



Die Zukunft der Einsatzeinheiten NRW der Hilfsorganisationen

Entwickeln Sie Vorschläge, wie eine zukünftige Einsatzeinheit NRW materiell und personell strukturiert werden könnte. Ermitteln Sie zusätzlich, in welchem Umfang entsprechende Einheiten in NRW erforderlich sind.

Facharbeit

im Rahmen der Laufbahnausbildung 2.2 des
feuerwehrtechnischen Dienstes (ehem. hD Feu)

von

Wolfram Polheim

geb. 10.01.1967 in Köln

Dezember 2018

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Zielsetzung und Methode	1
3 IST-Zustand der Einsatzeinheit (EE) NRW	2
3.1 Gesetzliche Grundlage	2
3.2 Definition und Aufbau der EE	2
3.3 Verteilung der Sichtungskategorien (SK) als Planungsgrundlage	3
3.4 Leistungsfähigkeit der EE	3
3.5 Einbindung der EE in überörtliche Konzepte	4
4 Modularisierung in anderen Bundesländer / beim Bund	5
4.1 Allgemein	5
4.2 Baden-Württemberg (BW)	5
4.3 Hessen (HE)	5
4.4 Niedersachsen (NS)	6
4.5 Rheinland-Pfalz (RP)	7
4.6 Bund, Medizinische Task Force (MTF-Bund)	7
5 Analyse und Entwicklung einer modularen Neustruktur für NRW	8
5.1 Änderung der Verteilung der Sichtungskategorien (SK)	8
5.2 Aufbau und Struktur in der Zukunft	9
5.2.1 Ansatz	9
5.2.2 Notwendigkeit einer neuen Struktur	9
5.2.3 Grundgedanke der neuen Struktur	10
5.3 Komponenten (Kp)	11
5.4 Qualifikationsgruppen (QG)	13
5.5 Fahrzeug- und Alarmierungskonzept der Module	13
5.6 Module der Sanitätskomponente (SanKp)	14
5.6.1 Grundlage der Bemessung	14
5.6.2 Einsatzstaffel-Behandlung gelbe/grüne Patienten (ES-GG)	15
5.6.3 Einsatzstaffel-Behandlung rote Patienten (ES-R)	16
5.6.4 Einsatzstaffel-Ladezone (ES-L)	16
5.7 Module der Betreuungskomponente (BeKp)	16

5.7.1	Grundlage der Bemessung	16
5.7.2	Einsatzstaffel-Betreuung (ES-B)	17
5.7.3	Einsatztrupp-Versorgung, sofort (ET-VS)	17
5.7.4	Einsatzstaffel-Versorgung, lang (ES-VL)	18
5.8	Module der Transport- und Unterstützungskomponente (TUKp).....	18
5.8.1	Einsatzstaffel-Zelt und Unterstützung (ES-ZU)	18
5.8.2	Einsatzstaffel-Bereitstellungsraum (ES-BR)	19
5.8.3	Patiententransportzug für 10 Patienten (PTZ 10).....	19
5.8.4	Abrollbehälter Massenanfall von Verletzten (AB-MANV-NRW).....	19
6	Landesweite Bemessung und Einbindung in das Bund-Konzept	19
6.1	Bemessung für NRW	19
6.2	Einbindung in das Bund-Konzept	20
7	Zusammenfassung und Ausblick	20
	Quellenverzeichnis	VI
	Anlagenverzeichnis	IX
	Eidesstattliche Erklärung	XX
	Lizenzvereinbarung	XXI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	
Leistungsfähigkeit der EE NRW (gekammerte Werte durch Verfasser ergänzt).....	3
Abbildung 2:	
Gegenüberstellung von Personal und Qualifikation.....	4
Abbildung 3:	
Übersicht Modularisierung Baden-Württemberg, Einheitstabelle.....	5
Abbildung 4:	
Übersicht Modularisierung Hessen, Einheitstabelle.....	6
Abbildung 5:	
Übersicht Modularisierung Niedersachsen, Einheitstabelle	7
Abbildung 6:	
Übersicht Modularisierung Rheinland-Pfalz, Einheitstabelle	7
Abbildung 7:	
Übersicht Modularisierung Bund, MTF, Einheitstabelle	8
Abbildung 8:	
Organigramm der Bereitschaft SanBeTU => AUFGABENBEZOGEN.....	11
Abbildung 9:	
Organigramm der Bereitschaft SanBeTU => HILFSORGANISATIONSBEOGEN.....	12
Abbildung 10:	
Berechnungstabelle für die Bemessung von Modulen eines BHP 50.....	15
Abbildung 11:	
Berechnungstabelle für die Bemessung von Modulen eines BTP 500	17
Abbildung 12:	
Modul- und Personalansatz MTF-Bund und neue Struktur NRW	20

Abkürzungsverzeichnis

AB MANV	Abrollbehälter mit Material für einen Massenanfall von Verletzten
AGBF	Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehr
AGHF	Arbeitsgemeinschaft der Leiter der hauptamtlichen Wachen in NRW
AK	Arbeitskreis
AKNZ	Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz
Anh.	Anhänger
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
Beh.	Behandlung
BeKp	Betreuungskomponente
BHP 50	Behandlungsplatz für 50 Patienten
BHP-B 50	Behandlungsplatz-Bereitschaft für 50 Patienten in NRW
Bt.	Betreuung
BTP 500	Betreuungsplatz für 500 Betroffene
BTP-B 500	Betreuungsplatz-Bereitschaft für 500 Betroffene in NRW
BW	Baden-Württemberg
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EE	Einsatzeinheiten
ELW	Einsatzleitwagen
entspr.	entsprechend
ES	Einsatzstaffel
ET	Einsatztrupp
FhrKp	Führungskomponente
FKH	Feldkochherd
FS-B(E)	Führerschein, Klasse PKW (mit Anhänger)
FS-C(E)	Führerschein, Klasse LKW > 7,5 t (mit Anhänger)
FS-C1(E)	Führerschein, Klasse LKW < 7,5 t (mit Anhänger)
Fü.	Führung
gem.	gemäß
GW	Gerätewagen
GW San	Gerätewagen Sanität
HE	Hessen
HiOrg	Hilfsorganisationen
i.e.S.	im engeren Sinn
i.d.R.	in der Regel
IdF	Institut der Feuerwehr NRW
IM NRW	Ministerium für Inneres (ab Landtagswahl 2017)
KatS	Katastrophenschutz
KdoW	Kommandowagen
Kp	Komponente
KTW	Krankentransportwagen
LNA	Leitender Notarzt
MANV	Massenanfall von Verletzten
med.	Medizinisch
MIK NRW	Ministerium für Inneres und Kommunales NRW (bis 2017)
MTF	Mannschaft-Transport-Fahrzeug

MTF-Bund	Medizinische Task Force des Bundes
NA	Notarzt
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NotSan(G)	Notfallsanitäter(-Gesetz)
NRW	Nordrhein-Westfalen
NS	Niedersachsen
o.a.	oben angeführt
OrgL	Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
Pat.	Patient
Pat.abl.	Patientenablage
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung
PtO	Patiententransportorganisation
PTZ 10	Patiententransport-Zug für 10 Patienten
QG	Qualifikationsgruppe
Quali.	Qualifikation
RA	Rettungsassistent
RH	Rettungshelfer
RS	Rettungssanitäter
RTW	Rettungstransportwagen
San.	Sanität
SanBeTU	Sanitäts-, Betreuungs-, Transport- und Unterstützungsbereitschaft
SanKp	Sanitätskomponente
SEG	Schnelle Einsatzgruppe
SEG-E	Schnelleinsatzgruppe Erstversorgung
SEG-T	Schnelleinsatzgruppe Transport
SK	Sichtungskategorien
SK I	ROT; schwer verletzt, vital bedroht
SK II	GELB; schwer verletzt
SK III	GRÜN; leicht verletzt
SK IV	BLAU; abwartende Behandlung, keine Überlebenschance
s.u.	siehe unten
techn.	Technisch
Trsp.	Transport
TUKp	Transport- und Unterstützungskomponente
u.a.	unter anderem
Ü-Hilfe	Überörtliche Hilfe
Ü-MANV-S	Einheit der überörtlichen Nachbarschaftshilfe im Rettungsdienst
VdF	Verband der Feuerwehren in NRW

1 Einleitung

Die Entwicklung des Zivil- und Katastrophenschutzes nach dem II. Weltkrieg stand von Beginn an unter der Doppelaufgabe des „Zivilschutzes“ im Zuständigkeitsbereich des Bundes und des „Katastrophenschutzes“ (KatS) in der Zuständigkeit der Länder (1). Mit Ende des Kalten Krieges und dem vermeintlichen Wegfall der Bedrohungslage, wurde der Zivil- und Katastrophenschutz deutlich zurückgebaut. Dies erforderte eine neue Ausrichtung der bislang bestehenden Einheiten, die sich nun nicht mehr am Verteidigungsfall, sondern eher an Großschadensereignissen und Katastrophen orientierten. Für den Bereich des Sanitäts- und Betreuungsdienstes erarbeitete das Deutsche Rote Kreuz (DRK) zu Beginn der 1990'er Jahre das Konzept der Einsatzeinheiten (EE) (2), welches später von etlichen Bundesländern (3), u.a. auch von Nordrhein-Westfalen (NRW) (4), eingeführt wurde. Hierbei wurde Sanität und Betreuung ganz bewusst nicht getrennt, sondern zusammengefasst. Nach über 20-jähriger Laufzeit der EE'en in NRW hinterfragt diese Facharbeit, ob der Ansatz dieser Einheiten noch zeitgerecht ist oder ob Anpassungen aufgrund der Weiterentwicklung im taktischen Vorgehen bei Einsätzen mit einem Massenanfall von Verletzten (MANV) erforderlich sind.

2 Zielsetzung und Methode

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Vorschlag zu entwickeln, wie eine Einsatzeinheit NRW zukünftig materiell und personell strukturiert werden könnte. Zusätzlich soll ermittelt werden, in welchem Umfang entsprechende Einheiten in NRW erforderlich sind.

Hierfür wird zuerst der IST-Zustand der EE'en untersucht und Problemfelder herausgearbeitet. Da es hierzu neben dem „Grundlagenbericht Koordinierter Prozess KatS NRW“ (5) des Innenministeriums NRW (IM NRW) und der Masterarbeit von Jens von den Berken mit dem Thema „Analyse leistungsbegrenzender Faktoren beim Einsatz medizinischer Einheiten im Bevölkerungsschutz“ (6) kaum Literatur gibt, wird ein Bundesländervergleich durchgeführt und auf Expertenmeinungen zurückgegriffen. Bei der Auswahl der Experten wurde darauf Wert gelegt, dass diese jeweils einen unterschiedlichen Blickwinkel auf die EE'en haben. Dieses Vorgehen hat zwar den Nachteil, dass die einzelnen Aussagen nicht repräsentativ sind, andererseits wird hierdurch aber eine große Breite an Sichtweisen erfasst, was als zielführender gewertet wird. In Vorbereitung zu den Interviews wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Aussagen standardisiert und vergleichbar bzw. auswertbar macht. Die einzelnen Aussagen wurden anschließend – der besseren Übersicht wegen – in Kurzform in einem Frage- / Antwortbogen zusammengefasst (siehe Anlage 4). Im Einzelnen wurden befragt:

- Leiter / Mitglieder einer EE (auch Bezirksbereitschaften)
- Untere, Obere und Oberste Aufsichtsbehörde
- Landesverbände der HiOrg
- Ausbildungseinrichtungen (IdF, AKNZ)
- Angehörige AK Rettungsdienst AGBF/VdF
- Ärztliche Leiter Rettungsdienst

Hierauf aufbauend wird anschließend ein bedarfsangepasstes Modell entwickelt, wie die Zukunft der EE'en aussehen könnte. Dabei werden zwei Basisanforderungen zugrunde gelegt: einerseits eine Modularisierung von Aufgaben, die deutlich über das heutige Maß der Teileinheiten der EE'en hinausgeht. Sinn dieser Module ist eine bessere und schnellere Einbindung in größere Einsatz- und Großschadenslagen unterhalb der Katastrophenschwelle als dies heute in der Fläche der Fall ist. Andererseits soll die Gesamtleistung der überörtlichen Konzepte „Behandlungsplatz-Bereitschaft 50 NRW“ (BHP-B 50 NRW, kurz: BHP 50) (7)¹ bzw. „Betreuungsplatz-Bereitschaft 500 NRW“ (BTP-B 500 NRW, kurz BTP 500) (7)² bei Alarmierung aller Module weiterhin darstellbar sein, da diese Konzepte sinnvoll und notwendig sind. Diese Überlegungen wurden ebenfalls bei den o.a. Interviews mit den Experten erörtert. Daraus ergab sich in der Folge eine grundsätzliche Diskussion über die Organisation des Katastrophenschutzes auf Ebene „Kreis“ / „kreisfreie Stadt“ mit der Fragestellung, ob es nicht sinnvoller wäre, den heutigen Grundbaustein „Einsatzinheit“ durch die Bausteine „BHP 50“ und „BTP 500“ zu ersetzen.

3 IST-Zustand der Einsatzinheit (EE) NRW

3.1 Gesetzliche Grundlage

Gesetzliche Grundlage für die EE'en in NRW ist das „Landeskonzept der überörtlichen Hilfe NRW Sanitätsdienst und Betreuungsdienst“ des damaligen Ministeriums für Inneres und Kommunales NRW (MIK NRW) vom 01.07.2013 (7). Darüber hinaus gibt es zum Thema MANV die „Anforderungen an MANV-Konzepte“ der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren (AGBF)-Bund (8) und das „Grundlagendokument MANV“ des gemeinsamen Arbeitskreises Rettungsdienst der AGBF-NRW, der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der hauptamtlichen Feuerwehren (AGHF)-NRW und des Verbands der Feuerwehren (VdF)-NRW (9).

3.2 Definition und Aufbau der EE

„Die Einsatzinheit Nordrhein-Westfalen (EE NRW) ist eine multifunktionale, autark einsetzbare und landesweit einheitliche Komponente des Sanitäts- und Betreuungsdienstes in der Stärke eines erweiterten Zuges zur Versorgung von Patienten oder unverletzten Betroffenen. Sie besteht aus einem Führungstrupp, einer Sanitäts- und einer Betreuungsgruppe sowie einem unterstützenden Techniktrupp“ (7)³ (siehe Anlage 1). Dabei ist sowohl der Einsatz einer gesamten EE, als auch der modulare Einsatz von Teileinheiten möglich.

„Kreise und kreisfreie Städte verfügen planerisch jeweils über vier EE'en“ (7)⁴. Bei einer Anzahl von 31 Kreisen und 22 kreisfreien Städten in NRW (10), ergeben sich

¹ Kap. 3., Autarker sanitätsdienstlicher Verband in Bereitschaftsstärke, dessen Aufgabe es ist, im Rahmen der überörtlichen Hilfe am Schadensort eine geordnete notfallmedizinische Versorgung für eine größere Anzahl verletzter oder erkrankter Personen vorzunehmen, eine Dokumentation über Aufnahme und Transport der Patienten durchzuführen und den Weitertransport in geeignete Behandlungseinrichtungen zu organisieren

² Kap. 4., Autarker betreuungsdienstlicher Verband in Bereitschaftsstärke, dessen Aufgabe es ist, im Rahmen der überörtlichen Hilfe am Schadensort einen Betreuungsplatz einzurichten, ihn zu betreiben und eine geordnete Betreuung für eine größere Anzahl unverletzt betroffener Personen über einen längeren Zeitraum sicherzustellen

³ Kap. 2.1

⁴ Kap. 1.3

daraus rechnerisch 212 EE'en. Tatsächlich stehen dem Land derzeit aber 241 EE'en zur Verfügung (5), u.a. weil die Bezirksregierungen darüber hinaus noch Bezirksbereitschaften vorhalten. „Die Personalstärke einer EE NRW beträgt 33 Funktionen. Zur Sicherstellung der jederzeitigen Verfügbarkeit ist eine mindestens zweifache Besetzung jeder Funktion vorzuhalten“ (7)⁵.

