



Bundesamt
für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Bevölkerungsschutz

Medizinisches Management besonderer Lagen

2 | 2017



BBK. Gemeinsam handeln. Sicher leben.



Bundesamt
für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Liebe Leserinnen und Leser,

der allgemeinen Bevölkerung ist jede Schadenslage eine besondere, denn wir geraten in der Regel sehr selten unmittelbar betroffen in eine hinein. Anders ist es bei den Kräften in der Gefahrenabwehr. Hier gehört die Bewältigung von Schadenslagen zum tag-



Dr. Karsten Michael ist
Leiter der Abteilung III
„Wissenschaft und
Technik“ im
Bundesamt für
Bevölkerungsschutz
und
Katastrophenhilfe.

täglichen Geschäft, ist sozusagen Normalität. Daher gelingt hier auch der professionelle Umgang mit der Herausforderung und der Verantwortung, die mit dieser Aufgabe verbunden sind. Am Rande bemerkt ein großer Segen unseres auf Arbeitsteilung fußenden Sozialstaatsprinzips.

Doch auch für Rettungskräfte gibt es „besondere“ Schadenslagen. Diese sind von einem ganz wesentlichen Merkmal geprägt: Nach einem Schadensereignis dauert die Bedrohung für Beteiligte und Helfer zunächst fort. Dies führt vor allem zu zusätzlich erforderlichen Abwägungsentscheidungen sowie deutlich erhöhtem Abstimmungsbedarf zwischen den verschiedenen Kräften. Um den Blick auf die daraus erwachsenden Herausforderungen zu erleichtern, fin-

den Sie in diesem Heft Erfahrungsberichte und erste Bewertungen von Menschen, die in die Bewältigung einiger dieser besonderen Lagen eingebunden waren. Kam es am Schadensort zur Umsetzung von Sprengvorrichtungen mit Splitterwirkung, so treten als weitere Besonderheit noch die entstehenden Verletzungsmuster hinzu, die erstversorgt und weiterbehandelt werden müssen.

Es lohnt, hier einen genaueren Blick auf die Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich des taktischen Vorgehens, Ausstattung, Ausrüstung und am Ende auch Übung und Ausbildung zu legen, denn nicht weniger als Gefahr für Leib und Leben sowohl der Betroffenen als auch der Helfer selbst gilt es stets abzuwenden oder zumindest weitestgehend abzumildern.

Aus all diesen Erfahrungen können wir insgesamt auch einiges für den Zivilschutz lernen, so dass wir uns entschieden haben, als Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe die Auswertung dieser Ereignisse zu begleiten und dabei im Schwerpunkt die sanitätsdienstliche und medizinische Versorgung zu betrachten. In 2018 werden wir im Rahmen eines Symposiums an unserer Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz die bis dahin erlangten Erkenntnisse mit einem breiteren Fachpublikum diskutieren.

Ich wünsche eine interessante Lektüre und eine friedliche Sommerzeit,

Ihr

Karsten Michael



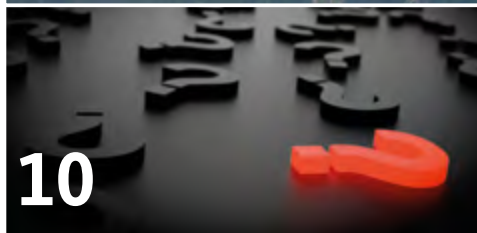
40



20



11



10



28



6

MEDIZINISCHES MANAGEMENT BESONDERER LAGEN

Medizinisches Management besonderer Bedrohungs- und Schadenslagen Eine Einführung	2
Vorbereitung auf den Terror Der 5-Punkte-Plan der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)	5
Management besonderer Schadenslagen – Terroranschlag	8
Besonderheiten dynamischer Einsatzlagen mit kriminellem Hintergrund	10
Die Rolle der Krankenhäuser bei der Bewältigung von Bedrohungslagen	13
Der Anschlag Der Terroranschlag auf dem Weihnachtsmarkt Breitscheidplatz am 19.12.2016 in Berlin	15
Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) nach dem Anschlag am Breitscheidplatz in Berlin Ein Gespräch mit dem Leiter PSNV Justus Münster	19
Teamarbeit Terroranschlag am Breitscheidplatz – Maßnahmen aus Sicht eines ÄLRD	23
Der Amoklauf von München	25
Lebensbedrohliche Einsatzlage Der Terroranschlag in Würzburg-Heidingsfeld und die Konsequenzen für die polizeiliche und nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr	28
Medizinisches Management besonderer Bedrohungs- und Schadenslagen Zusammenfassung und Ausblick	30

RISIKOMANAGEMENT

Chancen und Herausforderungen Zusammenarbeit von BOS und Zivilgesellschaft neu gedacht	32
---	----

AUSBILDUNG

„Serious Gaming“ für den Bevölkerungsschutz Krisensimulation für die Zusammenarbeit von Einsatzkräften und Bevölkerung (TEAMWORK)	36
--	----

KRISENMANAGEMENT

Christoph 17 absolviert seinen fünfzigtausendsten Einsatz	40
---	----

FORUM

Arbeiter-Samariter-Bund	42
Bundesanstalt Technisches Hilfswerk	44
Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft	45
Deutscher Feuerwehrverband	48
Deutsches Rotes Kreuz	49
Johanniter-Unfall-Hilfe	50
Maltenser Hilfsdienst	52
Verband der Arbeitsgemeinschaften der Helfer in den Regieeinheiten /-einrichtungen des Katastrophenschutzes in der Bundesrepublik Deutschland e.V.	53

RUBRIKEN

Nachrichten	55
Impressum	56

SERIE

Kulturgutschutz in Deutschland	57
--------------------------------	----

Medizinisches Management besonderer Bedrohungs- und Schadenslagen

Eine Einführung

Barbara Kowalzik, Dorothee Friedrich, Tobias Brodala und Martin Weber

Vor dem Hintergrund der aktuellen globalen Sicherheitslage, zum Beispiel im Mittleren und Nahen Osten, kommt es in vielen Regionen der Erde zu zahlreichen terroristischen Anschlägen, wie jüngst die Anschläge auf christliche Kirchen in Ägypten am 9. April 2017 mit Dutzenden von Toten, welche der sogenannte Islamische Staat für sich reklamiert.

spiel die Mehrfachanschläge von Paris am 13. November 2015 mit 130 Toten und über 350 Verletzten, die beiden Anschläge in Brüssel am 22. März 2016 mit 38 Toten und über 300 Verletzten, am 28. Juni 2016 in Istanbul mit 45 Toten und über 200 Verletzten, am 14. Juli 2016 in Nizza mit 85 Toten und über 300 Verletzten, sowie am 19. Dezember 2016 in Berlin mit zwölf Toten und 56 Verletzten.



Auch in Europa ist es seit Beginn 2015 zu einer vermehrten Anzahl von terroristischen Anschlägen gekommen. (Grafik: CC0 Public Domain / pixabay.com)

Auch in Europa ist es seit Beginn 2015 zu einer vermehrten Anzahl von terroristischen Anschlägen gekommen. Mit dem Angriff auf die Redaktion der Satirezeitschrift „Charlie Hebdo“ am 7. Januar 2015 mit insgesamt zwölf Toten in Paris hat in der öffentlichen Wahrnehmung eine neue Welle terroristischer Gewalt in Europa begonnen. Seit diesem Ereignis hat es eine Vielzahl weiterer terroristischer Anschläge mit einer Vielzahl von Opfern in Europa und auch in Deutschland gegeben, wie zum Bei-

Dabei benutzten die Täter vielfach Sturmgewehre, Sprengmittel in Westen oder Rucksäcken (Selbstmordattentäter), aber auch Alltagsgegenstände – wie Messer und Beile – oder zuletzt vermehrt Lastkraftwagen als Tatmittel.

In den letzten Jahrzehnten waren Bedrohungs- und Schadenslagen in Deutschland maßgeblich durch Amoktaten charakterisiert (zum Beispiel Erfurt 2002, Winnenden 2009), die durch den Gebrauch von Schuss- und gegebenenfalls Sprengmitteln eine dynamische Lage mit einer Bedrohung für die Einsatzkräfte darstellen.

„Eine *Amoklage* im polizeitaktischen Sinne liegt vor, wenn ein Täter

- anscheinend wahllos oder gezielt
- insbesondere mittels Waffen, Sprengmitteln, gefährlichen

Werkzeugen oder außergewöhnlicher Gewaltanwendung,

- eine in der Regel zunächst nicht bestimmbare Anzahl von Personen verletzt oder getötet hat bzw. wenn dies zu erwarten ist und
- er weiter auf Personen einwirken kann.“

Eine Amoklage nach dieser Definition liegt bereits dann vor, wenn Anhaltspunkte ein solches Täterverhalten

unmittelbar erwarten lassen (PDV100 Nr.4.11a.1.1). Gemeinsam ist allen Definitionen die nach außen hin willkürlich und blindwütig erscheinende Tötung mehrerer Personen.“

Amoklagen sind und waren eher seltene Ereignisse.

„*Terroristische Handlungen* sind Straftaten, die mit Tötungs- oder schwererer Körperverletzungsabsicht oder zur Geiselnahme und mit dem Zweck begangen werden, einen Zustand des Schreckens hervorzurufen, eine Bevölkerung einzuschüchtern oder etwa eine Regierung zu nötigen“ (Resolution 1566 des UN-Sicherheitsrates 2017).

Die terroristischen Anschläge werden ebenso wie Amoklagen als „*besondere Bedrohungs- und Schadenslagen*“ bezeichnet. Die Schadenslage am 22. Juli 2016 am Olympia Einkaufszentrum (OEZ) in München mit acht Toten und über 30 Verletzten war ein Amoklauf, jedoch wurde aufgrund der Gesamtlage und der Meldungen zunächst von einem möglichen terroristischen Anschlag ausgegangen.

Was unterscheidet diese besonderen Bedrohungs- und Schadenslagen von „normalen“ Schadenslagen, wie zum Beispiel die Massenkarambolage auf der Autobahn, bei denen es auch eine Vielzahl von Verletzten mit teilweise schweren Verletzungen geben kann?

Folgende Besonderheiten können für solche Lagen kennzeichnend sein:

- Besondere Gefahren- und Einsatzlagen sind nur schwer in der Frühphase als solche zu erkennen, teilweise auch aufgrund von widersprüchlichen und teilweise diffusen ersten Meldungen. So sind die ersten Einsatzkräfte in Ansbach zum Beispiel mit Hinweis auf eine Gasexplosion alarmiert worden. Zudem besteht ein Risiko, dass das ursächliche Geschehen noch nicht abgeschlossen ist – wie es zum Beispiel bei einem Verkehrsunfall der Fall wäre – sondern der / die Verursacher (Täter) noch aktiv ist / sind und die Einsatzkräfte damit zu Zielen werden können.
- Aufgrund der besonderen Bedrohung und der akuten Gefährdung durch Täter oder Tatmittel handelt es sich nicht um „normale“ Rettungsdienst- oder Feuerwehrlagen, sondern um eine sogenannte Polizeilage. Bei einer Polizeilage liegt die Gesamteinsatzleitung bei der Polizei. Als Hauptunterschied zu normalen rettungsdienstlichen Lagen bestimmen in dieser Lage nicht die Verletzungen der Patienten das medizinische Vorgehen und die medizinische Versorgung, sondern die Einsatztaktik der Polizei und die möglichen Gefährdungen für die Retter. Für die polizeiliche Gefahrenabwehr gilt hier die Priorität, dass die Täter am weiteren „Wirken“ gehindert werden müssen, bevor man sich auf die Versorgung von Verletzten konzentriert.
- Unter diesem Gesichtspunkt muss zwingend der Eigenschutz für alle Einsatzkräfte beachtet werden. Vor allem bei terroristischen Ereignissen mit mehreren Tätern oder Tätergruppen kann es zu multiplen Anschlägen, auch an verschiedenen Orten, mit und ohne direkten

Zusammenhang oder auch auf einen gezielten Zweitangriff auf die Helfer, einen sogenannten „Second Hit“, kommen.

- Wegen der möglichen hohen Dynamik entsprechender Lagen ist die Kommunikation zwischen der polizeilichen und nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr ein besonders kritischer Punkt.



In den letzten Jahrzehnten waren Bedrohungs- und Schadenslagen in Deutschland maßgeblich durch Amoktaten wie an der Albertville-Realschule in Winnenden am 11. März 2009 charakterisiert.
(Foto: RaBoe/Wikipedia / CC by-sa 3.0)

- Bei terroristischen Anschlägen kann es wegen der gewählten Tatmittel zu einer hohen Anzahl von Toten und Verletzten kommen – vereinzelt ist das auch bei Amokläufen zu beobachten. Dabei ist es bei den Ereignissen in jüngerer Zeit zu Verletzungsmustern gekommen, die im Alltag in Europa nur vereinzelt und in Summe selten vorkommen. Dabei handelt es sich zum einen um multiple und schwerste stumpfe Traumata (Verletzungen durch stumpfe Gewalteinwirkung) bei den Einsätzen von Lastkraftwagen als Tatmittel und um teilweise multiple penetrierende Traumata (Verletzungen durch spitze Gegenstände) durch Schuss- und Explosionsverletzungen

wie bei einem Einsatz von Kriegswaffen und Sprengmitteln. Diese Verletzungen sind in ihrer Ausprägung häufig so schwerwiegend, dass nur durch einen möglichst raschen Abtransport und eine zeitnahe chirurgische Intervention das Leben der Patienten gerettet werden kann.

In letzter Zeit ist zu beobachten, dass die Bevölkerung in den Fokus von Anschlägen gerät und eine möglichst große Anzahl von Opfern angestrebt wird – egal, ob es sich dabei um Vertreter des Staates – wie Polizisten und Soldaten – oder um die Bevölkerung allgemein, einschließlich Frauen und Kinder, handelt.



Zum Einsatz kommen sowohl Kriegswaffen als auch unkonventionelle Spreng- und Brandvorrichtungen (USBV oder international: IED), die man bisher vorwiegend von Kriegsschauplätzen außerhalb Europas kannte. (Foto: CC0 Public Domain / pixabay.com)

Terroristen verfügen teilweise über Erfahrungen aus bewaffneten Konflikten in Krisengebieten. Dadurch sehen sich die Einsatzkräfte von Rettungsdiensten und Feuerwehren, aber auch der Sicherheitsbehörden mit besonderen, vor allem in der Ausprägung teilweise neuen, eben besonderen, Bedrohungslagen konfrontiert. Zum Einsatz kommen hier sowohl Kriegswaffen (Sturmgewehre) als auch unkonventionelle Spreng- und Brandvorrichtungen (USBV oder international: IED), die man bisher vorwiegend von Kriegsschauplätzen außerhalb Europas kannte. Diese gefährden, zum Beispiel zeitlich versetzt als Zweitanschlag (second hit) oder in Kombination miteinander an verschiedenen Orten (multiple hit) oder bei der Verwendung verschiedener Tatmittel (combined hit) Einsatzkräfte und Bevölkerung gleichermaßen.

Die teilweise schweren Verletzungsmuster der betroffenen Patienten sind außerhalb dieser besonderen Bedrohungslagen nur in konventionellen kriegerischen Auseinandersetzungen/Konflikten zu erwarten. Das gesamte Gesundheitswesen in Deutschland ist bisher für die Versorgung von Patienten mit solchen Verletzungsmustern weder ausgebildet noch ausgestattet, erst recht nicht zur Versorgung einer oft hohen Anzahl von Verletzten. Das gilt sowohl für die reine medizinische Versorgung wie auch für das Einsatzmanagement und die Einsatztaktik in der Präklinik und der Klinik.

Literatur

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2008): Gefahr eines Anschlags – Handlungshilfe für Einsatzkräfte (HEIKAT). Handlungsanweisung und Taschenkarte. Bonn.
 Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2016): Verhalten bei besonderen Gefahrenlagen. Flyer. Bonn.
 Meurer, Frank (2016): Krisenmanagement bei Terrorlagen. In: Krisenmanagement in Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen. S. 378 – 403. Jörg H. Trauboth, Boorberg Verlag.
 Polizeidienstvorschrift (PDV) 100 „Führung und Einsatz der Polizei“

Einsatzkräfte vor Ort und auch die weiterbehandelnden Krankenhäuser müssen auf derartige Einsatzlagen mit einer großen Anzahl von Verletzten zukünftig vorbereitet werden.

Eine besondere Bedeutung kommt dabei der einsatztaktischen Vorgehensweise der Ersteinsatzkräfte im Zusammenwirken von polizeilicher und nichtpolizeilicher Gefahrenabwehr zu. Diese bezieht sich sowohl auf den Einsatzaufbau und den Informationsaustausch in der Vorbereitung als auch im Einsatz selbst sowie die Nachbereitung der Einsätze.

Das BBK hat in diesem Zusammenhang 2008 zusammen mit im Katastrophenschutz tätigen Organisationen eine Handlungshilfe für Einsatzkräfte nach einem Anschlagereignis (HEIKAT) herausgegeben, die derzeit grundlegend überarbeitet und den aktuellen Anforderungen angepasst werden soll.

An der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) des BBK gibt es seit mehr als fünf Jahren Ausbildungen für Einsatz- und Führungskräfte der BOS für das Management und die Bewältigung von besonderen Gefahren- und Schadenslagen mit Fokus auf Terrorismuslagen.

Auch die Bevölkerung sollte in das Gesamtkonzept „Management besonderer Gefahrenlagen“ eingebunden werden, indem man den Selbstschutz der Bürger stärkt. Das gelingt zum Beispiel durch die Veröffentlichungen von Verhaltensregeln für besondere Gefahrenlagen (Verhalten bei besonderen Gefahrenlagen. Flyer BBK, 2016).

Der international agierende Terrorismus ist spätestens mit den Anschlägen in Paris 2015 und in Deutschland 2016 hier in unserer Mitte angekommen und stellt die BOS vor neue Herausforderungen. Wie diesen Herausforderungen aus verschiedenen Perspektiven begegnet werden kann, sollen die folgenden Beiträge in dieser Ausgabe von **Bevölkerungsschutz** aufzeigen.

Dr. Barbara Kowalzik ist Leiterin des Referates *Schutz der Gesundheit* im BBK,
 Dr. Dorothee Friedrich ist Leiterin des Referates *Wissenschaft, Technik und Gesundheit* im BBK,
 Tobias Brodala und Dr. Martin Weber sind Mitarbeiter dieses Referates.

Vorbereitung auf den Terror

Der 5-Punkte-Plan der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)

Benedikt Friemert

Durch die lange Zeit des Friedens nach dem 2. Weltkrieg sowie durch die verbesserten Präventionsmaßnahmen und die Weiterentwicklung aktiver und passiver Sicherheitssysteme in Kraftfahrzeugen ändert sich in Deutschland das Verletzungsspektrum. In der Gesamtbetrachtung sind die Unfallzahlen über Jahrzehnte rückläufig, schwere Weichteilverletzungen und offene Knochenbrüche werden seltener.

In den letzten Jahren beobachten wir jedoch demgegenüber eine Zunahme terroristischer Anschläge, auch in unserem unmittelbaren europäischen Umfeld wie auch in Deutschland. Bei diesen Anschlägen kommt regelmäßig eine erhebliche Anzahl von Menschen zu Tode oder wird zum Teil schwer verletzt. Die Bedrohung durch Terroranschläge bringt nun für den Zivilbereich völlig neue Verletzungsmuster: Schussverletzungen durch Kriegswaffen, Explosionsverletzungen durch Nagelbomben, Hieb- und Stichverletzungen in allen Körperregionen durch Stichwaffen.

Die Behandlung schwerverletzter Patienten stellt bereits im zivilen Umfeld Rettungssysteme und Kliniken vor erhebliche Anforderungen – fachlich wie organisatorisch. Durch die bestehende Initiative TraumaNetzwerk DGU® ist die Versorgung dieser Patienten bundesweit auf höchstem Niveau gesichert. Auch für die Bewältigung eines Massenanfalles von Verletzten (MANV) im zivilen Bereich ist die Bundesrepublik durch dieses Netzwerk beispielhaft gut gerüstet.

Betrachtet man demgegenüber allerdings die Verletzungen und Anschlagsszenarien nach Terroranschlägen, dann unterscheiden sich diese erheblich von zivilen MANV-Szenarien. Sie haben viel eher Ähnlichkeiten mit den Situationen eines Gefechtseinsatzes. Ein „ziviler Unfall“ geschieht zu einem abgegrenzten Zeitpunkt, in der Regel an einem begrenzten Ort. Beispiele sind Zugunglücke oder Massenkarambolagen auf der Autobahn. Für diese Unfälle sind sogenannte stumpfe Verletzungen typisch (Knochenbrüche, Brustkorbquetschung etc.).

Bei terroristischen Anschlägen sind die Szenarien nicht vorhersehbar. Die Unterschiedlichkeit und Unvorhersehbarkeit der Szenarien ist von Terroristen beabsichtigt: Es können mehrere Orte betroffen sein – alle gleichzeitig oder auch zeitlich versetzt. Der Anschlag kann sich über einen längeren Zeitraum erstrecken oder nur über eine kurze Zeit. Zumeist werden Schusswaffen oder Sprengsätze eingesetzt, so dass es zu offenen (penetrierenden) Verletzungen bis hin zu sogenannten Blast-Injury (schweren Explosionsverletzungen) mit Verlust von Gliedmaßen kommt.

Solche Verletzungen sind für militärische Kampfhandlungen typisch. Die Unfallchirurgen in Deutschland haben

nur sehr eingeschränkt Erfahrungen mit solchen Verletzungen. Der Sanitätsdienst der Bundeswehr hingegen hat aus den Auslandseinsätzen dazu umfangreiche praktische Expertise gewonnen.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) hat vor drei Jahren eine AG Einsatz-Katastrophen- und Taktische Chirurgie (EKTC) eingerichtet, was, wie wir mittlerweile wissen, sehr vorausschauend war. Sie wird durch zwei Sanitätsoffiziere geleitet. Diese AG ist damit auch der Ausdruck einer sehr intensiven zivil-militärischen Zusammenarbeit des Sanitätsdienstes der Bundeswehr und der DGU. Denn im Ernstfall sind beide Seiten (Sanitätsdienst und zivile Träger) gleichermaßen auf die Expertise des anderen angewiesen und nur so in der Lage, die medizinischen Herausforderungen, vor die uns der Terrorismus stellt, zu bewältigen.



In der Gesamtbetrachtung sind die Unfallzahlen in Deutschland über Jahrzehnte rückläufig.

(Foto: CC0 Public Domain / pixabay.com)

Die DGU hat es sich nun zur Aufgabe gemacht, die Schulung von Chirurgen zur Versorgung von Terroropfern sowie die Vorbereitung der TraumaNetzwerke DGU® erstmals strukturiert und bundesweit flächendeckend zu organisieren.

Sie vertieft dazu ihre Kooperation mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr, der seine medizinische und taktische Expertise zur Versorgung von Schuss- und Explosions-

onsverletzungen und dem Einsatz auf gefährlichem Terrain in die Initiative TraumaNetzwerk DGU® einbringt. Damit trägt die DGU dafür Sorge, dass neben zivilen Unfallopfern auch Opfer von möglichen Terroranschlägen schnell und situationsgerecht versorgt werden können – zu jeder Zeit an jedem Ort. Die DGU und der Sanitätsdienst der Bundeswehr haben hierzu gemeinsam einen 5-Punkte-Plan mit verschiedenen Maßnahmen zur zivil-militärischen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Terrorvorsorge entwickelt. Mit diesem 5-Punkte-Plan nimmt die DGU ihre nationale Verantwortung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung auch bei Terroranschlägen wahr.



Der Sanitätsdienst der Bundeswehr hat aus den Auslandseinsätzen umfangreiche praktische Expertise gewonnen.
(Foto: CC0 Public Domain / pixabay.com)

Der 5-Punkte-Plan der DGU und der Bundeswehr zur zivil-militärischen Zusammenarbeit beinhaltet folgende taktische und strategisch angelegte Maßnahmen:

1. Durchführung der 1. Notfallkonferenz zum Thema „Terroranschläge – eine neue traumatologische Herausforderung“ am 28.09.2016

Die Notfallkonferenz hat den Auftakt für einen langfristigen, strukturierten Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen der DGU und der Bundeswehr sowie allen an dem Thema Interessierten gemacht. Unfallchirurgen und Sanitätsoffiziere der Bundeswehr haben zusammen mit weiteren Rednern der Sicherheitsbehörden und der Rettungsdienste erstmals öffentlich die Ergebnisse ihrer Zusammenarbeit dargestellt. Im Zentrum stand die Analyse: Welche Kenntnisse sind nötig, um den medizinischen Herausforderungen vor dem Hintergrund der weltweit zunehmenden terroristischen Bedrohung klinisch, taktisch und strategisch begegnen zu können? Auch internationale Erfahrungen wie beispielsweise aus den Terroranschlägen in Paris wurden auf der Veranstaltung diskutiert.

Zur Notfallkonferenz am Unfallkrankenhaus Berlin waren rund 200 Teilnehmer aus ganz Deutschland gekom-

men: Chirurgen, Notfallmediziner und Vertreter aus Politik und Verbänden.

2. Die DGU nutzt die Netzwerk-Struktur der Initiative TraumaNetzwerk DGU®, um dringend nötige Erkenntnisse über die medizinische Versorgung von Terroropfern in die Kliniken zu verbreiten.

Die DGU ist durch die weltweit einzigartige Struktur der Initiative TraumaNetzwerk DGU® in der Lage, Wissen strukturiert und flächendeckend schnell weiterzugeben. Der Initiative gehören deutschlandweit über 600 Kliniken an, die Schwerverletzte nach einheitlichen Standards versorgen. Sie sind in 52 zertifizierten TraumaNetzwerken organisiert.

Drei Maßnahmen stehen im Rahmen der vernetzten Kommunikation der Initiative TraumaNetzwerk DGU® im Vordergrund:

- Regionale Informationstage: Die DGU hat im Rahmen von vier Informationstagen (Jan-Feb) alle TraumaNetzwerke über die Ergebnisse der Notfallkonferenz und die weiteren Planungen informiert. Die dazu eingeladenen Sprecher haben im Anschluss an die Veranstaltung die Informationen an die Klinikchefs der Traumazentren weitergegeben. Damit stellt die DGU sicher, dass alle an der Traumaversorgung teilnehmenden Kliniken für die zukünftigen Erfordernisse sensibilisiert sind.
- Leitfaden: Die DGU erarbeitet einen Leitfaden für die Planung von erforderlichen Maßnahmen in den regionalen TraumaNetzwerken DGU® zur Vorbereitung auf Terroranschläge. Dabei gibt die DGU Empfehlungen bezüglich folgender Punkte: Modifikation der Katastrophenpläne für die Region und das Netzwerk unter Einbeziehung der zuständigen Verwaltungs- und Sicherheitsbehörde, Zusammenarbeit mit der Polizei und den Rettungsorganisationen, Besonderheiten bei der Patientenverteilung, Materialbeschaffung u. v. m.
- Notfallübungen: Die DGU unterstützt die TraumaNetzwerke® bei der Planung und Durchführung von Notfallübungen. Da einer Klinik für eine Notfallübung je nach Klinikgröße Kosten in Höhe von 6-stelligen Euro-Beträgen entstehen können, wird in Deutschland bisher nicht regelmäßig geübt. Die DGU ist jedoch der festen Überzeugung, dass präklinische und klinische Abläufe unter Extrembedingungen für den Ernstfall flächendeckend trainiert werden müssen. Deshalb bietet die DGU den TraumaNetzwerken DGU® ihre Unterstützung bei der politischen Überzeugungsarbeit für die dringend notwendige Finanzierung von Notfallübungen durch die jeweils zuständigen Behörden oder Klinikträger an. Zudem stellt sie auf Wunsch Supervisoren für die Notfallübungen bereit.

3. Die DGU hat neue Ausbildungsformate für Chirurgen zur Behandlung von Terroropfern mit Schuss- und Explosionsverletzungen entwickelt.

