen Ressourcen der täglichen Gefahrenabwehr im Rettungsdienst. Ohne dieses freiwillige Engagement müssten die Träger des Rettungsdienstes höhere Personalkapazitäten vorhalten.

Alle Organisationen betonen ihre Selbstverpflichtung und ihre Verantwortung in der Förderung des Ehrenamtes. Um diese Selbstverpflichtung dauerhaft und qualitativ hochwertig erfüllen zu können, mahnen die Hilfsorganisationen aber auch eine Gleichstellung des Helferrechts für die alltägliche Gefahrenabwehr an. Es ist nicht hinzunehmen, dass das Personal der Hilfsorganisationen im Gegensatz zu den Helfern der Feuerwehr rechtlich anders gestellt ist

(z.B. keine Kostenerstattung bei Einsätzen für Aufwendungsersatz, Erstattung von Lohnkosten).

(4) Anforderungen aus Sicht der Hilfsorganisationen

Ein Massenanfall von Verletzten/Betroffenen stellt an das Hilfspersonal besondere Anforderungen und ist immer auch eine Belastung. Die Hilfsorganisationen vertreten daher die Auffassung, dass nur gut vorbereitetes und geschultes Personal entsprechende Lagen auch bewältigen kann, ohne dass es zu physischen oder psychischen Ausfällen kommt. Ein MANV ist eine Situation, in der in kürzester Zeit eine Vielzahl von Betroffenen versorgt und behandelt und in der in kürzester Zeit Entscheidungen getroffen werden müssen. Die Belastungen des Einzelnen sind entsprechend groß. Um diesen besonderen Einsatzsituationen gerecht werden zu können, plädieren die fünf Hilfsorganisationen für folgende grundsätzlichen Anforderungen:

- Einbindung der jeweiligen Einheit in die Alarm- und Ausrückeordnungen der Rettungsdienstträger
- Einbeziehung der Hilfsorganisationen in die Planungen eines MANV auf örtlicher/überörtlicher Ebene
- länderübergreifende Festlegung von Standards der Organisation eines MANV
- länderübergreifende Festlegung von Definitionen von Fachbegriffen
- Sicherstellung einer Vernetzung der örtlichen Verantwortungsträger mit den jeweils nächstgelegenen Unterstützungsstrukturen
- Festlegung einheitlicher Führungsstrukturen bei einem MANV
- Gewährleistung einer ausreichenden Anzahl von Übungsmöglichkeiten incl. Übungsauswertung
- Verbesserte Ausbildungsbedingungen im Sanitätsdienst (einheitliche Möglichkeit der modulhaften Ausbildung/Anerkennung von Ausbildungsinhalten), d. h., ehrenamtsfreundlichere Gestaltung von Ausbildungsgängen
- Verbesserung der Praktikamöglichkeiten für Personal im Sanitätsdienst im Regelrettungsdienst (Schaffung von Hospitationsstellen ungeachtet von Trägerschaften von Rettungswachen)
- Stärkere Förderung der Mitwirkungsmöglichkeit von Ärzten im Sanitätsdienst (Schaffung von praktischen Möglichkeiten zu Aus- und Fortbildungszwecken)

(5) Der Sanitätsdienst in einem MANV

- a. Aufgaben und Zielsetzung

Der Sanitätsdienst der Hilfsorganisationen ist als Fachdienst

- für die Erstversorgung und
- den Transport von erkrankten/verletzten Personen in die weiterversorgenden Krankenhäuser zuständig.

Hierfür bedient er sich verschiedener Fachgruppen (Behandlungsplatz, Transport etc.). Hauptziel der Tätigkeit von Sanitätseinheiten ist die sachgemäße Erstbehandlung von Verletzten/Erkrankten. Dabei wird abhängig vom Schadenereignis eine möglichst hochwertige individualmedizinische Behandlung angestrebt. Nach Herstellung der Transportfähigkeit werden die Betroffenen in geeignete Krankenhäuser transportiert. Die Einsatzleitung wird bei der Zuweisung der Patienten in die entsprechenden Kliniken darauf achten, dass keine Überlastung der jeweiligen Häuser entsteht.