3.3 Verteilung der Sichtungskategorien (SK) als Planungsgrundlage

Um einen MANV-Einsatz schnell erfassen und strukturieren zu können, werden Patienten in eine Sichtungskategorie (SK) eingeteilt. Hierzu werden die SK'en der Konsensus-Konferenz des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) bzw. der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) vom 15.03.2002 zugrunde gelegt (7)⁶. Auch das Grundlegendokument MANV (9) stützt sich auf diese Aufteilung (kurz „40/20/40“):

- 40 % der Patienten akut vital bedroht SK I (rot),
- 20 % der Patienten schwer verletzt oder erkrankt SK II (gelb),
- 40 % der Patienten leicht verletzt oder erkrankt SK III (grün),
- Patienten ohne Überlebenschance (= SK IV (blau)) sind in der SK I (rot) integriert

3.4 Leistungsfähigkeit der EE

Die EE soll nach spätestens 60 Minuten abmarschbereit sein (7)⁷. Die Leistungsfähigkeit wird sowohl für die gesamte EE, als auch für die Teileinheiten aufgeführt: die Sanitätsgruppe kann alleine 12 Patienten der SK II (gelb) und SK III (grün) erstversorgen (7)⁸. Wenn sie durch Rettungsdienstkräfte (z.B. Ü-MANV-S-Einheiten) (7)⁹ unterstützt werden, kommen 4 weitere Patienten mit SK I (rot) hinzu (in Summe dann 16 Patienten in der Aufteilung „rot/gelb/grün“: „4/4/8“). Die gesamte EE (also Sanität + Betreuung + Technik + Führung) kann bis zu 25 Patienten der SK II (gelb) und SK III (grün) erstversorgen (siehe hierzu Kap.5.2.2 b dieser Arbeit). Hierzu steht ihr geeignetes Material zur Verfügung (11). Wie auch Jens von den Berken in seiner Masterarbeit festgestellt hat, ist die Leistungsfähigkeit der EE'en im Landeskonzert nur unvollständig definiert (6). In Abbildung 1 wurde daher die SK-Aufteilung für „Sanitätsgruppe verstärkt durch Ü-MANV-S“ für die „Sanitätsgruppe, einzeln“ übernommen bzw. das hieraus abzuleitende Verhältnis für die „gesamte Einsatzeinheit“ angesetzt (in Klammern). Die Betreuungsgruppe betreut alleine 100 Betroffene, zusammen mit der gesamten EE können 250 Personen betreut werden.

	Behandlung von Patienten				Betreuung von Betroffenen
	rot	gelb	grün	SUMME	
Sanitätsgruppe, einzeln	---	(4)	(8)	12	---
Betreuungsgruppe, einzeln	---	---	---	---	100
gesamte Einsatzeinheit	---	(8)	(17)	25	ODER 250
Sanitätsgruppe verstärkt durch Ü-MANV-S	4	4	8	16	

Abbildung 1: Leistungsfähigkeit der EE NRW (geklammerte Werte durch Verfasser ergänzt)

⁵ Kap. 2.4.1. Zur genaue Aufschlüsselung nach medizinischer und führungstechnischer Ausbildung siehe Anlage 1

⁶ Kap. 1.1, hier wird Bezug genommen auf (29)

⁷ Kap. 2.6

⁸ Kap. 2.2

⁹ Abkürzungsverzeichnis; Nachbarschaftliche (Sofort-)Hilfe aus dem Rettungsdienst im Sinne des § 8 (2) RettG NRW, i.d.R. bestehend aus 1 NEF, 2 RTW, 1 KTW oder 1 weiterer RTW

3.5 Einbindung der EE in überörtliche Konzepte

Jeweils 2 EE'en NRW werden in die Bereitschaften BHP 50 und BTP 500 integriert (7)¹⁰. Eine genaue Aufgabenzuteilung ist dem Landeskonzept nicht zu entnehmen, allerdings geben die beispielhaften Darstellungen der Personal- und Fahrzeugübersichten einen Hinweis darauf (7)¹¹.

BHP-B 50 NRW (BHP 50)

Der BHP 50 besteht aus 116 Einsatzkräften, wobei ca. die Hälfte von zwei EE'en gestellt wird. Diese Kräfte werden lokal sehr unterschiedliche „mit Kräften der Hilfsorganisationen sowie der Feuerwehren, des Rettungsdienstes (ggf. auch am Rettungsdienst beteiligte Unternehmen) und weiterer Organisationen“ (7)¹² ergänzt. Eine Sanitätsgruppe der EE'en übernimmt den „Behandlungsbereich SK II (gelb)“, die zweite wird auf den „Behandlungsbereich SK III (grün)“ und „Patientenverteilung/Dokumentation“ aufgeteilt. Die Betreuungsgruppen werden ebenfalls nicht zusammen eingesetzt, sondern sind den Bereichen „Interner Patiententransport“, „Totenablage“, „Verpflegung“ und „Rettungsmittel-Organisation“ zugeordnet. Die Führungstrupps übernehmen die Führung der „Logistik“ bzw. die „Transportorganisation“. Lediglich die Techniktrupps werden zusammen im Bereich „Technische Unterstützung“ eingesetzt.

BTP-B 500 NRW (BTP 500)

„Das Personal der BTP-B 500 NRW besteht aus zwei Einsatzeinheiten NRW (EE NRW) ergänzt um eine Führungsstaffel“ (7)¹³. Die Aufsplitterung der Einsatzkräfte ist hier deutlich geringer als beim BHP 50: der erste Führungstrupp übernimmt den Bereich „Betreuung“, der zweite Führungstrupp sorgt für die Logistik, also für „Verpflegung“ und „Technik“. In Summe wird mit 72 Einsatzkräften geplant.

Die folgende Abbildung stellt die Personal- und Qualifizierungsübersicht zweier EE'en dem Personal gegenüber, das in einem BHP 50 bzw. einem BTP 500 von zwei EE'en gestellt wird. Es ist deutlich zu erkennen, dass das Personal der EE'en beim Einsatz in einem BHP 50 sowohl qualifikationsmäßig, als auch zahlenmäßig unschlüssig ist (schwarz unterlegt).

	EE	2 x EE	BHP 50	BTP 500
Zugführer	1	2	3	2
Gruppenführer	3	6	4	5
Truppführer	4	8	8	9
Führungsgehilfe	2	4	3	0
Arzt	1	2	3	2
Rettungsassistent	0	0	4	0
Rettungssanitäter	2	4	4	4
Rettungshelfer	6	12	4	12
Helfer	14	28	26	32
SUMME	33	66	59	66

Abbildung 2: Gegenüberstellung von Personal und Qualifikation von EE einzeln und von EE im BHP bzw. im BTP

¹⁰ Kap. 2.6.2

¹¹ Abb. 3.7.2 und 4.7.2; siehe auch Anlage 2b und 3b; die EE sind hier in Farbe „elfenbein“ dargestellt

¹² Kap. 3.4

¹³ Kap. 4.4

4 Modularisierung in anderen Bundesländer / beim Bund

4.1 Allgemein

An dieser Stelle soll eine kurze Übersicht über die Modularisierung in den anderen Bundesländern gegeben werden. Als repräsentativer Querschnitt werden die Konzepte der Länder Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz vorgestellt. Hierbei wurden die durchaus unterschiedlichen Angaben in eine Einheitstabelle eingefügt, um eine Vergleichbarkeit zu erreichen. Dies führt allerdings auch zu Lücken in den Tabellen, da die Daten der Länder nicht deckungsgleich sind. Anschließend wird die Aufteilung der Medizinischen Task Force des Bundes (MTF Bund) betrachtet.

4.2 Baden-Württemberg (BW)

Neben der Verwaltungsvorschrift des Katastrophenschutzdienstes (12), das dem NRW-Konzept insgesamt sehr ähnlich ist, existiert in BW ein MANV-Konzept (13). Dort wird die „Standardisierung von Leistungen“ beschrieben.

Sichtungskategorien: Konsensus-Konferenz 2002 („40/20/40“)

Gesamtstärke der EE: 3/5/24/32¹⁴

BHP 50: 4 EE => 128

(BW)	Einsatzeinheit Erstversorgung bzw. Behandlung		Führung	Erstvers./ Behandlung	Transport	Betreuung, Versorgung
	Rettungsdienst Beh.	Trsp.				
techn. Ausstattung			MTW	GW-San MTW	2 x KTW od. RTW	LKW MTW
Stärke			3/2/1/6	-/1/8/9	-/1/4/4	-/1/8/9
med. Quali			1 Arzt	6 SanHelfer	2 SanHelfer	6 SanHelfer
SK I (rot)	alle	alle	-	10	ggf.	
SK II (gelb)					4	
SK III (grün)						
Betroffene						

Abbildung 3: Übersicht Modularisierung Baden-Württemberg, Einheitstabelle

4.3 Hessen (HE)

Auch in Hessen gibt es neben einem Katastrophenschutzkonzept (14) ein MANV-Rahmenkonzept (15). Im Katastrophenschutz sind die Fachdienste „Sanitätsdienst“ (bestehend aus: Zugtrupp, SEG-Behandlung und Transportgruppe) und „Betreuungsdienst“ (bestehend aus: Zugtrupp, SEG-Betreuung und Versorgungsgruppe) getrennt. Das MTF-Bund-Konzept wurde integriert und mit Unterstützungskomponenten ergänzt. Eine Zuordnung, welche Teileinheit wieviel Patienten mit welchen SK'en versorgen kann, wird nicht gegeben. Jeder Kreis / kreisfreie Stadt hat jeweils 2 Sanitäts- und 2 Betreuungszüge zu stellen, die dann einen BHP 25 / BHP 50 bzw. einen BtP 50 / BtP 500 betreiben. Zusätzlich gibt es im Bereich Betreuung eine Betreuungsstelle 25. Alle Helfer verfügen über eine Ausbildung „SanHelfer 1 und 2“ und „PSNV“¹⁵ 1“.

¹⁴ Die Stärke wird angegeben mit Anzahl der: Führer / Unterführer / Mannschaft / Summe

¹⁵ Der Begriff Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) beinhaltet die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen (31)

Sichtungskategorien: Konsensus-Konferenz 2002 („40/20/40“)
 Gesamtstärke der EE: 1/4/20/**25** (San) bzw. 1/11/13/**25**(Betreuung)
 BHP 50: 4 EE => **100**

(HE)	Rettungsdienst		Sanitätszug			Betreuungszug		
	MANV-SN	MANV-SR	Zug-trupp	SEG-Behandlung	Transport-gruppe	Zug-trupp	SEG-Betreuung	Versorgung-gruppe
techn. Ausstattung	1 NEF 3 RTW	3 RTW	ELW-1/ KdoW	GW-San, KTW/RTW	2 KTW, 2 KTW/RTW	ELW-1/ KdoW	GW-Tech +Anh.Str., MTF-Bt	GW Bt +Anh,FKH, MTF-Bt
Stärke	1/1/6/ 8	-/-/6/ 6	1/1/2/ 4	-/2/7/ 9	-/1/11/ 12			
med. Quali	1 NA, 4 RA/NotSan 3 RS	3 RA/NotSan 3 RS	2 RS, 2 SanHelfer-3	5 RS, 6 SanHelfer-3	4 RS, 8 SanHelfer-3	1/1/2/ 4	-/4/5/ 9	-/6/6/ 12
SK I (rot)	3	-						
SK II (gelb)	ODER 3	3						
SK III (grün)	ODER 6	ODER 6						
Betroffene								

Abbildung 4: Übersicht Modularisierung Hessen, Einheitstabelle

4.4 Niedersachsen (NS)

In NS liegt die gesetzliche Grundlage für den KatS im „Einsatzkonzept für den Katastrophenschutz in Niedersachsen“ (16). Parallel dazu gibt es Empfehlungen zur „Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignisse)“ des Landesausschusses Rettungsdienst (17). Beide Strukturen gehen ineinander über; dazu führt Dipl.-Chem. C. Lange, Leiter der Feuerwehr Hannover, aus: „Wir mussten deshalb den Unterschied machen, da über eine Pauschalvergütung im Rettungsdienst durch die Krankenkassen keine Katastrophenschutzseinheiten finanziert werden dürfen“ (18). Daher erfolgt die Bemessung der Vorhaltung der Einheiten – abweichend von vielen anderen Bundesländern – nicht anhand der Grenzen der Gebietskörperschaften (Kreise / kreisfreie Städte), sondern anhand der Rettungsmittelvorhaltestunden und damit letztendlich anhand der Einwohnerzahlen.

Sichtungskategorien: Konsensus-Konferenz 2015 („15/20/60/5“)
 Gesamtstärke der EE: 3/4/24/**31**
 BHP 50 (MANV): MANV BHP 50 => **55**
 BHP 50 (KatS): 2 EE + Führungsgruppe + Gruppe Logistik/Technik => **80**

Darüber hinaus werden vorgehalten:

- Einsatzmodul ÄRZTE (z. B. Ärztliche Unterstützungsgruppe - ÄUG),
- Einsatzmodul BETREUUNG (für unverletzte Betroffene oder Angehörige),
- Einsatzmodul PSNV (zur strukturierten psychosozialen Notfallversorgung).

(NS)	Rettungsdienst MANV-Sofort	MANV-Einheiten				Einsatzzug Sanität- und Betreuung			
		OEL- Fhr. Komp.	MANV- Pat.abl.	MANV- Trsp.	MANV- BHP 50	Zug- trupp	1. Sanitäts- gruppe	2. Sanitäts- gruppe	Betreuungs- gruppe
techn. Ausstattung	1 NEF 2 RTW	ELW-1	GW-San/AB Rett.	5 KTW/RTW	GW-San/AB Rett.	ELW-1, evtl. FuFzg	GW-San, MTF	GW-San, MTF	GW- Betreuung.
Stärke	1/1/4/6	1/1/4/6	3/3/16/22	-/-/10/10	7/5/43/55	1/1/2/4	1/1/7/9	1/1/7/9	-/1/8/9
med. Quali	1 NA 3 RA/NotSan 2 RS	LNA, OrgL	3 NA, 5 RA/NotSan, 6 RS, 6 RH/SanH	5 RS, 5 RH	6 NA, 9 RA/NotSan, 13 RS, 10 RH/SanH		1 Arzt, 2 RS, 2 RS/RH, 3 RH	1 Arzt, 2 RS, 2 RS/RH, 3 RH	
SK I (rot)	2		5	5 liegend 5 sitzend	10				
SK II (gelb)			3		10				
SK III (grün)			7		30				
Betroffene									

Abbildung 5: Übersicht Modularisierung Niedersachsen, Einheitstabelle

4.5 Rheinland-Pfalz (RP)

In RP werden Katastrophenschutzstrukturen durch die „Arbeitsgemeinschaft Hilfsorganisationen im Katastrophenschutz in Rheinland-Pfalz“ unter Federführung des Innenministerium festgelegt (19). Derzeit wird das Konzept überarbeitet und soll Ende 2018 veröffentlicht werden. Die wesentlichen Änderungen sind bereits jetzt einer vorab-Präsentation (20) zu entnehmen.

Sichtungskategorien: Konsensus-Konferenz 2017 („20/30/50“)

Gesamtstärke der EE: 2/6/37/45

BHP 50: Fhr. + 3 SEG Beh. + 3 Arzt-Trps + SEG soz.Betr. => 52

BTP 500: Fhr. + 3 SEG Unterkft + 3 SEG soz.Betr. + 2 SEG Vers. + SEG Trsp. => 66

(RP)	KatS-Modul Führung	KatS-Mod. San.Dienst SEG Beh.	SEG-Trsp.	KatS-Mod. Betr.Dienst SEG Unterkft.	SEG-soz.Betr.	KatS.Mod. Verpfl.
techn. Ausstattung	ELW-1	GW-San, 2 MTF	KdoW, RTW, 2 KTW	GW-Unterkunft, MTF	MTF	GW-Verpfl. + Anh FKH, MTF
Stärke	1/1/2/4	-1/11/12	1/1/6/8	-1/5/6	-1/5/6	-1/8/9
med. Quali		3 RS, 8 San	Arzt, RS, 5 San			
SK I (rot)		3*	3-5			
SK II (gelb)		5*				
SK III (grün)		7*				
Betroffene					Sofort: 150 Stab.Phase: 100	300
	* pro h bei 2 Durchgängen					

Abbildung 6: Übersicht Modularisierung Rheinland-Pfalz, Einheitstabelle

4.6 Bund, Medizinische Task Force (MTF-Bund)

Das MTF-Konzept des Bundes (21), welches derzeit nur in einer vorläufigen Version von 05/2016 vorliegt, stellt einen „klassischen“ Behandlungsplatz mit 50 Versorgungsplätzen dar (die Dekontamination wird hier nicht betrachtet). Eine Modularisierung ist nur innerhalb des BHP vorgesehen. Um die Leistungsfähigkeit dennoch einordnen zu können, wird die Einheitstabelle hilfsweise herangezogen.