Die DGU hat mit dem am 24.-25.3.2017 in München durchgeführten Pilotkurs Terror and Disaster Surgical Care (TDSC®) den Startschuss für die Fortbildung der klinisch tätigen Chirurgen gegeben. Erstmals wurde in Deutschland ein umfassender interdisziplinärer Kurs durchgeführt, der den Teilnehmern die Unterschiede eines zivilen MANV gegenüber einem TerrorMANV näher brachte. Kern dieses Kurses ist ein Simulationsspiel, welches das klinische Szenario der Folgen eines Terrorattentates darstellt und dem Teilnehmer die komplexen Anforderungen üben und trainieren lässt.

Die Kursinhalte werden in drei Bereiche gegliedert:

- **medizinisch-fachliche Inhalte:**
Die besonderen Verletzungsmuster bei Terroranschlägen wie Schuss- und Explosionsverletzungen verlangen in der Präklinik und Klinik eine besondere Behandlung. Der Kurs vermittelt zum Beispiel Kenntnisse der sogenannten Wundballistik (Lehre vom Verhalten eines Geschosses beim Eindringen in den Körper eines Menschen oder Tieres).
 - **medizintaktische und -strategische Inhalte:**
In dem Kurs wird erörtert, inwiefern die Individualmedizin bei terroristischen Anschlägen uneingeschränkt aufrechterhalten werden kann. Dabei steht der Grundsatz „Live before Limb“ (Lebensrettung vor Gliedmaßen-Erhalt) zur Diskussion. Die besonderen Szenarien bei terroristischen Anschlägen – zeitlicher Verlauf, mehrere Orte, unbekannte Dauer – verlangen andere taktische Vorgehensweisen in der Klinik.
 - **organisatorische Inhalte:**
Die Teilnehmer werden darin sensibilisiert, dass für sie als Ärzte in besonderen Terrorsituation die Zusammenarbeit mit externen Partnern notwendig ist: Sondereinheiten der Polizei, THW, Rettungsdienst, gegebenenfalls Bundeswehr. Außerdem lernen die Ärzte logistische und organisatorische Besonderheiten kennen: beispielsweise auf dem Sektor der Materialbevorratung.
4. **Das TraumaRegister DGU® zur Erfassung von Schwerverletzten wird um das Register der Bundeswehr zur Erfassung von Verletzten mit Schuss- und Explosionsverletzungen erweitert.**

Mit mehr als 30.000 Fällen pro Jahr ist das TraumaRegister DGU® eines der weltweit größten klinischen Schwerverletztenregister. Es ist Grundlage für wissenschaftliche Analysen und die Qualitätssicherung in den Kliniken. Das Register für Schuss- und Explosionsverletzungen der Bundeswehr wird dem TraumaRegister DGU® angefügt. Somit können im Rahmen der zivilen Versorgung auch Schuss- und Explosionsverletzungen deutschlandweit einheitlich dokumentiert werden. Diese Dokumentation ermöglicht die wissenschaftlichen Auswertungen, beispielsweise zu speziellen Verletzungsmustern, zu Versorgungsstrukturen, zur Fehlervermeidung. Zudem können die Daten für internationale Vergleiche herangezogen werden.

5. Unfallchirurgen und Bundeswehrmediziner gehen eine enge Kooperation ein.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) vertieft ihre strategische Zusammenarbeit mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr und der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP). Im Zentrum steht der Wissens- und Erfahrungsaustausch – vor allem in Bezug auf die theoretische und praktische Schulung zu Vorgehensweisen im Terrorfall. Die Partnerschaft wird mit einem Letter of Intend zwischen der DGU und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr verbindlich geregelt. Zusätzlich soll eine Kooperationsvertrag zwischen der DGU und der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e.V. (DGWMP) geschossen werden.

Die DGU sieht die adäquate und gute Versorgung von Schwerverletzten, auch von Terroropfern, als ihre Kernaufgabe an. Unfallchirurgen sind die Kümmerer des Schwerverletzten! Die DGU hat sich als erste medizinische Fachgesellschaft in Deutschland darum gekümmert, dass das nötige Wissen zur medizinischen Versorgung von Terroropfern strukturiert zusammengetragen und nutzbar gemacht wird. Die enge Kooperation der DGU ist mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr über die Akademie der Unfallchirurgie (AUC) sichergestellt. Darüber hinaus kooperiert die DGU mit anderen Fachgesellschaften, denn zur Bewältigung dieser Aufgaben ist eine enge Kooperation mit weiteren Experten erforderlich. Hier seien stellvertretend die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI), die deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Visceralchirurgie (DGAV) sowie die deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (GGCH) genannt.

Seit 15 Jahren wird in Deutschland entsprechend der Vorgaben des „Weißbuch Schwerverletztenversorgung“ die Schockraumdiagnostik nach ATLS (Advanced Trauma Life Support) aufgebaut. ATLS lehrt eine standardisierte, prioritätenorientierte Diagnostik und Therapie im Schockraum mit dem Ziel, alle bedrohlichen Verletzungen rasch zu erkennen und zu behandeln. Ziel des hier dargestellten 5-Punkte-Planes ist es, denselben Standard für die Behandlung von Terroropfern flächendeckend sicherzustellen.

Die Strukturen und Elemente des TraumaNetzwerk DGU® können ideal dazu genutzt werden, das spezifische Wissen und die Erfahrungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr im Umgang mit Schuss-, Stich- und Explosionsverletzungen systematisch umzusetzen.

Oberstarzt Prof. Dr. Benedikt Friemert ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Bundeswehrkrankenhaus Ulm und Vorsitzender der AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie der DGU.

Management besonderer Schadenslagen – Terroranschlag

Matthias Helm und Björn Hossfeld

Terroranschläge sind in Deutschland zur Realität geworden. Die Attacken in Würzburg, München, Ansbach und Berlin haben sehr deutlich gezeigt, wie bedeutend die Auseinandersetzung mit der Thematik „lebensbedrohliche Einsätze im zivilen Rettungsdienst“ ist, und wie dringend Konzepte für die Bewältigung solcher Lagen benötigt werden. Die Arbeitsgruppe „Taktische Medizin“ des Arbeitskreises Notfallmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) befasst sich schon seit Jahren intensiv mit den Besonderheiten solcher Einsatzlagen im zivilen Rettungsdienst. Aktivitäten dieser Art gibt es seit einiger Zeit auch von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), die auf einem Sonderkongress im September einen 5-Punkte Plan zur Bewältigung lebensbedrohlicher Einsatzlagen verabschiedet hat.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen bei Terroranschlägen weltweit sind sich die Experten einig, dass die üblichen zivilmedizinischen Konzepte zur prähospitalen (Zeitspanne zwischen Zeitpunkt des Ereignisses und Aufnahme des Patienten im Krankenhaus) Bewältigung einer Großschadenslage bzw. eines Massenanstalles von Verletzten (MANV) ungeeignet erscheinen, um derartige Ereignisse adäquat notfallmedizinisch zu beherrschen. Ausschlaggebend dafür sind neben rein medizinischen insbesondere auch einsatztaktische Gründe: So ist bei einem (konventionellen) Terroranschlag mit einer hohen Anzahl an schwer bzw. schwerstverletzten Patienten mit Schuss-/Explosionsverletzungen zu rechnen, bei denen die Gefahr des raschen Verblutungstodes im Vordergrund steht. Zudem sind Patienten und Hilfskräfte permanent der Gefahr eines Folgeanschlags, dem sogenannten „second hit“, ausgesetzt. Notfallmedizinisch haben demnach Maßnahmen zur Blutungskontrolle und die Minimierung der prähospitalen Versorgungsphase allerhöchste Priorität. Vielmehr verbietet sich einsatztaktisch die sonst übliche Etablierung von stationären Versorgungsstrukturen (z. B. Aufbau eines Behandlungsplatzes im Bereich der unsicheren oder teilsicheren Zone (s. u.)).

Unter Federführung der Arbeitsgruppe „Taktische Medizin“ des Arbeitskreises Notfallmedizin der DGAI wird aktuell im Rahmen des Projektes „Konsensusgespräche Terror“ der Versuch unternommen, durch eine sehr breit aufgestellte, interprofessionell und interdisziplinär besetzte Expertengruppe aus ganz Deutschland, ein möglichst einfaches und klares (notfall-)medizinisches Rahmenkonzept für derartige Lagen zu erarbeiten, das von den für die Notfallplanung Verantwortlichen herangezogen und auf die lokalen bzw. regionalen Verhältnisse angepasst werden kann. Basierend auf den ersten vorläufigen Ergebnissen die-

ser Konsensusgespräche werden nachfolgend lediglich die **Kernpunkte** eines solchen Konzeptes dargestellt; dabei fokussieren die Ausführungen im wesentlichen auf die prä-hospitale Versorgungsphase unter Auslassung weiterer wichtiger Elemente des Konzeptes (z. B. Führungsorganisation etc.). Eine ausführliche Darstellung des Gesamtkonzeptes würde den Rahmen dieser Publikation bei weitem sprengen.

- Oberstes **Ziel des Konzeptes** ist, das Überleben einer möglichst hohen Zahl von Verletzten bzw. Beteiligten zu ermöglichen und dabei gleichzeitig die Gefährdung von Patienten, Beteiligten und Unbeteiligten sowie der eingesetzten Rettungskräfte so gering wie möglich zu halten.
- Das prä-hospitale Management folgt dabei der **Strategie** „clear the scene“! Die bedeutet eine rasche Identifizierung der Patienten, die infolge einer Blutung am ehesten zu versterben drohen, die schnelle Rettung der Patienten aus der „unsicheren“ Zone und der ebenso schnelle Transport in die Klinik. Die notfallmedizinischen Maßnahmen folgen dabei den einsatztaktischen Gegebenheiten.



Abbildung 1: Unterschied zwischen zivilmedizinischer Versorgung von Traumapatienten nach individualmedizinischen Kriterien im Regelbetrieb und der taktischen Verwundetenversorgung.

Von entscheidender Bedeutung ist die **Ordnung des Raumes** in drei unterschiedliche Gefahrenzonen durch die polizeilichen Einsatzkräfte („Polizeilage“):

- „**Unsichere Zone**“ – in dieser Zone (i. d. R. die Anschlagzone selbst) halten sich ausschließlich polizeiliche Einsatzkräfte auf. Verletzte werden durch diese Einsatzkräfte so rasch wie möglich aus dieser Zone gerettet und an den Rettungsdienst übergeben. Diese Übergabe erfolgt an der Grenze zur

- „Teilsicheren Zone“ – in dieser Zone erfolgt eine erste notfallmedizinische Versorgung durch professionelle Rettungskräfte. Diese Versorgung kann auch unter dem Schutz von polizeilichen Einsatzkräften in einer improvisierten, „geschützten“ Umgebung, der sogenannten „geschützten Patientenablage“, durchgeführt werden. Dafür eignen sich beispielsweise feste Gebäude. Nach einer ersten (Vor-)Sichtung und notfallmedizinischen Versorgung erfolgt der zügige Weitertransport in die
- „Sichere Zone“ – dabei handelt es sich i. d. R. um die Erstaufnahmeklinik, in der nach einer weiteren Sichtung und Stabilisierung notwendige lebensrettende Sofort-Operationen vorgenommen werden. Die operative Strategien folgen dabei den etablierten „damage control“ Prinzipien.

Diesem notfallmedizinische Konzept liegen einsatztaktische Zwänge zugrunde (Abbildung 1). In diesem Zusammenhang hat sich weltweit im militärmedizinischen Bereich das Tactical Combat Casualty Care (TCCC) – Konzept bewährt. Es umfasst drei Phasen:

- „Care under Fire“
- „Tactical Field Care“ und
- „Tactical Evacuation Care“.

Die einzelnen Phasen sind den entsprechenden Gefährdungszonen zugeordnet:

- In der „unsicheren Zone“ notfallmedizinische Versorgung entsprechend der Phase „care under fire“. Priorisiert werden die rasche Rettung der Betroffenen aus der Gefahrenzone und Reduktion der notfallmedizinischen Maßnahmen auf das Stillen von Extremitätenblutungen mittels Tourniquet (durch polizeiliche Einsatzkräfte).
- In der „teilsicheren Zone“ notfallmedizinische Versorgung entsprechend der Phase „tactical field care“. Erste, eingeschränkte notfallmedizinische (Vor-)Sichtung und Maßnahmen durch professionelle Einsatzkräfte. Prioritätenorientiertes Vorgehen entsprechend dem <C>ABCDE – Prinzip (Abbildung 2) mit anschließendem zeitkritischen Transport in die Erstaufnahmeklinik.

<C>	Circulation Blutstillung um Kreislauf wiederherzustellen
A	Airway (Atemweg)
B	Breathing (Beatmung)
C	Circulation (Kreislauf)
D	Disability (Defizit, neurologisches)
E	Exposure / Environment (Exploration)

Abbildung 2: Das <C>ABCDE-Schema beschreibt die Untersuchung kranker oder verletzter Patienten mit dem Ziel, die schwer verletzten Patienten zu identifizieren und schnellstmöglich priorisiert einer medizinischen Versorgung zuzuführen.

- In der „sicheren Zone“ notfallmedizinische Versorgung entsprechend der Phase „tactical evacuation care“. Notfallmedizinische Versorgung möglichst auf individualmedizinischen notärztlichen Niveau der Regelversorgung. Dies erfolgt aber i. d. R. erst in den Notfallaufnahmen / Schockräumen der Erstaufnahmekliniken.

Literatur beim Verfasser:
 Prof. Dr.med. Matthias Helm, OTA
 Klinik für Anästhesiologie & Intensivmedizin
 Sektion Notfallmedizin
 Oberer Eselsberg 40
 89070 Ulm
 Tel.: 0731-1710-26501
 e-mail: matthias.helm@extern.uni-ulm.de

Im Gegensatz zur individualmedizinischen Regelversorgung sind Art und Umfang der notfallmedizinischen Maßnahmen klar den taktischen Bedingungen untergeordnet. Ziel der polizeilichen Gefahrenabwehr ist es dabei weitere Anschläge (und damit Opfer) zu verhindern. Dabei gilt der Grundsatz: Je näher an bzw. in der „unsicheren Zone“, desto wesentlicher sind einsatztaktische Überlegungen; die notfallmedizinischen Maßnahmen reduzieren sich auf ein Mindestmaß – je weiter man sich der „sicheren Zone“ nähert, umso weniger bedeutsam sind einsatztaktische Überlegungen und desto höher die Qualität der notfallmedizinischen Maßnahmen (Abbildungen 3a und 3b).

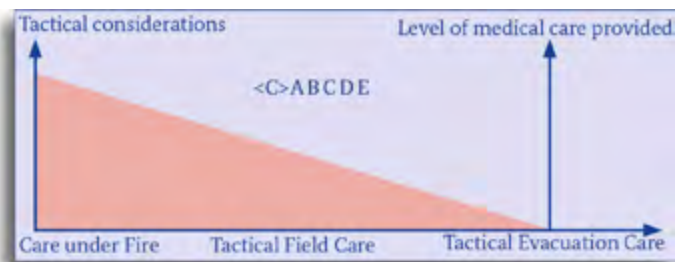
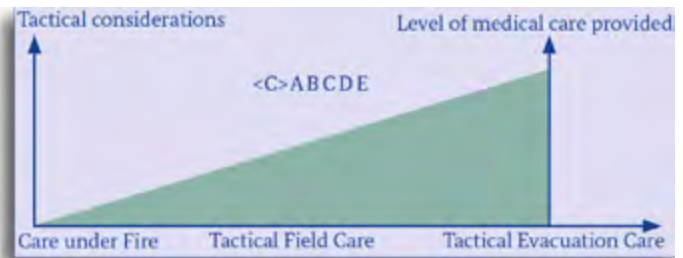


Abbildung 3a und 3b: Schematische Darstellung der Bedeutung von „taktischen Überlegungen“ und dem Level des „notfallmedizinischen Versorgungsniveaus“ in Abhängigkeit von den Phasen der Taktischen Verwundetenversorgung entsprechend den zugeordneten Gefährdungszonen.



Aus der Darstellung wird ersichtlich, dass noch ein weiterer Weg von der Konzeption zur Umsetzung vor uns liegt. An dieser Stelle seien beispielhaft die Ausbildung und das Training der polizeilichen Einsatzkräfte in der sicheren Anwendung des Tourniquets, die Ausbildung und das Training des Rettungsdienstpersonals in den Grundsätzen der taktischen Notfallmedizin und nicht zuletzt die Vorbereitung der Kliniken auf derartige Ereignisse sowie die Ausbildung der Chirurgen in operativen Verfahren nach „damage control“ Prinzipien zu nennen.

Oberstarzt Prof. Dr. Matthias Helm ist Leitender Arzt der Sektion Notfallmedizin der Klinik für Anästhesiologie & Intensivmedizin am Bundeswehrkrankenhaus Ulm und Vorsitzender der AG „Taktische Medizin“ des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Notfallmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI). Oberfeldarzt Dr. Björn Hossfeld ist Oberarzt der Sektion Notfallmedizin und stellvertretender Vorsitzender der AG „Taktische Medizin“.

Besonderheiten dynamischer Einsatzlagen mit kriminellem Hintergrund

Christian Schilberg

Uns allen sind die Terroranschläge in Paris an insgesamt acht Orten am 13. November 2015, in Berlin auf den Berliner Weihnachtsmarkt an der Gedächtniskirche mit anschließender Verfolgung des Täters am 19. Dezember 2016 sowie der Amoklauf im Münchener Stadtbezirk Moosach am 22. Juli 2016 als dynamische Schadenlagen mit kriminellem Hintergrund im Gedächtnis.

Besonderheiten dynamischer Einsatzlagen

Schadenslagen werden als dynamische Lage bezeichnet, wenn sich die Lage während des laufenden Einsatzes weiter verändert und die Gefährdungen während des Einsatzes nicht vollständig unter Kontrolle sind, zum Beispiel wenn ein krimineller Täter weiter agiert oder neue Gefährdungen während des laufenden Einsatzes hinzukommen (beispielsweise ein weiterer Anschlag, der sogenannte „second hit“).



Dynamische Einsatzlagen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Gefährdungen nicht vollständig unter Kontrolle sind und neue jederzeit hinzukommen können. (Grafik: CCO Public Domain / pixabay.com)

Die dynamische Einsatzlage stellt eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten dar. Vor allem die Zusammenarbeit von Rettungsdienst, Feuerwehr und Polizei – wie auch allen anderen beteiligten Akteuren (Stadt / Kom-

mune, Betreiber der betroffenen Einrichtungen, Vertreter der Medien, psychosoziale Notfallversorgung) wird im Rahmen einer dynamischen Einsatzlage einer besonders harten Prüfung unterzogen.

Die dynamische Einsatzlage ist charakterisiert durch eine schnell fortlaufende Entwicklung der Sachlage mit hinterherhinkender Lageinformation und sich ständig verändernden Anforderungen an alle Akteure, häufig bei unsicheren Informationen hinsichtlich der Gefährdung der eingesetzten Kräfte in der Nähe des Tatortes.

Typisch für dynamische Einsatzlagen sind auch der Eingang einer Vielzahl widersprüchlicher Informationen innerhalb kurzer Zeit, hohes mediales Interesse und heftige Reaktionen sowie allgemeine Verunsicherung innerhalb der betroffenen Bevölkerung. Alle Entscheider stehen in einer solchen Lage unter hohem Druck – einerseits durch die fachliche Lagebewältigung an sich, bei zum Teil widersprüchlichen Interessen der beteiligten Akteure, andererseits durch die unterschiedliche Lagebewertung, mediale Kommunikation und politische Dimension der Geschehnisse.

Strukturen und Zusammenarbeit

Aufgrund der hohen Anforderungen für alle Einsatzkräfte ist es besonders wichtig, schon im Vorfeld einer solchen Lage belastbare gemeinsame Kommunikationsstrukturen einzurichten, Wissen über die Fähigkeiten der einzelnen Verantwortlichen zu erlangen, Verständnis für die Arbeit und die Anforderungen der beteiligten Akteure zu entwickeln. Gemeinsame Fortbildungen und Trainings, auch im Rahmen der alltäglichen Einsätze, und gemeinsame Übungen können hier eine Grundlage bilden. Eine klare Darstellung der regelhaf-

ten Aufgaben und Zuständigkeiten der einzelnen Einsatzkräfte sowie das Vorleben eines respektvollen und wertschätzenden Umganges miteinander sind wichtige Führungsaufgaben.

Wie bei anderen großen Schadenslagen auch folgt auf das erste Ereignis der dynamischen Schadenslage mit kriminellem Hintergrund meist eine kurze akute Phase, die typischerweise von Chaos und Informationsdefizit gekennzeichnet ist. Eine schnelle, möglichst valide Lageaufklärung und Übermittlung der relevanten Informationen an alle zu beteiligenden Akteure ist in dieser Phase ein Erfolgsfaktor.

In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, dass jeder Akteur möglichst schnell die für ihn relevanten Informationen erhält, ohne dass es zu einer unkontrollierten Informationsverbreitung kommt, die häufig die Lagebewältigung verkompliziert. Die Einrichtung gemeinsamer Leitstellen, die Entsendung von Verbindungsbeamten und das Einrichten einer gemeinsamen Pressestelle können hilfreiche Strukturen in der Bewältigung dynamischer Einsatzlagen sein.

Relevante Informationen

Für Feuerwehr und Rettungsdienst besonders relevante Informationen sind hier die Anzahl der Betroffenen, das Muster der Schädigungen, die Erreichbarkeit des Ortes, die Möglichkeiten zur Rettung und Evakuierung, sowie die eventuelle Eigengefährdung der eingesetzten Kräfte.

Zur technischen und rettungsdienstlichen Lageaufklärung vor Ort gehören auch die Möglichkeiten zur Einrichtung einer geschützten Verletztenablage, Möglichkeiten zur Einrichtung eines Rettungsmittelhalteplatzes sowie erreichbare Kliniken zur definitiven Versorgung.

Polizeilich besonders relevante Informationen sind die Anzahl und der Personenkreis der Täter, die Art der Gefährdung/Bewaffnung, die Art und Zugänglichkeit der Kommunikation der Täter, die Motive, Ziele und Planer der Tat, die Unterstützer der Täter, mögliche weitere Gefährdungen, An- und Abfahrtswege, sowie mögliche Fluchtwege und bzw.-mittel.

Spezielle Herausforderungen

Für die Kräfte von Feuerwehr und Rettungsdienst sind eine schnelle Verlagerung des Einsatzszenarios an einen weiter entfernten Ort oder eine plötzlich eintretende Gefährdung der eingesetzten Kräfte durch die Täter durch zusätzliche Wirkmittel besonders problematisch. Das Personal von Feuerwehr und Rettungsdienst ist in der Regel gut ausgestattet und geschult für den Umgang mit physikalischen, chemischen und biologischen Gefährdungen („nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr“) – oft ist aber das Be-

wusstsein für Gefährdungen durch einen kriminellen Täter nicht ausreichend vorhanden. Da in der Regel nach dem Grundsatz „Eigenschutz vor Fremddrettung“ gearbeitet wird und entsprechende taktische Ausbildung und Schutz-ausstattung für einen Einsatz im Wirkungskreis eines oder mehrerer bewaffneter Täter nicht vorhanden sind, ist ein Einsatz im Gefahrenbereich nicht zu verantworten und ggf. eine Sicherung durch die Polizei notwendig. In einigen Bundesländern und zum Beispiel bei der GSG 9 der Bundespolizei hat man sich dazu entschlossen, diese Lücke in der medizinischen Erstversorgung im möglichen unmittelbaren Wirkungsbereich eines Täters dadurch zu schließen, einen Teil des polizeilichen Personals medizinisch auszubilden und die Spezialeinsatzkräfte der Polizei durch entsprechend ausgebildete Polizeiärzte zu verstärken. Auch bei der Bekämpfung der Täter von Paris im Club Bataclan setzte die französische Polizei einen taktisch speziell ausgebildeten Polizeiarzt ein, der die Betroffenen einer ersten medizinischen Versorgung unterzog.



Während die Polizei in erster Linie darauf bedacht ist, den Täter festzunehmen, um die Gefährdungslage abzumildern, stehen für den Rettungsdienst und die Feuerwehr die Rettung und medizinische Versorgung Betroffener im Vordergrund.
(Foto: NicoLeHe/pixelio.de)

Problematisch für die polizeiliche Bewältigung sind eine mangelnde Identifizierbarkeit der Täter, die Gefährdung Dritter, ein unkontrollierter Informationsfluss, der ein überraschendes Überwältigen der Täter erschwert, mangelnde Möglichkeiten die Täter vor Ort zu isolieren und zu binden. Plötzlich im polizeilichen Wirkungsbereich auftretende, nicht klar zuzuordnende Personen stellen ein besonderes Problem dar. Die Strukturen der Polizei sehen in der Regel vor, dass nach Sicherung der Umgebung, Separation und örtlicher Bindung der Täter die unmittelbare Bewältigung der Lage durch für diese Szenarien ausgestattete und geschulte Spezialkräfte geschieht. Eine Verlagerung des Szenarios in ein besser zu beherrschendes Umfeld oder auch das Herstellen einer statischen Lage kann hier eine mögliche Strategie sein. Um den polizeilichen Handlungserfolg sicherzustellen, ist die Verdeckung der operativen polizeilichen Maßnahmen dringend zu gewährleisten – dies kann die Zusammenarbeit mit Feuerwehr und Rettungskräften eventuell erschweren.

Infrastruktur vor Ort und Bereitstellung von Personal und Material

Im Rahmen der Bereitstellung von entsprechenden Mitteln sind die vorhandenen personellen und materiellen Ressourcen, die potenzielle weitere Entwicklung der Lage, eventuelle Vorlaufzeiten bis zur Bereitstellung wie auch eine Reserve für parallel laufende Ereignisse (allgemeine Einsatzlage, möglicher second-hit) zu berücksichtigen. Je nach Tageszeit, Jahreszeit und Witterung bestehen meist große Unterschiede in der Verfügbarkeit von Mitteln.



Das Personal von Feuerwehr und Rettungsdienst ist in der Regel gut ausgestattet und geschult für den Umgang mit physikalischen, chemischen und biologischen Gefährdungen – oft ist aber das Bewusstsein für Gefährdungen durch einen kriminellen Täter nicht ausreichend vorhanden.
(Foto: CC0 Public Domain / pixabay.com)

Die vor Ort bestehende Infrastruktur spielt bei sich dynamisch entwickelnden Einsatzlagen für die Polizei ebenfalls eine große Rolle: Dichte Besiedlung, große Menschenansammlungen, unübersichtliche Lokalitäten, gute Verkehrsanbindung und in der Menge unauffällige, ortskundige Täter stellen eine schwierige Kombination für die polizeiliche Auseinandersetzung mit den Tätern dar.

Hier werden zum Teil die gegensätzlichen Interessen der verschiedenen Akteure innerhalb desselben Einsatzes deutlich: während die Polizei in erster Linie darauf bedacht ist, den Täter festzunehmen, um die Gefährdungslage abzumildern, stehen für den Rettungsdienst und die Feuerwehr die Rettung und medizinische Versorgung Betroffener im Vordergrund.

Mediale Begleitung des Einsatzes

Auch die mediale Flankierung des Einsatzes mit Information und Lenkung der öffentlichen Anteilnahme speziell durch Nutzung schneller, neuer Medien ist ein möglicher

Erfolgsfaktor. Die Vertreter der Medien müssen sich hier trotz ihres originären Interesses an aktueller und freier Berichterstattung ihrer besonderen Verantwortung bewusst sein. Seit dem Geiseldrama von Gladbeck im August 1988, bei dem Journalisten den Zugriff auf die Täter erschweren, indem sie die Täter interviewten und im Fluchtfahrzeug mitführen, wird die Rolle der Medien in dynamischen Einsatzlagen in Deutschland besonders kontrovers diskutiert.

Feuerwehr, Rettungsdienst und Polizei sollten die Potentiale der neuen Medien erkennen und diese gezielt zum Wohle aller Beteiligten nutzen. Am 22. Juli hatte man in München versucht, die Bevölkerung durch die Nutzung des Systems KATWARN zu warnen, leider offenbarten sich hier technische Schwächen des Systems – dies könnte einen Anlass zur Verbesserung der Systeme darstellen.