Die Einheiten des Sanitätsdienstes können mit lokal vorgehaltenen anderen Einsatzstrukturen (SEG'en) agieren bzw. ergänzen diese.

b. Schnittstellen Rettungsdienst

Einheiten des Sanitätsdienstes können Ressourcen des Rettungsdienstes für besondere Schadenlagen ergänzen. Daher achten die Hilfsorganisationen darauf, dass das eingesetzte Personal möglichst über praktische Erfahrungen im Rettungsdienst und eine rettungsdienstliche Ausbildung verfügt. Es ist besonders darauf zu achten, dass die in dem jeweiligen Rettungsdienstbezirk agierenden Einheiten des Sanitätsdienstes in die Ablauforganisation des Rettungsdienstes eingebunden sind und diese entsprechend gut kennen und beherrschen. Um dies zu erreichen, müssen sich alle Träger von Rettungswachen dazu verpflichten, auch hilfsorganisationsübergreifend Praktikumsplätze zur Verfügung zu stellen.

c. Schnittstellen Betreuungsdienst

Der Betreuungsdienst als weiterer Fachdienst der Hilfsorganisationen arbeitet eng mit dem Sanitätsdienst zusammen. Der Betreuungsdienst übernimmt die Betreuung und Versorgung unverletzter Betroffener in einem Schadengebiet. Bei einem Massenansturm von Verletzten ist in der Regel stets auch mit unverletzten Beteiligten bzw. mit Leichtverletzten zu rechnen. Damit diese die Rettungsmaßnahmen nicht unnötig behindern oder stören, sollten diese Personen schnellstmöglich in sichere Gebiete überführt werden. Das Personal des Betreuungsdienstes entbindet dadurch die Kräfte des Rettungs- und Sanitätsdienstes von diesen Aufgaben.

Der Betreuungsdienst sollte eng mit örtlichen Kriseninterventionsdiensten zusammen arbeiten. Es ist zu empfehlen, dass beide Fachdienste durch gemeinsame Aus- und

Fortbildung und Übungen ihre Leistungspotenziale verbinden und untereinander kennen lernen.

d. Vernetzung

Ein Massenanfall von Verletzten, insbesondere ein Großschadenereignis mit großflächiger Zerstörung der Infrastruktur, stellt an alle Gefahrenabwehrbehörden/Gesundheitsbehörden eine hohe Herausforderung dar. Die Hilfsorganisationen und die ihnen verbundenen Wohlfahrtsverbände stellen eine Vielzahl ergänzender Hilfsressourcen zur Verfügung. Eine sinnvolle und effektive Vernetzung dieser Ressourcen unterstützt die Bewältigung der Folgen des Schadenereignisses in erheblicher Weise. Eine Vernetzung dieser ergänzenden Hilfsstrukturen verbessert die Leistungsfähigkeit und das Leistungsspektrum in einem Schadenfall (Einbindung von psychosozialen Beratungsstellen, Pflegedienste, Fahrdienste etc.).

Die Hilfsorganisationen empfehlen den Gefahrenabwehrbehörden daher dringend, jeweils vor Ort mit allen Beteiligten im Rahmen von sog. „Runden Tischen“ ein Gesamtkonzept zu erstellen.

Konzept zur überörtlichen Hilfe bei MANV

Erneuerung im Zivil- / Katastrophenschutz

Konzept zur Strukturentwicklung einer Verzahnung zwischen Rettungsdienst und Zivil- / Katastrophenschutz bei Großschadenereignissen mit einem Massenansturm von Verletzten/Erkrankten.

Arbeitsgruppe MANV der Hilfsorganisationen im BBK

- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
- Zentrum für Katastrophenmedizin
- Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz e.V.
- Deutsche -Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.
- Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.
- Malteser Hilfsdienst e.V.

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeines	10
2	Lösungsansatz – Verzahnung zwischen Rettungsdienst und Zivil-/Katastrophenschutz	11
2.1	Anpassung des Zivil-/Katastrophenschutz an den Stand der Technik und die heutige Notfallmedizin	12
3	Konzept zur Patientenbehandlung bei Großschadeneignissen mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten (MANV) - Behandlungsplatz -	13
3.1	Aufbauorganisation zur Bewältigung von Großschadenlagen	13
4	Führung.....	15
4.1	Einsatzleitung	15
4.2	Einsatzabschnittsleitung „Patientenbehandlung“	16
5	Einsatzabschnitt Patientenbehandlung	17
5.1	Patientenablage (PA).....	17
5.2	Behandlungsplatz (BHP)	18
5.3	Transportorganisation.....	20
6	Einsatzabschnitt Bereitstellungsraum.....	22
7	Einsatzabschnitt Betreuung.....	23
8	Logistik/Technik	25
9	Einsatz und Führung von Einheiten.....	26

1 Allgemeines

Eine Großschadenslage, die mit einem Massenanfall von Verletzten (MANV) bzw. Erkrankten einhergeht, erfordert neben erheblichem personellen Aufwand auch besondere Einsatztaktiken. Dazu existieren bei den Trägern des Rettungsdienstes gesonderte Einsatzpläne.

Zur Bewältigung dieser Lagen sind besondere Konzepte notwendig, die eine bestmögliche Versorgung der Patienten in kürzester Zeit möglich machen. Hierzu sind bereits einige Empfehlungen¹ (z. B. AGRF-NRW) erstellt worden.