Sichtungskategorien: Konsensus-Konferenz 2015 („15/20/60/5“)

Gesamtstärke BHP 50: 14/10/42/66

(BUND)	Führung	Eingangs-Sichtung	Interner Pat.Trsp.	Vers.-nachweis	Behandlungs-Stellen	Toten-Ablage	Ausgangs-Doku
techn. Ausstattung	MTF-Fü		GW-Beh.		7 GW-San		MTF-Pto
Stärke	3/0/1/4	3/-/4/7	-/2/4/6	1/-/1/2	1/2/3/6	-/1/1/2	-/1/2/3
med. Quali		2 Arzt, 2 RS, 2 San	4 San		Arzt, RS, 3 San	San	RS, San
SK I (rot + blau)					1,1+0,4=1,5*		
SK II (gelb)					1,4*		
SK III (grün)					4,3*		
Betroffene							
* rechnerische Aufteilung von 50 Pat. auf 7 Beh.St.							

Abbildung 7: Übersicht Modularisierung Bund, MTF, Einheitstabelle

5 Analyse und Entwicklung einer modularen Neustruktur für NRW

5.1 Änderung der Verteilung der Sichtungskategorien (SK)

Die Verteilung der SK'en wurde bis hierher konsequent beobachtet, da sie ausschlaggebend für die qualitative und quantitative Planung und Bemessung ist. Während bis in die 2010'er Jahre die angenommenen Zahlen von 2002 (=> „40/20/40“) als Planungsgrundlage herangezogen wurden, liegen nun Untersuchungen und Auswertungen der größeren MANV-Ereignisse der letzten Jahrzehnte vor. Im Rahmen der 6. Konsensus-Konferenz 2015 des BBK/AKNZ (22) verständigten sich die Teilnehmer auf einen Verteilungsschlüssel von: 15% SK I (rot) / 20% SK II (gelb) / 60% SK III (grün) / 5% SK IV (blau) (=> „15/20/60/5“). Auf Grundlage einer Masterarbeit (23) von F. Brüne, BBK, die auszugsweise im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde (24), wurde im Rahmen der 7. Konsensus-Konferenz des BBK/AKNZ 2017 (25) die Verteilung auf 20% SK I (rot) / 30% SK II (gelb) / 50% SK III (grün) (=> „20/30/50“) angepasst.

Planungstechnisch wurde in NRW bislang an „40/20/40“ festgehalten (9), um auf der „sicheren Seite“ zu sein. In den geführten Interviews konnte allerdings keiner der Befragten diese Werte empirisch bestätigen¹⁶, während ebenso unisono dargelegt wurde, dass die Werte von 2017 („20/30/50“) in der Realität deutlich wahrscheinlicher seien¹⁷. Die Frage, „40/20/40“ dennoch als Planungsgrundlage beizubehalten¹⁸, wurde differenzierter gesehen (53,3% „nicht beibehalten“ – 46,7% „beibehalten“). Die Befürworter der „40/20/40“-Planung führten u.a. an, dass Katastrophenlagen mangels solcher Einsätze nicht in die Untersuchungen eingeflossen seien und dass in einem derartigen Szenario auch mit zerstörter Infrastruktur zu rechnen sei. Belastbare Zahlen konnte jedoch niemand anführen.

Aus Sicht des Verfassers lassen sich an dieser Stelle bereits zwei Schlüsse ziehen: **1.** Modularisierung der derzeitigen großen und schwerfälligen Bereitschaftsstrukturen mit dem Ziel, den Kräfte- und Materialansatz schneller an die tatsächlich vorgefundene SK-Verteilung anpassen zu können. **2.** Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und der u.a. daraus resultierenden Rückläufigkeit des Ehrenamts¹⁹. Es scheint schon heute nicht eindeutig zu sein, dass die EE'en ihr

¹⁶ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 2.1

¹⁷ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 2.2

¹⁸ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 2.3

¹⁹ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 3.1.1 und 3.1.2

Qualifikationsniveau erreichen²⁰. Daher ist es nicht zielführend, höhere Anforderungen einzuplanen, als vermutlich in der Realität auftreten werden. Aus ökonomischen Gründen sollten daher die wissenschaftlich untersuchten und damit evidenten Werte von 2017 („20/30/50“) zugrunde gelegt werden. Neuere Konzepte, z.B. aus Rheinland-Pfalz oder das MTF-Konzept des Bundes, sind diesen Schritt bereits gegangen.

5.2 Aufbau und Struktur in der Zukunft

5.2.1 Ansatz

Die Organisationsstruktur der EE'en lässt sich nicht von der Organisation des BHP 50 bzw. BTP 500 trennen, da die EE'en hier integraler Bestandteil beider Konzepte sind. Im Gegensatz zum Ergebnis der Masterarbeit von Jens von den Berken (6), der die jetzige Struktur der EE'en beibehalten und optimieren will, wird im Folgenden ein Paradigmenwechsel vorgeschlagen, in dem von der derzeitigen Organisationsform mit dem „Grundbaustein EE“ auf eine Organisationsform mit den Grundbausteinen „Behandlungsplatz 50“ und „Betreuungsplatz 500“ umgeschwenkt werden soll, in die die EE'en dann aufgehen. Gleichzeitig soll das Konzept Patiententransportzug 10 (PTZ 10) (7)²¹ ebenfalls mitberücksichtigt werden.

5.2.2 Notwendigkeit einer neuen Struktur

Aus den geführten Interviews geht hervor, dass die EE'en derzeit in der Fläche weder gesamt, noch in Teileinheiten unabhängig von überörtlichen Konzepten alarmiert werden²². Lediglich die „Betreuungsgruppe“ wird regelmäßig angefordert²³ (26). Die fehlende Einbindung der EE'en in Alltags- oder Großeinsatzlagen verhindert eine effektive Nutzung der vorgehaltenen Ressourcen und wirkt sich zudem negativ auf die Motivation²⁴, auf die „In-Übung-Haltung“ und auf die Einsatzerfahrung²⁵ der Einsatzkräfte aus. In ähnlicher Weise äußern sich auch die Akteure des Koordinierten Prozesses KatS NRW (5), die den MANV-Fall als „relevant eingestufte Gefahr“ sehen. Im Workshop zum Thema „Einsatz- und Zukunftsfähigkeit der EE'en“ wird hier von „Flexibilisierung“ gesprochen.

In NRW wird derzeit das Personal der EE'en teilweise doppelt verplant (im BHP 50, im BTP 500 und teilweise im PTZ 10). Das wirft durchaus Fragen auf, wenn Betreuungshelfer notfallmedizinisch tätig werden soll. Sieht man sich Abbildung 1 dieser Arbeit an, dann kann eine Sanitätsgruppe alleine 12 SK II (gelbe)- und SK III (grüne)-Patienten versorgen. Zusammen mit den anderen Teileinheiten der EE, für die jedoch grundsätzlich keine spezielle Sanitätsausbildung vorgesehen ist, sollen nun mehr als doppelt so viele gelbe und grüne Patienten (nämlich 25 Patienten) versorgt werden. Hier stellt sich die Frage, wie das gehen soll, zumal die SK'en im Katastrophenfall eher restriktiv genutzt werden müssen, was bedeutet, dass auch ein SK III (grüner)-Patient ein ernstzunehmendes, medizinisches Problem haben kann

²⁰ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 3.2.1

²¹ Kap. 5., ein PTZ 10 NRW kann mindestens zehn Patienten, davon acht liegend und zwei sitzend, in geeignete Behandlungseinrichtungen (Krankenhäuser) befördern

²² Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 4.1.1

²³ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 4.1.2

²⁴ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 3.1.2

²⁵ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 3.4

(ansonsten würde er aufgrund der Mangelverwaltung lediglich als „Betroffener“ eingestuft).

Im Gegensatz zur ursprünglichen Konzeption der EE'en, bei der Sanität und Betreuung zusammengefasst wurden, werden diese beiden Fachdienste in den weiteren Betrachtungen grundsätzlich getrennt gesehen, obschon eine nicht zu vermeidende Überschneidung des Personals mitberücksichtigt wird.

In der heutigen Konzeption des Katastrophenschutzes gibt es keine stehende Einheit „BHP 50“ i.e.S., sondern lediglich EE'en und eine Vielzahl an örtlich sehr differenter Komponenten, die im Bedarfsfall zusammengezogen werden. Natürlich hält jede Gebietskörperschaft gem. Landeskonzept einen BHP 50 bzw. BTP 500 vor, es fehlt aber i.d.R. ein verbindendes Element bzw. eine Dachorganisation, was zu Reibungsverlusten, Abstimmungsproblemen und seltenen gemeinsamen Übungen führt.

5.2.3 Grundgedanke der neuen Struktur

Die in dieser Facharbeit neue entwickelte Einheit, die die eben dargestellten Probleme kompensieren kann, wird im Folgenden „Bereitschaft Sanität-Betreuungs-Transport- und Unterstützung (SanBeTU)“ genannt. Diese Bereitschaft wird in Untereinheiten – den Komponenten (Kp'en) – untergliedert, wobei die „Sanitätskomponente (SanKp)“ den BHP 50 und die „Betreuungskomponente (BeKp)“ den BTP 500 abbildet. Neu ist, dass komponentenübergreifendes Personal und Material, wie z.B. ein Zelt, das sowohl Behandlungsbereich in einem BHP 50, als auch Aufenthaltsraum in einem BTP 500 sein kann, nicht einer dieser Kp'en zugeordnet, sondern in der „Transport- und Unterstützungskomponente (TUKp)“ zusammengefasst wird. Neben den Transportfahrzeugen der heutigen EE'en, werden hier auch zentrale Aufgaben, wie Einsatzstaffeln für die Führung von Bereitstellungsräumen oder das Logistikfahrzeuge „Abrollbehälter (AB) MANV NRW“, gebündelt.

Jede Komponente unterteilt sich ihrerseits wiederum in unterschiedliche Module. Diese sind kleine, schnell verfügbare, speziell für eine Einsatzaufgabe ausgebildete Einheiten. Eine vorstellbare Größe für diese Module scheint aus Sicht des Verfassers größtenteils die Einsatzstaffel (ES) mit einer Stärke von 1/5/6 zu sein. Dies beruht auf den Erfahrungen anderer Fachdienste (z.B. Feuerwehr) und wurde ebenfalls im Rahmen der Interviews nahezu einheitlich bestätigt. Andere Bundesländer (z.B. Niedersachsen und Rheinland-Pfalz) verfolgen mit ihren Konzepten ähnliche Ansätze, allerdings sind hier die Module deutlich größer.

Für die Module/ES'en sind zwei Einsatzszenarien denkbar: **a)** Die ES'en können unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer SanBeTU einzeln oder kombiniert mit anderen ES'en von einer Einsatzleitung für einen größeren (Alltags-) Einsatz oder eine Großeinsatzlage angefordert werden und gliedern sich dann in die örtliche Einsatzstruktur ein.

b) Die ES'en werden im Rahmen der SanBeTU alarmiert, um einen BHP 50 oder BTP 500 zu stellen. Hierfür werden – am Beispiel des BHP 50 – alle ES'en der SanKp und ein Teil der TUKp alarmiert. Die überörtlichen Bereitschaften werden somit zwar anders zusammengesetzt als bisher, erhalten aber alle Funktionalitäten der heutigen Struktur. Dies ist wichtig, da sich diese Bereitschaften bei vorplanbaren Einsätzen in jedem Fall²⁶ und bei Unglücksfällen vereinzelt²⁷ (Betreuung häufiger als Sanität) bewährt haben.

²⁶ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 4.2.1 und 4.3.1

Um die Nachvollziehbarkeit zu erleichtern, wird die neu entwickelte Struktur der Bereitschaft SanBeTU bereits an dieser Stelle vollständig vorgestellt und erst anschließend erläutert und hergeleitet. Im Denk- und Entwicklungsprozess erfolgte dies in umgekehrter Reihenfolge.

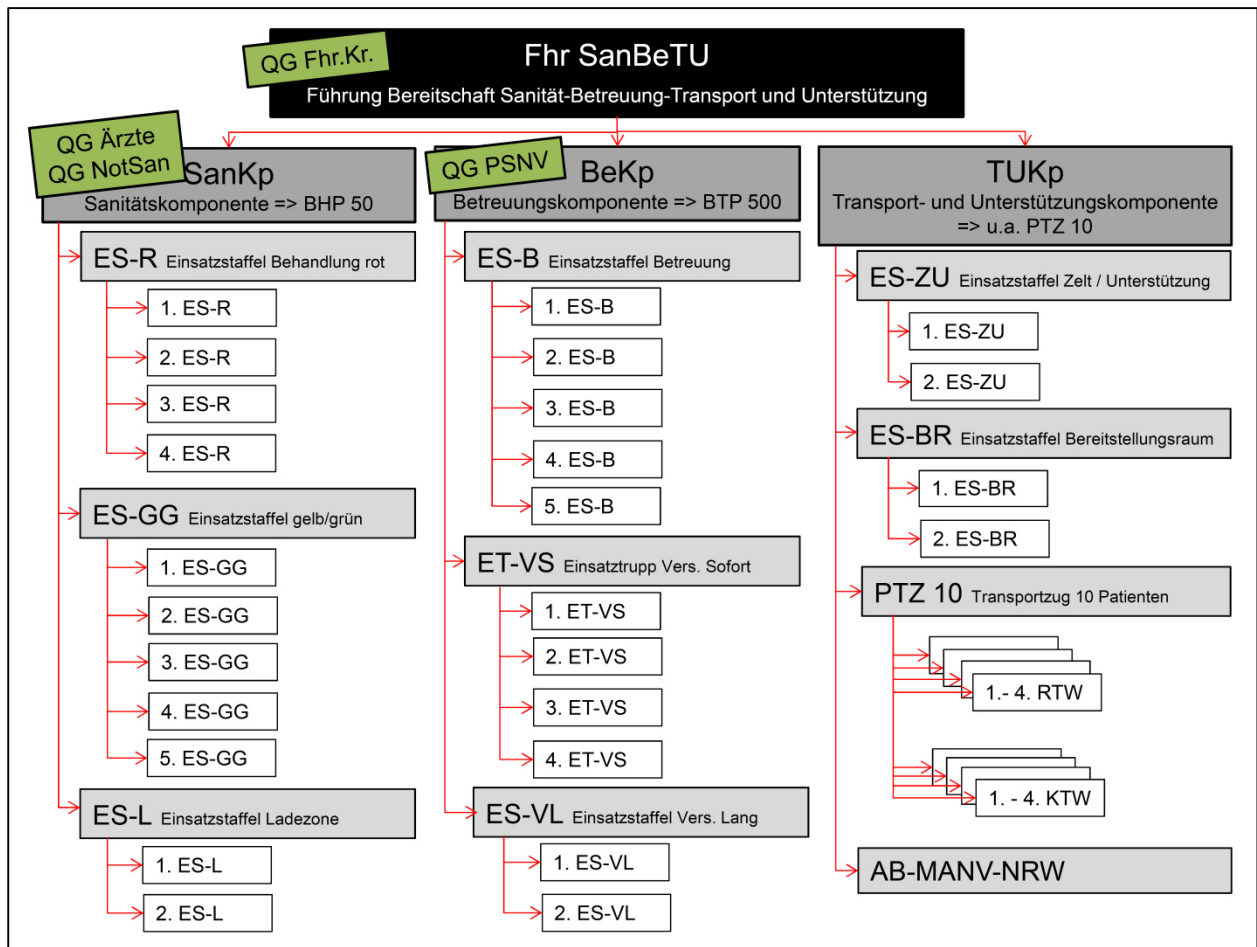


Abbildung 8: Organigramm der Bereitschaft SanBeTU => AUFGABENBEZOGEN

5.3 Komponenten (Kp)

Die Leitungen der Kp'en führen die Personalverwaltung, organisieren die Ausbildung, dokumentieren die gesetzlich vorgeschriebene Belehrungen und Wartungen, achten auf die Prüfintervalle von Geräten und Fahrzeugen, kümmern sich um Ersatzbeschaffungen und um den Verbrauchsgüternachschub etc. Bei Überschneidungen zu anderen Kp'en muss eine klare Zuständigkeitsabtrennung erfolgen. Als Beispiel sei ein Sanitäter aufgeführt, der in der San- und in der BeKp tätig ist. Seine „Stammkomponente“ ist die SanKp. Hier wird auch seine Personalakte geführt. Ausbildungen, Belehrungen etc., die ausschließlich für die Betreuungstätigkeit erforderlich sind, werden jedoch durch die BeKp organisiert. Die personalführende Stammkomponente muss über solchen Maßnahmen laufend informiert werden, damit die Personalakte aktuell gehalten werden kann.