Rolle des Katastrophenschutzes

In den meisten Gegenden Deutschlands ist es glücklicherweise durch gut ausgebildete freiwillige und ehrenamtliche Helfer möglich, die regelhaft zur Verfügung stehenden Mittel für den Brandschutz und die technische und medizinische Rettung in kurzer Zeit deutlich zu verstärken und somit die anfänglich bestehende Lücke zwischen der Zahl Betroffener und zur Verfügung stehender Mittel zu verkleinern.

Beim Blick auf die besonderen Herausforderungen dynamischer Großeinsatzlagen mit kriminellem Hintergrund wird klar, dass auch in diesem Bereich die Strukturen des Katastrophenschutzes von großer Hilfe sein können. Der Wille und die Bereitschaft zu beschützen und zu helfen sind in unserer Bevölkerung tief verankert – eine effektive Bündelung, gezielte Lenkung und strukturierte Vernetzung gut ausgebildeter und ausgestatteter Kräfte vermag auch bei derartigen Szenarien Schlimmeres zu verhindern.

Dr. med. Christian Schilberg ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Notfallmediziner beim Polizeipräsidium in Duisburg, nebenberuflich arbeitet er als Notarzt im zivilen Rettungsdienst. Im Rahmen der Einsatzmedizin gilt seine besondere Aufmerksamkeit dem Thema „Verbesserung der Zusammenarbeit von Polizei und Rettungsdienst“.

Die Rolle der Krankenhäuser bei der Bewältigung von Bedrohungslagen

Thomas Wurmb, Katja Scholtes und Felix Kolibay

Die Krankenhaus Alarm- und Einsatzplanung

Krankenhäuser gehören zu den Kritischen Infrastrukturen in Deutschland [1]. Es gibt eine Vielzahl an Schadensereignissen, welche die Patientenversorgung erheblich behindern oder zum Erliegen bringen können. Um sich auf die Bewältigung solcher Ereignisse vorzubereiten, ist eine umfassende Alarm- und Einsatzplanung essenziell.

Bei der Krankenhaus Alarm- und Einsatzplanung stellen sich zwei wesentliche Fragen: Auf welche Weise und in welchem Ausmaß werden erstens die Funktionalität und zweitens die Versorgungskapazität des Krankenhauses betroffen [2]?

Bei Bedrohungslagen (z. B. Amoklauf oder Terroranschlag) kommt es je nach Art der Attacke in den meisten Fällen zu einem Massenansturm von Verletzten (MANV); hierbei wird primär die Versorgungskapazität des Krankenhauses akut überlastet. Wird das Krankenhaus selbst zum Ziel einer Attacke, hängt es von der Art und dem Ausmaß des Angriffs ab, inwieweit zunächst die Funktionalität (z. B. Cyberattacke) und in der Folge die Versorgungskapazität oder aber durch ein Ereignis (z. B. Sprengstoffanschlag auf das Krankenhaus) beide Merkmale beeinträchtigt werden. Im Folgenden wird nur der MANV, ausgelöst durch eine außerklinische Bedrohungslage, besprochen. Hierbei sind im Unterschied zu einem „herkömmlichen“ MANV wesentliche Besonderheiten zu berücksichtigen. Es müssen entsprechende Schutzziele definiert und Maßnahmen ergriffen werden, diese zu erreichen.

Oberstes Ziel ist eine medizinische Versorgung möglichst vieler Patienten unter Beachtung des Schutzes von Mitarbeitern und Krankenhausstrukturen.

Besonderheiten bei einer Bedrohungslage

Aufgrund der Bedrohungslage ändern sich die taktische Vorgehensweise und die medizinische Versorgung der Patienten im Schadensgebiet selbst. Bei einem Großscha-

densereignis ohne Bedrohung der Einsatzkräfte erfolgt zunächst eine medizinische Stabilisierung und Versorgung der Patienten vor Ort. Dann erfolgt eine priorisierte und geordnete Verteilung der Patienten auf die zur Verfügung stehenden Krankenhäuser. Bei einer Bedrohungslage ist hingegen mit einem veränderten Patientenzustrom vom Schadensort in die Kliniken zu rechnen. Die akute Gefahr verbietet den Aufbau von Versorgungsstrukturen vor Ort. Hinzu kommen noch die veränderten Verletzungsmuster durch sog. penetrierende Gewalteinwirkung (z. B. durch Schusswaffen, Stichwaffen oder Explosion), die eine Versorgung und Stabilisierung der Patienten vor Ort deutlich er-



Bei einer Bedrohungslage ist mit einem veränderten Patientenzustrom vom Schadensort in die Kliniken zu rechnen.
(Foto: berggeist007 / pixelio.de)

schweren oder unmöglich machen. Die Krankenhäuser müssen damit rechnen, dass mehr unterversorgte Patienten mit weniger Vorbereitungszeit für die Krankenhäuser in kürzerer Zeit eingeliefert werden. Dies verursacht eine höhere Versorgungsdichte pro Zeiteinheit.

Versorgung einer möglichst großen Anzahl von Patienten

Um eine solche Versorgungsdichte zu bewältigen, kommen medizinisch adaptierte Versorgungskonzepte zur Anwendung. Bei einer akuten Überlastung der vorhandenen Behandlungskapazitäten kann es dann z. B. nötig sein,

notwendige operative Eingriffe auf die Therapie von lebensbedrohlichen Verletzungen zu beschränken. Hierdurch kann in kürzerer Zeit das Überleben einer größeren Anzahl von Patienten gesichert werden. Alle eintreffenden Patienten müssen demnach medizinisch beurteilt werden (Sichtung), um eine schnellstmögliche Entscheidung über die Notwendigkeit einer sofortigen Operation oder die Durchführung anderer Therapien zu treffen.

Darüber hinaus muss ein Konzept zur Alarmierung von dienstfreiem Personal erstellt und die Durchhaltefähigkeit durch Ablösepläne sichergestellt werden. Zu Vorfeld außerdem die Zufahrt der alarmierten Mitarbeiter in die Klinik und der Nachweis der Klinikzugehörigkeit mittels Mitarbeiterausweis. Je

nach Art des Ereignisses müssen die Krankenhäuser mit hohen Patientenzahlen rechnen. Einen Anhalt gibt die 10%-Regel, die besagt, dass ein Krankenhaus unter maximaler Ausschöpfung seiner Möglichkeiten im äußersten Fall eine Patientenzahl von 10% der gesamten Bettenkapazität zu versorgen im Stande sein sollte. Es sei betont, dass es sich hierbei im Rahmen der meisten Szenarien nicht nur um schwer verletzte Patienten handelt, sondern auch leicht oder mittel schwer verletzte Patienten darunter zu erwarten sind. Ein weiterer wichtiger Aspekt, den es im Verlauf eines Einsatzes zu bedenken gilt, ist die Information und die Betreuung von Angehörigen. Hierzu müssen in den Krankenhäusern Vorkehrungen getroffen werden, die im Ernstfall aktiviert werden.

Schutz von Personal und Krankenhaus

Um Personal und Krankenhausstrukturen zu schützen, müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Die

Literatur:

- [1] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). Schutz kritischer Infrastruktur: Risikomanagement im Krankenhaus. 1/2012 www.bbk.bund.de
- [2] Wurmb T, Rechenbach P, Scholtes K. Alarm- und Einsatzplanung an Krankenhäusern – Das konsequenzbasierte Modell. (2016) Med Klin Intensivmed Notfallmed. DOI 10.1007/s00063-016-0190-8

Vigilanz der Mitarbeiter für solche Ereignisse muss geschärft werden, um eine frühzeitige Erkennung und damit eine möglichst schnelle und geordnete Reaktion im Krankenhaus zu erwirken. Bei einem Terroranschlag muss damit gerechnet werden, dass sich Attentäter unter den Patienten befinden. Waffen oder Sprengvorrichtungen könnten sich noch am „Patienten“ oder bei den persönlichen Gegenständen befinden. Hier muss in Absprache mit der Polizei ein Modus gefunden werden, wie damit umzugehen ist.

Da in der Regel eine Sicherung des Krankenhauses durch die Polizei während einer Bedrohungslage nicht gewährleistet werden kann, müssen im Vorfeld gemeinsame Strategien erarbeitet werden, um das Krankenhaus und seine Mitarbeiter bestmöglich zu schützen. Die Festlegung eines Schließkonzeptes mit der Konzentration auf möglichst nur einen Eingang oder Zufahrtsweg wäre ein möglicher Ansatz.

Nach einem solchen Einsatz ist vermehrt mit psychischen Belastungssituationen von Einsatzkräften zu rechnen. Gleiches gilt für das Krankenhauspersonal. Krankenhäuser sollten im Vorfeld schon mögliche professionelle Hilfsangebote bedenken und vorplanen.

Fazit

Krankenhäusern kommt bei der Bewältigung von Bedrohungslagen mit einem Massenansturm von Patienten eine besondere Bedeutung zu. Um dieser Rolle gerecht zu werden, braucht es eine umfassende Planung, aber auch die enge Kooperation mit der Polizei und den anderen am Schadensort agierenden Einsatzkräften.

Univ.-Prof. Dr. Thomas Wurmb ist Leiter der Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin an der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie des Universitätsklinikums Würzburg und im Vorstand der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus Einsatzplanung (DAKEP e.V.), Dr. Katja Scholtes ist Leitende Abteilungsärztin Zentrale Notaufnahme Krankenhaus Merheim, Kliniken der Stadt Köln und Vorsitzende der DAKEP, Dr. Felix Kolibay ist Oberarzt am Zentrum für Neurochirurgie und Mitarbeiter der Stabsabteilung Klinikangelegenheiten und Krisenmanagement des Ärztlichen Direktors der Uniklinik Köln sowie im Vorstand der DAKEP.



Der Anschlag

Der Terroranschlag auf dem Weihnachtsmarkt Breitscheidplatz am 19.12.2016 in Berlin

Detlef Cwojdzinski und Christoph Höpfner

Berlin ist in den letzten Jahrzehnten von schweren Schadensereignissen verschont geblieben. Das letzte Ereignis mit sehr vielen Verletzten ereignete sich vor mehr als 30 Jahren, als libysche Agenten ein Attentat auf die Diskothek „La Belle“ am 5. April 1986 verübten. Drei Menschen wurden bei diesem Ereignis getötet, 230 erlitten Verletzungen. Die Auswertung des Anschlages führte dazu, dass die Vorsorge für Großschadensereignisse deutlich verstärkt wurde. Einsatzkonzepte für Feuerwehr und Rettungsdienst wurden erarbeitet. Die materielle Vorsorge im Bereich des Rettungsdienstes wurde erhöht. In den Krankenhäusern wurden seitdem regelmäßig Vollübungen durchgeführt. Die Funktion des Leitenden Notarztes und des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst wurden ge-

schaffen. Besonders wichtig war die Einführung einer regelmäßigen Fortbildung für Notärzte und Führungskräfte von Feuerwehr und Rettungsdienst. Diese Fortbildungsreihe wird bis zum heutigen Tag durchgeführt.

Berlin war also gut gerüstet und dennoch stellt ein Schadensereignis, wie es am 19.12.2016 geschehen ist, alle Einsatzkräfte vor besondere Herausforderungen. In den folgenden Beiträgen wird aus unterschiedlichen Perspektiven das Ereignis dargestellt. Unter dem Motto „lessons learned“ mögen die Berichte Anregungen für die Verantwortungsträger im Katastrophenschutz zur kritischen Prüfung und Verbesserung der vorhandenen Konzepte geben.

Einsatz des Krisenstabes der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

Die Arbeit in Stabsstrukturen hat in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin eine lange Tradition.

reich der Lebensmittelsicherheit und des Infektionsschutzes. Der Stab ist unterhalb der Leitung in einen organisatorischen und einen fachlichen Teil gegliedert. Bewusst werden die Stabsstrukturen bereits unterhalb der Katastrophenschwelle genutzt. Nur dadurch können die personellen, technischen und organisatorischen Voraussetzungen angemessen überprüft bzw. trainiert werden.

Der Stab stellt die Erreichbarkeit der Senatsverwaltung für Gesundheit sicher. Ferner koordiniert er die gesamte



Krisenstab SenGPG.

Erstmals wurden in Berlin im Jahr 1986 als Reaktion auf das Reaktorunglück in Tschernobyl solche Strukturen genutzt. Weitere Ereignisse, die in den vergangenen Jahren stabsmäßig bearbeitet wurden, ergaben sich aus dem Be-

externe und interne Kommunikation im Zuständigkeitsbereich. Damit unterstützt und entlastet er die Fach- und Führungskräfte im Stab. Die Lagerfassung- und -darstellung, die Auftragskontrolle und die Führung des Einsatztagebuches sind etablierte Standards. Die Kommunikations- und Informationswege im Stab werden nach einem eindeutigen Schema vollzogen. Neben der Routine aus den vielfältigen Einsätzen werden auch Übungen durchgeführt. Die letzte große Übung absolvierte der Krisenstab im Rahmen der LÜKEX 2013 (länderübergreifende Krisenmanagementübung/Exercise).

Am Abend des 19. Dezember 2016 erreichten die Senatsverwaltung gegen 20:15 Uhr erste informelle und unkonkrete Informationen über ein Schadensereignis am Breitscheidplatz. Ein Kontakt zum Ärztlichen Leiter Ret-

tungsdienst der Berliner Feuerwehr bestätigte diese Informationen. Obwohl es noch keine verlässliche Einschätzung über Lage und Umfang des Ereignisses gab, entschieden die Mitarbeiter des Katastrophenschutzes der Senatsverwaltung für Gesundheit nach Rücksprache mit der Behördenleitung, Teilelemente des Krisenstabes zu alarmieren. Insbesondere die Tatsache, dass das Ereignis einen Weihnachtsmarkt betraf und ein Terroranschlag nicht auszuschließen war, führte zu dieser Entscheidung.

- Information von Feuerwehr und Polizei über den aktuellen Status in den Krankenhäusern
- Abstimmung zur Patientenregistrierung mit der Polizei
- Aktivierung der Psychosozialen Notfallversorgung über den Berliner Krisendienst
- Information der Pressestelle und der Behördenleitung der Senatsverwaltung für Gesundheit



Auftragsübersicht, Abläufe im Stab.

Die wichtigste Aufgabe in dieser Nacht war die Beschaffung von Informationen über die Patientenversorgung in den Aufnahmehäusern.

Hierfür gibt es in Berlin seit vielen Jahren ein etabliertes Meldeverfahren, welches auch bei diesem Ereignis genutzt wurde. Kurz nach 1:00 Uhr lagen die Rückmeldungen aller 39 Aufnahmehäuser vor. Die ermittelten Zahlen wurden aufbereitet der Polizei für die Personenauskunftstelle und die polizeilichen Ermittlungen zur Verfügung gestellt. Sie fanden ferner Verwendung für die zahlreichen Presseanfragen am Ereignistag und den nachfolgenden Tagen.

Parallel waren ab ca. 20:25 Uhr, also ca. 20 Minuten nach der ersten Alarmierung der Berliner Feuerwehr, alle 39 Berliner Aufnahmehäuser offiziell per Fax durch die Leitstelle über das Ereignis informiert und ein Voralarm ausgelöst worden. Auf Grundlage des Voralarms werden diensthabende Kräfte informiert, krankenhausintern Prozesse umgestellt, nach Möglichkeit stationäre und intensivmedizinische Kapazitäten erhöht und ggf. Rufdienste aktiviert.

Bei einem Vollalarm, der nächsthöheren Alarmierungsstufe, werden zusätzlich alle dienstfreien Kräfte alarmiert und in die Krankenhäuser einberufen. In 31 Berliner Notfallkrankenhäusern und Notfallzentren wurde der Voralarm ausgelöst, in 13 sogar Vollalarm. Die Entscheidung zur Stufe der internen Alarmierung wurde dabei bewusst in Verantwortung der Krankenhäuser belassen, um eine angemessene und differenzierte Reaktion jedes einzelnen Krankenhauses abhängig von der übermittelten Lageinformation zu ermöglichen.

Um 21:10 Uhr war der Krisenstab in den vorbereiteten Stabsräumen einsatzbereit, wobei im weiteren Verlauf personelle Aufstockungen erfolgten. Am Ende waren 12 Stabsmitglieder vor Ort tätig, wovon einige sogar aus eigenem Antrieb in die Dienststelle gekommen waren. Der Krisenstab übernahm in der Folgezeit folgende Aufgaben:

- Ansprechpartner für die Aufnahmehäuser, für die Feuerwehr und die Polizei
- Weitergabe von Lageinformationen an die Krankenhäuser

Daneben wurde der Kontakt zur vor Ort tätigen Notfallseelsorge gehalten und die psychosoziale Betreuung über den Berliner Krisendienst aktiviert.

Die Übernahme der Koordinierungsaufgaben in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern hat sich als sinnvoll erwiesen. Nur hierdurch konnten verlässliche Informationen über den Status der Patientenversorgung erhoben werden. Allerdings wurde auch festgestellt, dass Alarmierungs-, Informations- und Meldeverfahren noch intensiver geübt werden müssen, um schnellere Übertragungszeiten zu erhalten.

Auch hat sich gezeigt, dass etablierte Kommunikationstechnik noch mehr Redundanz verlangt. Insbesondere die gleichzeitige Übermittlung von vielen Informationen durch zahlreiche Stellen per Telefax führte zu Verzögerungen. Informationen für die Kliniken werden daher zukünftig nicht nur per Telefax oder Telefon bereitgestellt, sondern es werden Lagemeldungen zusätzlich in einem geschützten Bereich eines Web-Portals zur Verfügung gestellt.

Insgesamt hat sich die frühzeitige Alarmierung von Teilelementen des Krisenstabes der Senatsverwaltung bewährt. Neben Feuerwehr, Rettungsdienst und Polizei leistet die Gesundheitsverwaltung auch beim Massenansturm von Verletzten einen wichtigen Beitrag im Rahmen der Gesamtversorgung.

Auswertung der klinischen Maßnahmen

Am 19.12.2016 wurde um 20:02 Uhr auf die Besucher des Weihnachtsmarktes am Berliner Breitscheidplatz ein Anschlag mit einem LKW verübt, bei dem 12 Personen getötet und 56 Personen zum Teil schwer verletzt wurden.

Zur retrospektiven Auswertung der klinischen Maßnahmen und Ressourcen im Zusammenhang mit dem Anschlag wurde am 09.01.2017 ein dreiseitiger Fragebogen an die Katastrophenschutzbeauftragten der 39 Berliner Aufnahmekrankenhäuser versandt.

Neben der Abfrage der direkten Maßnahmen im jeweiligen Krankenhaus wurden Fragen zu Information und Kommunikation, zur Ressourcenverfügbarkeit und zum Patientenaufkommen gestellt. Der Fragebogen beinhaltete sowohl gebundene bzw. binär zu beantwortende als auch offene Fragen. Von den 39 angeschriebenen Berliner Krankenhäusern haben 34 den Fragebogen vollständig oder teilweise ausgefüllt und zurückgesandt. Nur einzelne, kleinere Krankenhäuser haben nicht geantwortet.

In Verbindung mit den regelmäßig aktualisierten Rückmeldungen zu Anzahl und Verletzungsgrad der versorgten Patienten konnte ein Überblick zur Lage der Berliner Aufnahmekrankenhäuser zum Zeitpunkt des Anschlages bzw. in dessen Nachgang erarbeitet werden.

Die Ergebnisse des Fragebogens zur Reaktion der Krankenhäuser, zu den Selbsteinweisern und zu den Versorgungskapazitäten sowie das Ergebnis der Abfragen des Patientenstatus sollen nachfolgend dargestellt werden.

Patienten werden an einer Schadensstelle von den Rettungskräften gesichtet, sie werden untersucht und aufgrund der Schwere der Verletzungen einer Sichtungskategorie (SK) zugeteilt. Schwer und lebensbedrohlich verletzte Patienten werden der SK I zugeteilt und rot markiert, schwer, aber nicht lebensbedrohlich verletzte Patienten der SK II (gelb). Leicht verletzte Patienten bilden die SK III (grün). Diese Einteilung wird bei einem Massenanstieg von Verletzten vorgenommen, um die schwer verletzten Patienten zügig einer medizinischen Versorgung zuzuführen.

In 9 Aufnahmekrankenhäusern wurden insgesamt 11 Selbsteinweisungen registriert, wovon 10 der Sichtungskategorie grün und einer der Sichtungskategorie gelb zugeordnet wurden. Damit machen Selbsteinweisungen 18,6% der in Krankenhäusern behandelten Verletzten des Breitscheidplatzes aus. Die höchste Anzahl von Selbsteinweisungen wurde mit drei Patienten durch das dem Einsatzort nächstgelegene Krankenhaus verzeichnet. Die verbleibenden acht Selbsteinweisungen sind teilweise stark zeitverzögert und vermutlich wohnortnah in übrigen, weiter entfernten Krankenhäusern vorstellig geworden.

In 32 Berliner Aufnahmekrankenhäusern standen kurz nach dem Anschlag in Summe 146 schnell verfügbare Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit zur Verfügung. 31 Aufnahmekrankenhäuser gaben außerdem in Summe 119 freie, d. h. mit entsprechendem Personal besetzte und einsatzbereite OP-Säle an. Nach Angabe von 30 Berliner Aufnahmekrankenhäusern hätten zusätzlich zu den bereits versorgten Patienten weitere 112 Schwerstverletzte versorgt werden können. Entsprechend kann festgestellt werden, dass die klinischen Ressourcen trotz der großen Anzahl von Schwerverletzten und Verletzten nicht erschöpft waren und, dass aus klinischer Perspektive eine noch größere Lage, bezogen auf die Gesamtheit der Berliner Krankenhäuser, beherrschbar gewesen wäre.

Dabei muss jedoch auch bedacht werden, dass die klinischen Kapazitäten so kurz vor den Weihnachtsfeiertagen eher gering ausgelastet waren und somit im Vergleich zur übrigen Zeit des Jahres überproportional viele Ressourcen zur Verfügung standen.

Zur Frage nach der kritischsten Ressource, d. h. nach der Ressource, welche eine weitere Aufnahme von Schwerstverletzten am ehesten eingeschränkt hätte, haben sich 13 Aufnahmekrankenhäuser geäußert. Hier wurde neben OP-Kapazitäten (fünf Nennungen) und Kapazitäten der Intensivstation (3 Nennungen) insbesondere Blut und Blutprodukte (6 Nennungen) als kritischste Ressourcen identifiziert (Mehrfachnennungen waren möglich).

Da diese Informationen zu unpräzise erschienen, werden als eine Reaktion auf die Auswertung des Anschlages die rund acht jährlich in Berlin stattfindenden Kranken-

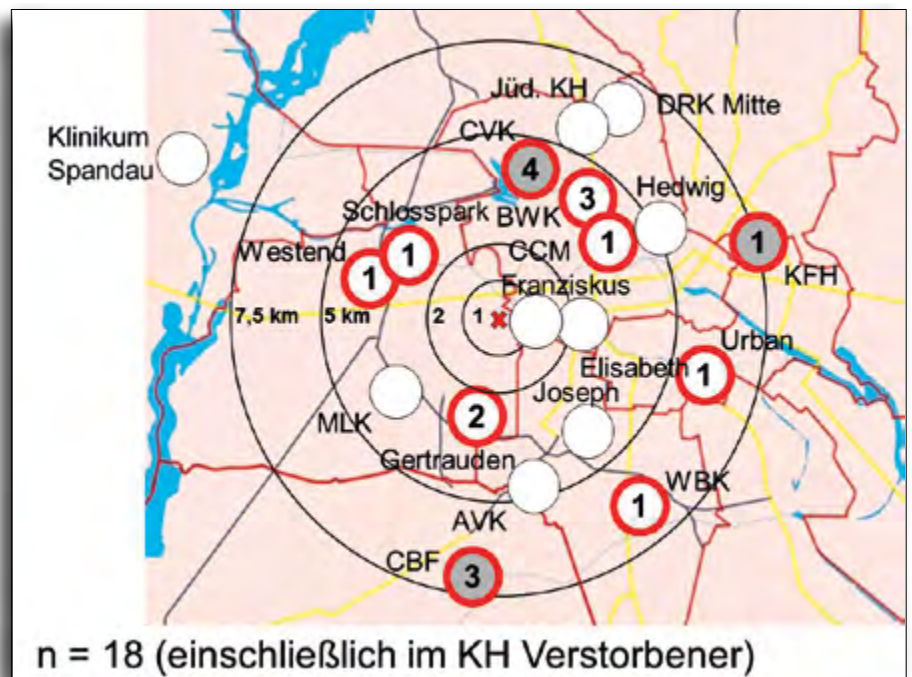


Abbildung 1: Grafik der Patientenverteilung Sichtungskategorie I.

Da diese Informationen zu unpräzise erschienen, werden als eine Reaktion auf die Auswertung des Anschlages die rund acht jährlich in Berlin stattfindenden Kranken-

Dabei muss jedoch auch bedacht werden, dass die klinischen Kapazitäten so kurz vor den Weihnachtsfeiertagen eher gering ausgelastet waren und somit im Vergleich zur übrigen Zeit des Jahres überproportional viele Ressourcen zur Verfügung standen.

Zur Frage nach der kritischsten Ressource, d. h. nach der Ressource, welche eine weitere Aufnahme von Schwerstverletzten am ehesten eingeschränkt hätte, haben sich 13 Aufnahmekrankenhäuser geäußert. Hier wurde neben OP-Kapazitäten (fünf Nennungen) und Kapazitäten der Intensivstation (3 Nennungen) insbesondere Blut und Blutprodukte (6 Nennungen) als kritischste Ressourcen identifiziert (Mehrfachnennungen waren möglich).

Da diese Informationen zu unpräzise erschienen, werden als eine Reaktion auf die Auswertung des Anschlages die rund acht jährlich in Berlin stattfindenden Kranken-

Da diese Informationen zu unpräzise erschienen, werden als eine Reaktion auf die Auswertung des Anschlages die rund acht jährlich in Berlin stattfindenden Kranken-

Da diese Informationen zu unpräzise erschienen, werden als eine Reaktion auf die Auswertung des Anschlages die rund acht jährlich in Berlin stattfindenden Kranken-

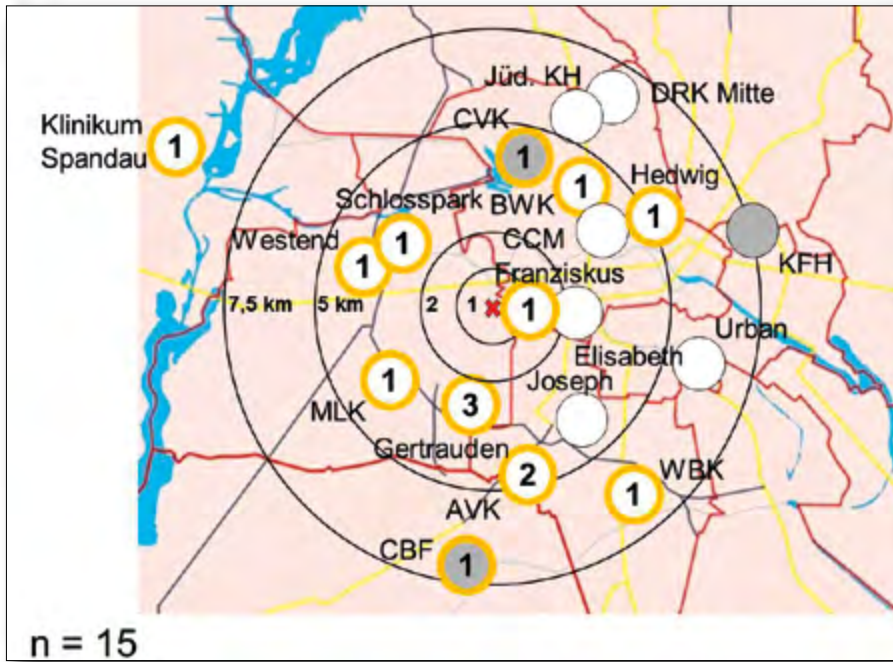


Abbildung 2: Grafik der Patientenverteilung Sichtungskategorie II

(„gelb“) zugeordneten Patienten wurden in 12 Krankenhäusern versorgt (siehe Abbildung 1 und 2). Eine gleichmäßige und bedarfsgerechte Verteilung der Patienten der SK I und SK II hat somit stattgefunden.