Solche Konzepte, die eine Versorgung von etwa 50 gleichzeitig anfallenden Patienten sicherstellen, sind richtungweisend und dienen als Grundlage zur Entwicklung von Konzepten zur Bewältigung von Großschadenslagen mit mehreren hundert Patienten.

Zentraler Bestandteil dieser Konzepte muss die Einrichtung eines Behandlungsplatzes (BHP) zur Schaffung und Bündelung von Behandlungskapazitäten nahe dem Schadensort sein. Von dort erfolgt später der geordnete Weitertransport von Patienten in geeignete Kliniken.

Die örtlichen Rettungsdienste sind nur bis zu einer bestimmten Größenordnung in der Lage, mit den vorgehaltenen Ressourcen ein Großschadensereignis zu bewältigen. Dies bedeutet, dass eine Ergänzung von weiteren Ressourcen aus dem Katastrophenschutz notwendig ist.

Eine Einbindung von Katastrophenschutzeinheiten erfolgt in der Regel jedoch nicht auf dem Niveau des Rettungsdienstes, da diese weder über eine gleichwertige Personalqualifikation noch über eine gleichwertige Materialausstattung verfügen. Darüber hinaus stehen die Einheiten des Zivil- und Katastrophenschutz nicht kurzfristig - analog der Freiwilligen Feuerwehren – zur Verfügung.

Auf Grund dieser unzureichenden Situation und fehlender Rahmenbedingungen für eine additive Ergänzung des Rettungsdienstes mit Einheiten des Katastrophenschutz wurden Konzepte zur überörtlichen Hilfe (Ü-MANV) mit Rettungsdienstressourcen entwickelt. Da jedoch nur die wenigsten Rettungsdienste über ausreichende Ressourcen verfügen, ist es auch bei diesen Konzepten notwendig, auf die KatS-Einheiten und die Ressourcen der Hilfsorganisationen zurückzugreifen.

Deshalb ist es dringend notwendig, eine Verzahnung der Ressourcen des Rettungsdienstes mit denen des Katastrophenschutzes und denen der Hilfsorganisationen zu erreichen. Ein solches Konzept erzielt Synergieeffekte und trägt so zur Sicherung der Bevölkerung bei Großschadensereignissen bei.

Die Arbeitsgruppe MANV der Hilfsorganisationen im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe ist deshalb zu dem Entschluss gekommen, diese Verzahnung zu fördern und empfiehlt, zukünftig Einsatzpläne auf der Basis des nachfolgenden Grundkonzeptes zu entwickeln.

¹ Planungsgrundlage zur Dimensionierung des Sanitätsdienstes Stand: 05. Mai 2005

2 Lösungsansatz – Verzahnung zwischen Rettungsdienst und Zivil-/Katastrophenschutz

Zielführend und ein zukunftsweisender Ansatz ist eine Strukturentwicklung zur Verzahnung des Rettungsdienstes und des Zivil-/Katastrophenschutzes.

Hierzu muss zunächst ein einheitliches Konzept zur Bewältigung von Großschadensereignissen mit einer Vielzahl von Verletzten / Erkrankten Konsens finden. Dieses Konzept muss eine intelligente und flexible Lösung zur Verzahnung des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes möglich machen.

Die bereits in Nordrhein-Westfalen und Hessen begonnene Umsetzung eines MANV-Konzeptes ist hier eine Grundlage, auf der eine Erneuerung des Zivil- und Katastrophenschutzes aufbauen kann.

Die Katastrophenschutzeinheiten müssen in die Lage versetzt werden, zukünftig den Rettungsdienst bei Großschadenlagen ergänzen zu können. Dazu müssen zunächst einige Rahmenbedingungen verbessert werden und es muss eine Anpassung erfolgen.

Kern der zukünftigen Konzepte sollte eine Leistungsdefinition zur Behandlung von 50 Patienten pro Stunde an einem Behandlungsplatz sein.