Die Leitungen der Kp'en sind reine Verwaltungseinheiten und führen die Einsatzstaffeln nicht im Einsatz. Für diese Führungsaufgaben gibt es oberhalb der Fachkomponenten die Führung SanBeTU. Ihr angegliedert ist die

²⁷ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 4.2.2 und 4.3.2

„Qualifikationsgruppe Führungskräfte“ (s.u.). Die zentrale Planung von Führungskräften hat den Vorteil, dass diese Ressource so am effektivsten genutzt werden kann und die Führungskräfte über ein sehr breites Wissensspektrum verfügen, was u.a. Verständnis für die Probleme anderer Führungskräfte schafft. Die im Kapitel 5.2.3 dieser Arbeit zu sehende Abbildung der Kp'en ist dem Wesen nach aufgaben- bzw. staffelbezogen. Diese Organisationsform ist stringent, übersichtlich und erleichtert in den folgenden Kapiteln die Erläuterungen, aus welchen Modulen sich eine Kp zusammensetzt, um ihren Auftrag zu erfüllen. Nachteil dieser Organisationsform ist, dass sie (hilfs-)organisationsübergreifend ist. Dies kann auf der emotionalen Ebene durchaus zu Problemen führen, weshalb eine alternative Aufteilung der Kp'en notwendig werden kann. In der folgenden Abbildung sind die SanKp (blau), BeKp (gelb) und TUKp (grün) horizontal angeordnet. Bei dieser Art der Aufteilung gehen allerdings die oben beschriebenen Vorteile der „Dachorganisation Bereitschaft SanBeTU“ wieder verloren, weshalb diese Gliederung weniger gut ist. Denkbar ist auch, dass diese Organisationsform lediglich eine Übergangslösung darstellt, die den Strukturwechsel etwas „weicher“ gestaltet.

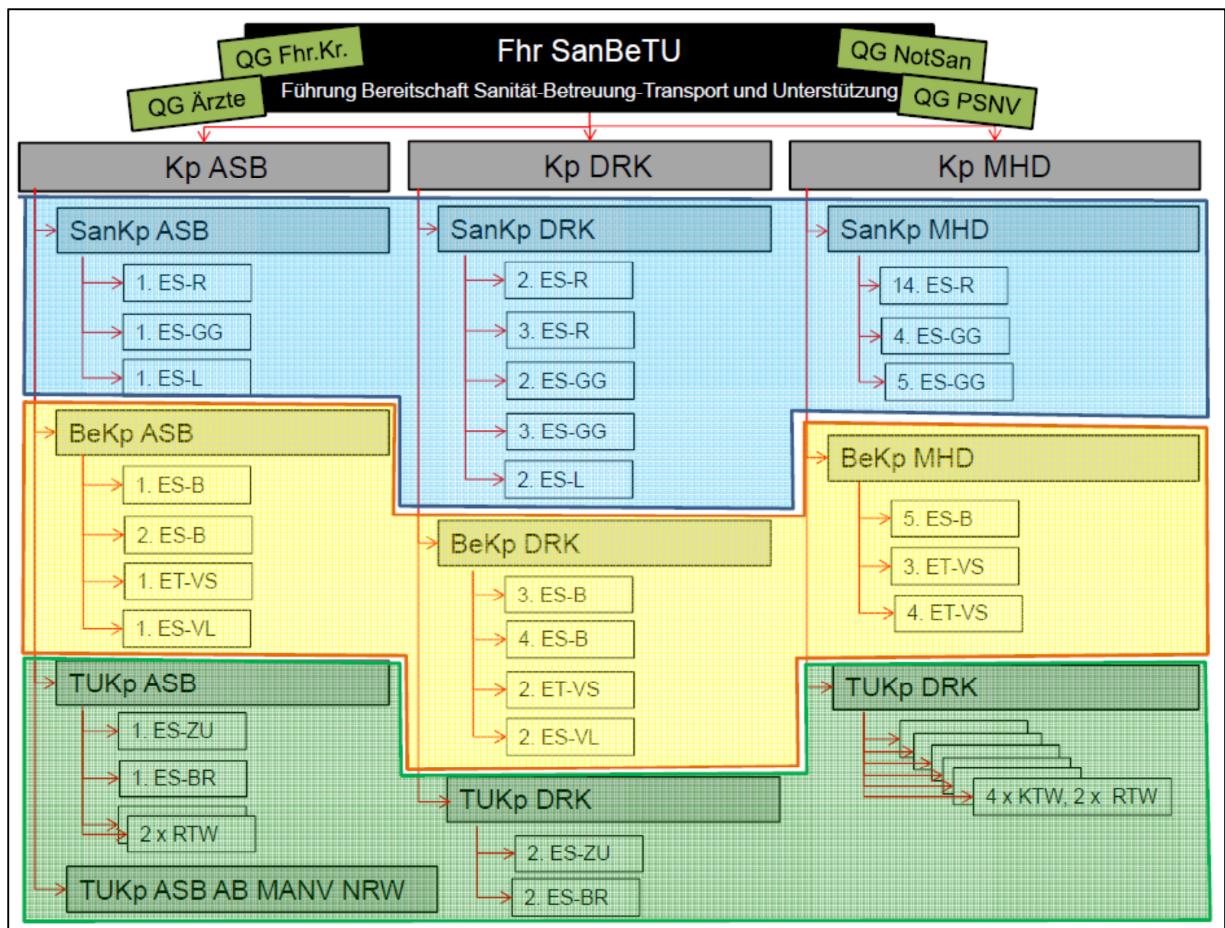


Abbildung 9: Organigramm der Bereitschaft SanBeTU => HILFSORGANISATIONSBEZOGEN

5.4 Qualifikationsgruppen (QG)

Einsatzkräfte, die eine besondere Qualifikation haben, sind schwer zu akquirieren und stellen somit eine Mangelressource dar. In den Interviews wurde nahezu einheitlich angeführt, dass Ärzte²⁸ kaum noch zur Verfügung stehen oder anders eingebunden sind (z.B. als Leitungsfunktion in den Krankenhäusern, die im MANV-Fall über die Krankenhausalarmpläne verpflichtet werden). Gleiches gilt etwa für Notfallsanitäter²⁹. In der neuen Struktur sind solche Einsatzkräfte nicht direkter Bestandteil einer Kp, sondern werden in Qualifikationsgruppen (QG) zusammengefasst, um möglichst effektiv und ökonomisch eingesetzt werden zu können. Beispiel: das Herauslösen eines dringend erforderlichen Arztes aus einer EE, die im Bereitstellungsraum steht, ist in der IST-Struktur nur mit einem hohen organisatorischen und zeitlichen Aufwand möglich. Viel einfacher wäre es, wenn sich solche Qualifikationen – in Gruppen zusammengefasst – beim Einsatz- oder Abschnittsleiter melden würden und (ohne Einheiten auseinanderreißen zu müssen) dort eingesetzt werden könnten, wo es am notwendigsten ist. Voraussetzung ist jedoch, dass eine solche QG kein „lockeres Zusammenfinden nach Alarmierung“ ist, sondern dass diese organisatorisch durchgeplant ist und die Mitglieder der Gruppe entsprechend informiert sind (z.B.: Wie erfolgt eine Alarmierung? Wo trifft sich die Gruppe? Wo wird die benötigte Schutzkleidung [in den erforderlichen Größen] vorgehalten? Gibt es eigene Fahrzeuge oder wer übernimmt den Transport? In welcher Mindeststärke wird ausgerückt? etc.). Material muss von der QG nicht vorgehalten werden, da dieses durch die Module/Einsatzstaffeln zur Einsatzstelle gebracht wird.

Dem Vorbild des Landes Niedersachsen folgend, machen neben der bereits vorgestellten „QG Ärzte“ weitere QG'en Sinn: **1.** eine „QG NotSan“, da diese gem. Notfallsanitäter-Gesetz (NotSanG) in der Ausbildung und im Rettungsdienstalltag heilkundliche Maßnahmen in Delegation ausführen und somit teilweise fehlende Ärzte kompensieren können. **2.** eine „QG PSNV³⁰“ zur Betreuung von Betroffenen und **3.** eine „QG Führungskräfte“ (siehe dazu Kap. 5.3 dieser Arbeit).

Bei aufgabenbezogener Organisation bietet es sich an, die QG'en an die fachlich zuständige Kp anzuhängen, also z.B. „QG Ärzte“ und „QG NotSan“ an die SanKp. Bei hilfsorganisationsbezogener Organisation muss die Führung SanBeTU auch die Führung der QG'en übernehmen (ein weiterer Nachteil dieser Organisationsform).

5.5 Fahrzeug- und Alarmierungskonzept der Module

Die meisten der folgenden Module sind als Einsatzstaffeln (ES) aufgestellt. Da die Beladung und das Material zwar von Einsatzaufgabe zu Einsatzaufgabe recht unterschiedlich, im Volumen aber dennoch vergleichbar ist, wird als Fahrzeug für die ES ein „Einheits-Einsatzstaffelfahrzeug“ vorgeschlagen, welches über 6 Sitzplätze und einen getrennten Laderaum verfügt (vorteilhaft ist ein Hochdach und ein langer Radstand). Bei einem solchen Fahrzeug entfällt jegliche Führerscheinproblematik, da es unter 3,5 Tonnen wiegt und daher mit der Klasse B geführt werden darf. Der neu vom Land NRW beschaffte Betreuungskombi 2.0 entspricht dem „Einheits-Einsatzstaffelfahrzeug“ weitestgehend. Auf die unterschiedlichen Beladungsvarianten

²⁸ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 3.2.2

²⁹ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 3.2.3

³⁰ Zu PSNV siehe Fußnote ¹⁵

wird im Kapitel 5.6 ff eingegangen, wo auch Abweichungen von dem beschriebenen Einheitsfahrzeug dargestellt werden.

Wie bereits im Kapitel 5.2.3 dieser Arbeit erwähnt, können die Module **a)** einzeln bei Alltags- oder Großeinsatzlagen oder **b)** als gesamte Einheit „BHP 50“ oder „BTP 500“ alarmiert werden.

a) Um schnell zur Verfügung zu stehen, müssen die Module in die örtlichen Alarm- und Ausrücke-Ordnungen integriert sein und eine örtliche Zuständigkeit haben. Dafür ist es sinnvoll, die Module nicht zentral, sondern möglichst breitflächig³¹ (insbesondere in Flächenkreisen) zu verteilen. Eine Alarmierung über Meldeempfänger sollte möglich sein. Damit sind die Module „wie eine Freiwillige Feuerwehr aufgestellt“, die nach Alarmierung schnellstmöglich die Einsatzstelle anfahren, sich dann beim Einsatzleiter melden und einem Abschnitt unterstellt werden.

b) Nach Alarmierung der gesamten Einheit muss – gerade bei dezentraler Vorhaltung – ein Sammelpunkt festgelegt werden, wo sich die Module sammeln, um anschließend als Verband zur Einsatzstelle zu fahren.

5.6 Module der Sanitätskomponente (SanKp)

5.6.1 Grundlage der Bemessung

Als Hilfsmittel zur Berechnung der Bemessung von Modulen (im Wesentlichen Einsatzstaffeln) wurde die Abbildung 10 erstellt. Dabei wurden die Patientenzahlen in Zehner-Schritten³² mit der SK-Aufteilung „20/30/50“ (zum Zwecke der Vergleichbarkeit auch „40/20/40“) der Leistungsfähigkeit und dem Personalansatz der Module gegenübergestellt. Die Leistungsfähigkeit bei 50 Patienten (vgl. BHP 50) wurde besonders bedacht und optisch hervorgehoben. Bei einer Verteilung von „20/30/50“ ergeben sich 15 SK II (gelbe)- und 25 SK III (grüne)-Patienten, in Summe also 40 Patienten. Definiert man die Leistungsfähigkeit eines Moduls (hier: ES-GG = Einsatzstaffel gelb/grün) mit 8 Patienten, die von einer Staffel (6 Einsatzkräfte) versorgen werden können, ergibt sich ein Bedarf von 5 solcher Staffeln, was wiederum 30 Einsatzkräften entspricht. Anders ausgedrückt benötigt man für die Versorgung von 10 Patienten bei einer Verteilung von „20/30/50“ eine ES-GG und eine halbe ES-R (10 Patienten = 1 ES-GG + 0,5 ES-R). Die jeweiligen Leistungsfähigkeiten werden kurz unter der Tabelle und etwas ausführlicher in den folgenden Beschreibungen der Module erläutert.

Durch die Modularisierung konnte das Personal eines BHP 50 von derzeit 116 Einsatzkräften bei gleicher Leistungsfähigkeit auf 81 Einsatzkräfte reduziert werden. Eine solche Reduzierung ist bei allen neueren Konzepten gleichermaßen zu beobachten (Niedersachsen, Rheinland-Pfalz), wobei hier teilweise noch stärker reduziert wurde. Insgesamt trägt dies der demographischen Entwicklung und der immer schwierigeren Nachwuchsgewinnung Rechnung³³.

³¹ Hier muss ein Kompromiss gefunden werden zwischen einerseits einem geeigneten Stellplatz (z.B. Unterkunftsgebäude einer HiOrg, Feuerwehrgerätehaus, o.ä.) und andererseits den Wohnorten der Einsatzkräfte, die diese Staffel besetzen sollen.

³² Die MANV-Stichworte werden zunehmend mehr in Zehner-Schritten angegeben. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe aus AK RD AGBF/VdF, Rheinische Projektgruppe Ü-MANV und Lenkungsgruppe IG NRW, Modul MANV, der der Verfasser auch angehört, versucht, die MANV-Stichworte NRW-weit zu vereinheitlichen.

³³ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 3.1.2

Anzahl Patienten		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
		40/20/40										20/30/50									
SK I (rot)		4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20
SK II (gelb)		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30
SK III (grün)		4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Personal		Leistungsfähigkeit^{*)}																			
6	Sichtung / ES-R	50	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
6	SK I / ES-R	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
6	SK II & III / ES-GG	8	1	2	3	3	4	5	6	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Personal</i>			18	30	42	48	60	78	90	96	108	18	24	36	42	54	66	78	84	96	102
6	ES-ZU	15	1	1	1	2	2	3	3	3	4	1	1	1	2	2	3	3	3	3	4
<i>Personal</i>			6	6	6	12	12	18	18	18	24	6	6	6	12	12	18	18	18	24	
6	ES-L	50	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
<i>Personal</i>			6	6	6	6	6	12	12	12	12	6	6	6	6	6	12	12	12	12	12
2	AB-MANV-NRW	50	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<i>Personal QG Ärzte</i> = $\sum$ ES-R + ($\sum$ ES-GG / 2)			3	4	6	7	8	11	12	13	15	3	3	5	5	7	8	10	10	12	12
Personal, total			35	48	62	75	88	115	134	141	155	35	41	55	67	81	100	120	126	140	152

*) Leistungsfähigkeit der Module:
Sichtung : je 50 Patienten eine Sichtungsstelle durch eine ES-R
ES-R : je 4 Patienten SK I (rot) eine ES-R oder eine Ü-MANV-S-Einheit
ES-GG : je 8 Patienten SK II (gelb) oder SK III (grün) eine ES-GG
ES-ZU : je 30 Patienten eine ES-ZU bei Platzbedarf/Patient von 2 m² und Mitführen von 2 Zelte á mind. 15 m²
ES-L : je 50 Patienten eine Ladezone
AB.MANV : je 50 Patienten ein AB-MANV-NRW
QG Ärzte : je ES-R (incl. Sichtung) ein Arzt, je zwei ES-GG ein Arzt

Abbildung 10: Berechnungstabelle für die Bemessung von Modulen eines BHP 50

5.6.2 Einsatzstaffel-Behandlung gelbe/grüne Patienten (ES-GG)

Die Sanitätskomponente hat vorwiegend die Aufgabe der Behandlung, wobei es irrelevant ist, ob sich der Patient noch in der Einsatzstelle, in einer Patientenablage (27) oder in einem Behandlungsplatz befindet. Die Planung bei den bisherigen EE besteht darin, dass nur SK II (gelbe)- und SK III (grüne)-Patienten behandelt werden. Der Tatsache geschuldet, dass die Einsatzkräfte über nur wenig Einsatzerfahrung verfügen³⁴, ist eine zu große Patientenanzahl überfordernd. Als Ergebnis aus den Interviews und dem Bundesländervergleich wird ein Ansatz von 8 Patienten je ES-GG als sinnvoll erachtet. Dies passt auch zur Systematik der "MANV-Stichworte in Zehnerschritten", die sich mehr und mehr durchsetzt, da auf Grundlage der in Kap. 5.1 festgelegten SK'en zu jedem Zehnerschritt $\sum$ 8 Patienten (3 SK II (gelb) und 5 SK III (grün)) passen. Das Qualifikationsniveau, das zu diesem Patientenkontext passt, wird mit 3 RS und 3 RH gesehen³⁵.