Insgesamt waren 25 der 39 Berliner Aufnahmekrankenhäuser an der Versorgung von Patienten des Breitscheidplatzes beteiligt.

Die Gesamtheit der Patienten in Abhängigkeit der präklinischen Sichtungskategorien wird in Abbildung 3 deutlich. Am Ereignistag wurden der Arbeitsgruppe der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung von 22 Krankenhäusern insgesamt 50 versorgte Patienten gemeldet, wovon 15 der SK I, 15 der SK II sowie 17 der SK III („grün“) zugeordnet wurden. Drei Patienten waren zum Zeitpunkt der Rückmeldung bereits im

hausübungen zukünftig modifiziert und ergänzt, sodass explizit Ressourcenengpässe und prozessuale Leistungsbeschränkungen identifiziert werden können.

Die präklinische Patientenverteilung erfolgte radial von der Einsatzstelle ausgehend, wobei Patienten der Sichtungskategorie rot (SK I) überwiegend den Notfallzentren Charité Campus Virchow-Klinikum (4 Patienten) und Charité Campus Benjamin Franklin (3 Patienten) sowie dem Notfallkrankenhaus Bundeswehrkrankenhaus (3 Patienten) zugeführt wurden.

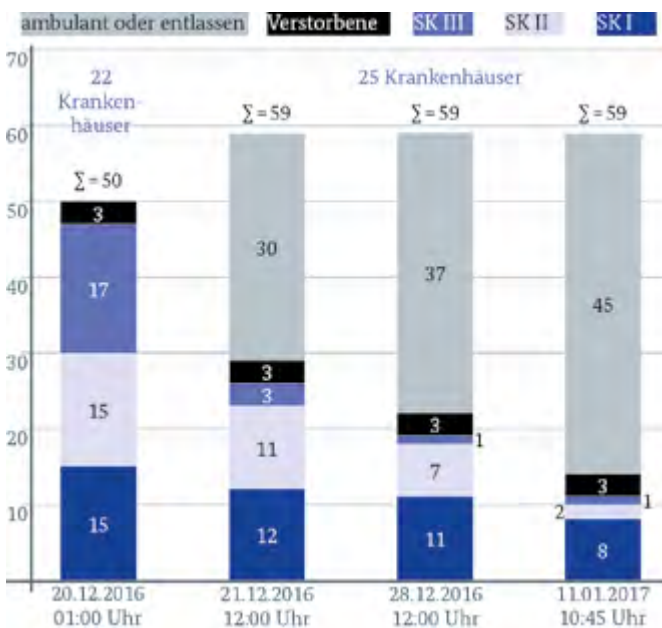


Abbildung 3: Grafik der gesamten Sichtungskategorien

Die übrigen Patienten wurden in einem Umkreis von 7,5 km auf andere Krankenhäuser verteilt (siehe Abbildung 1). Die 18 präklinisch initial der SK I zugeordneten Patienten wurden in insgesamt 10 Krankenhäusern, die 15 der SK II

Krankenhaus verstorben.

Im Verlauf der folgenden Tage bzw. am Folgetag konnten zwei wesentliche Veränderungen wahrgenommen werden: Zum einen kam es zu einer Erhöhung der absoluten Anzahl der Patienten von 50 auf 59 sowie einer Erhöhung der versorgenden Krankenhäuser von 22 auf 25. Dies ist mit den zeitverzögerten Vorstellungen der Patienten und „Nachmeldungen“ der Notaufnahmen zu begründen. Zum anderen reduzierte sich die Anzahl der Patienten der SK III innerhalb kürzester Zeit mit gleichzeitiger Erhöhung der Zahlen im Bereich „ambulant oder entlassen“. Die Anzahl der Patienten der SK I und SK II entwickelte sich ebenfalls mit negativer, jedoch deutlich weniger steilen Tendenz, begründet in der deutlich intensiveren und längeren Behandlungs- und Genesungszeit schwer- und schwerstverletzter Patienten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Anschlag am Breitscheidplatz eine überproportional hohe Anzahl Schwerstverletzter zur Folge hatte. Die Berliner Planungsgrundlage von 15% SK I wurde unter Einbeziehung der im Krankenhaus verstorbenen Patienten als SK I-Patienten mit rund 30% (18 von 59 Patienten) deutlich überschritten.

Die bedarfsgerechte klinische Patientenversorgung konnte dennoch, u. a. aufgrund der dichten Krankenhausstruktur und der jahrelangen Vorbereitung durch unangekündigte Krankenhausübungen, gewährleistet werden. Darüber hinaus sind die Berliner Aufnahmekrankenhäuser sowohl organisatorisch, personell als auch materiell auf Ereignisse mit noch höheren Verletzenzahlen vorbereitet.

Detlef Cwojdzinski ist Katastrophenschutz- und Zivilschutzreferent in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin.
 Christoph Hoepfner ist B. Eng. Rettungsingenieurwesen, stellvertretender Projektleiter für die Systemeinführung IVENA Berlin in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Berlin.

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) nach dem Anschlag am Breitscheidplatz in Berlin

Ein Gespräch mit dem Leiter PSNV Justus Münster

Am 19. Dezember 2016 raste gegen 20:00 Uhr ein LKW am Breitscheidplatz in Berlin in den Weihnachtsmarkt. Zwölf Personen wurden getötet, mehr als hundert verletzt. Unzählige Weihnachtsmarktbesucher und dort Tätige wurden Augenzeugen

dieses grausamen Anschlags. Die Kräfte der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) wurden bereits 25 Minuten nach dem Anschlag alarmiert und konnten wenig später ihre Arbeit an der Schadensstelle aufnehmen.

Herr Münster, die Kräfte der Notfallseelsorge und Krisenintervention waren sehr schnell vor Ort. Die PSNV ist in der Berliner Gefahrenabwehr offensichtlich gut verankert?

Ja, das stimmt. In Berlin gibt es seit 1995 das Angebot der PSNV- Akutversorgung. Die beiden christlichen Kirchen bilden zusammen mit den fünf Hilfsorganisationen und der Muslimischen Notfallseelsorge ein gemeinsames Alarmierungssystem. Etwa 150 ehrenamtliche PSNV-Kräfte aus den acht Organisationen sind somit über eine zentrale Alarmierungsnummer von der Berliner Polizei und der Berliner Feuerwehr zu erreichen.

Um die Alarmierung in der großen Stadt besser steuern zu können, bildet die Notfallseelsorge / Krisenintervention Berlin seit zwanzig Jahren mit der Institution der oder des diensthabenden Notfallseelers oder Kriseninterventionshelfers eine eigene „Mini-Leitstelle“ ab. Der oder die Diensthabende ist für eine gewisse Zeit rund um die Uhr erreichbar und damit Alarmierungs- und Meldekopf. Sie oder er nimmt die Alarmierungen entgegen und vergibt die Einsätze nach dem Örtlichkeitsprinzip. Wer nahe zur Einsatzstelle wohnt, wird bevorzugt berücksichtigt. Dabei stützt sich das PSNV-Alarmierungssystem auf eine nach Bezirken geordnete Liste der Mitarbeitenden, eine Wochenbereitschaftsliste und ein Alarmierungssystem, das derzeit bei der Telekom angemietet ist. Über letzteres ist es innerhalb von wenigen Sekunden möglich, alle Notfallseelers und Kriseninterventionshelfer in Berlin zu erreichen.

Darüber hinaus ist die PSNV den Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) in Berlin über den Arbeitskreis PSNV bekannt. Hier haben sich seit 2005 mehrere Partner der PSNV zusammengetan. Neben der Innenverwaltung, der Gesundheitsverwaltung und der Bildungsverwaltung sind der Berliner Krisendienst, die Berliner Feuerwehr und die Berliner Polizei Mitglieder in diesem Arbeitskreis. Besonders für größere Schadenereignisse in unserer Stadt bereitet der Arbeitskreis Absprachen über

Schnittstellen vor und begleitet die Führungskräfteausbildung in der PSNV fachlich. Auch die Fachberater PSNV für den Stab der Berliner Feuerwehr werden hier benannt und berufen.

Nachdem der Sattelschlepper in den Weihnachtsmarkt gestrast war, wurden die ersten Notrufe um 20:04 Uhr in den Leitstellen gemeldet. Die Einsatzkräfte wurden mit dem Stichwort „VU und MANV“ (Verkehrsunfall und Massenfall von Verletzten) alarmiert und waren wenige Minuten später an der Einsatzstelle. Wie wurden die PSNV-Kräfte der Notfallseelsorge / Krisenintervention Berlin genau alarmiert?

Die erste Alarmierung für die Notfallseelsorge / Krisenintervention Berlin kam um 20:25 Uhr von der Leitstelle der Berliner Feuerwehr. Die diensthabende Notfallseelersgerin hatte ein paar Stunden vorher ihren Bereitschaftsdienst angetreten. Die Alarmierung erfolgt zur Adresse Budapeststr. 48. Der Alarmierungshinweis für die PSNV lautete: Ein LKW rast in den Berliner Weihnachtsmarkt am Breitscheidplatz; es ist sehr unübersichtlich.

Um 21 Uhr konnten wir mit 20 PSNV-Kräften der Notfallseelsorge und Krisenintervention die psychosoziale Betreuung der Betroffenen vor Ort aufnehmen. Die Eintreffzeiten der PSNV-Kräfte lagen zwischen 15-25 Minuten. Allerdings wäre es für uns sehr hilfreich gewesen, wenn wir an der im Einsatzverlauf erfolgten Änderung der Einsatzstichworte beteiligt gewesen wären. Für unsere Einsatztaktik wäre es hilfreich gewesen, die in der Folgezeit weiter ausgegebenen feuerwehrinternen Stichworte zu wissen. So wurde für unsere Alarmierung nicht das Stichwort MANV mit ausgelöst. Das wäre jedoch hilfreich für die Einsatztaktik der PSNV gewesen, da wir uns eng an den Aufbau der Berliner Feuerwehr in MANV-Lagen anbinden können.

Wie war die PSNV in die Einsatzstruktur eingebunden?

Die Feuerwehr wollte zwei Betreuungsplätze durch die PSNV versorgt wissen. Die Kriminalpolizei hat kurze Zeit später eine Anfrage für die Versorgung eines polizeigeführten Abschnittes Betreuung übermittelt. Den angeforderten PSNV-Kräften wurde jedoch trotz eindeutiger Identifikation durch PSNV-Ausweis und PSNV-Einsatzweste der Zutritt zur polizeilichen Betreuungsstelle verwehrt.



Der Sattelzug, umgeben von Rettungskräften.
(Foto: Andreas Trojak / CC-BY-SA 2.0)

Die Berliner Feuerwehr richtete eine mobile Betreuungsstelle in ihrem MTF 3 an der Schadensstelle ein und eine zweite im Ballsaal des Hotels Waldorf-Astoria am Breitscheidplatz. In beiden Betreuungsstellen, die fußläufig etwa drei Minuten voneinander entfernt waren, waren die Kollegen und Kolleginnen der PSNV im Einsatz. Später wurden die beiden Betreuungsstellen zusammengelegt, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Wie wurde die PSNV geführt und welchen PSNV-Kräfteinsatz gab es?

Es gab einen Leiter PSNV am Schadensort, der um 20:55 Uhr eintraf und vom Einsatzleiter der Berliner Feuerwehr in die Lage eingewiesen wurde. Der Leiter PSNV wurde von einem Führungsassistenten PSNV und einem Melder PSNV unterstützt. Daneben war ein Fachberater PSNV im Stab der Berliner Feuerwehr eingesetzt und die diensthabende Notfallseelsorgerin war als Backup für den Leiter PSNV vorgesehen. Die beiden Einsatzabschnitte Betreuung haben wir jeweils mit einer eigenen PSNV-Führungsstruktur versehen. Eine Einsatzabschnittsleiterin und ein Einsatzabschnittsleiter koordinierten die Betreuungsmaßnahmen mit der Berliner Feuerwehr zusammen direkt vor Ort. Für die Kommunikation zu den Einsatzabschnitten hatten wir einen Melder PSNV eingesetzt. Dieser ist in unserem Konzept so nicht vorgesehen; hat aber durch seine Filterfunktion wertvolle Dienste im Austausch, der Planung und Kommunikation an diesem Abend geleistet. Wir werden diese Funktion in Zukunft mit aufnehmen.

14 PSNV-Kräfte übernahmen die psychosoziale Akutversorgung der rund 50 Betroffenen an den beiden Betreuungsstellen. Es kam somit ein Personalschlüssel von 1:4 zur Anwendung. Das hat sich bewährt.

Im Hintergrund hatten wir noch einmal die gleiche Anzahl an operativen PSNV-Kräften, die sich den ganzen Abend hindurch zur Verfügung hielten. Wir hätten tatsächlich binnen kurzer Zeit über knapp 50 PSNV-Kräfte vor Ort verfügen können. Die PSNV-Kräfte des Landes Brandenburg waren ebenfalls im Stand-by-Modus. Auch von dort hätten rund 20 bis 25 Kräfte sofort eingesetzt werden können.

Zur Terminologie eine kurze Nachfrage: Die Einsatzabschnitte hießen „EA Betreuung“ oder „EA PSNV“?

Die Berliner Feuerwehr hat zwei Einsatzabschnitte „Betreuung“ genannt, hier wurde klassische PSNV-Arbeit gemacht. Ein Einsatzabschnitt der Polizei hieß auch „Betreuung“, hier fand überwiegend polizeitaktische Betreuung statt, also die Befragung von Zeugen, aber, wie vorhin schon berichtet, keine PSNV. Die Infrastruktur zur Versorgung der Betroffenen wurde im Hotel Waldorf-Astoria zur Verfügung gestellt.

Wie haben sich die Betroffenen vor Ort verhalten und welche Hilfen wurden ihnen angeboten?

In beiden Einsatzabschnitten Betreuung wurden Leichtverletzte und Augenzeugen des Anschlages versorgt, aber auch ankommende Angehörige.

Die ersten Reaktionen der Betroffenen waren – wie wir es aus allen Schadenslagen mit Toten und Verletzten kennen – sehr unterschiedlich, einige waren sehr aufgewühlt und sind emotional sehr nach außen gegangen. Wir haben ihnen zugehört und versucht, sie durch unsere Anwesenheit und durch Gespräche zu beruhigen. Auch haben wir mit ihnen überlegt, wer in der Familie oder im Freundeskreis in den nächsten Tagen für sie da sein kann.

Aber auch sehr in sich versunkene Angehörige waren unter den zu betreuenden Personen. Mit ihnen haben wir die Situation der Ohnmacht ausgehalten und versucht, sie in ein Gespräch zu bringen, um sie aus ihrer Handlungsunfähigkeit herauszuführen. Auch mit ihnen haben wir überlegt, welche unterstützenden Ressourcen es für sie in den nächsten Stunden und Tagen gibt.

Der Leiter PSNV und sein Führungsassistent veranlassten schon nach kurzer Zeit, dass Informationsmaterial des Berliner Krisendienstes an die Einsatzstelle gebracht wurde. An dieser Stelle möchte ich mich bei den Kolleginnen und Kollegen der Berliner Polizei bedanken. Sie haben uns die Materialien an die Einsatzstelle gebracht.

Alle zu betreuenden Personen, mit denen wir im Kontakt standen, haben an diesem Abend und in den nächsten Tagen die Kontaktdaten des Berliner Krisendienstes von uns mit auf den Weg bekommen. Es erfolgte auch eine Ab-sprache mit einem Mitarbeiter des Berliner Krisendienstes

darüber, dass ihre Dienste für die nächsten Tage personell verstärkt werden. So hatten alle von uns betreuten Personen neben der Akutbetreuung durch uns auch immer eine Perspektive. Sie wussten für die nächste Zeit, wohin sie sich wenden können, um weitere Hilfen zu bekommen.

Wir standen am 19.12. und in den folgenden Tagen bis heute in sehr engem Kontakt mit der Koordinierungsstelle NOAH (Nachsorge, Opfer- Angehörigenhilfe) des BBK. Hier erhielten wir wertvolle Unterstützungsleistung und Beratung. Die enge Zusammenarbeit über Jahre hinweg hat sich hier sehr positiv ausgewirkt.

Vielen Dank für die wertschätzende Rückmeldung! Die Koordinierungsstelle NOAH wird umgekehrt von der Berliner Notfallseelsorge / Krisenintervention seit Jahren qualifiziert unterstützt. Zum Einsatz Breitscheidplatz eine weitere Frage: Wie lange wurde die PSNV am Schadensort angeboten? Welche Maßnahmen wurden umgesetzt?

Vom Abend des 19.12. bis in die frühen Morgenstunden des 20.12. waren 20 PSNV-Kräfte in unterschiedlichen Funktionen vor Ort. Der Einsatzabschnitt im Hotel Waldorf-Astoria blieb bis zum 20.12. um 21 Uhr in Betrieb. Angehörige und Betroffene wurden auch an weitere Orte gebracht. Wir hatten aber keine Kenntnis darüber, welche Betreuungsangebote sie erhielten, denn dort hatten wir keinen Einsatzauftrag. Die letzten zu betreuenden Menschen haben um 2 Uhr in der Nacht die Einsatzstelle verlassen. Die PSNV-Kräfte, die bis dahin fünf Stunden im Einsatz waren, wurden ebenfalls entlassen. Zwei weitere PSNV-Kräfte kamen gegen 2 Uhr an die Einsatzstelle und waren bis 5 Uhr vor Ort, um evtl. weitere eintreffende Angehörige und Betroffene zu betreuen. Die Führungsstrukturen der PSNV waren zunächst an den Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“ der Berliner Feuerwehr angebunden; später dann an die Gesamteinsatzleitung der Feuerwehr, die im ELW3 der Berliner Feuerwehr ihre Arbeit aufgenommen hatte.

Am 20.12. war die Einsatzstelle ab 9 Uhr wieder mit PSNV besetzt. 23 PSNV-Kräfte haben in unterschiedlicher Stärke das einsetzende Gedenken mit dem Besuch der Unglücksstelle durch die Kanzlerin, den Bundespräsidenten, den Bundesinnenminister und den Regierenden Bürgermeister und weitere politische Repräsentanten am Breitscheidplatz begleitet und auch am Abend vor, während und nach dem Gedenken in der Kaiser-Wilhelm-Gedächtnis-Kirche ihre Hilfe angeboten. Auch hier waren jeweils PSNV-Führungsstrukturen ausgebildet, die aber – nach dem die Feuerwehr die Verantwortung für die Leitung des Einsatzes abgegeben hatte – nicht an den Führungsstab der Berliner Polizei angebunden werden konnte. So blieb die Einsatzverantwortung bei der Notfallseelsorge / Krisenintervention Berlin. Das war auch mit der letzten Einsatzleitung der Feuerwehr so abgesprochen.

Am 21.12. waren noch fünf PSNV-Kräfte am Breitscheidplatz vor Ort. Diesmal v. a. auf Anfrage der Kaiser-Wilhelm-Gedächtnis-Kirche zu Verstärkung der Seelsorge in der Kirche. Denn inzwischen war die Kirche Ort des

Kondolenzbesuches der Stadt Berlin und damit einer der Orte des Gedenkens.

Wie ist die mittel- und längerfristige psychosoziale Versorgung der Betroffenen in Berlin organisiert?

Leider nicht zufriedenstellend. Bis heute erreichen uns Anfragen Betroffener nach Betreuung. Dies hat seine Ursachen unter anderem darin, dass es in der Stadt Berlin keine zentrale Ansprechstelle für die Betroffenen und Angehörigen gibt. Wir verfügen in der Stadt über ein großes Netzwerk an Betreuungs- und Beratungseinrichtungen, dankenswerterweise haben wir einen ehrenamtlichen Opferbeauftragten, der im vollen Einsatz ist; es gibt aber keine Bündelung und Koordination der Angebote. Mit dem Einstellen der Personenauskunftsstelle der Berliner Polizei ein paar Tage nach dem Anschlag gab es für die Angehörigen und Betroffenen auch keine zentrale Hotline mehr. So blieb und bleibt es den Angehörigen und Betroffenen überlassen, an wen sie sich wie wenden, um von Hilfeangeboten zu erfahren oder eben auch nicht. Dies führt dazu, dass Betroffene nicht fachgerecht betreut werden. Und es gibt Unmut unter den Betroffenen, die diese auch öffentlich äußern. Wir als Notfallseelsorge / Krisenintervention bekommen bis heute Anfragen nach Betreuung, Begleitung und rechtlicher Hilfeleistung, die wir nur zum Teil leisten können, vielfach auch an weitere Einrichtungen abgeben. Vor allem über unsere Internetseite, Twitter und Facebook kommen Kontaktanfragen und Anfragen nach Hilfestellungen.

In den ersten Stunden und Tagen nach dem Anschlag am Breitscheidplatz haben sowohl die Berliner Telefonseelsorge als auch der Berliner Krisendienst ihre Kapazitäten wesentlich erhöht. Beide Organisationen wurden und werden stark nachgefragt. Allein in den ersten acht Wochen hatte der Berliner Krisendienst rund 130 Kontakte und Betreuungsaufträge, die in direkter Verbindung mit dem Anschlag zu sehen sind. Die Kirchliche Telefonseelsorge hatte mindestens 120 Anrufe zu diesem Thema. Der Weiße Ring und andere Organisationen haben im Nachgang zum Anschlag am Breitscheidplatz Spendenkonten eingerichtet. Die Auszahlungen sind Ende Januar 2017 angelaufen. Damit können Angehörige und Betroffene jetzt neben psychosozialer Unterstützung punktuell auch finanziell unterstützt werden. Durch eine gute Medienarbeit konnte Mitte Januar in der Bundesregierung das Opferentschädigungsgesetz so ausgeweitet werden, dass auch nach dem Anschlag mit einem LKW hierüber für die Betroffenen und Angehörigen Entschädigungsleistungen geltend gemacht werden können.

Eine zentrale Koordinierungsstelle PSNV, wie sie nach anderen Katastrophen und Anschlägen in Deutschland schon eingerichtet wurde, wäre also hier auch sinnvoll?

Auf jeden Fall. Tatsächlich beklagen Betroffene und Angehörige selbst, dass sie in den ersten Tagen und bis heute keine zentrale Ansprechstelle seitens des Landes Berlin an

die Seite gestellt bekommen. Positive Erfahrungswerte mit zentralen PSNV-Ansprechstellen aus Unglücken der Vergangenheit wie beispielsweise nach dem Zugunglück in Eschede, dem Amoklauf in Winnenden oder dem Hochwasser 2013 liegen vor. Auch gibt es ja bereits Konzepte und Rahmenpläne für PSNV-Koordinierungsstellen, auch im Land Berlin, nach Katastrophen und Anschlägen, sie wurden von den Landeszentralstellen für PSNV in den Bundesländern gemeinsam mit dem BBK erarbeitet. Der Arbeitskreis PSNV in Berlin war aktiv daran beteiligt. Bisher fehlt aber die Umsetzung für Berlin. Der Anschlag am Breitscheidplatz macht uns allen noch einmal deutlich, wie wichtig eine aufeinander abgestimmte und gebündelte kontinuierliche psychosoziale, rechtliche und therapeutische Begleitung für betroffene Menschen ist. Im Gespräch mit Angehörigen kommt immer wieder zur Sprache, dass sie Informationen und Auskünfte nur bekommen, wenn sie selbst recherchieren und jeweils hartnäckig am Ball bleiben. So eine Stelle muss auch proaktiv tätig werden können.

Sind weitere Betreuungsangebote für die Betroffenen in Berlin erfolgt?

Zunächst war geplant, dass wir in enger Abstimmung mit dem Berliner Opferbeauftragten und dem Land Berlin die Betroffenen zu einem Treffen einladen, damit sie sich untereinander vernetzen können und ihnen gemeinsam Hilfe und Beistand angeboten werden kann. Das Treffen sollte an einem Wochenende stattfinden, damit die Betroffenen genügend Zeit für sich und miteinander haben. Es sollte von speziell dafür ausgebildeten PSNV-Kräften begleitet werden. Zwischenzeitlich hatte allerdings das Bundespräsidialamt bereits eine Einladung zu einem Treffen ausgesprochen; dieses fand dann unter Beteiligung des Bundespräsidenten, des Bundesinnenministers und des Opferbeauftragten Berlin am 17.02.2017 statt. Seit dem 08.03.2017 ist mit dem Politiker Kurt Beck in Berlin ein Beauftragter der Bundesregierung für die Opfer und Hinterbliebenen eingesetzt.

Welches Fazit zieht die PSNV Berlin heute, 100 Tage nach dem Anschlag?

Der Einsatz am Breitscheidplatz hat uns gezeigt, dass wir als PSNV in Berlin gut aufgestellt sind. Wir waren sehr gefordert; doch verfestigt sich der Eindruck, dass wir zu keinem Zeitpunkt von der Situation überfordert waren. Das ist für uns ein sehr positives Fazit.

Die schon lange bestehende enge Zusammenarbeit mit der Berliner Feuerwehr und auch der Berliner Polizei war ein großer Vorteil, um den Einsatz gut bewältigen und gemeinsam abarbeiten zu können. Auch haben die verschiedenen Organisationen, die im Arbeitskreis PSNV in Berlin mitwirken und sich zum Teil schon lange kennen, am Abend des 19.12. und in den folgenden Tagen und Wochen

sehr gut zusammengearbeitet. Die Netzwerkarbeit der letzten Jahre hat sich auch hier gut ausgezahlt.

Und trotzdem hat es einige Punkte gegeben, an denen wir noch weiterarbeiten möchten. Vor allem der Kontakt zur Berliner Polizei an der Einsatzstelle gestaltete sich schwierig, wie schon angesprochen. Die Personenauskunftsstelle ist normalerweise für uns ein wertvolles Hilfsmittel in der Betreuung. Leider konnten wir dieses Mittel nicht gut nutzen. Auch eine Einbindung der PSNV in die BAO (Besondere Aufbau Organisation) der Berliner Polizei ist nicht gelungen. Auch hier gibt es Gesprächsbedarf. Die PSNV Berlin muss besser in die Einsatzkonzepte der Polizei eingebunden werden.

Für die PSNV-Einsatzleitung am Breitscheidplatz war es misslich, keinen geeigneten Arbeitsort in der Nähe zum Einsatzleiter der Feuerwehr zu haben. Dieser Arbeitsort würde die Planung wesentlich erleichtern, er kann als Transportmittel für Einsatzwesten dienen und auch als Treffpunkt sowie Bereitstellungsraum für PSNV-Einsatzkräfte. Hier gilt es, eine gute Lösung zu finden.

Auch an der Kommunikation der PSNV muss gearbeitet werden. Zum einen denke ich an eine Erreichbarkeit unseres Diensthabenden außerhalb des Mobilfunknetzes. Die Mobilnetze waren bei dieser Lage am Breitscheidplatz zwar immer erreichbar; daher waren wir auch erreichbar. Im Fall der Fälle hätte sich hier aber ein enormes Problem ergeben. Geeignete Mittel wären Digitale Funkmeldeempfänger zur Alarmierung der Notfallseelsorge / Krisenintervention Berlin und Funkgeräte zur Kommunikation der Einsatzabschnitte untereinander.

Daneben ist es an der Zeit, das gesamte System der PSNV für Berlin auch auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen. In der Berliner Gesetzgebung gibt es derzeit keinen Anspruch auf adäquate und professionelle psychosoziale Betreuung in und nach einer größeren Schadenslage. Mit der Einbindung der PSNV und damit der Notfallseelsorge / Krisenintervention Berlin in ein entsprechendes Gesetz würde ein verlässlicher Partner der Berliner Feuerwehr und der Berliner Polizei ein selbstverständlicher Teil der Rettungskette in Berlin.

Eine PSNV-Koordinierungsstelle für die mittel- und längerfristige PSNV muss eine selbstverständliche Einrichtung nach Katastrophen und Anschlägen werden.