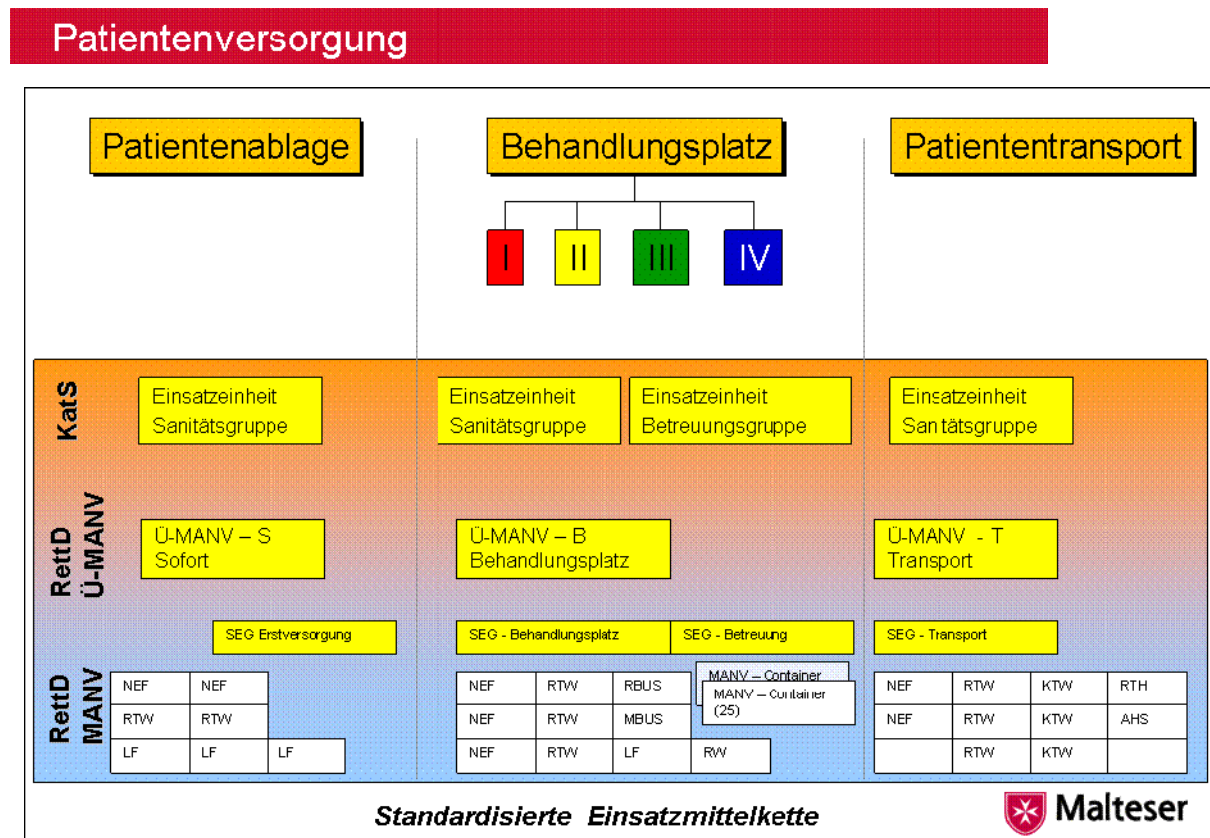


Abb. Verzahnung Rettungsdienst und Zivil-/Katastrophenschutz

2.1 Anpassung des Zivil-/Katastrophenschutz an den Stand der Technik und die heutige Notfallmedizin

Schwerpunkte:

- Qualitätssteigerung und Sicherung der Ausbildung
- Anpassung der medizinischen und technischen Ausstattung
- Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Mitwirkung

Zur Bewältigung solcher Großschadenereignisse ist es notwendig, den Zivil- und Katastrophenschutz zu erneuern und an den Stand der Technik und die heutige Notfallmedizin anzupassen. Dazu sind umfangreiche Maßnahmen notwendig.

Anpassung des Zivil-/Katastrophenschutzes an den Stand der Technik und der heutigen Notfallmedizin

- Qualitätssteigerung und Sicherung von einheitlichen Ausbildungen
- Anpassung der medizinischen und technischen Ausstattung

Verbesserung der Personalsituation

- Förderung durch Verbesserung der Rahmenbedingungen
(Hier existiert bereits eine AG – Ehrenamt im Zivil- und Katastrophenschutz im BBK)
- Personalgewinnung
- Gleichstellung
- Alarmierung und Verfügbarkeit

Anpassung der Strukturen/Führungsorganisation von Katastrophenschutz und Rettungsdienst

- Schnittstellendefinition und Verzahnung des Katastrophenschutzes mit dem Rettungsdienst
- Leistungsbeschreibungen
- Einheitliche Führungsorganisation – Einsatzkonzept

3 Konzept zur Patientenbehandlung bei Großschadensereignissen mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten (MANV)

- Behandlungsplatz -

Ziel dieses Konzeptes ist es, ausreichend Vorsorge zu leisten, damit bei Großschadensereignissen kurzfristig ein umfassendes Hilfeleistungssystem greifen kann. Dies kann nur realisiert werden, wenn eine Bündelung von Ressourcen aller agierenden Notfallvorsorgesysteme (RettD und Zivil- / KatS) erfolgt und diese aufeinander abgestimmt sind.

Hierzu ist zunächst ein einheitliches Versorgungskonzept (Patientenbehandlung) zu beschreiben.