Jeder ES-GG steht folgendes Material zur Verfügung: 6 x MANV-Taschen³⁶, 4 x Notfallrucksäcke nach DIN 13 155 (einen für jeden SK II (gelben)-Patienten und einen für alle SK III (grünen)-Patienten), 3 x Sauerstofftaschen (mit jeweils einer Ersatzflasche und Demand-Ventil, um den Flascheninhalt so sparsam wie möglich zu verbrauchen), 2 x automatische externe Defibrillatoren (AED) mit EKG-Anzeige und 1 x Beatmungsgerät.

³⁴ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 3.4

³⁵ ein RS je SK II (gelber)-Patient; ein RH je zwei SK III (grünen)-Patienten (aufgerundet)

³⁶ MANV-Taschen enthalten das notwendige Material für den „Erstangriff“, hierzu zählen insbesondere Patientenanhängetaschen und Material zur Durchführung von lebensrettenden Handgriffen (Blutstillung, Freimachen von verlegten Atemwegen)

5.6.3 Einsatzstaffel-Behandlung rote Patienten (ES-R)

Die Behandlung von SK I (roten)-Patienten wird in vielen Landeskonzepten regelhaft von Rettungsdienststeinheiten (z.B. Ü-MANV-S) übernommen. Dennoch muss auch heute schon ein BHP 50 in der Lage sein, SK I (rote)-Patienten zu behandeln. Das hierzu benötigte Personal rekrutiert sich gem. der geführten Interviews³⁷ in den meisten Fällen aus dienstfreien Kräften der Leistungserbringer³⁸. Aus Sicht der Einsatzvorbereitung macht es Sinn, die Rettungsdienststeinheiten und die ES-R gegeneinander anrechenbar zu gestalten, also die gleiche Leistungsfähigkeit zugrunde zu legen. Mit 4 NotSan und 2 RS lassen sich in beiden Fällen gleichermaßen 4 SK I (rote)-Patienten behandeln³⁹.

Materialmäßig steht der ES-R die Grundausrüstung der ES-GG zur Verfügung, die allerdings um 1 x Sauerstofftasche, 2 x EKG/Defi's und 3 x Beatmungsgeräte erweitert wird.

Das Personal zur Sichtung in einem BHP 50 kann ebenfalls durch eine ES-R gestellt werden. So steht auch eine weitere ES-R zur Verfügung, die situationsangepasst anders eingesetzt werden könnte, z.B. zur Behandlung von roten Patienten, wenn – wider Erwarten – doch eine Verteilung „40/20/40“ vorliegt; die Sichtung kann in diesem Fall durch eine dann freierwerdende ES-GG übernommen werden.

5.6.4 Einsatzstaffel-Ladezone (ES-L)

Den taktischen Begriff „Ladezone“⁴⁰ gab es bei der Erstellung des Landeskonzepts der überörtlichen Hilfe im Jahre 2013 noch nicht; dieser rückt aber mehr und mehr in den Fokus der Einsatzplaner und Übungsausrichter. Dieser Entwicklung wird mit den ES-L Rechnung getragen, wobei es grundsätzlich keine Rolle spielt, ob sich die Ladezone an einer Patientenablage oder am Ausgangsbereich eines BHP 50 befindet. Um diese zu organisieren bedarf es Erfahrung, Übung und spezielle Kenntnisse über die Transportorganisation bzw. Krankenhauszuweisung, weswegen es sinnvoll ist, diese Aufgabe an extra dafür ausgebildete Einsatzstaffeln zu geben⁴¹. Neben dem „Standard-Einsatzstaffelfahrzeug“ wird hier im wesentlichen Dokumentationsmaterial und Material zur Verkehrsleitung, wie etwa Schilder, Leuchten, Bodenkreide, Pylone etc. benötigt.

5.7 Module der Betreuungskomponente (BeKp)

5.7.1 Grundlage der Bemessung

Analog zur Bemessung der Sanitätsmodule werden in der folgenden Abbildung die Betreuungs- und Versorgungsmodule (mit besonderer Beachtung von 500 Betroffenen => BTP 500) auf gleiche Weise berechnet: Der Personalansatz von heute 72 Einsatzkräften ist gleich geblieben.

³⁷ Siehe Anlage 4, Experteninterviews, Frage 4.2.4

³⁸ In der vom Gesundheitsministerium NRW am 01.10.18 eingeführten „Handreichung Rettungsdienst-Bedarfsplanung“ (30) wird der Punkt „Unterstützende operative Leistungen“ beschrieben, durch den bei der Vergabe von Rettungsdienstleistungen auch zusätzliches Personal für den MANV-/Großeinsatzfall ausgeschrieben werden kann.

³⁹ Ein NotSan je SK I (roter) Patient; Ärzte sind hier nicht mitberücksichtigt, da diese über die QG Ärzte mit hinzukommen.

⁴⁰ In einer Ladezone werden Transportmittel vom Bereitstellungsraum abgerufen und mit einem Patienten „beladen“. Dies erfordert eine straffe Organisation, damit der Ladevorgang nicht zum Flaschenhals wird.

⁴¹ Dies ist u.a. Ergebnis aus den von der AKNZ durchgeführten Großübungen zur Transportorganisation (10.06.17 Mechernich, 05.05.18 Leverkusen, 07.10.18 Frechen)

Anzahl Betroffenen		100	200	300	400	500	600	700	800	900	1000	
Personal	Leistungsfähigkeit ^{*)}											
6	ES-B	100	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<i>Personal</i>		6	12	18	24	30	36	42	48	54	60
2	ET-VS (als Ausgabestelle)	125	1	2	3	4	4	5	6	7	8	8
	<i>Personal</i>		2	4	6	8	8	10	12	14	16	16
6	ES-VL	250	1	1	2	2	2	3	3	4	4	4
	<i>Personal</i>		6	6	12	12	12	18	18	24	24	24
6	ES-ZU (nur für Verpflegung)	125	1	1	2	2	2	3	3	4	4	4
	<i>Personal</i>		6	6	12	12	12	18	18	24	24	24
	Personal QG PSNV	50	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20
	Personal, total		22	32	54	64	72	94	104	126	136	144

*) Leistungsfähigkeit der Module:

ES-B : je 100 Betroffene eine ES-B

ET-VS : je 50 P eine Versorgung, sofort / je 125 P eine Ausgabestelle

ES-VL : je 250 P eine "Kochstaffel"

ES-ZU : je 62 P ein Zelt / je 125 P eine ES-ZU

QG PSNV : je 50 Betroffene ein PSNV'ler

Abbildung 11: Berechnungstabelle für die Bemessung von Modulen eines BTP 500

5.7.2 Einsatzstaffel-Betreuung (ES-B)

Innerhalb der BeKp wird zwischen Betreuung und Versorgung unterschieden. Eine ES-B kann sowohl als Anlaufstelle für Betroffene, als auch zur Betreuung von 100 Personen⁴² eingesetzt werden. In 100'er Schritten wird jeweils eine ES-B ergänzt, sodass für das Konzept BTP-500 (ohne Versorgung) 5 ES-B benötigt werden. Da der Versorgungsanteil wegfällt, ist die Nutzung eines Einheits-Einsatzstaffelfahrzeugs möglich, welches mit dem Material des jetzigen Betreuungsanhängers (ohne den Teil Versorgung) zur Betreuung von ca. 100 Personen zu bemessen ist, z.B. Büro- und Beleuchtungsmaterial, Decken, Regenschutz, Baby- und Hygieneartikel sowie einem Notfallrucksack. Das Mitführen eines Zeltes ist nicht erforderlich, da dies im Bedarfsfall von der TUKp (s.u.) gebracht und betrieben werden kann.

5.7.3 Einsatztrupp-Versorgung, sofort (ET-VS)

Der ET-VS (hier ausnahmsweise Trupp- statt Staffelstärke!) hat in der neuen Struktur eine Doppelfunktion: einerseits verpflegt er bis zu ca. 50 zu versorgende Personen⁴³ „sofort“ mit Kalt- und Warmgetränken, Snacks und einem Suppengericht (Konserven zum Warmmachen). Bei den Personen kann es sich sowohl um Betroffene, als auch um Einsatzkräfte handeln. Andererseits dient dieser Trupp im Falle einer länger andauernden Verpflegung als Ausgabestelle für 125 Personen⁴⁴. Das Fahrzeug für diese Funktion sollte einen Küchenbereich (fest eingebaut oder mobil) und einen Ladebereich haben, indem sich sowohl die Lebensmittel- und Getränkevorräte, als auch das Geschirr und Besteck für die Sofortversorgung (größtenteils Einwegartikel), sowie Bänke und Tische befinden. Auch hier ist das Mitführen eines Zeltes nicht

⁴² Die Bemessung folgt der Einschätzung der (Versorgungs-)Experten aus den Experteninterviews

⁴³ Die Bemessung folgt der Einschätzung der (Versorgungs-)Experten aus den Experteninterviews

⁴⁴ Die Bemessung folgt der Einschätzung der (Versorgungs-)Experten aus den Experteninterviews

erforderlich, da dies im Bedarfsfall von der TUKp (s.u.) gebracht und betrieben werden kann. In den Interviews wurde deutlich angezweifelt, dass die Anforderungen an ein ET-VS-Fahrzeug mit einem Führerschein-B-Fahrzeug zu realisieren sei. Die Feuerwehr Düsseldorf hatte in der Vergangenheit ein aus Sicht des Verfassers sehr einfaches, hygienisches und praktikables System betrieben: Kastenwagen als Zug- und Lagerfahrzeug mit einem handelsüblichen „Imbißbuden“-Anhängen.

5.7.4 Einsatzstaffel-Versorgung, lang (ES-VL)

Für eine langandauernde Versorgung sieht die neue Struktur die ES-VL vor, die für die Versorgung von 250 Personen⁴⁵ ausgelegt ist. Diese Staffel kocht entweder mit einem Feldkochherd vor Ort oder in einer entsprechenden Küche. Diese kann im Unterakunftsgebäude einer Hilfsorganisation ebenso wie in einer zur Verfügung gestellten Gastronomie sein. Die gekochten Mahlzeiten müssen in jedem Fall vom Ort der Zubereitung zu den Ausgabestellen (also zu den ET-VS, s.o.) gebracht werden. Die ES-VL muss 2 ET-VS mit Geschirr und Besteck für jeweils 125 Personen versorgen können, da diese ET's nur für den Sofortbedarf bis 50 Personen ausgelegt sind und dieser Bedarf bereits verbraucht sein dürfte. Als Fahrzeug kann auf die vorhandenen Betreuungsl-KW's zurückgegriffen werden.

5.8 Module der Transport- und Unterstützungskomponente (TUKp)

5.8.1 Einsatzstaffel-Zelt und Unterstützung (ES-ZU)

Wie bereits beschrieben, ist ein Zelt ein ressourcenübergreifender Ausrüstungsgegenstand, der sehr multifunktional einsetzbar und daher nicht der SanKp oder BeKp einzeln zugewiesen werden kann. Nach Aufbau des Zeltes ist die Staffel bis auf eine Einsatzkraft, die den Betrieb der Zelte weiter betreut, für andere Aufgaben einsetzbar. Dies kann beispielsweise der interne Patiententransport im BHP 50 sein („4-Mann-4-Ecken => eine Staffel [-1] eine Trage“).

Als Fahrzeuge bieten sich die jetzigen Gerätewagen-Sanität (GW-San) mit ihren Staffelnkabinen an. Allerdings ist eine Verlagerung von Material erforderlich: das medizinische Material muss vom GW-San aus Platzgründen entnommen und auf dem Abrollbehälter MANV NRW (AB-MANV-NRW) verlastet werden. Im Gegenzug wird das Zelt und Tragematerial vom AB-MANV auf den GW-San getauscht, der fortan nicht mehr GW-San heißen kann, sondern „GW-ZU“. Mit diesem Fahrzeug werden dann 2 Zelte (30 m^2 [derzeit GW-San] + 40 m^2 [derzeit AB-MANV] = $\sum 70 \text{ m}^2$) mit Strom, Licht, Heizung, Tischen, Bänken, Tragenböcken etc. bereitgestellt. Ebenso müssen Tragen, Schaufeltragen, Spineboards o.ä. mitgeführt werden, um einen Patiententransport incl. Umlagerung durchführen zu können.

Geht man von einem Raumbedarf von 4 m^2 je liegenden Patient aus (incl. Material, Beatmung, Monitoring, Laufwege), so benötigt man für 25 SK I (rote)- und SK II (gelbe)- Patienten (siehe Abbildung 10) einen Bedarf von 100 m^2 . Geht man weiterhin von einem Raumbedarf von $1,5 \text{ m}^2$ je SK III (grünem)-Patienten aus, so ergibt sich bei 25 Leichtverletzten ein weiterer Bedarf von $37,5 \text{ m}^2$. Der daraus resultierende Platzbedarf von ca. 140 m^2 kann durch zwei ES-ZU gedeckt werden⁴⁶.

⁴⁵ Bemessung ergab sich durch die Experteninterviews

⁴⁶ Die Raumbedarfe sind relativ knapp bemessen, sodass bei Ersatzbeschaffungen grundsätzlich nur Zelte mit 40 m^2 nachbeschafft werden sollten.

5.8.2 Einsatzstaffel-Bereitstellungsraum (ES-BR)

Die Führung und Organisation eines Bereitstellungsraums ist wesentlicher Bestandteil einer größeren Einsatzstelle. Da weder die Konzepte BHP 50 und BTP 500, noch die EE für diese Aufgabe vorgesehen sind, werden die ES-BR an dieser Stelle nur der Vollständigkeit halber mit aufgeführt.

5.8.3 Patiententransportzug für 10 Patienten (PTZ 10)

Auch der PTZ 10 ist dem Grunde nach nicht Bestandteil der Konzepte BHP 50 und BTP 500, allerdings werden die Transportfahrzeuge der jetzigen EE regelhaft bei den PTZ 10 integriert, wodurch wiederum eine ressourcenübergreifende Einplanung gegeben ist.

5.8.4 Abrollbehälter Massenanfall von Verletzten (AB-MANV-NRW)

Die Rolle des AB-MANV-NRW bei Umgestaltung des Konzepts der EE'en bzw. der Konzepte BHP 50 und BTP 500 wurde im Kapitel 5.8.1 dieser Arbeit bereits erläutert. In der Zusammenfassung: Abgeben des Zelt- und Lagermaterial an die GW-San's, nun GW-ZU's, und im Gegenzug Erhalt des medizinischen Materials von den GW-San's.