Das Gespräch führte Dr. Jutta Helmerichs, Leiterin des Referates Psychosoziales Krisenmanagement und der Koordinierungsstelle Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe (NOAH) im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK).

Justus Münster ist Landespfarrer der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz für Notfallseelsorge im Land Berlin und Sprecher des Arbeitskreises PSNV in Berlin (Landeszentralstelle PSNV in Berlin).



Teamarbeit

Terroranschlag am Breitscheidplatz – Maßnahmen aus Sicht eines ÄLRD

Stefan Poloczek

Zugegebenermaßen nicht ganz überraschend hat es nun Berlin auch „erwischt“. Spätestens nach den Anschlägen in Paris am 15.11.2015 („Paris II“) war klar, dass auch für Berlin die abstrakt hohe Gefährdungslage des internationalen Terrorismus irgendwann zu einem realen Einsatz führen wird. Bereits unmittelbar nach Paris II – am 22.12.2015 – wurden durch die Berliner Feuerwehr gemeinsam mit dem Traumanetzwerk Berlin, der Gesundheitsverwaltung und der Polizei Planbesprechungen und Schnittstellenanalysen durchgeführt, um möglichst gut vorbereitet zu sein. Am Abend des 19.12.2016 diskutierte ich mit den Kolleginnen und Kollegen des Traumanetzwerkes erneut unsere Vorbereitungen und unter anderem auch das Szenario des Anschlages am 14.07.2016 in Nizza. Mit Ende der Sitzung war uns noch nicht klar, dass wir nur eine Stunde später in einer realen Lage sein würden.

Um 20:07 Uhr erhielt ich standardmäßig Kenntnis über den MANV-Alarm, um 20:12 Uhr erfolgte eine zusätzliche Alarmierung über eine automatisierte Telefonschleife für die Führungskräfte mit dem Hinweis „LKW in Weihnachtsmarkt, mindestens zehn rote Patienten“. Auf der Anfahrt zur Leitstelle erfolgte die telefonische Abstimmung mit meinem Stellvertreter, der als zusätzlicher LNA zur Einsatzstelle fuhr, sowie mit dem Katastrophenschutzreferenten der Senatsverwaltung für Gesundheit.

Während der Einsatz selbst in der Leitstelle geführt wurde, wurde der mit einer Funktion besetzte Lagedienst durch den Leitstellenleiter und seinen Vertreter, weitere spontan in die Leitstelle gekommene Führungskräfte und eine Führungsstaffel der Freiwilligen Feuerwehr unterstützt.

Klinikalarmierung und –information

Erste Maßnahme war die Alarmierung aller Berliner Kliniken mit einem vorbereiteten und seit Jahren erprobten Verfahren. Bereits bei einem bestätigtem MANV (ab fünf

Patienten) werden alle 39 Berliner Kliniken, die an der Notfallversorgung teilnehmen, in einem dreistufigen Verfahren alarmiert. Dies erfolgt mittels grundsätzlich schnell bedienbarem elektronischen Fax. Um 20:25 Uhr, nach einem Lageabgleich mit der Polizei, wurde von der Leitstelle die zweite Alarmstufe (Voralarm) ausgerufen. Damit sind folgende Empfehlungen für die Kliniken verbunden:



Bei einem MANV sind die Kapazitäten der einzelnen Kliniken von entscheidender Bedeutung.
(Foto: Rainer Sturm / pixelio.de)

- Medizinischen Einsatzleiter etablieren; Krankenhaus-einsatzleitung informieren
- Sichtungspunkt etablieren
- Registrierung vorbereiten
- OP-Programm überprüfen und ggf. anpassen
- Personalsituation überprüfen

An diesem Abend gab es allerdings technische Probleme mit dem elektronischen Fax, welches deutlich verzögert und nur seriell verschickt wurde. Als dies in der Leitstelle bekannt wurde, wurden kurzerhand alle Kliniken nochmals telefonisch informiert. Durch klassische und neue soziale Medien waren allerdings über das Ereignis selbst alle Kliniken bereits informiert. Die fehlende schnelle Lagemeldung zu allen 39 Kliniken führte wiederum zu gehäuftem aktiven Nachfragen der Kliniken über alle Wege in

die Leitstelle. Gegen 22:00 Uhr waren auch die Leichtverletzten in die Kliniken transportiert, dennoch wurde – angesichts der nicht sicher abgeschlossenen Lage – gemeinsam mit dem mittlerweile etablierten Krisenstab der Gesundheitsverwaltung beschlossen, den Voralarm bis 00:00 Uhr und einer erneuten Lageeinschätzung aufrechtzuerhalten. Auch diese Information wurde nicht an die Kliniken kommuniziert und führte zu einer verzögerten Deeskalation. Aus der Auswertung wurden bezüglich der Kommunikation mit den Kliniken folgende Konsequenzen gezogen:

1. Einrichtung einer Telefonschleife mit einem Alarmierungsserver für alle roten Telefone der Kliniken
2. Erstellung einer Checkliste für die Leitstelle / Lagedienst mit regelmäßiger Lageinformation für die Kliniken, insbesondere zur Zahl der zu erwartenden Patienten
3. Möglichst schnelle Implikation des MANV-Modul bei der bereits begonnenen Einführung des interdisziplinären Versorgungskapazitätenachweises (IVENA)

Ressourcenbildung

Aufgrund der Erfahrungen der Kollegen in Paris war allen in der Leitstelle anwesenden Führungskräften schnell präsent, dass ggf. mit weiteren Anschlägen in der Stadt zu rechnen ist. Sofort wurden alle Wachen per Durchsage informiert und zur Besetzung weiterer RTW aufgefordert. Damit konnten sofort 16 zusätzliche Reserve-RTW durch das im Regeldienst auf Löschfahrzeugen befindliche Personal besetzt werden, in diesem Moment ein großer Vorteil der Multifunktionalität von Berufsfeuerwehren im Rettungsdienst. Zusätzlich wurden Fahrzeuge der Hilfsorganisationen, eine SEG des DRK und zusätzliche Rettungswagen des Bundeswehrkrankenhauses – in Berlin in den regulären Rettungsdienst eingebunden – in Bereitschaft versetzt. Mit Unterstützung der Leitstellen in Brandenburg wurden fünf zusätzliche RTW der Nachbarlandkreise nach Berlin alarmiert und in einem zentralen Bereitstellungsraum durch eine ortkundige Besetzung eines Löschfahrzeuges der Freiwilligen Feuerwehr unterstützt.

Umgang mit Fehlmeldungen

Wie auch bei anderen Großereignissen der letzten Zeit gab es eine Reihe von Fehlmeldungen, deren Quellen in der Leitstelle nicht überprüft werden konnten. Dazu gehörten Gerüchte zu Schießereien im Bezirk Charlottenburg und Messerstechereien am Breitscheidplatz. Konkrete Notrufe gab es allerdings keine, deswegen wurde hier die „Gerüchtelage“ aufmerksam beobachtet. Die Meldung aus einem Schockraum der Stadt über eine angekündigte thorakale Messerstichverletzung konnte zum Glück schnell als eine andere Einsatzstelle in Kreuzberg identifiziert werden. Eine offensichtlich gefälschte drohende E-Mail ging während des Einsatzes auf einem normalen Bürorechner der Pressestelle der Berliner Feuerwehr ein und wurde –

ohne dass sie Einfluss auf den Einsatz hatte – am nächsten Morgen der Polizei übergeben.

Einsatznachsorge für die Einsatzkräfte

Zu Betreuung der Einsatzkräfte nach dem Einsatz wurde auf einer nahegelegenen Feuerwache ein eigener Abschnitt ENT (Einsatznachsorgeteam) mit dem behördeninternen dafür rund um die Uhr verfügbaren Team der Feuerwehr gebildet. Allen Einsatzkräften wurde die Möglichkeit eingeräumt, sich unmittelbar nach dem Einsatz zu einem ersten Debriefing zusammenzufinden.

Deeskalation und Auswertung

In einer Lagebesprechung um 00:00 Uhr wurde entschieden, dass bis auf eine Komponente der technischen Gefahrenabwehr zur Unterstützung der Tatortarbeit der Polizei und der Rechtsmedizin die Einsatzstelle zurückgefahren werden konnte. Ein befürchteter weiterer Anschlag in der Stadt blieb aus, ebenso gab es weder erhöhtes Notrufaufkommen oder eine andere größere Lage in der Stadt. Die geplante Rücknahme der Klinikalarmierung wurde verabredet, konnte aber aufgrund der bereits beschriebenen technischen Schwierigkeiten nur verzögert an alle Kliniken übertragen werden. Damit kam die Meldung in den letzten Kliniken erst gegen 01:30 Uhr an. In der Leitstelle fanden sich danach Führungskräfte der Einsatzstelle und der rückwärtigen Bereiche zusammen, um sofort ein möglichst genaues Gedächtnisprotokoll zu fertigen und die Einsatzdokumentation zusammenzustellen.

Nachbereitung

Auch wenn der Einsatz selbst in wenigen Stunden abgearbeitet werden konnte, hatten die folgenden Tage eine erhebliche zusätzliche Arbeitsbelastung zur Folge, insbesondere durch folgende drei Aufgaben:

- Erhebliches Informationsbedürfnis von Presse und politischen Entscheidungsträgern
- Einsatznachsorge für die eigenen Einsatzkräfte
- Überprüfung und Anpassung der Vorbereitungen für die bevorstehenden Feiertage und insbesondere die Silvesterfeierlichkeiten.

Das Informationsbedürfnis insbesondere der Fachöffentlichkeit war und ist enorm. Schnell wurden insbesondere zur Frage der Sicherheit der Einsatzkräfte viel spekuliert. Aus diesem Grunde entschlossen wir uns dazu, schnellstmöglich eine Veranstaltung mit dem Thema „Lessons Learned“ zu planen, die mit 300 Teilnehmern großen Anklang fand.

Dr. med. Stefan Poloczek MPH ist seit 2011 Ärztlicher Leiter Rettungsdienst in Berlin.

Der Amoklauf von München

Bei einem Amoklauf in München tötete ein 18-jähriger Schüler am 22. Juli 2016 im Olympia-Einkaufszentrum (OEZ) im Münchner Stadtbezirk Moosach neun Menschen; vier weitere wurden durch Schüsse schwer verletzt. Weitere 32 Personen verletzten sich auf der Flucht oder bei Panikreaktion, die in der Münchner Innenstadt aufgrund falscher Social-Media-Informationen ausbrachen. Gut zweieinhalb Stunden nach Beginn des Amoklaufes stellte eine Polizeistreife den Täter in der Nähe des Einkaufszentrums, woraufhin dieser sich erschoss.

Rudi Cermak und Jürgen Terstappen

Tathergang

Am 22. Juli 2016, einem Freitag, versuchte der Täter offenbar, über Facebook mittels eines Fake-Accounts mit falschem Namen diverse Jugendliche in das McDonald's-Schnellrestaurant gegenüber dem Olympia-Einkaufszentrum (OEZ) zu locken. Um etwa 17:50 Uhr kam der psychisch gestörte Täter aus dem WC in den Speiseraum der McDonald's-Filiale und schoss auf die Gäste. Fünf Personen wurden dabei tödlich getroffen. Der Täter verließ das Restaurant und schoss auf Passanten in der Hanauer Straße; dabei wurden zwei von ihnen tödlich verletzt. Anschließend ging er ein Stück nach Süden und erschoss vor der Filiale eines Elektromarktes einen weiteren Menschen. Danach überquerte er die Hanauer Straße und betrat das OEZ, wo er im Erdgeschoss eine weitere Person tötete.

Rettungsdiensteinsatz

Nach Notrufeingang alarmierte die Integrierte Leitstelle München (ILS) der Berufsfeuerwehr München mit dem Einsatzstichwort „Schusswaffengebrauch“ die nach Alarm- und Ausrückeordnung (einer sog. RD 5-Lage) vorgesehenen Rettungsmittel (ELRD [Einsatzleiter-Rettungsdienst], 2 NEF [Notarzteinsatzfahrzeug], 3 RTW [Rettungstransportwagen] und 1 Sichtung-RTW). Aufgrund der Rückmeldung des ersten RTW – mehrere Personen Exitus und mehrere Personen mit Schussverletzungen – erhöhte die ILS auf eine „MANV 2-Lage“ (26-50 Verletzte/Erkrankte). Dabei wurden die Sanitäts-Einsatzleitung (SanEL), deren Unterstützungsgruppe (UG-SanEL), 6 NEF, 15 RTW/KTW, 3 Sichtung-RTW, 2 Großraum-Rettungswagen (GRTW), 3 Schnell-Einsatz-Gruppen (SEG) Transport, 2 SEG Behand-

lung, Abrollbehälter (AB-MANV), 1 SEG Technik & Logistik, 1 PSNV(B)-Team sowie einen Zug der BF zur Unterstützung und dienstfreie Organisatorische Leiter (OrgL) als Einsatzabschnittsleiter alarmiert. Dazu zählt auch Co-Autor Jürgen Terstappen. Im weiteren Verlauf des Einsatzes wurden zusätzliche Einheiten alarmiert.



Der U-Bahn-Betrieb wurde vorübergehend eingestellt.
(Foto: Renardo la vulpo; CC-BY-SA 4.0)

Vom diensthabenden OrgL wurden Jürgen Terstappen und dem ELRD der Einsatzabschnitt „Schaden“ übergeben. Eine erste Lageerkundung hatte bereits durch den ersteintreffenden ELRD und die Sichtung-RTW stattgefunden und ergab 3 Patienten Exitus und 7 Patienten Sichtungskategorie (SK 1) = rot. Die SK 1 Patienten hatten alle Schussverletzungen erlitten und befanden sich überwiegend in einem kritischen Zustand. Aus Gründen des Eigenschutzes wurde einsatztaktisch „Load, Go and Treat“ befohlen, um die Verweilzeit an der Einsatzstelle so gering wie möglich zu halten. Immer wieder mussten rettungsdienstliche Maßnahmen unterbrochen werden, da die Polizei das sofortige

Aufsuchen von Deckung anordnete. Dies bedeutete eine immens hohe Belastung für die Einsatzkräfte, da die anwesenden Angehörigen der schwerverletzten Opfer verzweifelt um Hilfe flehten.

Zunächst wurde die Schadenstelle durch die Polizei als „SICHER“ freigegeben, so dass Rettungsmittel und Einsatzführungsdienst anfahren konnten. Nach kurzer Zeit musste diese Einschätzung revidiert werden, was natürlich wegen des Eigenschutzes unserer Einsatzkräfte problematisch war. Versorgung und Transport gestalteten sich somit schwierig. Ein Teil der Verletzten befand sich in einem angrenzenden Elektromarkt und suchte dort Zuflucht, auf dem ca. 25 m langen Stück Gehweg lagen drei bereits verstorbene Opfer sowie ein SK 1 Patient, der ebenfalls einen Kopfschuss erlitten hatte. Im unteren Bereich der McDonald's Filiale befanden sich zwei weitere SK 1 Patienten. Und im 1. OG der McDonald's Filiale fand man nochmal vier, jeweils durch Kopfschuss verstorbene, Opfer.

Alle verletzten Patienten konnten allerdings innerhalb der „Golden Hour of Trauma“ in die Schockräume Münchner Kliniken transportiert werden. Dorthin wurden dienstfreie Ärzte, Pfleger, Seelsorger und weiteres Personal zur Unterstützung des diensthabenden Personals gerufen. Man bereitete sich in allen großen Krankenhäusern auf einen Massenanfall von Verletzten vor. Probleme ergaben sich durch die Einstellung des Öffentlichen Personen Nahverkehrs (ÖPNV), da das Personal somit nur erschwert in die Kliniken gelangte – und später nicht mehr nach Hause kam.

Auch die Taxiunternehmen stellten den Betrieb ein, um den vermeintlichen Tätern keine Fluchtmöglichkeiten zu bieten. Und nicht zuletzt fuhr der Rettungsdienst keine Notfalleinsätze in Stadt und Landkreis mehr, ohne vorher die Lage von der Polizei erkunden – und den Einsatzort als „SICHER“ erklären zu lassen.

Polizeiliche Lage

Um 17:52 Uhr gingen auch die ersten Notrufe bei der Polizei-Einsatzzentrale (PEZ) ein. Die Polizei rückte daraufhin mit einem Großaufgebot zum Tatort aus. Es wurde vermutet, dass der oder die Täter – man ging von 3 Personen aus – sich im Olympia-Einkaufszentrum befinden. Daher war der Zutritt für Rettungskräfte dort nicht möglich.

Die Rettungsmaßnahmen selbst wurden durch ein Großaufgebot von Polizeieinsatzkräften flankiert, die ihr Bestes gaben, die Rettungskräfte zu sichern. Teilweise wurden sogar gepanzerte Fahrzeuge des SEK als Schutz aufgestellt.

Das OEZ wurde im Verlauf mehrerer Stunden durch Spezialeinsatzkräfte der Polizei geräumt. Die Evakuierten mussten das Gebäude mit erhobenen Händen verlassen; es wurde befürchtet, der oder die Täter könnten sich daruntergemischt haben. Dabei kam es immer wieder zu medizinischen Zwischenfällen, so dass im Verlauf der Räumung noch weitere 24 Personen in umliegende Krankenhäuser transportiert werden mussten. Im Untergeschoss des OEZ fand sich zwischenzeitlich ein weiteres bereits verstorbene Opfer.

Trotz größter Bemühungen ist es den Polizeikräften dabei nicht gelungen, Passanten daran zu hindern, den Gefahrenbereich zu betreten. Durch dieses absolut nicht nachvollziehbare Verhalten haben diese sich selbst – aber auch die Einsatzkräfte erheblich gefährdet.

Nebenbei sei erwähnt, dass auch der Stachus und der Hauptbahnhof geräumt wurden und das beliebte „Tollwood-Festival“ auf dem Olympiagelände abgebrochen wurde.



Abbildung 1: Rebel-Basis-Set für K-Fahrzeuge.
(Anm. des Verfassers: weicht vom RD etwas ab).

Gegen 20:30 Uhr meldete die Polizei über ihre Pressestelle eine „akuten Terrorlage“ in München. Zeitgleich wurde der Amokläufer (es handelte sich tatsächlich um einen Einzeltäter, wie man später feststellte) in einer angrenzenden Straße am OEZ von einer Streife der Verkehrspolizei entdeckt. Als die beiden Polizisten ihn stellten, zog er seine Waffe und tötete sich mit einem Kopfschuss. Allerdings ging man weiterhin von mehreren Tätern aus. Entwarnung konnte zu dem Zeitpunkt also nicht gegeben werden. Da der Amokläufer auch noch einen Rucksack mit unbekanntem Inhalt trug, wollte man sich der Leiche aus Sicherheitsgründen nicht nähern. Dies geschah dann erst weit nach Mitternacht, als sich die Lage langsam klärte, durch eine Spezialeinheit der Polizei.

Neben der ursprünglichen Einsatzmeldung am OEZ tauchten sehr bald Meldungen auf, das auch an weiteren Stellen in der Stadt Schusswechsel mit Verletzten stattgefunden hatten. In der Zeit von 17:52 Uhr bis 24:00 Uhr gingen beim Polizeipräsidium München 4310 Notrufe ein. Das Vierfache eines „normalen“ Tages! Darunter waren auch zahlreiche Hinweise zu möglichen weiteren Tätern, 67 gemeldete Schießereien in der Stadt und auch zwei Geisel-

nahmen, die sich alle als falsch herausstellten, denen die Polizei aber nachgehen musste. Diese Meldungen führten dazu, dass sich der Verdacht eines Anschlags mit terroristischem Hintergrund erhärtete und die ILS neben allen verfügbaren Einsatzeinheiten im Rettungsdienstbereich München Schnell-Einsatzgruppen und Hintergrunddienste aus den benachbarten Rettungsdienstbereichen anforderte. In Summe dürften knapp zweitausend Einsatzkräfte der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr im Einsatz gewesen sein.

Erst gegen 23:30 Uhr war polizeiseitig klar, dass es sich bei diesem Einsatz um einen Amoklauf mit einem Einzeltäter handelte und keine Terrorlage vorlag. Die Öffentlichkeit wurde allerdings erst weit nach Mitternacht über diesen Sachverhalt informiert. Erst danach begann sich das Leben in der Stadt, die in Schockstarre gefallen war, wieder langsam zu regenerieren. Gefühlt dauerte es aber mehrere Tage, bis Normalität einkehrte. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die hervorragende Pressearbeit – ganz speziell in den Sozialen Medien – durch das Polizeipräsidium München.

Rechtsgrundlage

Es handelte sich bei dem Amoklauf um ein „Koordinierungsbedürftiges Ereignis“ gem. Art. 15 BayKSG. Es wurde kein Katastrophenfall erklärt.

Nachbetrachtung

Der gesamte Einsatz wurde höchst professionell abgearbeitet. So wurde es auch von der Bevölkerung empfunden.

Trotzdem ist festzuhalten: Im einsatztaktischen Vorgehen muss der Schutz der Einsatzkräfte in den Fokus rücken! Einerseits wollen wir zwar schnell und effizient helfen, müssen aber dabei aber die Sicherheit unserer eigenen Einsatzkräfte beachten. Ganz offen sei gesagt, dass die Einsatzkräfte bei unsicheren Einsatzlagen in Kauf nehmen müssen, nicht helfen zu dürfen, da sie aus Sicherheitsgründen nicht zu den Opfern vordringen können. Gerade bei derartigen Lagen ist das ein schwieriger Spagat, der aber leider unabdingbar ist.

Führungskräfte und Einsatzkräfte müssen durch entsprechende Aus- und Fortbildungen dafür deutlich stärker sensibilisiert werden. Ferner muss für alle Einsatzkräfte bei einer „Sonderlage“, klar sein, dass der schnelle Transport der Patienten absolute Priorität hat und ein Verweilen an

der Einsatzstelle vermieden werden muss. Das steht zwar im Widerspruch zum erlernten Standard-Vorgehen, ist aber bei diesen Szenarien von elementarer Bedeutung.

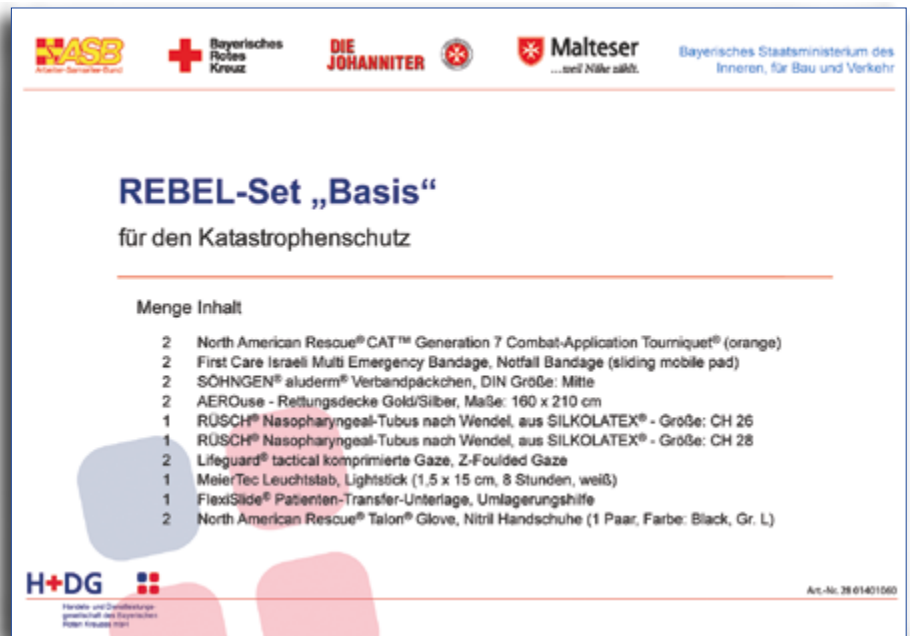


Abbildung 2: Inhaltsverzeichnis.
(Anm. des Verfassers: Inhalt mit allen Beteiligten abgestimmt).

Ein weiteres Handlungsfeld ist die Abstimmung des Einsatzes zwischen Polizei und dem Rettungsdienst / Katastrophenschutz vor Ort, aber auch mit der ILS. Wir gehen mit völlig unterschiedlicher Methodik und Zielsetzung an ein solches Szenario heran. Deshalb müssen wir frühzeitig valide Informationen transportieren und alle Einsatzorganisation aufeinander abstimmen. Die vom Freistaat Bayern im Juni 2016 herausgegebene Handlungsempfehlung für Rettungsdiensteinsätze bei besonderen Einsatzlagen, kurz REBEL genannt, könnte zumindest als roter Faden dazu dienen. Darin sind nicht nur einsatztaktische Maßnahmen beschrieben, sondern auch Empfehlungen für die zusätzliche Ausstattung, z. B. Tourniquet und Israeli Bandage, aufgeführt.

Nach diesem Einsatz war allen daran beteiligten Einsatzkräften der Polizei, der Feuerwehr und der Hilfsorganisationen klar, dass man bei besonderen Einsatzlagen dringend aufeinander angewiesen ist und deshalb die Zusammenarbeit durch gemeinsame Aus- und Fortbildung in Theorie und Praxis kontinuierlich vertieft werden muss.

Rudi Cermak ist Katastrophenschutzbeauftragter des Bayerischen Roten Kreuzes (cermak@lgst.brk.de)
Jürgen Terstappen ist Organisatorischer Leiter BRK-Kreisverband München (juergen.terstappen@brk-muenchen.de)

Lebensbedrohliche Einsatzlage

Der Terroranschlag in Würzburg-Heidingsfeld und die Konsequenzen für die polizeiliche und nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr

Thomas Wurmb, Johannes Hemm, Gerhard Möldner, Paul Justice und AGTAW-WÜ

Die Terroranschläge und Amoktaten der letzten zwei Jahre haben unser Denken und Planen verändert. Heute reagieren wir auf Notfallmeldungen mit möglichem Waffengebrauch in einer deutlich weiterreichenden Dimension, als wir es noch vor wenigen Jahren getan haben. Eine dieser Erfahrungen, die zu einem solchen veränderten Reaktionsmuster geführt hat, ist der Terroranschlag vom Juli 2016 in Würzburg.



Am 18. Juli 2016 kurz nach 21 Uhr attackierte ein islamistischer Attentäter mehrere Personen in einem Regionalexpress der Deutschen Bahn. (Foto: Andreas Müller / CC BY-SA 3.0 de)

Einsatzbericht

Am 18. Juli 2016 um kurz nach 21 Uhr attackierte ein islamistischer Attentäter mehrere Personen in einem Regionalexpress der Deutschen Bahn. Der Zug befand sich auf der Fahrt zwischen Ochsenfurt und Würzburg. Der Täter führte seinen Angriff mit einer Axt und einem Messer aus und verletzte dabei vier Reisende. Drei von ihnen wurden lebensgefährlich, einer schwer verletzt. Mittels einer Notbremsung wurde der Zug auf freier Strecke gestoppt und der Täter flüchtete durch ein Wohngebiet. Auf seiner Flucht griff er eine Passantin ebenfalls mit Axt und Messer an und fügte auch ihr lebensgefährliche Verletzungen zu. Eine weitere Person verletzte sich leicht bei der Flucht aus dem Zug. Der erste Notruf wurde um 21:10 Uhr abgesetzt und ging bei der Polizeieinsatzzentrale (PEZ) ein. Bei dieser Meldung gab es noch keine genaue Angabe über den augenblicklichen Standort des Zuges. Der zweite Notruf bei der PEZ ging um 21:13 Uhr ein. Dieser Anrufer konnte schon genauere Angaben über die Örtlichkeit, das Ausmaß des Ereignisses und sogar eine Täterbeschreibung abgeben.