Das Konzept zur Patientenbehandlung bei Großschadensereignissen mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten, beschreibt die Aufbaustruktur, die Führungsorganisation und die Aufgaben der einzelnen Einsatzabschnitte. Es erfolgt hier zunächst eine allgemeine Leistungsbeschreibung für Schadensereignisse bei dem gleichzeitig 50 Patienten betroffen sind.

In speziellen Einsatzplänen und Einsatzmittelketten muss hierzu gemäß den örtlichen Ressourcen und einer definierten Patientenanzahl eine detaillierte Beschreibung erfolgen.

3.1 Aufbauorganisation zur Bewältigung von Großschadenlagen

Zur Bewältigung von Großschadenlagen ist eine einfache und klare Aufbauorganisation notwendig. Diese dient der Strukturierung der Einsatzstelle und ermöglicht den eingesetzten Einheiten in einem Gesamtsystem aufgabenorientiert mitzuwirken.

Hierzu wird gemäß den jeweiligen Landesrechten eine Einsatzleitung gebildet. Zur strukturellen Patientenbehandlung sind Einsatzabschnitte zu bilden.

Einsatzabschnitte:

- Schadenbekämpfung (Feuerwehr, Zivil- und Katastrophenschutz)
- Patientenbehandlung (Rettungsdienst, Hilfsorganisationen, Zivil- und Katastrophenschutz)
- Betreuungsplatz (Hilfsorganisationen, Zivil- und Katastrophenschutz)
- Bereitstellung/Logistik (Feuerwehr, Hilfsorganisationen, Zivil- und Katastrophenschutz)

3.1.1 Einsatzabschnitt Patientenbehandlung

Der Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ ist der Kernteil dieses Behandlungskonzeptes. Hier erfolgt eine weitere Unterteilung in Unterabschnitte.

Unterabschnitte:

- Patientenablage
- Behandlungsplatz
- Patiententransport

Bei einem MANV ist es neben der Behandlung von Patienten notwendig, für die nicht erkrankten, betroffenen Personen (zu betreuenden Personen) einen Einsatzabschnitt Betreuung einzurichten.

Entsprechend muss ergänzend die Schnittstelle zum Betreuungsdienst beschrieben werden (Teil B).

Führung- und Aufbauorganisation bei einem MANV

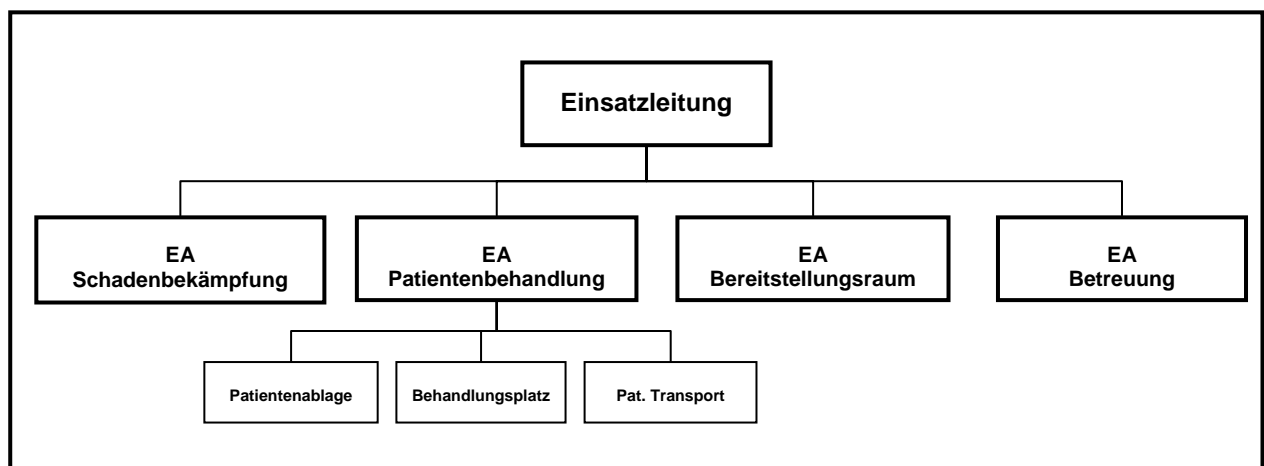


Abb. Führungs- und Aufbauorganisation bei einem MANV

4 Führung

4.1 Einsatzleitung

Zur Bewältigung des Schadenereignisses ist eine Einsatzleitung gemäß den geltenden Landesrechten und gemäß DV 100 – Führungssystem einzurichten.

Die Gliederung und Größe der Einsatzleitung richtet sich nach den örtlichen Gegebenheiten und der Größe des Ereignisses.

Es muss eine operativ-taktische Einsatzleitung gemäß den Vorgaben der DV 100 gebildet werden.