6 Landesweite Bemessung und Einbindung in das Bund-Konzept

6.1 Bemessung für NRW

Die momentane Bemessung für NRW anhand der Gebietskörperschaften „Kreis“ und „kreisfreie Stadt“ hat sich bislang bewährt und sollte aus Sicht des Verfassers beibehalten werden. Der Niedersächsische Weg (siehe Kap. 4.4 dieser Arbeit), die MANV-Komponenten aufgrund der Rettungsdienst-Einsatzzahlen – und damit letztendlich nach der Einwohnerzahl – zu bemessen, ist keine taktische, sondern eine strategisch-monetäre Entscheidung gewesen, die aufgrund der Teil-Refinanzierbarkeit der Einheiten durch die Kostenträger des Rettungsdienstes (Krankenkassen) sicherlich eine Option darstellt. Dies ist allerdings eine politische Frage, denn es gibt keine Hinweise darauf, dass MANV-Einsätze, Großeinsatzlagen und Katastrophen überproportional oft in Ballungsräumen auftreten, wo die Einwohnerzahl höher ist (Beispiele: Zugunglück in Eschede 1998, Elbehochwasser 2002 etc.).

Zurzeit stehen jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt planmäßig 4 EE'en zur Verfügung. Diese Bemessung sollte auch weiterhin verfolgt werden, allerdings mit der Umstrukturierung von 4 EE'en auf 2 Einsatzbereitschaften SanBeTU. Die vorgestellte Neustruktur hat einerseits den Vorteil, dass der BHP 50 vom PTZ 10 stärker getrennt wird (somit stehen zumindest die KTW's der EE'en dem Transport wieder zur Verfügung) und bietet andererseits die Möglichkeit, kleinere Funktionalitäten parallel durch Module mitdarzustellen.

6.2 Einbindung in das Bund-Konzept

Neben der Frage der landesweiten Bemessung muss auch die Frage der Kompatibilität zu „übergeordneten Strukturen“ – gemeint ist der BHP 50 der MTF-Bund – gestellt werden. Dieser ist durch Vergleich beider Konzepte leicht herzustellen:

	Anz.	MTF-Bund	Pers.	Ärzte	Anz.	Konzept NRW	Pers.	Ärzte
Führung	1	z.Tl. MTW 1 Beh - Fü	4		1	FhrKp SanBeTU	6	
Versorgungsnachweis	1	z.Tl. MTW 1 Beh - Fü	2					
Eingangssichtung	1	z.Tl. MTW 1 Beh - Fü / z.Tl. MTW 2 Beh - PtO	5	2	1	ES-R	6	1
Behandlung	7	GW-San	35	7	8	ES-R / ES-GG	48	6
Patiententransportorganisation	1	z.Tl. MTW 2 - PtO	3		1	ES-L	6	
Totenablage	1	z.Tl. MTW 2 - PtO	2		2	ES-ZU	12	
interner Transport	1	GW-Beh	6					
			57	9			78	7
			66				85	

Abbildung 12: Modul- und Personalansatz MTF-Bund und neue Struktur NRW

Man kann erkennen, dass die Strukturen kompatibel sind, dass es allerdings leichte Abweichungen in der Personalbemessung gibt. Hier fehlen z.B. beim hier vorgestellten NRW-Konzept zwei Ärzte, die jedoch problemlos durch die QG-Ärzte aufgestockt werden könnten. Die anderen Abweichungen betreffen im Wesentlichen die Bereiche „Behandlung“ und „interner Transport“. Hier wird allerdings die Bemessung des Bundes vom Verfasser kritisch hinterfragt: 6 Einsatzkräfte für den internen Patiententransport werden als deutlich zu wenig erachtet.

7 Zusammenfassung und Ausblick

In dieser Facharbeit wird der Paradigmenwechsel von „EE'en, die auch in überörtliche Konzepte eingebunden sind“ hin zur „Bereitschaft SanBeTU“, die als Dachorganisation für den BHP 50 und BTP 500 fungiert, vorgeschlagen, in die die EE'en dann aufgehen. Bei der Entwicklung der neuen Struktur wurde darauf geachtet, dass einerseits die bisher positiven Aspekte beibehalten werden (u.a. Leistungsfähigkeit bei der überörtlichen Hilfe, Vorplanbarkeit bei Veranstaltungen und „planbaren“ Einsätzen wie Bombenfund, Kompatibilität zu Bundesstrukturen wie MTF-Bund), andererseits sollten die Nachteile (u.a. keine Integration im Einsatzalltag, dadurch wenig Einsatzerfahrung und fehlende Motivation) durch eine praxisgerechte Modularisierung kompensiert werden. Dies führt insgesamt zu einer effektiveren Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen; so konnte u.a. im Fall des BHP 50 der Kräfteansatz bei gleicher Leistungsfähigkeit um ca. 30% reduziert werden.

Eine Umsetzung des Konzepts wäre ohne größere Kosten möglich, da die vorhandenen Fahrzeuge weiter genutzt und lediglich durch handelsübliche „Standardfahrzeuge“ (Einheits-Einsatzstaffelfahrzeug) ergänzt werden müssten. Die Umstrukturierung weg von der derzeitigen hilfsorganisationsgeprägten Struktur hin zu einer aufgabenbezogenen Organisationsform ist fachlich sinnvoll, kann emotional aber zu Schwierigkeiten führen. Diese Problematik wurde in der Facharbeit ebenfalls berücksichtigt, indem ein „Interimsmodell“ vorgestellt wurde, das den Übergang etwas weicher gestalten könnte.

Quellenverzeichnis

1. **Franke, D.** Rettungsdienst und Katastrophenschutz: ein historischer Rückblick. [Hrsg.] Chr. Unger, Th. Mitschke, D. Freudenberg. Berlin : Duncker & Humblot, 2013. Bde. Krisenmanagement-Notfallplanung-Bevölkerungsschutz, Festschrift anlässlich 60 Jahre Ausbildung im Bevölkerungsschutz, S. 684 ff.
2. **Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat.** DRK-Einsatzeinheiten. Bonn : Referat 11, 03.1995.
3. **Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin.** Notfall- und Katastrophenpharmazie. [Buchverf.] W., Gullatto, G., Liefänder, B., John-Koch, M., Peter, H., Wagner, W. Geier. *Bd I., Bevölkerungsschutz und medizinische Notfallversorgung.* Bonn : s.n., 2009, S. 44.
4. **Nordrhein-Westfalen, Innenministerium.** Entwurf zur Neukonzeption des Abwehr von Großschadensereignissen im Land Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf : s.n., 06.12.1995. II C 1 - 2102.
5. **Nordrhein-Westfalen, Ministerium des Inneren .** Grundlagenbericht Koordnierter Prozess Katastrophenschutz in NRW, Aktuelle und zukünftige Herausforderungen. 2017/18.
6. **von den Berken, J.** Analyse leistungsbegrenzender Faktoren beim Einsatz medizinischer Einheiten im Bevölkerungsschutz. *Masterarbeit.* s.l. : Lehrstuhl für Medizintechnik der Fakultät für Maschinenwesen der RWTH Aachen, 23.04.2018.
7. **Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Inneres und Kommunales.** Landeskonzept der überörtlichen Hilfe NRW "Sanitätsdienst und Betreuungsdienst". Düsseldorf : s.n., 2013.
8. **Arbeitskreis Rettungsdienst der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der BRD (AGBF-Bund).** Anforderungen an MANV-Konzepte, Ziele für den Einsatzplaner und Forderungen an die Länder. 14.11.2013.
9. **Arbeitskreis der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in NRW (AGBF-NRW), der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der hauptamtlichen Wachen in NRW (AGHF) und des Verbands der Feuerwehren in NRW (VdF NRW).** Schutzziele, Organisation, Führung und Taktik der Medizinischen Rettung beim Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (Grundlegendokument MANV). 06.06.2012.
10. **Nordrhein-Westfalen, Landesbetrieb IT.NRW.** Zahl der Gebietskörperschaften. [Online] 05 2014. [Zitat vom: 22. 10 2018.] <https://www.it.nrw/regionale-gliederung-nordrhein-westfalens-977>.
11. **Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, BBK III.6.** Begleitheft, Ausstattungssatz, Beladepan und Typenblatt für Gerätewagen Sanität Bund NRW GW San NW. 1. Auflg. Bonn : s.n., 03.2013.

12. **Baden-Württemberg, Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration.** Verwaltungsvorschrift über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes (VwV KatSD). 24.09.2012. Az.: 4-1412.2/1.
13. —. Konzeption für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten (ManV-Konzept). 01.08.2016. Az.: 6-1441/73.
14. **Hessen, Ministerium des Inneren und für Sport.** Katastrophenschutz für Hessen. 01.01.2016.
15. —. MANV Rahmenkonzept Hessen, Einsatzplanungen für die überörtliche Rettungsdienstunterstützung bei einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten unterhalb der Katastrophenschwelle. 16.09.2014.
16. **Niedersachsen, Ministerium für Inneres und Sport.** Einsatzkonzept für den Katastrophenschutz in Niedersachsen. 21.06.2017.
17. **Länderausschuss "Rettungsdienst" nach § 13 NRettdG.** Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignisse). 19.11.2014. Bek. d. MI v. 19.11.2014 – 36.42 - 41576-10-13/0.
18. **Lange, C.** *per Mail*. 18. 10 2018.
19. **Rheinland-Pfalz, Ministerium des Inneren und für Sport, Arbeitsgemeinschaft der Hilfsorganisationen im Katastrophenschutz in Rheinland-Pfalz.** *Katastrophenschutzstrukturen des Sanitäts-, Betreuungs- und Verpflegungsdienstes in Rheinland-Pfalz.* 06.05.2008. Version 2.
20. —. Präsentation zur Neukonzeption der Katastrophenschutz-Strukturen des Sanitäts-, Betreuungs- und Verpflegungsdienstes. [Online] 2017. [Zitat vom: 18. 10 2018.] https://www.bildungsinstitut-rlp.drk.de/fileadmin/downloads/Fuehrungs-_und_Leitungskraefte_der_Bereitschaften/Fuehrungskraefteausbildungen/Fuehrungspersonal/Praesentation_HiK_3.0_Vergleich_HiK_2.0.pdf <<https://www.bildungsinstitut-rlp.drk.de/fileadmin/dow>.
21. **Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.** Medizinische Task Force, Rahmenkonzept Teil 9, Teileinheit Behandlung, Vorläufiger Konzeptstand - unter Vorbehalt der Zustimmung. 05/2016.
22. **6. Sichtungskonsensus-Konferenz, 23./24.11.2015.** Ahrweiler. *Protokoll*. [Online] BBK, 23./24.. 11 2015. [Zitat vom: 11. 10 2018.] https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/GesBevS/6_Konsensus-Konferenz_Protokoll.pdf?__blob=publicationFile.
23. **Brüne, F.** Reale Verteilung von Sichtungskategorien bei MANV Einsätzen – Auswirkungen auf die Schutzziele. *Masterarbeit Studiengang Katastrophenvorsorge-Katastrophenmanagement*. s.l. : Mathematisch – Naturwissenschaftliche Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn, 2013.

24. **Heller, A., Brüne, F., Kowalski, B., Wurmb, Th.** Großschadenslagen - Neue Konzepte zur Sichtung. *Deutsches Ärzteblatt*. 06.08.2018, Bd. Jahrgang 115, Heft 31-32.
25. **7. Sichtung-Konsensus-Konferenz, 11.-13.10.2017.** Ahrweiler. *Protokoll*. [Online] BBK, 11.-13. 10 2017. [Zitat vom: 11. 10 2018.] https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/GesBevS/7_Sichtung-Konsensus-Konferenz.pdf?__blob=publicationFile.
26. **Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Nordrhein.** Statistik der Meldung der wichtigen Ereignisse (WE-Meldung) der Einsatzeinheiten 2011 - 2018. Düsseldorf : DRK LANO, 2018.
27. **Brüne, F., Polheim, W., Kalff, D., Lenz, W.** Einsatztaktik / Patientenablagearten. [Hrsg.] K., Mitschke, Th. Maurer. *SEGmente, Die Patientenablage*. Edewecht : Stumpf & Kossendey, 2014, Bd. 12, S. 20 ff.
28. **NRW, Innenministerium.** Gefahrenabwehr / Katastrophenschutz. [Online] [Zitat vom: 03. 10 2018.] <https://www.im.nrw/themen/ Gefahrenabwehr/hilfe-ausnahmesituationen>.
29. **Sefrin, P., Weidringer, J.P., Weiss, W.** Sichtungskategorien bei Großschadensereignissen und Katastrophen - Standortbestimmung zur Sichtung und deren Dokumentation. Bad Neuenahr-Ahrweiler : Bericht der Konsensus-Konferenz der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz, 15.03.2002.
30. **Arbeitskreis der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in NRW (AGBF-NRW), der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der hauptamtlichen Wachen in NRW (AGHF), des Verbands der Feuerwehren in NRW (VdF) und AG Bevölkerungsschutz im Landkreistag NRW.** Handreichung Rettungsdienst-Bedarfsplanung: Handreichung zu Qualitätskriterien und Parametern für die Bedarfsplanung des Rettungsdienstes in Kreisen und kreisfreien Städten. s.l. : Städtetag und Landkreistag Nordrhein-Westfalen, 11.09.2018.
31. **Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.** Deutschsprachiges Glossar. *Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)*. [Online] [Zitat vom: 11. 11 2018.] https://www.bbk.bund.de/DE/Servicefunktionen/Glossar/_function/glossar.html?lv2=4968180&lv3=1956602.

Anlagenverzeichnis

Anlage 1a:	
Personal- und Qualifikationsübersicht EE NRW.....	X
Anlage 1b:	
Personal- und Fahrzeugübersicht EE NRW.....	X
Anlage 2a:	
Personal- und Qualifikationsübersicht BHP 50.....	XI
Anlage 2b:	
Personal- und Fahrzeugübersicht BHP 50.....	XII
Anlage 3a:	
Personal- und Qualifikationsübersicht BTP 500.....	XIII
Anlage 3b:	
Personal- und Fahrzeugübersicht BTP 500.....	XIII
Anlage 4:	
Frage- / Antwortbogen zu den Experteninterviews.....	XIV

Anlage 1a:

Personal und Qualifikationsübersicht EE NRW

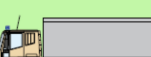
=> Abb. 2.7.1 des Landeskonzepts der überörtlichen Hilfe „Sanitäts- und Betreuungsdienst“

EE NRW	Verbandsführer	LNA	OrgL RD	Zugführer	Gruppen-/ Staffelführer	Truppführer	Notarzt	Arzt	Rettungsassistent	Rettungsassistent	Rettungshelfer	Helfer	Stärke			
													Führer	Unter- führer	Einsatz- kräfte	Gesamt
Führungstrupp				1	1							2 ⁹	1	1	2	4
Sanitätsstaffel					1			1 ¹⁰			4		1	1	4	6
KTW 1										1	1				2	2
KTW 2										1	1				2	2
Betreuungsstaffel 1					1	1 ¹¹						4		2	4	6
Betreuungsstaffel 2						1 ¹¹						5		1	5	6
Verpflegungstrupp						1						2		1	2	3
Techniktrupp						1						3		1	3	4
Funktionen (gesamt)				1	3	4		1		2	6	16	2 / 7 / 24 / 33			

Anlage 1b:

Personal- und Fahrzeugübersicht EE NRW

=> Abb. 2.7.2 des Landeskonzepts der überörtlichen Hilfe „Sanitäts- und Betreuungsdienst“

2/7/24/33	Einsatzinheit NRW (EE NRW)	
Führungstrupp 1/1/2/4	 FühKombi	1 ZFu 1 GrFu 2 FuG
Sanitätsgruppe 1/1/8/10	 GW-San	1 GrFu 1 Arzt 4 RettHe
	 KTW	1 RettSan 1 RettHe
	 KTW	1 RettSan 1 RettHe
Betreuungs- gruppe 0/4/11/15	 BtKombi + BtAnh.	1 GrFu 1 TrFu 4 Helfer
	 BtKombi	1 TrFu 5 Helfer
	 BtLKW	1 TrFu 2 Helfer
Techniktrupp 0/1/3/4	 TKombi + TAnh.	1 TrFu 3 Helfer

Anlage 2a:

Personal und Qualifikationsübersicht BHP 50

=> Abb. 3.7.1 des Landeskonzepts der überörtlichen Hilfe „Sanitäts- und Betreuungsdienst“