Dies hatte eine meldebildadaptierte Alarmierung seitens der PEZ zur Folge. Bei der Integrierten Leitstelle (ILS) der Feuerwehr und des Rettungsdienstes ging die erste Information um 21:14 Uhr durch die PEZ ein. Zeitgleich gab es weitere Notfallmeldungen bei der ILS, die von Zeugen vor Ort abgesetzt wurden. Auch seitens der ILS erfolgte dann eine meldebildadaptierte Alarmierung gemäß Schlagwort. Die alarmierten Kräfte wurden noch auf der Anfahrt über das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Einsatzlage informiert. Das erste Rettungsmittel erreichte den Einsatzort nach sieben Minuten. Es erfolgte dann die medizinische Versorgung der verletzten Patienten im Schadensgebiet. Durch ein Sondereinsatzkommando der Polizei wurde der Terrorist später gestellt und, nachdem er die Polizisten angegriffen hatte, in Notwehr erschossen.

Insgesamt wurden vier Patienten mit der Sichtungskategorie Rot (lebensgefährliche Verletzungen), ein Patient mit der Sichtungskategorie Gelb (schwere Verletzungen) und ein Patient mit der Sichtungskategorie Grün (leichte Verletzungen) behandelt. Es wurden 15 unverletzte Betroffene betreut. Aufgrund der vielen verfügbaren Einsatzkräfte konnte zu jedem Zeitpunkt eine individualmedizinische Versorgung gewährleistet werden. Alle Opfer haben den Anschlag überlebt. Die Einsatzkräfte blieben physisch unverletzt. Der Attentäter selbst kam ums Leben. Einsatzende war am 19.07.2017 um 02:09 Uhr.

Die Lage und die Raumordnung

Bei dem Einsatz handelte es sich um eine lebensbedrohliche Einsatzlage. Diese Information ist noch vor Eintreffen des ersten Rettungsmittels am Einsatzort an alle alarmierten Kräfte ausgegeben worden. Die Lage war insgesamt dynamisch mit mehreren Einsatzstellen und einem mobilen einzelnen Attentäter. Diese Tatsache, dass es sich nur um einen einzelnen Täter handelte, war während des Einsatzverlaufes nicht gesichert, so dass zwischenzeitlich zumindest ein weiterer Attentäter angenommen werden musste. Eine definitive Entwarnung hierzu gab es um ca. 23:45 Uhr. Einsatzkräfte wurden körperlich nicht verletzt. Es fand eine umfassende Psychosoziale Notfallversorgung statt.

Rückblickend gab es drei Einsatzorte, den Zug, eine nahe gelegene Straße und den Ort, an dem der Attentäter erschossen wurde. Von der Sanitätseinsatzleitung (SanEl)

wurden zunächst zwei Einsatzabschnittsleiter für die Abschnitte „Zug“ und „Straße“ und ein Abschnittsleiter für den Bereitstellungsraum benannt. Die Festlegung der Lokalisation des Bereitstellungsraumes für die Einsatzkräfte des Rettungsdienstes erfolgte durch die ILS aufgrund der ihr vorliegenden Informationen des Zugstandortes. Aufgrund einer Fehlinformation lag dieser Bereitstellungsraum in unmittelbarer Nähe zum Standort des Zuges. Die Kräfte-sammelstelle der Polizei wurde an einem anderen, namen-sähnlichen Ort etabliert, der deutlich weiter von Schadens-abschnitt „Zug“ entfernt lag. Als Konsequenz kamen viele Einsatzkräfte des Rettungsdienstes in unmittelbarer Nähe zum noch nicht gesicherten Bereich zur Aufstellung. Eine Sicherung durch Polizeikräfte war in der Anfangsphase aufgrund von Krätemangel nicht möglich. Der Aufenthalts-ort des Attentäters war zu diesem frühen Zeitpunkt noch unbekannt. Im weiteren Verlauf wurde der initial gewählte Bereitstellungsraum aufgelöst und dafür zwei andere, weit dislozierte Bereitstellungs-räume festgelegt. Um ca. 22:00 Uhr wurde ein Einsatzabschnitt „Betreuung“ eingerichtet. Als Örtlichkeit wurde eine ca. 2 km entfernte Sportarena gewählt. Hier wurde die Betreuung der unverletzten Betrof-fenen organisiert. Dieser Einsatzabschnitt wurde polizei-lich gesichert.

Konsequenzen aus dem Einsatz

Die Aufarbeitung des Würzburger Terroranschlages und des nachfolgenden Einsatzes erfolgte gemeinsam durch Po-lizei, Rettungsdienst und Feuerwehr. Darüber hinaus läuft derzeit eine wissenschaftliche Aufarbeitung des Einsatzes in Kooperation mit der Sektion Notfall- und Katastrophen-medizin der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie des Universitätsklinikums Würzburg.

Das Bayerische Staatsministerium des Inneren hat schon vor den Anschlägen in Würzburg und Ansbach und dem Amoklauf von München eine Handlungsempfehlung für den Rettungsdienst bei besonderen Einsatzlagen (RE-BEL) veröffentlicht. Aufgrund der Erfahrungen aus dem Würzburger Einsatz und auf der Basis der Empfehlungen aus REBEL wurden entsprechende Konsequenzen abgeleitet und unter der Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten einsatztaktische Festlegungen entwickelt. Zunächst wurde als gemeinsame Bezeichnung der Begriff „lebensbe-drohliche Einsatzlage“ festgelegt und entsprechend defi-niert, um einen einheitlichen Sprachgebrauch von Polizei, Rettungsdienst und Feuerwehr zu gewährleisten. Als wei-terer Schwerpunkt wurde die frühe, hoch priorisierte Kom-munikation („Rotes Telefon“) zwischen PEZ und ILS be-schrieben und festgelegt. Von großer Bedeutung sind hier-bei die gemeinsame Lagebeurteilung und das abgestimmte Anfahren der Polizei, der Feuerwehr und des Rettungs-dienstes in Richtung des Gefahrenbereiches. Als nächster wichtiger Schritt erfolgt dann die lageangepasste Festle-gung eines gemeinsamen (Polizei, Rettungsdienst und Feu-erwehr) Bereitstellungsraumes. Dieser Raum und die darin befindlichen Einsatzkräfte können entsprechend von der

Literatur

Wurmb T, Justice P, Dietz S, Schua R, Jarausch T, Kinstle U, Greiner J-U, Möldner G, Müller J, Kraus M, Simon S, Wagenhäuser U, Roewer N, Helm M. Mögliche Qualitätsindikatoren und Einsatz-merkmale für rettungsdienstliche Einsätze bei Terroranschlägen oder anderen Bedrohungslagen - Eine Pilotstudie nach dem Würzburger Terroranschlag vom Juli 2016. Der Anaesthetist in press (2017)

Polizei geschützt werden. Das weitere Vorgehen richtet sich dann nach der jeweiligen Lage und nach der Gefährdungs-einschätzung durch die Polizei. Wichtig hierbei ist das abge-stimmte Vorgehen unter der gegenseitigen Berücksichti-gung des jeweiligen Einsatzschwerpunktes (Täterbekämp-fung – Patientenversorgung)

Ein entscheidender Punkt ist die Kommunikation zwis-chen den jeweiligen Führungskräften. Dies wird durch die jeweiligen Führungsstrategien („Führung von Hinten“, versus „Führung von Vorn“) erschwert. Um dieses Problem zu lösen wurden entsprechende Festlegungen getroffen. Hierzu zählen die räumliche Zusammenführung der Füh-rungskräfte vor Ort und der Austausch von Verbindungs-beamten im Hintergrund. Die hier dargestellten Punkte sind Teil eines Gesamtkonzeptes, das für den Bereich Un-terfranken mit seinen drei Rettungsdienstbereichen fer-tiggestellt ist und derzeit geschult wird.

Fazit

Bei einer lebensbedrohlichen Einsatzlage werden höchste Anforderungen an die agierenden Einsatzkräfte gestellt. Es gilt unter enormem Zeitdruck die Bedrohung zu beenden, möglichst viele Opfer zu retten und dabei das Leben der Einsatzkräfte zu schützen. Um dies zu erreichen müssen im Vorfeld gemeinsame, praxisgerechte Konzepte erarbei-tet, verabschiedet und geschult werden. Neben der wissenschaftlichen Aufarbeitung des Würzburger An-schlages ist dieser Prozess nun in Gang gekommen und muss in Zukunft intensiv fortgesetzt werden.

Univ.-Prof. Dr. Thomas Wurmb ist Leiter der Sektion Notfall- und Ka-tastrophenmedizin an der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie des Universitätsklinikums Würzburg, Johannes Hemm ist Leitender Polizeidirektor im Polizeipräsidium Un-terfranken, Gerhard Möldner ist Abteilungsleiter Einsatzleitung (Integrierte Leit-stelle) im Amt für Zivil- und Brandschutz der Stadt Würzburg und Paul Justice ist Geschäftsleiter imZweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung.

Mitglieder der AG Terroranschlag-Würzburg: Stefan Dietz, Bayerisches Rotes Kreuz; Dr. med. Rainer Schua, Regierung von Unterfranken; Dr. med. Thomas Jarausch, Leitender Notarzt für Würzburg; Uwe Kinstle, Johanniter-Unfall-Hilfe; Jens-Uwe Greiner, Bayerisches Rotes Kreuz; Joachim Müller, Integrierte Leitstelle Würzburg, Amt für Zivil- und Brandschutz der Stadt. Würzburg; Dr. med. Martin Kraus, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (Bezirksbeauftragter); Stefan Simon, Malteser Hilfsdienst; Ulrich Wagenhäuser, Notfallseelsorge, Diözese Würzburg.

Medizinisches Management besonderer Bedrohungs- und Schadenslagen

Zusammenfassung und Ausblick

Barbara Kowalzik, Dorothee Friedrich, Tobias Brodala und Martin Weber

Spätestens seit den Ereignissen 2015 in Paris (der Angriff auf das Redaktionsbüro der Zeitschrift Charlie Hebdo im Januar und die Mehrfachanschläge im November) ist uns allen bewusst, dass der Terrorismus in Europa angekommen ist.

In Folge der Ereignisse in den vergangenen Jahren wurden europaweit die Vorbereitungen des Umgangs mit Terroranschlägen sowohl in der Prävention als auch im Management verstärkt. Die Herausforderungen im Umgang mit Bedrohungs- und Schadenslagen umfassen insbesondere den Eigenschutz der Einsatzkräfte, medizinische Akutmaßnahmen und die medizinische Versorgung in den Kliniken. Eine besondere Bedeutung kommt auch der einsatztaktischen Vorgehensweise der Ersteinsatzkräfte im Zusammenwirken von polizeilicher und nichtpolizeilicher Gefahrenabwehr zu.

Die Herausforderung im Management dieser Schadenslagen ist die meist hohe Anzahl an Betroffenen und Verwundeten mit teilweise schweren Verletzungsmustern, die sonst nur in konventionellen Auseinandersetzungen oder Konflikten zu erwarten sind. Rettungskräfte vor Ort und weiterbehandelnde Krankenhäuser müssen durch Ausbildung und Ausstattung auf den Umgang mit derartigen Verletzungen vorbereitet werden.

Frankreich ist sehr offen mit der Auswertung der Pariser Anschläge umgegangen und hat seine Erfahrungen weitergegeben, so dass andere Länder eigene Vorbereitungen optimieren konnten.

Belgien konnte auf die Terroranschläge in Brüssel im März 2016 möglicherweise auch deshalb so professionell reagieren, weil die Lessons learned von Frankreich bereits in die belgischen Konzepte eingepflegt und umgesetzt waren.

Auch in Deutschland haben sich sehr schnell Hilfsorganisationen, Fachverbände und regionale Zusammenschlüsse mit der Thematik beschäftigt und erste Überlegungen und Handlungsempfehlungen erstellt und zum Teil auch schon veröffentlicht. Diese beziehen sich in der Regel jedoch nur auf den eigenen Fachbereich und berücksichtigen nicht die Schnittstellen zu den anderen verantwortlichen Akteuren.

Aus verschiedenen Fachgremien und -institutionen wurde nach den Ereignissen in Frankreich 2015 an das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) der Wunsch herangetragen, einen Beitrag zum Informations- und Erfahrungsaustausch über Ansätze zum Management besonderer Bedrohungs- und Schadenslagen unter Berücksichtigung des Zusammenwirkens der nichtpolizeilichen und polizeilichen Gefahrenabwehr hinsichtlich der Versorgung von Betroffenen im gesamtnationalen Kontext zu leisten.



Rettungskräfte müssen durch Ausbildung und Ausstattung auf den Umgang mit Verletzungsmustern, die sonst nur in konventionellen Auseinandersetzungen oder Konflikten zu erwarten sind, vorbereitet werden.
(Foto: Günther Richter / pixelio.de)

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe sieht in diesem Kontext seine Aufgabe darin, die unterschiedlichen, bereits bestehenden Ansätze zur Bewältigung der besonderen Bedrohungs- und Schadenslagen zu identifizieren, zu harmonisieren und zusammen mit

verantwortlichen Akteuren weiterzuentwickeln. Dies geschieht unter Einbindung von Entscheidungsträgern, Akteuren aus den verschiedenen Ressorts sowie Vertretern, Experten und Multiplikatoren von Gefahrenabwehrbehörden, Fachinstitutionen und Hilfsorganisationen. Angestrebtes Ziel ist die gemeinsame Entwicklung eines gesamtnationalen Ansatzes zur Bewältigung von besonderen Bedrohungs- und Schadenslagen durch gegenseitige Sensibilisierung, Information und gemeinsame Ableitung von Handlungsempfehlungen unter Einbeziehung der bereits erarbeiteten Ergebnisse aus den verschiedenen Fachgremien. Bisher wurden drei Workshops durchgeführt, in denen vorhandene Fähigkeitslücken im Gesundheitlichen Bevölkerungsschutz in Bezug auf den Umgang mit besonderen Bedrohungs- und Schadenslagen identifiziert wurden.

Optimierungsbedarf besteht demnach in den Bereichen:

- Erkennen einer Gefahrenlage durch ersteintreffende Einsatzkräfte
- Alarmierung nachfolgender Einsatzkräfte
- Einsatztaktisches Verhalten, Kommunikation und Führung vor Ort
- Klinische Patientenversorgung, rettungsdienstliche Patientenversorgung
- Psychosoziale Notfallversorgung
- Management von Ressourcen (Personal und Material)
- Aus- und Fortbildung, beziehungsweise Übungen

Bundesweit bereits entwickelte Handlungsempfehlungen und Konzepte wurden zusammengetragen und ausgewertet. In weiteren Experten-Workshops soll der Optimierungsbedarf dieser Dokumente unter Berücksichtigung der Schnittstellen ausgearbeitet werden, so dass dem Anspruch auf einen gesamtnationalen Ansatz unter Berücksichtigung aller Verantwortlichen entsprochen werden kann.

Im Frühjahr 2018 plant das BBK einen nationalen Kongress zu besonderen Bedrohungs- und Schadenslagen und den Herausforderungen für den Bevölkerungsschutz, in dem die bis dahin erzielten Erkenntnisse und Ergebnisse einer größeren Fachöffentlichkeit vorgestellt und den verantwortlichen Akteuren zur Verfügung gestellt werden sollen. Die Ergebnisse aus diesem Prozess werden auch in die Ausarbeitung und Umsetzung der neuen Konzeption Zivile Verteidigung (KZV) einfließen, die im Sommer 2016 veröffentlicht wurde. Die KZV ist das Basisdokument für die Aufgabenerfüllung im Bereich der Zivilen Verteidigung und zivilen Notfallvorsorge des Bundes und stellt den zivilen Gegenpart zur Konzeption der Bundeswehr dar.

Als Zivile Verteidigung werden alle nichtmilitärischen Maßnahmen im Rahmen der Gesamtverteidigung bezeichnet.

Dies schließt auch die Versorgung der Bevölkerung mit Gütern und Leistungen, zum Beispiel auch die medizinische Versorgung, ein. So werden im Kapitel „Schutz der Gesundheit“ der Konzeption Zivile Verteidigung der Sani-

Literatur

AKNZ Jahresprogramm 2017 (http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/AKNZ/AKNZ_Box_Jahresprogramm_2017.html, Zugriff am 24.03.2017)

Konzeption Zivile Verteidigung 2016 (<https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/.../konzeption-zivile-verteidigung.pdf>, Zugriff am 24.03.2017)

Resolution 1566 des UN-Sicherheitsrates (http://www.un.org/depts/german/sr/sr_04-05/sr1566.pdf, Zugriff am 24.03.2017).

tätsdienst, die Sanitätsmaterialbevorratung und die Krankenhausalarmplanung beschrieben.

Die Zivile Verteidigung baut auf den Planungen für die friedensmäßige Krisenbewältigung auf. Dazu werden Konzepte und Richtlinien erarbeitet, wie die Bevölkerung im Verteidigungsfall geschützt werden kann. Die Konzeption stellt den Rahmen für notwendige Anpassungen an ein sich wandelndes Sicherheitsumfeld und die damit einhergehenden Anforderungen an die Zivile Verteidigung und Notfallvorsorge des Bundes dar.



Der beschriebene Prozess zur besseren Bewältigung dieser besonderen Bedrohungs- und Schadenslagen knüpft im Bereich der hohen Bedeutung von Ausbildung, Training und Übung ebenfalls an die seit mehr als fünf Jahren bestehenden Aus- und Fortbildungsangebote der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) an, zum Beispiel

- BOS übergreifendes Management von Terrorismuslagen I und II
- Ärztliche und rettungsdienstliche Führungskräfte beim MANV I und II
- Führen und Leiten unter hoher psychischer Belastung
- Langfristige Nachsorge nach Großschadenslagen

Die aktuellen Angebote können im jeweiligen Jahresprogramm der AKNZ eingesehen werden. Zum Download unter:

www.bbk.bund.de/DE/AufgabenundAusstattung/AKNZ/AKNZ_Neu/AKNZ%20Info/aktuelle_hinweise_node.html

Dr. Barbara Kowalzik ist Leiterin des Referates *Schutz der Gesundheit* im BBK,
Dr. Dorothee Friedrich ist Leiterin des Referates *Wissenschaft, Technik und Gesundheit* im BBK,
Tobias Brodala und Dr. Martin Weber sind Mitarbeiter dieses Referates.

Chancen und Herausforderungen

Zusammenarbeit von BOS und Zivilgesellschaft neu gedacht

Veronika Zettl, Thomas Ludwig, Christoph Kotthaus, Sascha Skudelny und Michael Moskopp

Der gesellschaftliche und mediale Wandel macht auch vor den Strukturen des Katastrophenschutzes nicht Halt. Bedingt durch eine alternde Gesellschaft, die Aussetzung des Wehr- und Zivildienstes, vermehrte Ganztagschulen, steigende Belastungen in Beruf und Familie und häufigere Umzüge im Laufe des Lebens geht das Interesse an einer längerfristigen Bindung an ein Ehrenamt vielerorts zurück; einige Ehrenamtsorganisationen leiden unter einem massiven Schwund an Neuzugängen.

Gleichzeitig unterstützen neue Medien neue Formen des Engagements. Bei Schadensereignissen wie dem Jahrhunderthochwasser in Süd- und Ostdeutschland 2013

Arbeitsdefinition:

Das organisatorische Konzept der Mittlerorganisation beschreibt eine Form der strukturierten Einbindung zivil-gesellschaftlicher Akteure in den Katastrophenschutz zum Zweck der Vorbeugung oder/und der Bewältigung einer Schadenslage. Als Mittlerorganisation wird ein freiwilliger Zusammenschluss zivilgesellschaftlicher Akteure (Einzelpersonen, Initiativen, Vereinigungen, Unternehmen, o.ä.) verstanden, der in einer Schadenslage als Intermediär bzw. vermittelnde Instanz zwischen BOS und der Zivilgesellschaft fungiert und sich auf die Einbindung der Zivilgesellschaft als Ressource und aktiven Partner in das Krisenmanagement fokussiert.

In dieser Form der Kooperation wird die Koordination und Steuerung der sich freiwillig engagierenden, individuellen (z.B. Einzelpersonen, Spontanhelfer) und kollektiven Akteuren (z. B. Initiativen, Vereinigungen, Unternehmen) der Zivilgesellschaft von den BOS an einen Dritten, die Mittlerorganisation, ausgelagert (*Outsourcing*), um die Ressourcen der BOS nicht mit der Koordination der Helfer zu binden, gleichzeitig aber die Kapazitäten und Fähigkeiten zivilgesellschaftlicher Akteure zugänglich zu machen. Einer Mittlerorganisation fällt die Aufgabe zu, bereits vorhandenes, ungebundenes zivilgesellschaftliches Engagement vor bzw. in einer Schadenslage zu strukturieren und zu koordinieren und ggf. eine Anlaufstelle für neu entstehendes, spontanes Engagement zu schaffen. Mittlerorganisationen unterstützen damit die professionelle Einbindung von niedrighwelligen Formen zivilgesellschaftlichen Engagements in den Katastrophenschutz, die unabhängig von einem längerfristigen Ehrenamt sind, und unterstützen im Auftrag und im Sinne der BOS die Vorbeugung oder/und Bewältigung einer Schadenslage. Von der Unteren Katastrophenschutzbehörde oder/und den zuständigen BOS als Verwaltungshelfer bestellt, sind alle (temporären) Mitglieder der Mittlerorganisation für die Dauer des Einsatzes versicherungsrechtlich geschützt.

oder in der Flüchtlingshilfe im Sommer 2015 haben sich Helferinnen und Helfer vielerorts schnell, spontan und teils in großer Zahl zusammengetan, ungebunden von einem Ehrenamt und oft vermittelt durch Facebook oder Twitter, um Sandsäcke zu füllen oder Feldbetten für Flüchtlinge aufzubauen.

Komplexe Herausforderung: Die Koordination der Helfer

Auch die Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) haben erkannt, dass sie eine Vielzahl helfender Hände bei der Bewältigung solcher Lagen gut brauchen können. Sie stehen jedoch vor der Mammutaufgabe, die Helferinnen und Helfer effizient und professionell in die eigenen Arbeitsstrukturen einzubinden, ohne dabei die ohnehin knappen eigenen (personellen) Ressourcen zu binden. Vom Koordinations- und Steuerungsaufwand, (versicherungs-) rechtlichen Unklarheiten, organisationskulturellen Unterschieden, der mangelnden Planbarkeit und womöglich auch Qualifikation der Helferinnen und Helfer abgeschreckt, wenden sich manche BOS von der spontanen und ungebundenen Hilfe ab – und lassen damit das Potenzial ungenutzt und die Helferinnen und Helfer verstimmt zurück.

Um das zu vermeiden und die BOS darin zu unterstützen, die Herausforderung der Einbindung der Bevölkerung zu meistern, untersucht das Forschungsprojekt KOKOS¹, wie BOS und Zivilgesellschaft bereits heute im Fall von Hochwasser und in der Flüchtlingshilfe zusammenarbeiten, wie eine erfolgreiche Kooperation gestaltet und auch technisch unterstützt werden kann.

Eine technische Unterstützung von zivilgesellschaftlichem Engagement innerhalb des Krisenmanagements muss angesichts der vielfältigen Formen des Engagements, ihrer unterschiedlichen Intensität, Belastbarkeit und Nachhaltigkeit gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen ansetzen: bei den vielen einzelnen freiwilligen Helferinnen und Helfern, bei den spontan entstehenden zunächst kleinen, dann oft rasant wachsenden Hilfsinitiativen, bei Vereinigungen, Vereinen und Organisationen, die oft bereits seit Jahrzehnten bestehen und ihr besonderes Hilfspotenzial freiwillig bei Bedarf mobilisieren, und nicht zuletzt bei Unternehmen jeder Art und Größe. Aus diesem Spektrum von Formen und Leistungen des bürgerschaftlichen Engagements ragen Mittlerorganisationen besonders erfolgreich heraus, die sich eng mit den BOS abstimmen.

¹ KOKOS („Unterstützung der Kooperation mit freiwilligen Helfern in komplexen Einsatzlagen“, Laufzeit: 2015-2018, Förderkennzeichen 13N13560) wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Am Projekt sind die Universitäten Siegen und Stuttgart sowie die Vomatec Innovations GmbH beteiligt. Weitere Informationen zum Projekt online unter: <http://www.kokos-projekt.de>

Mögliche Lösung: Outsourcing an Mittlerorganisationen

In den Hochwasserereignissen der letzten Jahre und in der Flüchtlingshilfe hat sich eine spezifische Form der Zusammenarbeit als besonders vielversprechend erwiesen: Die Zusammenarbeit über eine sogenannte Mittlerorganisation. In dieser Form der Kooperation betreiben die BOS eine Art *Outsourcing* und übergeben die Koordination und Steuerung der spontanen, ungebundenen Helferinnen und Helfer an einen Dritten: die Mittlerorganisation. Diese konzentriert sich ganz auf das Management der Helferinnen und Helfer. Sie übernimmt die Registrierung, hat einen Überblick über die angebotenen Kompetenzen und Ressourcen und kann zwischen den Angeboten der Helferinnen und Helfer und den Nachfragen der BOS vermitteln. Zudem übernehmen Mitglieder einer Mittlerorganisation die Funktion der Ansprechpartnerin bzw. des Ansprechpartners, koordinieren den Informationsaustausch mit den BOS und vermitteln dadurch zwischen den spontanen, ungebundenen Helferinnen und Helfern und den Behörden.

Eine Mittlerorganisation kann dabei aus einer bereits bestehenden zivilgesellschaftlichen Struktur (wie z. B. einem Sportverein oder einer Kirchengemeinde) hervorgehen oder sich für den Zweck der Vorbeugung oder / und Bewältigung einer Schadenslage eigens gründen; sie kann sich aus einer bürgerschaftlichen Initiative entwickeln oder von den BOS initiiert werden.

Wichtig ist, dass die Untere Katastrophenschutzbehörde oder / und die zuständigen BOS die Mittlerorganisation (formlos) als solche benennt, damit diese und alle ihre (temporären) Mitglieder für die Dauer der Schadenslage als Verwaltungshelfer versicherungsrechtlich geschützt sind. Sofern die gesetzlichen Regelungen des jeweiligen Bundeslandes dies erlauben und bestimmte weitere Voraussetzungen erfüllt sind, kann eine Mittlerorganisation auch zum sogenannten Beliehenen der Unteren Katastrophenschutzbehörde bzw. der zuständigen BOS ernannt werden. Dies würde es einer Mittlerorganisation ermöglichen, selbst Verwaltungshelfer zu bestellen.²

Praktische Fallbeispiele: Mittlerorganisationen im Einsatz

In der Praxis hat sich das Konzept der Mittlerorganisation bereits bewährt. *Team Österreich*, *Train-of-hope*, *Kiel hilft Flüchtlingen* oder die *Bürgergemeinschaft Hochwasser Wertheim e. V.* machen vor, auf welche unterschiedliche Art und Weise eine Mittlerorganisation entstehen, sich strukturieren und einbringen kann. In allen vier Fällen haben die BOS davon profitiert, durch die Vermittlung der Mittlerorganisation auf die vielfältigen Ressourcen der Zivilge-

sellschaft zugreifen zu können, ohne eigene Ressourcen für die Koordination aufbringen und nur den Austausch mit der Ansprechpartnerin bzw. dem Ansprechpartner bei der Mittlerorganisation sicherstellen zu müssen. Auch die Bürgerinnen und Bürger profitieren von einer dezidierten Anlaufstelle, an die sie sich mit Hilfsangeboten wenden können. Die Mittlerorganisationen haben vielfach auch die Funktion einer sozialen und kulturellen Brücke zwischen der *command-and-control*-Kultur in den BOS und den flachen Hierarchien, dem spontanen Geist und der Abenteuerlust der Helferinnen und Helfer übernommen und zwischenmenschlich vermittelt.

Technische Unterstützung: Soziale Netzwerke mit lokalen Informationsstellen

Um den Herausforderungen der Mittlerorganisationen sowie deren Einbindung in die Strukturen der BOS zu begegnen, werden im Rahmen des Projekts KOKOS auf Basis der empirischen Ergebnisse verschiedene Demonstratoren implementiert. Das Konzept der Sicherheitsarena als zentralem soziotechnischen Konzept sieht organisatorische, informatisch-technische und kommunikativ-mediale Maßnahmen zur Förderung und kontinuierlichen Verbesserung der Bereitschaft (Readiness), der Vorbereitung (Preparedness) und der Bewältigungskompetenzen (Copability) in der Koordination und Kooperation von Einsatzkräften, Krisenmanagement und Bevölkerung vor. Dabei moderiert die Sicherheitsarena den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen allen zivilgesellschaftlichen Akteuren (z. B. auf Kreisebene oder für wiederkehrende Großveranstaltungen) schon im Alltag, damit Kooperationsbeziehungen etabliert werden können, die sich dann im Krisenfall in der Wiederherstellungs- und Bewältigungsarbeit bewähren sollen.