Einsatzleiter und Leitender Notarzt sind Teil dieser Einsatzleitung.

4.1.1 Allgemeine Aufgabenbeschreibung

4.1.1.1 Einsatzleiter

Das jeweilige Landesrecht und entsprechende Einsatzpläne der zuständigen Behörden bestimmen, wer Einsatzleiter ist.

Aufgaben des Einsatzleiters (DV 100)

Die Einsatzleiterin oder der Einsatzleiter hat die Verantwortung für die Einsatzdurchführung. Ihr oder ihm obliegt die Leitung der unterstellten Einsatzkräfte und die Koordination aller bei der Gefahrenabwehr beteiligten Stellen.

4.1.1.2 Leitender Notarzt (LNA)

Leitender Notarzt (DIN 13050)

*Ein Notarzt, der am Notfallort bei einer größeren Anzahl Verletzter, Erkrankter sowie auch bei anderen Geschädigten oder Betroffenen oder bei außergewöhnlichen Ereignissen alle medizinischen Maßnahmen zu leiten hat. Der Leitende Notarzt übernimmt medizinische **Führungs-** und **Koordinierungsaufgaben**. Er verfügt über eine entsprechende Qualifikation und wird von der zuständigen öffentlichen Stelle berufen*

Der Leitende Notarzt ist für die Durchführung des medizinischen Einsatzes verantwortlich.

Insbesondere sind vom LNA folgende Aufgaben sicherzustellen:

- Festlegung der medizinischen Versorgung
- Delegationen von medizinischen Aufgaben
- Festlegung der Behandlungs- und Transportprioritäten
- Festlegung der Transportmittel und -ziele,
- Festlegung des med. Materials und Materialbedarfs
- Sicherung der medizinischen Dokumentation
- Koordination der Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und Sanitätsdienst

4.2 Einsatzabschnittsleitung „Patientenbehandlung“

Zur Leitung der Einsatz- und Unterabschnitte sind Führungskräfte mit einer bestimmten Mindestqualifikation einzusetzen. Folgende Führungskräfte sind einzuplanen:

Einsatzabschnittsleiter – Patientenbehandlung

Verbandsführer (Zusatzqualifikation „Organisatorischer Leiter Rettungsdienst“)

UA Leiter Patientenablage

Gruppenführer mit Zusatzqualifikation RettAss/RettSan

UA Leiter Behandlungsplatz

Zugführer mit Zusatzqualifikation „Organisatorischer Leiter Rettungsdienst“

UA Leiter Transportorganisation

Zugführer mit Zusatzqualifikation „Organisatorischer Leiter Rettungsdienst“

Verteilung und Dokumentation

Gruppenführer mit Zusatzqualifikation RettAss/RettSan

Rettungsmittelhalteplatz

Gruppenführer

Hubschrauberlandestelle

Gruppenführer (in Zusammenarbeit mit fliegendem Personal)

5 Einsatzabschnitt Patientenbehandlung

Der Einsatzabschnitt „Behandlung“ stellt die medizinische Behandlung der Patienten sicher.

Zum strukturierten Aufbau erfolgt eine weitere Unterteilung:

- Patientenablage
- Behandlungsplatz
- Transportorganisation

5.1 Patientenablage (PA)

Patientenablage (DIN 13050)

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

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

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

5.1.1 Aufgaben an einer Patientenablage

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

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

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

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

5.2 Behandlungsplatz (BHP)

Behandlungsplatz (DIN 13050)

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

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

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

5.2.1 Aufgaben an einem Behandlungsplatz

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

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

- Strukturierter Aufbau des Behandlungsplatzes nach Sichtungskategorien

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

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

5.2.2 Struktur im Behandlungsplatz

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

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

5.3 Transportorganisation

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

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

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

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

Patientenverteilung und Dokumentation

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

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

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

Rettungsmittelhalteplatz

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

Hubschrauberlandestelle

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

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

Für den möglichen, gleichzeitigen Einsatz mehrerer Rettungshubschrauber des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), der Deutschen Rettungsflugwacht e. V. und der ADAC-Luftrettung GmbH sowie Hubschraubern der Bundespolizei und der Bundeswehr sollten geeignete Hubschrauberlandestellen vorgeplant werden.