BHP-B 50 NRW	Stärke										Gesamt			
	Verbandsführer	LNA	Orgl RD	Zugführer	Gruppen-/Staffelführer	Truppführer	Notarzt	Arzt	Rettungsassistent	Rettungsassistent	Führer	Unterführer	Einsatzkräfte	Gesamt
Führungsstaffel	1	1	1		1 ¹⁷						2 ¹⁸	3	1	6
Eingangssichtung					1		2			2	2	2	1	9
Behandlungsbereich I und IV				1			4		6	6	3 ¹⁹	5	19	24
Behandlungsbereich II				1			1		2	2	2	2	8	10
Behandlungsbereich III					1			1 ²⁰	1	2	2	1	1	8
Logistik				1							1 ¹⁸	1	1	2
Interner Patiententransport					1	2					19 ¹⁹	3	19	22
Technische Unterstützung						2					6	2	6	8
Totenablage											2		2	2
Verpflegung						2					4	2	4	6
Transportorganisation				1							1 ¹⁸	1	1	2
Patientenverteilung / Dokumentation					1			1 ²⁰	1	1	1	1	3	5
Rettungsmittelorganisation					1	2					9	3	9	12
Funktionen (gesamt)	1	1	1	4	6	8	7	2	10	10	12	54	16/14/86/116	

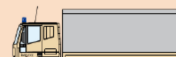
Anlage 2b:

Personal- und Fahrzeugübersicht BHP 50

=> Abb. 3.7.2 des Landeskonzepts der überörtlichen Hilfe „Sanitäts- und Betreuungsdienst“

16/14/86/116	Behandlungsplatz-Bereitschaft 50 NRW (BHP-B 50 NRW)	
Führung 3/1/2/6	 ELW 2  KdoW (Vorauskommando)	1 VFü 2 FÜG 1 OrgL 1 LNA 1 FÜAss
Eingangssichtung 2/1/6/9	 MTF	1 GrFü 2 NA 2 RettSan 2 RettHe 2 Helfer
Behandlungsbereich I „rot“ / IV „blau“ 5/0/19/24	 MTF  MTF  MTF  WLF mit AB-MANV NRW	1 ZFü 1 FÜG 4 NA 6 RettAss 4 RettSan 6 RettHe 2 Helfer

Behandlungsbereich „gelb“ 2/0/8/10	 GW-San NRW  KTW  KTW	1 ZFü 1 NA 2 RettAss 2 Helfer 1 RettSan 1 RettHe 1 RettSan 1 RettHe
Behandlungsbereich III „grün“ 1/1/6/8	 GW-San NRW  KTW	1 GrFü 1 Arzt 2 RettHe 2 Helfer 1 RettAss 1 RettSan
Logistik 1/0/1/2	 FüKombi  BtKombi mit BtAnh.  MTF	1 ZFü 1 FÜG 1 GrFü 1 FÜG 2 TrFü 18 Helfer
Interner Patiententransport 0/3/19/22	 TKombi mit TAnh.  TKombi mit TAnh.	1 TrFü 3 Helfer 1 TrFü 3 Helfer
Technische Unterstützung 0/2/6/8	 TKombi mit TAnh.	1 TrFü 3 Helfer

Totenaufnahme 0/0/2/2	 BtKombi 2 Helfer
Verpflegung 0/2/4/6	 BtLKW 1 TrFü 2 Helfer  BtLKW 1 TrFü 2 Helfer
Transportorganisation 1/0/1/2	 FüKombi 1 ZFü 1 FÜG  KTW 1 GrFü 1 Arzt 1 RettAss 1 RettSan 1 Helfer
Patientenverteilung/ Dokumentation 1/1/3/5	 BtKombi 1 GrFü 2 TrFü  BtKombi mit BtAnh. 9 Helfer
Rettungsmittelorganisation 0/3/9/12	

Anlage 3a:

Personal- und Qualifikationsübersicht BTP 500

=> Abb. 4.7.1 des Landeskonzepts der überörtlichen Hilfe „Sanitäts- und Betreuungsdienst“

BTP-B 500 NRW	Verbandsführer	LNA	OrgL RD	Zugführer	Gruppen-/ Staffelführer	Truppführer	Notarzt	Arzt	Rettungsassistent	Rettungsassistent	Rettungshelfer	Helfer	Stärke			
													Führer	Unter- führer	Einsatz- kräfte	Gesamt
Führung	1				3 ²²							2 ²³	1	3	2	6
Führungstrupp Betreuung				1	1							2	1	1	2	4
Registrierung und Information					1					2		3		1	5	6
Soziale Betreuung					2	4					12	15		6	27	33
Medizinische Versorgung					1			2		2			2	1	2	5
Führungstrupp Logistik				1	1							2	1	1	2	4
Verpflegung / Versorgung						2						4		2	4	6
Technik						2						6		2	6	8
Funktionen (gesamt)	1			2	9	8		2		4	12	34	5/17/50/72			

Anlage 3b:

Personal- und Fahrzeugübersicht BTP 500

=> Abb. 4.7.2 des Landeskonzepts der überörtlichen Hilfe „Sanitäts- und Betreuungsdienst“

5/17/50/72	Betreuungsplatz-Bereitschaft 500 NRW (BTP-B 500 NRW)	
Führung 1/3/2/6	 ELW 1  KdoW (Vorauschieber)	 1 VFü  2 FÜAss  1 FÜG  1 FÜAss  1 FÜG
Führungstrupp Betreuung 1/1/2/4	 FüKombi	 1 ZFü  1 GrFü  2 Helfer
Registrierung und Information 0/1/5/6	 BtKombi  KtW	 1 TrFü  3 Helfer  1 RettSan  1 RettHe
Soziale Betreuung 0/6/27/33	 Bt Kombi  BtKombi + BtAnh.  BtKombi + BtAnh.  GW-San  KtW  KtW	 2 GrFü  4 TrFü  1 RettSan  11 RettHe  15 Helfer

	Betreuungsplatz-Bereitschaft 500 NRW (BTP-B 500 NRW)	
Medizinische Versorgung 2/1/2/5	 GW-San  KtW	 1 GrFü  2 Ärzte  2 RettSan
Führungstrupp Logistik 1/1/2/4	 FüKombi	 1 ZFü  1 GrFü  2 Helfer
Verpflegung 0/2/4/6	 BtLKW  BtLKW	 1 TrFü  2 Helfer  1 TrFü  2 Helfer
Technik 0/2/6/8	 T Kombi + TAnh.  T Kombi + TAnh.	 1 TrFü  3 Helfer  1 TrFü  3 Helfer

Anlage 4:

Frage- Antwortbogen zu den Experteninterviews

1. Name, Organisationseinheit; Verhältnis zur EE NRW, Datum:

- a) **H. Band**, Leiter der Feuerwehr Frechen, MANV-Beauftragter des Rhein-Erft-Kreises, stellv. Vorsitzender des AK Rettungsdienst AGBF/VdF, 09.10.2018,
- b) **K-H. Kuhl**, Feuerwehr Bonn, Sachgebietsleiter Rettungsdienst, 09.10.2018,
- c) **F. Brüne**, AKNZ, Dozent für Katastrophenmedizin, Angehöriger einer EE, 09.10.2018,
- d) **D. Durst**, Rhein-Erft-Kreis, Sachgebietsleiter Rettungsdienst, 09.10.2018,
- e) **Dr. med. F. Sensen**, ÄLRD Stadt Düsseldorf, 15.10.2018,
- f) **Dr. med. J. Schürmann-Lipsch**, ÄLRD Märkischer Kreis, 15.10.2018,
- g) **Chr. Nitz**, MHD Langenfeld, Leiter EE Leverkusen, 18.10.2018,
- h) **M. Arenz**, MHD Langenfeld, stellv. Leiter EE Leverkusen, 18.10.2018,
- i) **Dr. M. Hans**, Bezirksregierung Düsseldorf, Dez. 22, Aufsichtsbehörde über EE, 25.10.2018,
- j) **Dr. K. Block**, Innenministerium NRW, Oberste Aufsichtsbehörde über EE, 26.10.2018,
- k) **T. Schams**, Kreisbrandmeister Kreis Mettmann, Aufsichtsbehörde über EE, 04.11.2018,
- l) **J. Rüttgers**, Sachgebietsleiter RD, untere Aufsichtsbehörde über EE, 07.11.2018,
- m) **Chr. Scholl**, DRK Landesverband Nordrhein, Abt.ltr. nat. Hilfsgesellschaft, 16.11.2018,
- n) **W. Rheinfelder**, DRK Landesverband Nordrhein, Landesbeauftragter für den KatS, Stadt Krefeld, Abteilungsleiter Katastrophenschutz, 16.11.2018,
- o) **I. Almstedt**, ASB Monheim, Leiter Bezirks-EE / MTF 62, 19.11.2018,

2. Verteilung der Sichtungskategorien

Das Landeskonzept stützt sich auf die Verteilung der Sichtungskategorien auf Grundlage der Konsensus-Konferenz von 2002 (40% rot [incl. blau], 20% gelb, 40% grün).

2.1. Halten Sie diese Verteilung aufgrund Ihrer bisherigen Erfahrung für realistisch?

- a) b) c) d) Nein,
- e) f) Nein,
- g) h) Nein, wobei keine repräsentativen Erfahrungen vorliegen,
- i) Nein, nicht realistisch,
- j) Wenig Erfahrung, die SK wurden anhand des Beispiels „Busunfall“ festgelegt,
- k) Nein,
- l) Nein,
- m) n) Nein,
- o) Keine Erfahrung,

2.2. Neuere Arbeiten, die alle größeren MANV-Einsätze der letzten Jahre untersucht haben, haben eine Verteilung von ca. 20% rot, 30% gelb und 50% grün gezeigt. Halten Sie diese Zahlen für wahrscheinlich?

- a) b) c) d) Ja,
- e) f) Ja,
- g) h) Ja,
- i) Meistens: Ja,
- j) Wenig Erfahrung,
- k) Ja,
- l) Vermutlich: Ja (zu wenig Referenzeinsätze),
- m) n) Ja,
- o) Eher ja,

2.3. Halten Sie es für sinnvoll und notwendig, dennoch mit den (i.d.R.) ungünstigeren Werten von 2002 zu planen?

- a) Ja, weil besondere Lagen eine andere Verteilung vorliegen kann (z.B. Terror),
- b) Ja, weil Infrastruktur zerstört sein kann,
- c) Ja, wegen Ausfall kritischer Infrastruktur (z.B. Elektrizität),
- d) Ja, weil keine Zahlen für Katastrophenschutz-Einsätze vorliegen,
- e) f) Nein,
- g) h) Nein,
- i) Ja, weil der Aufwand zur Behandlung roter Patient ungleich höher ist (in etwa um viermal höher),
- j) Ja, man sollte immer worst-case planen,
- k) Ja, Amok und Terror verursachen m. E. mit wachsender Eintrittswahrscheinlichkeit höhere Zahlen bei Rot
- l) Nein, unrealistische Planungswerte bedingen ein kaum zu erbringendes Plan-Soll,

- m) n) Eher Nein,
- o) Nein,

3. Leistungsfähigkeit der Einsatzeinheit NRW

3.1. Das Landeskonzept sieht eine Personalstärke von 33 Einsatzkräften mit doppelter Besetzung vor.

3.1.1. Erreichen die EE diese Personalstärke?

- a) Abends/Wochenende/Feiertags: Ja, zu Geschäftszeiten: Nein,
- b) Es liegen keine gesicherten Zahlen vor,
- c) d) Nein, nicht die volle, einfache Personalstärke von 33 Kräften,
- e) f) Ja,
- g) h) Formal: Ja, aber doppelte Personalstärke nur auf dem Papier, stark abhängig von Wochentag und Uhrzeit,
- i) Nach der Papierlage: Ja, die Realität ist schwer einzuschätzen, vermutlich aber: Nein,
- j) nicht alle, in der Vergangenheit gab es nur „leistungsfähig ja/nein“, mittlerweile ist die Beurteilung etwas differenzierter mit „bedingt leistungsfähig“,
- k) Bisher immer auskömmlich, dennoch ist eine Personalmangelversorgung bei den HiOrgs wahrzunehmen (dokumentierbar); insbesondere ist Mehrfachverplanung von Personal wahrscheinlich, um die Helferzahlen und Fördergrundlage zu erreichen.
- l) Ja, aber nur auf dem Papier,
- m) n) Einfache Besetzung: Ja, doppelte Besetzung nicht alle,
- o) Eineinhalbfach: Ja, doppelt: Nein,

3.1.2. Wie sehen Sie die Prognose vor dem Hintergrund des demographischen Wandels?

- a) b) Rückläufig, wie bei der FF,
- c) U.U. sogar noch schlechter als bei der FF, da diese mehr Anreize hat,
- d) Stetiger Rückgang nach Wegfall Wehrpflicht/Verpflichtung im KatS,
- e) f) Schlecht, große Probleme sind absehbar,
- g) h) Schlecht, es muss mehr getan werden, um die Stärken zu halten: z.B. hauptamtlicher Gerätewart, der die „pflichtigen Drumherum-Arbeiten“ abnimmt, Motivationsverlust durch fehlende Einsätze ist erkennbar,
- i) Bereits jetzt gibt es Gebietskörperschaften, die nicht auf 4 EE kommen, diese Tendenz wird vermutlich zunehmen,
- j) es wird immer schwieriger, ehrenamtliche Kräfte zu bekommen, daher werden Maßnahmen zur Förderung des Ehrenamts aufgelegt,
- k) ---,
- l) Sehr kritisch, das ehrenamtliche Engagement sinkt insgesamt, das Angebotsspektrum der FF'en ist attraktiver, es fehlen reale Einsätze,
- m) n) Das ehrenamtliche Engagement ist ungebrochen hoch, aber nur bezogen auf spontane Hilfsbereitschaft. Langfristiges Engagement mit langer Ausbildung, vielen Pflichten und einer gewissen Alarmbereitschaft ist deutlich rückläufig,
- o) die Nachwuchsgewinnung wird immer schwieriger; das Anwerben von „Schul-Sanis“ ist erfolgreich, außerdem müssen viele (gesellige) Vereinsaktivitäten stattfinden,

3.2. Das Landeskonzept sieht ein Qualifikationsniveau bei doppelter Besetzung von 2 x ZF, 6 x GF, 8 x TF und 2 x Arzt, 4 x RS, 12 x RH, 32 x Helfer vor (incl. 4 x C1, 4 x BE-Führerschein).