Abbildung 1: SiRena.

In diesem Sinne institutionalisiert die Sicherheitsarena die Zusammenarbeit in lokalen Sicherheits-Communities, zu denen die BOS, aber auch verschiedene zivilgesellschaftliche Akteure gehören. Neben Behörden und Organisationen (z. B. der öffentlichen Verwaltung auf administrativer Ebene), Feuerwehr, Polizei, Rettungsdienste (auf operativer Ebene) sind hier insbesondere auch Unterneh-

² Weitere Informationen zum Thema Rechtsschutz, Verwaltungshelfer und Beliehener gibt Harald Erkens in seinem Beitrag *Rechtliche Koordinaten für den Einsatz von Spontanhelfern* im Heft 2/2016 des Magazins „BBK Bevölkerungsschutz.“



Abbildung 2: Public Display-Anwendung „CityShare“

men (z. B. Infrastrukturbetreiber, Energieversorger, ÖPNV) und (privatwirtschaftliche) Vereinigungen (z. B. Vereine, Verbände, Stiftungen, Versicherungen), Bürgerinnen und Bürger, Aktivisten, Spontanhelfer, Hilfsinitiativen sowie Presse und Medien zu nennen.

Das Ziel einer solchen Institutionalisierung ist es, gemeinsame Arbeits-, Kommunikations- und Kooperationsstrukturen auf interorganisationaler Ebene zu erarbeiten und somit eine Grundlage für gemeinsames Planen, Handeln und Lernen zu etablieren.

Konkret geht es um kommunikativ-mediale Mittel zur Ermöglichung, Unterstützung, Förderung und nachhaltigen Etablierung von (dialogischen) Verständigungsroutrinen, Wissensaustausch und gemeinsamem Wissensmanagement, kooperativen Lernprozessen und Kompetenzentwicklungen sowie kooperativer Krisenprävention und Krisenbewältigung.

Damit wurde letztlich das Ziel verfolgt, die Krisenfestigkeit der Zivilbevölkerung durch partizipative Einbindung im Rahmen von Sicherheitsarenen wirksam zu erhöhen.

Zur Unterstützung der Bildung von Mittlerorganisationen wird innerhalb der Sicherheitsarena das soziale Intranet SiRena (Abbildung 1, www.sicherheitsarena.org) weiterentwickelt, welches im Forschungsprojekt Infostrom³ entstanden ist.

Ursprünglich konzipiert als exklusive Koordinationsplattform für BOS, stellt die SiRena ein internes Vernetzungssystem dar, welches verschiedene, über herkömmliche Soziale Medien hinausgehende Module enthält, wie etwa eine kollaborative Lagekarte (Pipek et al., 2013). Die Sicherheitsarena unterstützt dabei eine

- organisationsübergreifende Vernetzung in einer sicheren Umgebung,
- informelle Kommunikation,
- Suche nach Experten,
- organisationsübergreifende Arbeitsgruppen mit Dokumentenaustausch,
- Aggregation und Darstellung externer Informationen, sowie
- Erstellung gemeinsamer Lagebilder.

Mittlerorganisationen sollen bei ihrer Arbeit von denselben oder ähnlichen, angepassten Werkzeugen für die Koordination freiwilliger Helferinnen und Helfer unterstützt werden.

Üblicherweise weisen Mittlerorganisationen im Gegensatz zu emergenten Gruppen oder Einzelhelfern bereits einen hohen Organisationsgrad auf, worauf die Funktionalitäten der SiRena größtenteils abgestimmt sind.

Auf Ebene der ungebundenen oder einzelnen Helferinnen und Helfer sowie der Betroffenen vor Ort wurde im Projekt KOKOS eine lokale Informationsinfrastruktur entwickelt, bestehend aus Public Displays, die an zentralen Orten angebracht werden (Abbildung 2), und einer mobilen App. Dadurch können Nutzerinnen und Nutzer koordinierende und mobilisierende Informationen untereinander austauschen. Ferner erhalten Mittlerorganisationen und BOS die Möglichkeit, Informationen in die lokalen (Betroffenen-) Gemeinschaften zu vermitteln und da-

³ Weitere Informationen zum Projekt online unter www.infostrom.org

durch koordinierend einzugreifen. Die Infrastruktur bietet z. B. die Möglichkeit, Angebote und Nachfragen aus der Bevölkerung, aber auch von den BOS zu präsentieren und zu verknüpfen. So kann beispielsweise die Nachfrage für das Auspumpen eines Kellers durch freiwillige Helfer beantwortet und damit effizienter in die Tat umgesetzt werden. Durch die App können die Nutzerinnen und Nutzer auch abseits der zentralen Anlaufstellen Informationen erhalten und versenden. Gleichzeitig bietet das Display die Möglichkeit, Warnungen seitens der BOS, aber auch von Mittlerorganisationen zu versenden und Nachrichten aus der lokalen Umgebung anzuzeigen. Durch die Verbindung des Public Displays mit der SiRena wird die Entstehung von emergenten Gruppen gefördert und zur weiteren Reife hin zu Mittlerorganisationen unterstützt.



Public Display auf der Kieler Woche.
(Foto, Abbildung: Forschungsprojekt KOKOS)

Das Display wurde bereits auf der Kieler Woche 2016 gemeinsam mit dem Arbeiter-Samariter Bund evaluiert.

Ausblick

In Forschung, Praxis und Literatur lassen sich zahlreiche Empfehlungen und Konzepte finden, wie die Zivilbevölkerung in den Katastrophenschutz eingebunden werden kann. Und auch die technischen Möglichkeiten zur Unterstützung der Zusammenarbeit sind vielfältig. Das Konzept der Mittlerorganisation will einen möglichen Weg beschreiben, der einen Dritten, die Mittlerorganisation, als Brücke zwischen den verschiedenen Anforderungen, Strukturen und Kulturen bei den BOS einerseits und den spontanen, ungebunden Helfern andererseits vorsieht.

Das Konzept der Mittlerorganisation schafft damit eine Alternative zur direkten Einbindung der Zivilbevölkerung in die Arbeitsstrukturen der BOS (siehe dazu z. B. ISO/DIS 22319 „Guidelines for planning involvement of spontaneous volunteers“).

Literatur

Gebhard Rusch (2012): Krisenkommunikation und Neue Medien. In: Sicherheit 2025. Hrsg. v. K. Steinmüller, L. Gerhold, M.-L. Beck. Forschungsforum Öffentliche Sicherheit. Schriftenreihe Sicherheit Nr. 10, Berlin, S. 78 – 83.

Volkmar Pipek, Christian Reuter, Benedikt Ley, Thomas Ludwig, Torben Wiedenhöfer (2013): Sicherheitsarena – ein Ansatz zur Verbesserung des Krisenmanagements durch Kooperation und Vernetzung. In: Crisis Prevention – Fachmagazin für Innere Sicherheit, Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Vol. 3, No. 1, Beta-Verlag.

Selbstverständlich ist aber auch das Konzept der Mittlerorganisation nicht ohne Risiko. Um mit einer Mittlerorganisation zusammenarbeiten zu können, müssen die (politischen) Rahmenbedingungen bei den BOS geschaffen, Prozesse und Regeln der Zusammenarbeit definiert, Aufgaben abgesprochen, Rollen geklärt und Szenarien und Einsatzlagen identifiziert werden, in denen eine Zusammenarbeit sinnvoll ist. Auch die Wachstumsschmerzen, die jede Organisationsentwicklung bedeutet, müssen von den BOS überwunden werden.

Dazu ist es notwendig, Überzeugungsarbeit zu leisten und den BOS die nötigen Werkzeuge zur Verfügung zu stellen. Dazu zählen technischen Unterstützungsmöglichkeiten ebenso wie passende Übungsformate, um die Einsatzkräfte der Behörden auf die Zusammenarbeit mit Mittlerorganisationen vorzubereiten.

Und auch für die Mittlerorganisationen und ihre Mitglieder braucht es eine Handreichung, die sie ad-hoc in einer konkreten Einsatzlage zur

Übernahme von bestimmten Tätigkeiten befähigt.

In KOKOS arbeiten wir daran – gemeinsam mit Ihnen, den Expertinnen und Experten im Katastrophenschutz. Zu diesem Zweck fand am 7. Februar 2017 beim Stuttgarter Runden Tisch „Forschung im Bevölkerungsschutz“ zu diesen und weiteren Themen eine Diskussionsrunde statt, mit dem Ziel, Lösungen zu gestalten.

Veronika Zettl ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement IAT der Universität Stuttgart, dem Partnerinstitut des Fraunhofer IAO.

Dr. Thomas Ludwig ist Bereichsleiter „Cyber-Physische Systeme“ und Habilitand am Institut für Wirtschaftsinformatik der Universität Siegen.

Christoph Kotthaus ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Promovend am Institut für Wirtschaftsinformatik der Universität Siegen.

Sascha Skudelny ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medienforschung/iSchool der Universität Siegen und Promovend am Institut für Mikrosystemtechnik.

Michael Moskopp ist Mitarbeiter der VOMATEC Innovations GmbH, Bad Kreuznach.

„Serious Gaming“ für den Bevölkerungsschutz

Krisensimulation für die Zusammenarbeit von Einsatzkräften und Bevölkerung (TEAMWORK)

Robin Marterer, Torben Sauerland und Rainer Koch

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Forschungsprojekt TEAMWORK verfolgt das Ziel, die Sicherheit der Bevölkerung zu erhöhen, indem Einsatzkräfte und Bevölkerung mit einer neuen Methode auf langanhaltende Krisenereignisse vorbereitet werden. TEAMWORK verwendet ein innovatives Serious Gaming-Konzept, welches verschiedene Szenarien, basierend auf Erfahrungen aus realen Krisenereignissen oder Übungen, in einer virtuellen Umgebung simuliert.

Das Elbe-Hochwasser 2013 ist ein Beispiel für komplexe Krisenereignisse, in denen Einsatzkräfte kooperativ kreative Lösungen ergreifen und offen für neue Lösungswege sein müssen, die auf Erkenntnissen aus unterschiedlichen Disziplinen beruhen und in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Experten erarbeitet und beurteilt werden. Zunehmend wird dabei auch das Potenzial der Bevölkerung genutzt: Organisiert in Freiwilligenorganisationen (z. B. Freiwillige Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Hilfsorganisationen) als Fachberater, ungebundene Helfer, Spontanhelfer o. ä. werden Wissen und Erfahrungen aus unterschiedlichen Fach- und Anwendungsbereichen einbezogen. Dabei ist erkennbar, dass Ausbildungsunterstützung für alle Beteiligten erforderlich ist, um

- die kooperative kreative Entscheidungsfindung der Einsatzkräfte zu trainieren,

- die Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung zu erhöhen und
- dabei die Zusammenarbeit zwischen Einsatzkräften und Bevölkerung zu verbessern.

Serious Gaming-Konzepte ermöglichen dabei spielerisches Lernen in einer simulierten Umgebung. Erfahrungen aus realen Krisenereignissen oder Übungen können in Form von Szenarien in vorbereitende Schritte (Training, Planung) einfließen. Spielerische Lösungen können auf „good practices“ untersucht werden und damit auch im Einsatz unterstützen. TEAMWORK erforscht ein integriertes, spielbasiertes und kreativitätsorientiertes Konzept, das Einsatzkräfte und Bevölkerung auf langanhaltende Krisenereignisse vorbereitet und bei der gemeinsamen Bewältigung dieser Situation unterstützt.

Aufgaben und Rolle der TEAMWORK-Community

In der TEAMWORK-Community versammeln sich Mitglieder aus den Reihen beruflicher und freiwilliger Einsatzkräfte sowie aus der allgemeinen Bevölkerung. Der Aufruf zur Teilnahme erfolgt über unterschiedliche Kanäle, wie zum Beispiel soziale Netzwerke. Community-Mitglieder können sich ihren Interessen und Fähigkeiten gemäß an unterschiedlichen Aktivitäten beteiligen. Sie können



- im Sinne des „crowd sourcing“ die sonst sehr aufwändige Gestaltung von Szenarien in Zusammenarbeit unterstützen,
- im Sinne der „wisdom of the crowd“ und des „out of the box“-Denkens durch kreative Ideen zum Finden von Lösungen zur Bewältigung realer und simulierter Krisenereignisse beitragen sowie
- durch die Auseinandersetzung mit Krisenereignissen den Umgang mit diesen lernen.

Eine besondere Rolle innerhalb der Community kommt den Moderatoren zu, welche die Aktivitäten sowie die Kommunikation in der Community strukturieren und Mitgliedern helfend zur Seite stehen. Die TEAMWORK-Community nutzt für alle Aktivitäten ein webbasiertes Portal als Kommunikations- und Kollaborationswerkzeug.

Vorgehen im Projekt

Das Vorgehen im Projekt TEAMWORK kann als Kreislauf aufgefasst werden. Die Formalisierung ermöglicht es, die Szenarioidee eines Initiators in die Simulation zu überführen. Die Auswertung dient dazu, Erkenntnisse aus Simulationsdurchläufen zu gewinnen. Diese stehen anschließend den Teilnehmern und dem Initiator zur Verfügung.

Sowohl die Formalisierung als auch die Auswertung sind aktuell aufwändige und kostenintensive Prozesse, die im Projekt durch die Einbindung der Community und die vernetzte Verwendung von Informationstechnik optimiert werden sollen. Alle Daten, die bei der Formalisierung und der Auswertung anfallen, werden zentral gespeichert und stehen damit für spätere Lernzwecke, Schulungen und auch im Einsatz zur Verfügung.

Das Projekt wird durch einen Beirat aus allen Bereichen der zivilen Gefahrenabwehr unterstützt. Dadurch wird eine fachlich fundierte Erhebung von Anforderungen ermöglicht. Die Ergebnisse des Projektes werden somit endanwendernah entwickelt und im Rahmen jährlich stattfindender Übungsserien in der Praxis erprobt. Jede Serie erstreckt sich über einen Zeitraum von fünf Monaten und behandelt zunehmend komplexer werdende Anwendungsfälle:

- Training von Einsatzkräften: Es wird die Verwendung interaktiver Simulationen in Mehrspieler-Simulationsdurchläufen sowie in Stabsübungen betrachtet.
- Schulung der Bevölkerung: Die allgemeine Bevölkerung wird auf verschiedenen Wegen in die Simulationen eingebunden.
- Anwendung im Einsatzfall: Die Nutzung der Simulationen im Einsatzfall insbesondere in langanhaltenden Krisen wird untersucht.

Von der Szenarioidee zur Simulation: Formalisierung

Der Formalisierungsprozess (vgl. Abbildung 1) dient dazu, ein Krisenereignis zunächst in eine strukturierte Szenariobeschreibung und im Anschluss daran in eine ausführbare Simulation zu überführen. Dabei wird die anfangs formlose Szenarioidee des Initiators sukzessive mit allen Informationen angereichert, die für das Erreichen seiner Ziele notwendig sind. Der Initiator stößt den Formalisierungsprozess an, indem er erste Informationen zusammenstellt. Dazu zählen Basisinformationen (z. B. „Unwetter in Dortmund im Hochsommer“), Informationen zur Umgebung (z. B. Topologie, Vegetation, Bebauung, Wetter), eigenen Ressourcen (z. B. Einsatzkräfte und -mittel), Schadensereignissen (z. B. Eintreten von Starkregen) und Wirkungszusammenhängen. Wirkungszusammenhänge beschreiben die Abhängigkeiten zwischen Szenarioelementen (z. B. Eintreten von Starkregen → Wasserpegel steigt → mehr Menschen sind in Gefahr). Die Community unterstützt den Initiator dabei, die Szenariobeschreibung weiter zu detaillieren. Durch den Informationsaustausch zwischen Initiator und Community und die Verwendung passender Informationsquellen während der Formalisierung wird die Qualität der Szenariobeschreibung fortlaufend sichergestellt. Die Dokumentation erfolgt anhand von Vorlagen, deren Struktur mit der von „Übungsdrehbüchern“ für Stabsübungen vergleichbar ist.

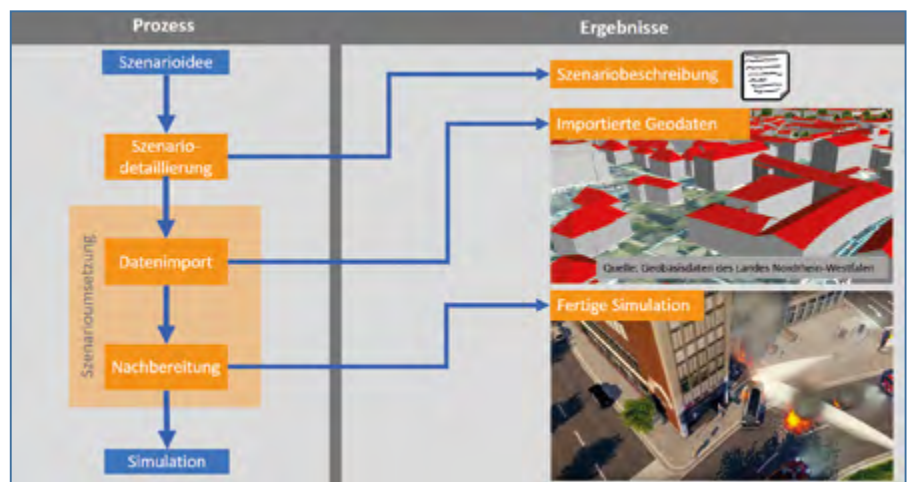


Abbildung 1: Formalisierung von Szenarien

Im gesamten Formalisierungsprozess wird das Portal als Werkzeug zum Informationsaustausch, zur Abstimmung untereinander und zur Datenhaltung verwendet. Es werden verschiedene Datenquellen, wie z. B. importierbare Geodaten genutzt, um den Prozess zu vereinfachen und zu beschleunigen. Dabei wird möglichst auf Standards, z. B. den „OGC City Geography Markup Language (CityGML) Encoding Standard“ und offene Datenquellen (OpenData), z. B. die Geobasisdaten des Landes Nordrhein-Westfalen, zurückgegriffen. Insgesamt steht damit eine Datenbasis zur Verfügung, die in beliebige Simulationen überführt werden kann. Die Fertigstellung der Simulationen erfolgt in TEAMWORK mit Hilfe eines kollaborativen Szenario-Editors, welcher es der Community ermöglicht, gemeinsam

an der 3D-Umgebung zu arbeiten und diese mit allen nötigen Objekten, Ereignissen und Wirkungszusammenhängen zu versehen bzw. diese zu bearbeiten.

Interaktive Krisensimulation

Sobald ein Szenario durch den Formalisierungsprozess in die Simulation überführt wurde, kann diese im Mehrspielermodus ausgeführt werden. Die Teilnehmer nehmen in der Simulation über die Hierarchieebenen verteilte Rollen der zivilen Gefahrenabwehr ein.

Mitmachen!

Wer Interesse hat, in der TEAMWORK-Community mitzuwirken, erfährt über die Projekt-Website, Facebook und Twitter rechtzeitig alle Details:

- www.TEAMWORKprojekt.de
- www.facebook.com/TEAMWORKprojekt
- www.twitter.com/TEAMWORKprojekt

Die niedrigste „spielbare“ Ebene besteht aus einer Interaktion mit der 3D-Simulationsumgebung. Die hier eingenommene Rolle lässt sich am ehesten mit der mehrerer Zugführer vergleichen. In der Ebene darüber (vergleichbar mit Verbandsführern) kann auf einer interaktiven Lagekarte der Einsatz der zugeordneten „Zugführer“ koordiniert werden. Zusätzlich lässt sich eine Leitstellenfunktion zur Disposition der Einsatzkräfte anbinden (Vgl. Abb. 2).

Die in der Simulationsumgebung hinterlegten Wirkungszusammenhänge beeinflussen das Geschehen und führen im Unterschied zu vordefinierten Ereignisfolgen zu

munizieren mehrere „Verbandsführer“ mit der Einsatzleitung bzw. dem Führungsstab. Dies geschieht eingebettet in die gewohnten Strukturen der Übungssteuerung. Ein „Spielleiter“ in der Übungssteuerung übernimmt die Steuerung von Einlagen in der Simulation und die Kommunikation mit den Simulationsteilnehmern. Das in der Simulation entstehende Lagebild kann anschließend als Grundlage für die Bespielung des übenden Stabes dienen. Der übende Stab selbst erfährt keine direkte Änderung seiner gewohnten Abläufe – profitiert jedoch von einer konsistenten und realitätsgetreuen Simulation im Hintergrund.

Für die Nachbereitung der Übung kann die Simulation zur Laufzeit beobachtet und in der anschließenden Auswertung detailliert analysiert werden.

Erkenntnisgewinn aus der Simulation: Auswertung

Nachdem das Szenario in der Simulationsumgebung bewältigt wurde, erfolgt die Auswertung der Simulation durchläufe. Das Ziel dieser Auswertung wurde zuvor vom Initiator festgelegt.

Jeder Simulationdurchlauf wird automatisiert protokolliert. Neben auftretenden Ereignissen (z. B. Beginn einer Überschwemmung) und Aktionen der Simulationsteilnehmer (z. B. Evakuierung von Krankenhäusern) werden auch die Kommunikation unter den Teilnehmern, sowie Kommentare und Bewertungen zu den eigenen Durchläufen festgehalten.

Falls mehrere Durchläufe stattgefunden haben, werden diese in einer Übersicht dargestellt. Durchläufe werden bezüglich des erzielten Ergebnisses (Anzahl Tote und Verletzte, Höhe des Sachschadens, Geschwindigkeit, Ressourceneinsatz) und der Vorgehensweise der Simulationsteilnehmer (Ähnlichkeit des Vorgehens mit anderen Durchläufen) visualisiert. Durch diese Einteilung können die TEAMWORK-Community und insbesondere Übungsleiter und Initiatoren relevante Durchläufe effizient identifizieren.

Einzelne Durchläufe können im Detail analysiert und diskutiert werden. Die erhobenen Daten werden genutzt, um neben allgemeinen auch spezifische Kennzahlen (z.B. Wartezeiten bis zum Abtransport Verletzter,



Abb. 2: Simulation

dynamischen Verläufen. Es werden beispielsweise physikalische Effekte, der Ausfall von Infrastrukturen oder das Verhalten von Menschen realistisch simuliert. Die verschiedenen Optionen für das Vorgehen zur Bewältigung des Krisenereignisses sollen es den Simulationsteilnehmern erlauben, möglichst frei zu agieren und dadurch kreative Lösungen anzuwenden.

Die Simulation lässt sich in reale Übungen einbinden. Wird beispielsweise eine Stabsübung durchgeführt, kom-

Reaktionszeiten) zur Verfügung zu stellen. Um die detaillierte Nachbesprechung des Durchlaufs zu ermöglichen, werden Aktionen, Ereignisse und Kommunikation im Zeitverlauf abgebildet. Hierdurch lassen sich auch spezielle Fragestellungen wie die exakten Fahrtwege oder kritische Zeitpunkte feststellen, analysieren und diskutieren. Es werden interdisziplinär (z.B. aus dem „eSport“) Ansätze aufgegriffen und an die Gefahrenabwehrdomäne angepasst.

War die Simulation an eine Stabsübung angebunden, kann die detaillierte Analyse inklusive des entstehenden Lagefilms und der Aufzeichnung der Kommunikation unter den Teilnehmern für eine fundierte Übungsnachbesprechung genutzt werden.

Die interaktive Auswertung und Diskussion der Durchläufe ermöglichen einen Erkenntnisgewinn für alle Beteiligten. Mitwirkende Einsatzkräfte werden trainiert und können „Lessons Learned“ gewinnen. Potenzielle Teilnehmer aus der Bevölkerung bekommen ein besseres Bewusstsein für die zivile Gefahrenabwehr und können durch „out of the box“-Ideen zu Lösungsstrategien der Einsatzkräfte beitragen. Übende Stäbe können auf eine Datenbasis für die Übungsnachbesprechung zurückgreifen (vgl. Abb. 3).

Fazit

Die Projektergebnisse werden Einsatzkräften sowie freiwilligen Helfern zur Verfügung gestellt, um sich gemeinsam auf die Bewältigung neuer Problemstellungen in komplexen Krisenereignissen vorzubereiten. Ideen und Lösungsvorschläge aus der Bevölkerung fließen in den gesamten Prozess von der Formalisierung bis zur Auswertung ein und werden von den Einsatzkräften berücksichtigt. Durch die Beteiligung der Bevölkerung werden Einsatzkräfte wesentlich darin unterstützt neue, kreative Lösungen für Krisenszenarien zu finden. Gleichzeitig profitiert die Bevölkerung von den Projektergebnissen, da sowohl die Bürger als auch die Einsatzkräfte durch die intensive Auseinandersetzung mit Krisenereignissen für die Dynamik solcher Situationen weiter sensibilisiert werden. Darüber hinaus werden in Stabsübungen der Übungssteuerung neue Möglichkeiten der Lageabbildung und den übenden Stäben eine verbesserte Übungsnachbesprechung ermöglicht.

Im Rahmen der ersten Übungsserie wurde das TEAMWORK-Konzept verfeinert. Im Allgemeinen hat sich die Unterteilung in die aufeinander aufbauenden Bereiche „Szenarioformalisierung“, „Simulationsdurchführung“ und „Simulationsauswertung“ als hilfreich erwiesen. Die Fortentwicklung der TEAMWORK-Teilkonzepte und der damit verbundenen technischen Komponenten sind eingebettet in die kontinuierliche Erhebung und Validierung von Anforderungen sowie eine begleitende Evaluation. Aufbauend auf der Projektidee wird bestimmten Anforderungen eine besondere Bedeutung eingeräumt: dazu zählen Kommunikations- und Kollaborationsmöglichkeiten im Allgemeinen und die Mehrspielerfähigkeit in der Simulation im Besonderen. Besonders wichtig wird für die Simulation auch die möglichst realistische Abbildung von Führungsebenen erachtet. Für die Szenarioformalisierung wurden Studien zum Import von offenen Datenquellen (OpenDa-

ta), zur Verwendung von Standards und zur moderierten Einbindung einer Community („crowd sourcing“) durchgeführt. Für die Simulationsdurchführung wurde ein Konzept entwickelt, das unabhängig oder angebunden an Stabsübungen funktioniert. Für die Simulationsauswertung wurde bereits eine umfangreiche Methodik geschaffen, die detaillierte Analysen und Nachbesprechungen ermöglicht. Hier wird künftig ein Augenmerk auf aktuelle Entwicklungen im artverwandten Bereich „eSports“ gelegt. Die Kombination der in der ersten Übungsserie untersuchten Einzelthemen erscheint weiterhin vielverspre-

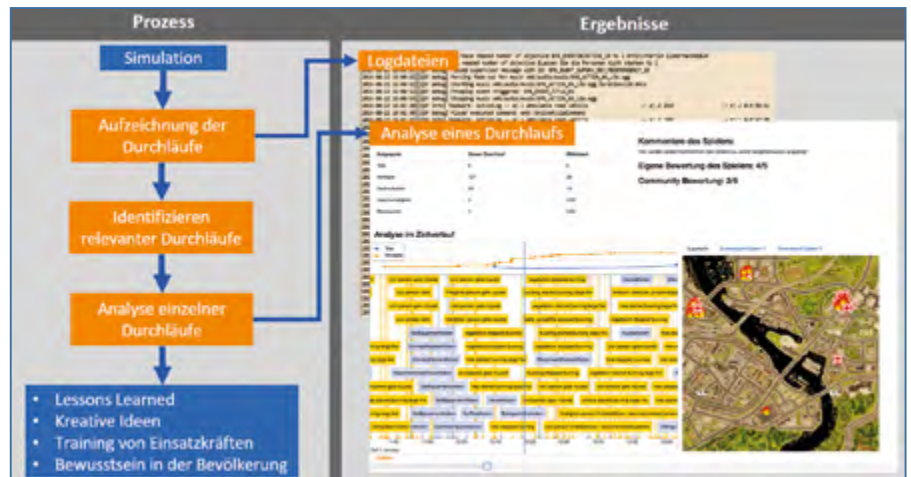


Abb. 3: Auswertung von Simulationsdurchläufen

chend und wird in der zweiten Übungsserie erprobt. Dafür wird auch die erste integrierte Version des technischen Systems zur Verfügung stehen.