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

- Es sollte mindestens eine Hubschrauberlandestelle festgelegt werden, auf der mehrere Hubschrauber ungehindert landen und starten können. Die besonderen Verhältnisse für einen Einsatz der Hubschrauber unterschiedlicher Größe bezüglich des Platzbedarfs und der Umgebung sind zu berücksichtigen.
- Für die gleichzeitige Landung bis zu 4 Rettungshubschraubern wird eine Fläche von ca. 2.500qm benötigt.
- Eine gleichzeitige und ungehinderte An- und Abfahrt von mehreren Rettungsfahrzeugen muss möglich sein. Eine Ausschilderung ist vorzusehen.
- Für die Verbindung zur Einsatzleitung oder zur Einsatzabschnittsleitung muss eine geeignete Führungseinheit, beispielsweise in der Größe eines Führungstrupps (0/1/2/3) mit einem ELW-1, zur Verfügung gestellt werden.
- Die Ausleuchtung und Absperrung der Hubschrauberlandestelle sowie die Absicherung durch ein Löschfahrzeug ist vorzusehen.
- Eine vorherige Besichtigung der Landestelle durch sachkundige Personen, beispielsweise durch den zuständigen Leiter der Rettungshubschrauberstation ist notwendig. Die Festlegung der ausgesuchten Landestellen muss den betreffenden Leitstellen bekannt gegeben und den Hubschrauber-Stationen mitgeteilt werden.

6 Einsatzabschnitt Bereitstellungsraum

Bereitstellungsraum (DIN 13050)

eine Stelle, an der Einsatzkräfte und Einsatzmittel für den unmittelbaren Einsatz gesammelt, gegliedert und bereitgestellt oder in Reserve gehalten werden

Am Bereitstellungsraum werden sowohl nachrückende Einsatzkräfte (Verbände) als auch einzelne Einsatzmittel gesammelt, gegliedert und bereitgestellt. Hier kann auch das Vorhalten der Reservekräfte erfolgen. Der Bereitstellungsraum benötigt eine entsprechende Führung und Logistik zum Aufbau der benötigten Infrastruktur und Kommunikation. Sinnvoll ist hier ebenso der Einsatz von Lotsen.

Sammelräume

Bei der Heranführung von überörtlichen Kräften ist es sinnvoll, fest definierte Sammelräume vor dem Bereitstellungsraum einzurichten.

Die überörtlichen und meist ortsfremden Kräfte müssen in der Lage sein, diese Räume eigenständig zu erreichen. Hierzu sollten entsprechende Sammelräume vordefiniert und mit Anfahrtsbeschreibungen/Kartenauszüge beschrieben werden.

Folgende Anforderungen sollte ein Bereitstellungsraum/Sammelraum erfüllen:

- Gute Verkehrsanbindung (BAB, Bundesstraße)
- Getrennte An- und Abfahrt
- Ausreichender Platzbedarf (ca. 50 Fahrzeuge etwa 1.500 - 2.000 m²)
- Infrastruktur (Strom- und Wasseranschluss, Toiletten, Beleuchtung)
- Führung und Logistik
- Lotsen und Lotsenstellen

7 Einsatzabschnitt Betreuung

Bei großflächigen Schadenlagen, wie sie in diesem Konzept behandelt werden, 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 Schadenlage zu erwartenden Betroffenenzahlen bei einem Ü-MANV machen es erforderlich, frühzeitig und umfassend Vorsorge für die Betreuung zu treffen.

Ein eigenständiger **Einsatzabschnitt „Betreuung“** ist zu bilden. Die Aufgabenbewältigung soll vorrangig mit Einsatzkräften des Zivil- und Katastrophenschutzes erfolgen. Dies gilt besonders für die Führungsfunktionen.

Aufgrund 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. Es ist aus diesen Gründen daher dringlich zu empfehlen, sich im Vorfeld mit den verschiedenen sozialen Fachdiensten (Beratungsstellen etc.) bzw. Behörden abzustimmen.

Für unverletzten Betroffenen und Angehörige die keine notfallmedizinische Behandlung benötigen, sind eine Anlaufstelle und ein Betreuungsplatz einzurichten. Deshalb ist es notwendig, einen Einsatzabschnitt Betreuung zu bilden. Entsprechend ist dort der Einsatz der Betreuungseinheiten des Zivil- und Katastrophenschutzes notwendig.

Folgende Aufgabenbereiche sind dort zu berücksichtigen:

- Soziale Betreuung
- Psychosoziale Unterstützung
- Sanitätsdienstliche Hilfe
- Verpflegung
- Unterbringung
- Transport
- Registrierung und Dokumentation

Anlaufstelle

An der Anlaufstelle werden die Betroffenen außerhalb des Gefahrenbereiches (nahe der Patientenablage) aufgefangen und koordiniert zum Betreuungsplatz geleitet.

Die Anlaufstelle muss stets außerhalb des akuten bzw. potentiellen Gefährdungsbereiches liegen. Eine enge Zusammenarbeit mit der Patientenablage ist strukturell einzuplanen.