3.2.1. Erreichen die EE dieses Qualifizierungsniveau?

- a) c) Auf dem Papier: Ja, in der Praxis: Nein,
- b) Keine Erkenntnisse,
- d) Quantitativ: Ja, qualitativ: Nein,
- e) Keine Erkenntnisse,
- f) Momentan noch, zukünftig nicht mehr,
- g) h) Ja, aber es kostet viel Überzeugungsarbeit und ist ein Zeitproblem, Lösung ebenfalls hauptamtlicher Gerätewart (s.o.), Die Einführung eines „Feuerwehrführerscheins“ würde deutlich zur Entspannung der Führerscheinqualifikation beitragen,
- i) Nach den Unterlagen: Ja; im Einsatz eher fraglich,
- j) Ja, aber oftmals nur „bedingt leistungsfähig“,
- k) Kann seitens des HVB aktuell nicht gewertet werden,
- l) Nein,
- m) n) Meistens, dafür wurde in der Förderrichtlinie NRW auch der Begriff „bedingt leistungsfähig“ aufgenommen,
- o) Ja, aber nicht alle,

3.2.2. Ist die Bereitstellung der Qualifikation „Arzt“ problematisch?

- a) *Ärzte sind praktisch nicht vorhanden,*
- b) *Ja, in Einzelfällen der „Verbandsarzt“,*
- c) *Ärzte werden aus der SEG Ärzte rekrutiert,*
- d) *Ärzte werden aus dem Notarzt-Pool rekrutiert,*
- e) f) *Ja, bis unmöglich.*
- g) h) *Ja, eigentlich nur Helfer, die nach ihrem med. Studium bei der HiOrg bleiben; auf dem Papier nein, da nur „Arzt“ und nicht „Notarzt“ gefordert ist (fehlende praktische Erfahrung in der Notfallmedizin); Ja, Ärzte sind nicht greifbar, da entweder im Dienst oder bereits anders eingebunden (z.B. Alarmierung dienstfreier Notärzte),*
- i) *Ein absolutes: Ja,*
- j) *Das ist auf jeden Fall eines der großen Probleme,*
- k) *Kann seitens des HVB aktuell nicht gewertet werden,*
- l) *Auf dem Papier: Ja, aber oftmals Ärzte in leitenden Funktionen, die im MANV-Fall über die Krankenhausalarmpläne an ihr Krankenhaus gebunden sind,*
- m) n) *Allgemein „Arzt“ ist eher unproblematisch, es fehlt aber an qualifizierten Ärzten wobei dies nicht nur Notärzte sein müssen,*
- o) *Ja, außer wenn Mitglieder Medizin studieren und anschl. „dabei bleiben“,*

3.2.3. Wäre ein höheres Niveau möglich (insbesondere NotSan)?

- a) d) *In Einzelfällen, wenn ein Hauptamtlicher auch ehrenamtlich tätig ist,*
- b) *Ehrenamtlich aufgrund der Übergangsregelung,*
- c) *Ehrenamtlich kaum möglich,*
- e) f) *Nein,*
- g) h) *Nein,*
- i) *Auf keinen Fall, zumal noch ungeklärt ist, welche Auswirkungen der Wegfall der Qualifikation RA nach 2026 (gem. RettG NRW) hat,*
- j) *Darauf muss man in Zukunft abzielen, um den Ärztemangel kompensieren zu können,*
- k) *Kann seitens des HVB aktuell nicht gewertet werden,*
- l) *NotSan/RA sind ehrenamtlich nicht zu bekommen, allerdings stehen NotSan/RA dem BHP zur Verfügung; das sind dann dienstfreie Kräfte der Leistungserbringer,*
- m) n) *Nicht aus dem ehrenamtlichen Bereich,*
- o) *Absolut schwierig, im Gegensatz zur FF ist es im Rettungsdienst nicht üblich, neben seiner hauptamtlichen Tätigkeit auch ehrenamtlich engagiert zu sein,*

3.3. Das Landeskonzzept gibt einen Vorlauf von 60 Minuten bis zum Abmarsch vor.

3.3.1. Kann diese Zeit eingehalten werden?

- a) *Nein,*
- b) c) *Manchmal: Ja,*
- d) *Ja, aber nicht die komplette Einheit,*
- e) *Nein,*
- f) *Ja, aber nicht die komplette Einheit,*
- g) h) *Wochentags tagsüber: Nein, Wochenende und abends: Ja,*
- i) *Größtenteils: Ja*
- j) *Ja, bei Überprüfungen wird das zumindest so gezeigt, Es gibt allerdings sehr unterschiedliche Alarmwege, die sich zeitlich entspr. auswirken, letztendlich ist der Weg zur Unterkunft entscheidend,*
- k) *Keine Überschreitung der Abmarschzeit bekannt. I. d. R. rücken kleinere Einheiten jetzt schon vorab aus,*
- l) *Nein,*
- m) n) *Ja,*
- o) *Ja,*

3.3.2. Wie schnell könnte der Abmarsch erfolgen, wenn nicht die gesamte Einheit gemeinsam ausrücken müsste, sondern aufgeteilt in kleinere Untereinheiten (etwa in Gruppenstärke)?

- a) *Ja, dann vermutlich schneller,*
- b) *Ja, aber auch abhängig von der Qualifikation,*
- c) *Ja, da sich die EE dann nicht mehr sammeln muss und getrennt ausrückt,*
- d) *Ja, wenn diese kleineren Einheiten auf verschiedene Standorte verteilt sind,*
- e) *Schätzung: 30 min.,*
- f) *Schätzung: 20 – 30 min.,*
- g) h) *deutlich schneller, wird teilweise auch heute schon so gelebt,*
- i) *geschätzt: 30 min,*
- j) *kleinere Einheiten sind wahrscheinlich schneller,*

- k) ---,
- l) Schätzung: 30 min.,
- m) n) Deutlich schneller,
- o) Schätzung: unter 20 min.,

3.4. Das Landeskonzept sieht vor, dass die Sanitätsgruppe u.a. auch SK II, gelb, also „schwer verletzte Patienten“ behandeln soll. Wird das Personal der Sanitätsgruppe regelmäßig im Rettungsdienst oder im Krankenhaus (Ambulanz, Intensivstation) eingesetzt, um genügend praktische Fähigkeiten für diese Aufgabe zu haben?

- a) Unbekannt,
- b) Das Angebot wurde zwar seitens des Rettungsdienstträgers gemacht, aber nicht angenommen,
- c) Ja, viele Mitglieder sind auch im Rettungsdienst tätig,
- d) Die Mitglieder der EE werden auch in die 30-h-FoBi integriert,
- e) f) Nein,
- g) h) Grundsätzlich: Nein, bei manchen RD-Trägern gibt es entspr. Kooperationen, aber das sind lokale Lösungen, die Besatzungen der KTW's sind nach RD-Gesetz qualifiziert,
- i) nicht gefordert, daher auch keine Kenntnis darüber
- j) keine Aussage durch das IM möglich,
- k) Eher nicht. Die wenigen Praktikumsplätze sind m. W. aktuell den Notfallsanitätern vorbehalten,
- l) Nein, vor allem dann nicht, wenn die HiOrg nicht im RD/KT mitwirkt,
- m) n) Im RD je nach kommunaler Struktur, im KH eher weniger, ein Großteil der Einsatzerfahrung wird über Sanitätsdienste bei Groß-Veranstaltungen erreicht, die teilweise mit Intensivbetten ausgestattet sind,
- o) RH und RS sind mancherorts im ö.r. Rettungsdienst als Praktikanten mit eingebunden,

4. Einsatz der Einsatzeinheit und Einbindung in überörtliche Konzepte

4.1. Nach dem Landeskonzept kann die EE sowohl in Teileinheiten, als auch als gesamte Einheit alarmiert werden.

4.1.1. Inwieweit werden Ihrer Kenntnis nach die Teileinheit: Führungstrupp, Techniktrupp, Betreuungsgruppe und Sanitätsgruppe einzeln alarmiert (wenn ja: welche)?

- a) b) c) d) Betreuungsgruppe: oft, Sanitätsgruppe: vereinzelt, Führungs- und Techniktrupp: Nie,
- e) Ja: Betreuung + Technik,
- f) Nie,
- g) h) Betreuung: Ja, Sanitätsdienst oder andere Trupps grundsätzlich nein, es gibt aber manchmal lokale Lösungen, wo Teileinheiten in die AAO eingebunden sind,
- i) Es gibt keine Einsatzstatistik über die Einsätze der EE. Wird eine EE auf lokaler Ebene mitalarmiert, erfolgt keine Meldung zur BezReg (außer das Ereignis ist ohnehin meldepflichtig gem. Meldeerlass),
- j) Im geringen Maße: Führung und Technik nie, San. und Betr. Zu gleichen Teilen,
- k) Alarmierung läuft aufgrund der Verfügbarkeit von DME nur über die Bereitschaftsführung. Der diensthabende Bereitschaftsführer entscheidet aufgrund der gemeldeten Anforderung über eine Gesamtalarmierung der EE oder über eine modulare Alarmierung,
- l) Ca. 2 x / Jahr, aber nur Betreuung,
- m) n) Führungs- und Techniktrupp: Nie; Betreuungsgruppe: selten, allerdings die Verpflegungskomponente für die Verpflegung von Einsatzkräften sehr oft; Sanitätsgruppe: Nie, allerdings in Form von Einzelfahrzeugen (GW-San) gelegentlich,
- o) Nie,

4.1.2. Wie oft und zu welchen Einsätzen wird die gesamte EE alarmiert (isoliert, ohne Einbindung in die Konzepte BHP 50 oder BTP 500)?

- a) d) Nur einmal zur Erstversorgung von Flüchtlingen 2015,
- b) c) Nie,
- e) f) Nie,
- g) h) Nur zu Betreuungseinsätzen (Evakuierung nach Bombenfund, Erstbetreuung der Flüchtlingswelle 2015),
- i) Siehe 4.1.1
- j) Im Durchschnitt 1 x / Jahr, meistens bei Bombenfunden,
- k) 1-2 x jährlich. Bislang immer bei Brandereignissen mit Betreuungsaufwand Bombenentschärfungen,
- l) Nie,
- m) n) Nie,
- o) In 15 Jahren einmal beim Elbehochwasser,

4.2. Nach dem Landeskonzept ist die EE in das Konzept BHP 50 integriert.

4.2.1. Werden die EE für vorgeplante BHP 50 eingesetzt?

- a) d) *Ja, bei Fußball-WM, Weltjugendtag,*
- b) c) *Nein,*
- e) f) *Ja,*
- g) h) *Ja, das ist die Haupt-Einsatz-Aufgabe,*
- i) *Ja, bei Fußball-WM,*
- j) *Ja, z.B. G 20 oder Veranstaltungen mit erhöhtem Gefährdungspotential, hinzu kommt das eigenwirtschaftliche Handeln der HiOrg's, über das IM aber keine genauen Kenntnisse hat,*
- k) *Nein,*
- l) *Ja, bei Fußball-WM und Weltjugendtag,*
- m) n) *Ja, zu Großveranstaltungen regelmäßig,*
- o) *Nein,*

4.2.2. Wie oft wurden EE nach Ihrer Kenntnis spontan zu einem BHP 50 alarmiert (wenn nicht exakt, dann zumindest mit unbestimmter Größenordnung)?

- a) d) *Nur einmal während des Weltjugendtags, an dem eine Vielzahl an EE eingesetzt war,*
- b) c) *Nie,*
- e) f) *Nie,*
- g) h) *Einmal (Neuss, Pfefferspray in Schule; nur Bereitstellung),*
- i) *Kein Einsatz bekannt,*
- j) *Sehr selten,*
- k) *Nein, nur mit GW-San zum MANV gem. Kreiskonzept,*
- l) *Nie,*
- m) n) *Einmal (Love Parade),*
- o) *Nie,*

4.2.3. Wurden die EE in der Weise aufgesplittet, wie es der Personal- und Fahrzeugübersicht zu entnehmen ist?

- a) d) *Nein,*
- b) c) *---*,
- e) f) *---*,
- g) h) *Träger RD,*
- i) *Nein, ein gebietskörperschafts-übergreifendes System der Zuordnung ist bei Übungen jedoch nicht zu erkennen,*
- j) *Nein, die EE haben eine „BHP-Struktur“, in der sie dann arbeiten,*
- k) *Kann nicht beurteilt werden,*
- l) *---*,
- m) n) *Der BHP 50 organisiert sich selber, allerdings nicht in der abgebildeten Form; diese hat auch eher „historische“ Gründe,*
- o) *---*,

4.2.4. Wie und durch wen wurde das höherqualifizierte Personal (RettAss/NotSan) ergänzt?

- a) d) *Durch dienstfreie Rettungsdienstkräfte, durch Alarmierung einer speziellen SEG, durch den Rettungsdienst-Sonderbedarf, die Führung wurde durch die Feuerwehr gestellt,*
- b) c) *---*,
- e) f) *---*,
- g) h) *Wurden aus anderen Gliederungen der HiOrg gestellt,*
- i) *Durch RD-Mitarbeiter, teilweise wurde diese auch vermittelt nach einem System vergleichbar der Notarzt-Börse,*
- j) *Durch den Träger oder Leistungserbringer,*
- k) *---*,
- l) *---*,
- m) n) *Durch den öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst, vereinzelt auch aus dem „Fundus“ der HiOrg,*
- o) *---*,

4.3. Nach dem Landeskonzept ist die EE in das Konzept BTP 500 integriert.

4.3.1. Werden die EE für vorgeplante BTP 500 eingesetzt?

- a) b) c) d) *Ja,*
- e) f) *Nie,*
- g) h) *Ja,*
- i) *Keine Kenntnisse hierüber,*
- j) *Ja, zu Veranstaltungen,*

- k) Ja,
- l) Ja, aber nur zu Veranstaltungen,
- m) n) Ja zuweilen bei Bombenfunden,
- o) Nie,

4.3.2. Wie oft wurden EE nach Ihrer Kenntnis spontan zu einem BTP 500 alarmiert (wenn nicht exakt, dann zumindest mit unbestimmter Größenordnung)?

- a) b) c) d) Nie als BTP 500, teilweise für Betreuung im kleineren Umfang,
- e) f) Nie,
- g) h) Träger RD,
- g) h) Manchmal (hauptsächlich Evakuierung nach Bombenfund),
- i) Keine Kenntnisse hierüber,
- j) Noch seltener als der BHP, Betreuungsaufgaben werden eher über die EE abgewickelt,
- k) Kann nicht beurteilt werden,
- l) Nur ein einziges mal überörtlich, damals stand der BTP aber nur im Bereitstellungsraum und wurde nicht eingesetzt,
- m) n) Nie,
- o) Nie,

4.3.3. Wurden die EE in der Weise eingesetzt, wie es der Personal- und Fahrzeugübersicht zu entnehmen ist?

- a) b) c) d) Ja,
- e) f) ---,
- g) h) Grundsätzlich: Ja,
- i) ---,
- j) ---,
- k) ---,
- l) ---,
- m) n) ---,
- o) ---,

4.3.4. Wie und durch wen wurde das höherqualifizierte Personal (Führungsgruppe) ergänzt?

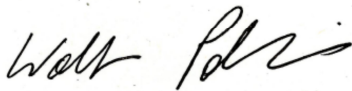
- a) b) c) d) Durch Führungskräfte der Hilfsorganisationen,
- e) f) ---,
- g) h) Feuerwehr
- i) ---
- j) Durch die Hilfsorganisationen selbst oder durch den Aufgabenträger,
- k) ---,
- l) ---,
- m) n) ---,
- o) ---,

Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Wolfram Polheim, geboren am 10.01.1967 in Köln, dass ich die vorliegende Facharbeit im Rahmen der Laufbahnausbildung 2.2 des feuerwehrtechnischen Dienstes mit dem Thema „Die Zukunft der Einsatzeinheiten NRW der Hilfsorganisationen [...]“ eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Langenfeld, den 07.12.2018



Wolfram Polheim



Lizenzvereinbarung

Facharbeit

Lizenzgeber: Wolfram Polheim

Lizenznehmer: Institut der Feuerwehr Nordrhein-Westfalen (IdF NRW)

Thema: **Die Zukunft der Einsatzeinheit NRW der Hilfsorganisationen**

Entwickeln Sie Vorschläge, wie eine zukünftige Einsatzeinheit NRW materiell und personell strukturiert werden könnte. Ermitteln Sie zusätzlich, in welchem Umfang entsprechende Einsatzeinheiten in NRW erforderlich sind.





Hiermit werden folgende Regelungen zur unentgeltlichen, einfachen Nutzung der Facharbeit im Rahmen der gesetzlichen Schutzdauer vereinbart

(Bitte ausfüllen und ungewünschte Regelungen streichen)

- Das Werk darf im Katalog der Bibliothek des IdF NRW katalogisiert und verzeichnet werden.
- Das Werk darf in den Räumlichkeiten der Bibliothek des IdF NRW von

Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des IdF NRW
Teilnehmerinnen/Teilnehmern des IdF NRW
externen Nutzerinnen/Nutzern

eingesehen werden.

- Das Werk darf im Rahmen der Ausleihregelung an

Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des IdF NRW
Lehrgangsteilnehmerinnen/Lehrgangsteilnehmer des IdF NRW

ausgeliehen werden.

- **Analoge und digitale** Kopien des Werkes dürfen von

Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des IdF NRW
Teilnehmerinnen/Teilnehmern des IdF NRW
externen Nutzerinnen/Nutzern

an Dritte weitergegeben werden.

- Das Werk darf innerhalb des Bibliotheksverbundes der Behördenbibliotheken im Land NRW an andere Behörden des Landes NRW entliehen werden.
- Das Werk darf in digitaler Form auf der **Intranet-** und **Internetseite** des IdF NRW in vollständigem Umfang präsentiert werden.

Ort, Datum: *Langenfeld, 07.12.2018*

Walter Polz

Unterschrift