Betreuungsplatz

Auf dem Betreuungsplatz erfolgt im Rahmen der Soforthilfe eine entsprechende Betreuung der Betroffenen und unter Umständen auch von Angehörigen. Die Einsatzkräfte des Betreuungsdienstes sollten über Grundkenntnisse und Fähigkeiten der Psychosozialen Unterstützung (psychische Erste Hilfe) verfügen. Spezielle Fachkräfte aus dem Bereich Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) und Notfallseelsorge (NFS) müssen entsprechend in diesen Einsatzabschnitt integriert werden.

Der Einsatzabschnitt Betreuung bildet bei einer weiteren notwendigen Betreuung die Schnittstelle zur Übergangshilfe.

Soziale Betreuung

Zur sozialen Betreuung gehört die Versorgung der Betroffenen mit Gütern des dringenden Bedarfs.

Im Einsatz hat die soziale Betreuung folgende Aufgaben:

- Erkennen von Bedürfnissen und Probleme der Betroffenen, sowie angemessen darauf reagieren und ggf. weitervermitteln
- Psychische Erste Hilfe leisten
- Informieren der Betroffenen
- Situationsbezogene Beratung anbieten
- Stresssituationen vermeiden und ggf. beruhigen
- medizinisch-pflegerische sowie hygienische Probleme erkennen, angemessen reagieren, Erstmaßnahmen einleiten und ggf. Fachkräfte anfordern
- Registrieren und Verbleib der Betroffenen dokumentieren
- Fachkräfte und Fachbehörden bei der Wahrnehmung der Aufgaben unterstützen

Verpflegung

- Zubereitung und Ausgabe von Verpflegung (Warmverpflegung) für Betroffene und Einsatzkräfte

Transport

- Transport und Begleitung von Betroffenen
- Durchführung der Beschaffung und des Transports von Ge- und Verbrauchsgütern

Personenunterkunft

Im Rahmen einer weiteren längerfristigen Unterbringung von Betroffenen ist eine Einrichtung von Notunterkünften notwendig.

8 Logistik/Technik

Der Bereich Logistik und Technik ist eine Querschnittsaufgabe, die alle Einsatzabschnitte betrifft.

Zum Aufbau und Betrieb der Einsatzabschnitte ist eine technische und logistische Unterstützung notwendig. Hierzu können Einheiten des Zivil- und Katastrophenschutz (z. B. zwei Technik- und ein Verpflegungstrupp der Einsatzeinheiten) eingesetzt werden.

Die Aufgabe im Bereich Logistik und Technik besteht darin, die Infrastruktur der Einsatzabschnitte aufzubauen und den technischen Betrieb zu gewährleisten. Diesem Bereich obliegt auch die engmaschige Beratung der Führungskräfte in allen Belangen der Unfallverhütung, Arbeitssicherheit sowie des Gesundheitsschutzes

Die zur überörtlichen Hilfe herangeführten Einsatzkräfte/Verbände sollten über eine eigene Grundversorgung verfügen. Dafür sollten diese dem Auftrag entsprechend mit ausreichenden Verbrauchsmaterialien, Verpflegung und Betriebsstoffen ausgestattet sein. Grundsätzlich sollten die Einsatzabschnitte so ausgestattet sein, dass ein autarker Einsatz für die ersten 8 Stunden in der Regel gesichert ist.

Zur Durchführung sollte das entsprechende technische Material auf spezielle Einsatzfahrzeuge (GW-Technik und Technik-Anhänger) verlastet sein.

Folgende Aufgaben sind zu berücksichtigen

- Wasserversorgung
- Stromversorgung
- Beleuchtung
- Klimatisierung
- Beschaffung und Nachführung von z. B.
 - Verpflegung / Getränken
 - Betreuungsmaterial
 - Arzneimittel und Medizinprodukte
 - Betriebsstoffe
 - Engpassressourcen
- Entsorgung

9 Einsatz und Führung von Einheiten

Damit die Führung in einem überörtlichen Einsatz gewährleistet werden kann, müssen die Einheiten in der Lage sein, nicht nur selbstständig, sondern auch in Zug- bzw. Verbandsstrukturen agieren zu können. Einzelne Einheiten oder Komponenten müssen sich z. B. in Verbände zusammenschließen lassen damit auch ein überörtlicher Einsatz einer Behandlungsplatzbereitschaft möglich ist. Bei dem Einsatz einer Behandlungsplatzbereitschaft sollte diese durch eine Führungsstaffel geleitet werden.

Entsprechend müssen die Einsatz- und Führungskräfte nach einheitlichen Standards an den Schulen der Hilfsorganisationen, Länder und des Bundes aus- und fortgebildet werden. Die gleichwertige Qualifikation der einzelnen Führungsausbildungen an den unterschiedlichen Schulen ist sicherzustellen.

Gemäß der DV 100 – „Führen und Leiten im Einsatz“ sind operativ-taktische Einheiten zu bilden:

- Verband
- Zug
- Gruppe
- Trupp