Das Projekt wird im Zuge der Bekanntmachung „Zivile Sicherheit – Erhöhung der Resilienz im Krisen- und Katastrophenfall“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Programms „Forschung für die zivile Sicherheit“ der Bundesregierung über einen Zeitraum von drei Jahren mit rund 2,1 Millionen Euro gefördert.

Prof. Dr. Rainer Koch ist Leiter der Fachgruppe *Computeranwendung und Integration in Konstruktion und Planung (C.I.K)* an der Fakultät für Maschinenbau der Universität Paderborn, Robin Marterer M.Sc. und Torben Sauerland M.Sc. sind Wissenschaftliche Mitarbeiter der Fachgruppe C.I.K.

Christoph 17 absolviert seinen fünfzigtausendsten Einsatz

Rainer Bumann

Der Piepser ertönt im Hangar des Rettungshubschraubers Christoph 17 in Durach. Der 50.000. Einsatz seit Indienststellung im September 1980.

Einsatzpilot Polizeihauptkommissar Thomas Kern, Notarzt Nico Felder und Rettungsassistent Robert Reichart eilen zur Maschine. Ihre Einsatzmeldung, Hilferuf aus dem Bereich Siplingerkopf im Gunzesrieder Tal. Zwei Minuten nach dem Alarm hebt die Maschine vom Typ Eurocopter EC 135 in Richtung Süden ab.

Was ist passiert? Ein einheimischer begeisterter und erfahrener Bergwanderer nutzte den sonnigen Nachmittag um mit seinem Hund den Siplingerkopf im Gunzesrieder Tal, ein Teilstück der Nagelfluhkette, zu besteigen.

Aufgrund von Neuschnee kam der Wanderer beim Abstieg vom richtigen Weg ab. Der Abstieg wurde immer steiler. Der Hund blieb stehen, er traute sich nicht mehr weiter. Ein Aufstieg erschien zu gefährlich, der weitere Weg ins Tal als die sichere Variante. Dann passierte es, der Wanderer geriet ins Rutschen. Nach ca. 70 Metern kam er Gott sei Dank zum Liegen. Ein paar Meter weiter und ein Absturz über ein noch viel steileres Gelände wäre nicht mehr zu

vermeiden gewesen. Multiple Prellungen und Schürfwunden waren die Folge. Bis dahin war alles relativ gut gegangen. Der Verunfallte rief seinen Hund zu sich, der auf allen Vieren den steilen Abhang herunterrutschte und sich ängstlich an sein Herrchen drückte. Ein Blick auf das Handy zeigte, er hatte Empfang und setzte einen Notruf über die 112 ab. Der Verunfallte trug eine knallgelbe Winterjacke und hoffte, dadurch aus der Luft besser gesehen zu werden.

Die Maschine kreist wenige Minuten nach dem Start über der vermuteten Unfallstelle, kann den Mann in dem zerklüfteten Gelände aber nicht sofort entdecken. Die neue Technik macht es möglich. Der Mann lotst die Maschine über die telefonische Verbindung mit der integrierten Leitstelle zu seiner Position.

Der erfahrene Einsatzpilot sieht sofort, es wird eine anspruchsvolle Rettung, die den Einsatz des Rettungstaus notwendig macht.

Er landet die Maschine im Tal. Die Besatzung bereitet sich auf die Taubergung vor. Nicht benötigte Ausrüstungsgegenstände werden ausgeladen, um das Gewicht der Maschine auf ein Minimum zu reduzieren. Die benötigte Seil-



Eine anspruchsvolle Rettung mit Einsatz des Rettungstaus vor beeindruckendem Bergpanorama.
(Foto: Dr. Uli Seitzer)



Die Retter mit Ausrüstung.
(Foto: Robert Reichart)

nur ...“ Er macht sich selber Vorwürfe. „Ich habe eine komplette Ausrüstung vom Seil bis zum Steigeisen, aber leider zu Hause. Das brauche ich bei der leichten Tour nicht.“

Sein Resümee ist, möglichst gut sichtbare Kleidung zu tragen, sowie unbedingt wärmende Sachen wie Mütze, Handschuhe und zur Isolation vielleicht eine Rettungsdecke mitzuführen. Auch im Sommer kann es durch einen Wettersturz schnell sehr kalt in den Bergen werden. Ganz wichtig, ein funktionierendes Mobiltelefon und zu Hause Bescheid zu sagen, wo man hingehet. Es hat sich wieder erwiesen, alpines Gelände erfordert einen gewissen Respekt.

„Ich hatte ein Riesenglück – Gott sein Dank hab' ich auf mein Bauchgefühl gehört und bin stehen geblieben und hab' Hilfe geholt“. „Wichtig ist es, das man sich möglichst bald bemerk-

länge wird auf rund 40 Meter geschätzt. Nach Aussagen des Verunfallten ist der Einsatz des Notarztes nicht erforderlich.

Die Maschine startet mit 2 Bergwachmännern, die oberhalb des Unfallortes abgesetzt werden, um sich zu dem Verletzten abzuseilen. Die Zeit, bis die Bergretter beim Verletzten eintreffen, nützt der Pilot, um die Maschine am Klinikum in Immenstadt zu betanken.

Erneut startet die Maschine Richtung Einsatzstelle. Dort geht der Pilot in den Schwebeflug und nimmt einen Bergretter, den Verletzten sowie seinen Hund mit dem Rettungstau auf und setzt sie sicher im Tal neben dem Bergwacht-Einsatzfahrzeug ab.

Notarzt Dr. Felder nimmt den offensichtlich Leichtverletzten in Augenschein. Im Einsatzfahrzeug kann sich der Gerettete aufwärmen. Mit einem erneuten Anflug wird der zweite Bergretter ebenfalls per Tau von der Einsatzstelle abgeholt.

Der Verletzte kommt mit dem Bergwachtfahrzeug zur Untersuchung in die Klinik Immenstadt. Nur Prellungen und Schürfwunden, Glück gehabt.

Die Maschine wird wieder aufgerüstet und startet einsatzklar Richtung Durach.

Der 50.000. Einsatz wurde zum Anlass genommen, dass alle Beteiligte den Einsatz aus ihrer Sicht schildern können. Den Patienten, Christian Lacher aus Sonthofen, selbst Rettungssanitäter, beeindruckte die ruhige professionelle Hilfe aller Einsatzkräfte, kein Vorwurf – „wie kann man

bar macht. Hier hilft unter Umständen eine gute Lampe, zum Beispiel eine Stirnlampe, die auch tagsüber gesehen werden kann“.



Das Team von Christoph 17, von links: Dr. Nico Felder, Christian Lacher, Thomas Kern, Robert Reichart.
(Foto: Rainer Bumann)

Pilot, Notarzt und Rettungsassistent waren sich einig. Die regelmäßigen Trainings mit dem Rettungstau sorgen für Sicherheit bei den schwierigen Einsätzen in den Bergen.

Rainer Bumann ist Rettungssanitäter und Assistent der Geschäftsführung im Kreisverband Oberallgäu des Bayerischen Roten Kreuzes.



Bevölkerungsschutz: Wir müssen umdenken

Terrorgefahren, Chemieunfälle, Unwetterkatastrophen: Die Herausforderungen im Bereich Bevölkerungsschutz werden immer größer – diejenigen, die sie lösen wollen, immer weniger. Vom 31. März bis zum 2. April 2017 diskutierten 160 haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter aus dem gesamten Verband, wie sich der ASB auf solche komplexen Anforderungen einstellen kann.

Neue ehrenamtliche Helfer zu gewinnen entwickelt sich zu einer der Kernaufgaben im ASB. „Das Interesse an einem Ehrenamt im Bevölkerungsschutz hat abgenommen, weil wir lange Zeit relativ krisenfrei überstanden haben. Wir müssen aber den Menschen klarmachen, wie wichtig dieser gesellschaftliche Bereich für die Sicherheit in Deutschland ist und den Wunsch wecken, sich einzubrin-

gen“, sagt Michael Schnatz, der im ASB-Bundesverband die Bereiche Katastrophenschutz, Rettungsdienst und Erste Hilfe leitet. „Wir müssen dafür Interessierten die Möglichkeit geben, Arbeit, Familie und freiwilliges Engagement zu vereinen – und sich in verschiedenen Bereichen des ASB ganz flexibel mal mehr, mal weniger zu engagieren.“

Hier muss der ASB seine politische Arbeit intensivieren, um eine Gleichstellung aller Helfer zu erreichen: Noch immer werden freiwillige Mitarbeiter von Hilfsorganisationen – anders als etwa bei der Feuerwehr oder beim Technischen Hilfswerk – für einen Einsatz nicht flächendeckend von der Arbeit freigestellt. Eine längerfristige Unterstützung, wie sie in der Vergangenheit zum Beispiel bei Hochwassern oder bei der Erstbetreuung von Flüchtlingen



BBK-Präsident Christoph Unger appellierte an die Samariter: „Wir müssen als Akteure, die die Sicherheit in unserem Land gewährleisten, zusammen handeln – nicht nur in der Krise“.



Anke Poltersdorf ist eine von 17.000 Freiwilligen im ASB. Die Gewinnung neuer ehrenamtlicher Helfer im Bevölkerungsschutz wird zu einer der Kernaufgaben des Verbands.

nötig wurde, ist so kaum zu stemmen. „Wir appellieren an den Gesetzgeber, diese Freistellung durchzusetzen – aber auch an die Arbeitgeber direkt, gesellschaftliches Engagement zu ermöglichen, damit unsere Helfer zum Schutz anderer beitragen können“, so Michael Schnatz.



Wie soll der Rettungsdienst der Zukunft im ASB aussehen? Wie gewinnen wir neue Freiwillige? Kann der ASB als Wohlfahrtsverband die Öffentlichkeit besser auf Katastrophen vorbereiten? Samariter aus ganz Deutschland diskutierten diese und weitere Fragen Anfang April in Brühl.

Christoph Unger, Präsident des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, drängte darauf, das föderale System aus Bund, Ländern und Hilfsorganisationen ein Stück weit zusammenzuführen. Er brachte einige der aktuellen Probleme in seiner Eingangsrede auf den Punkt: „Die Bevölkerung ist auf den Notfall nicht mehr

gut vorbereitet und sie ist schlecht zu erreichen“. Auch die nationalen, regionalen und kommunalen Strukturen seien nicht ausreichend auf alle denkbaren Krisenfälle, etwa auf einen Reaktorunfall, eingerichtet. „Wir müssen in der Gesellschaft – vom einzelnen Bürger, zu Unternehmen, Hilfsorganisationen bis zur Regierung – die Fähigkeit, sich selbst zu versorgen und zu schützen, wieder verbessern.“



Die Nachwuchsarbeit ist ein wichtiger Pfeiler des ASB. In der Jugendeinsatzinheit lernen junge Samariter die notwendigen Kenntnisse, um später im Bevölkerungsschutz aktiv zu werden.

(Fotos: Barbara Bechtloff / ASB)

Das nimmt sich auch der ASB nun zur Aufgabe. Der Verband entwickelt neue Methoden, die Bevölkerung auf Notfälle vorzubereiten und ihre Fähigkeit, sich in der Katastrophe selbst zu schützen, zu verbessern.

Medizinische Hilfe zwischen Trümmern

In Katastrophengebieten ist die medizinische Erstversorgung an der Einsatzstelle besonders wichtig – vor allem, wenn Verkehrsanbindungen zerstört sind und Rettungskräfte sich ihren Weg erst durch Trümmer bahnen müssen. Die Schnell-Einsatz-Einheit Bergung Ausland (SEEBA) des THW verfügt deshalb über eine medizinische Komponente, um Verletzte direkt zu versorgen.

Damit erfüllt sie die Standards der International Search and Rescue Advisory Group (INSARAG), einer Expertenorganisation der Vereinten Nationen.

Die schreibt verpflichtend vor, dass ein international tätiges Urban Search and Rescue Team (USAR) aus fünf sich ergänzenden Komponenten bestehen muss: Management, Logistik, Notfallmedizin, Ortung und Bergung. Weil sich die Aus-

sichten, Überlebende unter den Trümmern zu finden, nach 120 Stunden rapide verschlechtern, müssen alle diese Komponenten zielgerichtet zusammenarbeiten.

Ärztliche Versorgung in Katastrophengebieten

Während Rettungswagen und Notärzte in Europa schnell vor Ort sind, vergeht im Erdbebengebiet sehr viel mehr Zeit. Deshalb übernehmen die Ärztinnen und Ärzte die Erstversorgung der Verletzten. Dazu gehört die Anamnese der Geretteten. Die ist oft schwierig, da sie meist unter extremen Bedingungen stattfindet. Viele Patienten sprechen kein Englisch und können die Fragen der Einsatzkräfte nicht beantworten. Hinzu kommen unter Umständen Traumata und schwere Verletzungen, die von den Ärztinnen und Ärzten ein hohes Maß an Fachpraxis abverlangen.



Nahе Marseille übte die SEEBA 2016 zusammen mit einem französischen USAR Team. Zur medizinischen Versorgung legten die THW-Kräfte bereits an der Einsatzstelle Infusionen. (Foto: THW)

Bei der medizinischen Erstversorgung kommt es unter anderem darauf an, die Verletzten zu stabilisieren: Die Kräfte der medizinischen Komponente sprechen, wenn möglich, mit den Verletzten, legen Infusionen, stabilisieren ihre Nacken und ziehen sie aus den Trümmern heraus. Anschließend übergeben sie die Geretteten an Rettungswagen oder medizinische Zentren. Aber die Helferinnen und Helfer sind nicht nur für die Verletzten zuständig. Sie behandeln auch verwundete Teammitglieder und Rettungshunde, die für die Trümmersuche einsatzfähig bleiben müssen.

Aufreibende Übungsstunden

Seit ihrer Gründung 1986 war die SEEBA in rund 20 Ländern im Einsatz. Damit die SEEBA-Kräfte Einsätze bestmöglich meistern können, trainieren sie regelmäßig. Beispielsweise errichtete sie im Mai 2016 mit mehr als 70 THW-Kräften eine Base of Operations im französischen Port St. Louis du Rhône. Unter den kritischen Augen von israelischen und türkischen Beobachtern übte das THW gemeinsam mit einem französischen Team realitätsnahe Szenarien.

Für die medizinische Komponente bedeutete dies, Zugang zu Patienten unter extremen Bedingungen zu trainieren: Sie

seilten sich zehn Meter in die Tiefe ab und krochen durch gerade einmal schulterbreite Gänge in einen Trümmerbereich. Dort angekommen nahmen sie gemeinsam mit Rettungsassistenten unter anderem Amputationen vor, bei denen sie die Geretteten sedierten und beatmeten.

Ausbildung im Ehrenamt

Damit das medizinische Fachpersonal unter diesen schwierigen Ausnahmesituationen effektiv arbeitet, verfügt es über eine fundierte Ausbildung: Neben ihrem beruflichen Hintergrund, meist als Notärzte, absolvieren sie eine THW-Ausbildung zum Arbeiten in Trümmern unter beengten Bedingungen. Neben den theoretischen Grundlagen sind praktische Ausbildungen und regelmäßige Übungen wichtige Schritte auf dem Weg zur USAR-Teammitgliedschaft.

Die medizinischen Fachkräfte sind vollständig in die SEEBA integriert. Sofern sie keinen Notfall betreuen, arbeiten sie aktiv bei Bergungsaufgaben mit. Weil sie auch die Rettungshunde medizinisch versorgen, eignen sie sich außerdem Grundkenntnisse der Tiermedizin an. Zusätzlich sind einige von ihnen Mitglieder der Facharbeitsgruppe Medizin, die sich um die Standard Operating Procedures (SOP) zur Medizin im THW-Einsatz kümmern.



Zusammenarbeit der Augsburger Hilfsorganisationen funktioniert

Auch bei der größten Bombenevakuierung der Nachkriegsgeschichte

Weihnachten einmal anders – das müssen sich viele Augsburger gedacht haben, die über Weihnachten 2016 ihre Wohnungen verlassen mussten. In der Augsburger Innenstadt wurde Mitte Dezember eine Bombe aus dem Zweiten Weltkrieg gefunden. Es handelte sich um einen sogenannten Wohnblockknacker mit ca. 1500 Kilogramm Sprengstoff. Die Folge des Fundes: Am 25. Dezember fand die größte Evakuierungsaktion in Deutschland seit Ende des Zweiten Weltkriegs statt. Es wurde eine Schutzzone von 1500

Metern um den Fundort festgelegt, sodass insgesamt 54.000 Anwohner ihre Wohnungen verlassen mussten. In der Schutzzone befanden sich auch ein Krankenhaus sowie einige Altenheime.

Weiterhin waren die Einsatzzentrale der Berufsfeuerwehr mit integrierter Rettungsleitstelle und die Zentrale des Bayerischen Roten Kreuzes (BRK) betroffen. Um die erwartete große Anzahl von Liegendtransporten sowie den Betrieb



Die Helfer warten auf den Einsatzauftrag.

von sechs Notunterkünften bewerkstelligen zu können, arbeiteten alle fünf Hilfsorganisationen (ASB, BRK, DLRG, JUH und MHD) in gewohnter Weise zusammen. Die beiden RTW der DLRG Augsburg verlegten zusammen mit den anderen Hilfsorganisationen am 23. Dezember Patienten der Klinik Vincentinum in andere Krankenhäuser. Ein anderer Teil der Patienten wurde – soweit medizinisch verantwortbar – vorzeitig nach Hause entlassen. Heiligabend gingen die Patiententransporte weiter. Vormittags organisierte die DLRG als Abschnittsleitung die Evakuierung von zwei Pflegeheimen. Nachmittags halfen die Einsatzkräfte mit zwei Rettungswagen bei der Verlegung von 45 liegenden Patienten aus einer weiteren Altenpflegeeinrichtung.

Am ersten Weihnachtstag, dem Tag der Entschärfung, ging es für die über 30 DLRG-Einsatzkräfte schon um 5 Uhr los. Die DLRG war mit etwa 20 Helfern, einem Arzt, zwei RTW und mehreren MTW im Einsatz und betreute zusammen mit einer weiteren Hilfsorganisation eine Notunterkunft. Da sich die Evakuierung deutlich länger hinzog, als vorgesehen, fand nachmittags ein Schichtwechsel der Einsatzkräfte statt. Ab diesem Zeitpunkt betreute die DLRG die Notunterkunft alleine.

Der Beginn der Entschärfung verzögerte sich gegenüber der Planung um mehrere Stunden, da deutlich mehr Transportfahrten als gedacht durchgeführt werden mussten. Erst nach 15 Uhr war das Sperrgebiet vollständig geräumt, sodass die Entschärfung beginnen konnte. Für den Fall, dass die Entschärfung der Bombe länger dauert, wurden vorsorglich bereits Feldbetten aufgestellt.

In den Notunterkünften blieben Kapazitäten frei, da viele Augsburger bei Freunden oder Verwandten unterkamen. Auch die von der DLRG mitbetreute Notunterkunft „Berufsschule VI“ war nur etwa zur Hälfte belegt. Dort kamen Menschen vieler Nationalitäten – vom Baby bis zur über

90-Jährigen – zusammen. Einige Betroffene brachten ihre Hunde und Katzen mit. Auch diese Herausforderung bewältigten die DLRG-Helfer.

Gegen 18:45 Uhr kam die erlösende Meldung, dass die Bombe entschärft ist. Die Evakuierung wurde daher um 19 Uhr aufgehoben. Alle Evakuierten wollten natürlich zu diesem Zeitpunkt zeitgleich aus den Unterkünften nach Hause. Wer konnte ging zu Fuß, da es dauerte bis der ÖPNV wieder den Betrieb aufnahm und die Nachtbuslinien fuhren. Für diejenigen, die gehbehindert waren und daher eine Transportmöglichkeit durch ein Fahrzeug einer Hilfsorganisation benötigten, hieß es zunächst warten. Es dauerte, die vorhandenen Transportkapazitäten vernünftig zu koordinieren. Im Laufe der

Nacht brachten die für den Transport zuständigen Kräfte der DLRG mit MTW und RTW über 100 betreuungsbedürftige Menschen nach Hause. Um 04:15 Uhr rückten die letzten Kräfte in ihre Heimatstandorte ab.

Am zweiten Weihnachtsfeiertag übernahm die DLRG mit einem Führungsfahrzeug eine Abschnittsführung zur koor-



Die Arbeit in der DLRG Abschnittsleitung.



Die DLRG RTWs im Bereitstellungsraum.

dinierten Rückführung liegender Patienten in Seniorenheimen innerhalb der ehemaligen Schutzzone. Dabei waren der DLRG Abschnittsführung bis zu 25 Fahrzeuge unterstellt.

burger Hilfsorganisationen, die in der Arbeitsgemeinschaft der Augsburger Hilfsorganisationen an einem Strang ziehen.

Das Warten auf den Rücktransport.
(Fotos: DLRG)

Bei der Evakuierung kam es auch zu kuriosen Einsätzen: Während der Rückführung hatte einer der DLRG RTW den Auftrag, eine blinde Dame mit Rollstuhl in ihre Wohnung im vierten Obergeschoss zurückzubringen. Vor Ort stellte sich heraus, dass der Aufzug defekt war. Die RTW-Besatzung forderte daraufhin Tragehilfe an. Die Einsatzkräfte fuhren anschließend mit der Dame im Nachbarhaus mit dem Aufzug bis in den fünften Stock. Von dort wurde sie in ihrem Rollstuhl eine halbe Treppe weiter nach oben gehoben. Dort konnte sie über den Dachboden, der beide Häuser verbindet, in das richtige Haus gefahren werden. In „ihrem“ Haus musste sie dann wieder eineinhalb Stockwer-

ke durch ein sehr enges Treppenhaus heruntergebracht werden. Nachdem sie wieder in ihrer Wohnung war, dankte sie überglücklich den Einsatzkräften.

Insgesamt hat die DLRG mit ihren ehrenamtlichen Kräften bei diesem Einsatz über 900 Helferstunden geleistet. Von Seiten der Stadt Augsburg kam großes Lob für die Arbeit der Helfer. Die Einladung durch den Fußballverein FC Augsburg und die Stadt Augsburg an die Helfer zu einem der nächsten Heimspiele des FC Augsburg zeigte auch, dass die Anerkennungskultur funktioniert.

Der erfolgreiche Einsatz ist ein erneutes Beispiel für gute Zusammenarbeit und gelebtes Miteinander der Augs-

Andreas Klingberg



Deutscher Feuerwehrverband begrüßt Drohnenverordnung

Schneller Einsatz von Feuerwehr-Drohnen, keine Gaffer aus der Luft – der Deutsche Feuerwehrverband (DFV) begrüßt die jüngst im Bundesrat beschlossene „Verordnung zur Regelung des Betriebs von unbemannten Fluggeräten“. „Hiermit wird der Einsatz so genannter Drohnen verbind-



DFV-Vizepräsident Lars Oschmann.
(Foto: Rico Thumser / DFV)

lich geregelt und Rechtssicherheit für die Feuerwehren geschaffen“, erklärt DFV-Vizepräsident Lars Oschmann. Der Deutsche Feuerwehrverband hatte nach Prüfung durch seine zuständigen Fachgremien sowie durch Feuerwehren mit entsprechenden Einsatzerfahrungen in einer Eingabe gegenüber dem Bundesverkehrsministerium auf Besonderheiten der Feuerwehren unter anderem in den Punkten „Erlaubnispflicht“ und „Betriebsverbot“ hingewiesen und eine Nachbesserung des Entwurfs eingefordert.

„Dem ist nun entsprochen worden: Feuerwehren sind von der Nachweispflicht nach § 21a Abs. 4 ausgenommen“, erläutert Oschmann. Die beschlossene Verordnung lautet wie folgt: „Keiner Erlaubnis [...] und keines Nachweises [...] bedarf der Betrieb von unbemannten Luftfahrtssystemen durch oder unter Aufsicht von Organisationen mit Sicherheitsaufgaben im Zusammenhang mit Not- und Unglücksfällen sowie Katastrophen.“ (§ 21a (2)) In der Bundesrats-Drucksache wird dies damit erläutert, dass Feuerwehren als Organisationen mit Sicherheitsaufgaben von der Er-

laubnispflicht für den Betrieb von unbemannten Luftfahrtssystemen ausdrücklich ausgenommen werden, sofern der Einsatz in Zusammenhang mit Not- und Unglücksfällen und Katastrophen stattfindet. Auch präventive Einsätze etwa zur Lageerkundung bei Großveranstaltungen zählen dazu. Erfasst ist hierbei auch der Betrieb zu Ausbildungs- und Übungszwecken. Die Verordnung deckt auch den Betrieb „unter Aufsicht“ ab. „Hiermit werden die Fälle erfasst, in denen die Behörde über keine eigenen Geräte verfügt, sondern sich diese zur Verfügung stellen lässt. In diesen Fällen beaufsichtigt sie den Einsatz und trägt die Verantwortung“, so die Erläuterung.

Die Verordnung regelt auch, wo der Betrieb von unbemannten Luftfahrtssystemen und Flugmodellen verboten ist: „Der Betrieb [...] ist verboten [...] über und in einem seitlichen Abstand von 100 Metern von Menschenansammlungen, Unglücksorten, Katastrophengebieten und anderen Einsatzorten von Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben [...]. (§ 21b (2)) Auch hier sind die Feuerwehren explizit ausgenommen. „Dies ermöglicht zum einen, den Luftraum für die Einsatzerkundung frei zu halten, zum anderen wird das Gaffen aus der Luft verboten“, bewertet Oschmann.

Ein Verbot gilt zudem für den Betrieb außerhalb der Sichtweite des Steuerers [...], sofern die Startmasse des Geräts fünf Kilogramm und weniger beträgt. Auch hiervon sind die Feuerwehren für Einsatz und Ausbildung ausgenommen. „Somit können Drohnen etwa auch zur Erkundung hinter einer Rauchsäule oder in verqualmten Bereichen eingesetzt werden, wo ansonsten eine Lageerkundung nicht oder nur mit erheblich höherem Aufwand möglich wäre“, begrüßt Oschmann die Regelung.

Die Verordnung wurde anschließend der Bundesregierung zugeleitet, die nach dem Willen des Bundesrats noch einige Änderungen einbrachte – unter anderem forderten die Länder, Drohnenflüge auch in der Nähe von Krankenhäusern zu verbieten, um Kollisionen mit Rettungshubschraubern zu verhindern. Am Tag nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt trat die Verordnung größtenteils in Kraft.



Jemen: Nothilfe, Wasser und Gesundheit für vertriebene Familien

Seit Beginn der Kämpfe im Jemen in 2015 hat sich die Lage im Land dramatisch verschlechtert, die Zivilbevölkerung des ohnehin schon sehr armen Landes steht am Rande einer Hungersnot. Das DRK unterstützt den Jemenitischen Roten Halbmond bei der Trinkwasserversorgung und der Beschaffung und Lieferung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und anderen Hilfsgütern. Auch helfen wir mangelernährten Kindern und werdenden Müttern und unterstützen medizinische Einrichtungen.

Heftige Kämpfe im Land: die Bevölkerung leidet Not

Seit mehreren Jahren tobt ein gewaltsamer Konflikt im Jemen. Das Deutsche Rote Kreuz ist vor Ort und unterstützt den Jemenitischen Roten Halbmond dabei, Nothilfe für die Bevölkerung zu leisten. Oft finden die Einsätze unter schwierigen Bedingungen statt und die Helfer begeben sich in große Gefahr. Wichtige Infrastruktur und Gesundheitseinrichtungen sind zerstört, Lebensmittel und Medikamente schwer zu erhalten, die Menschen fliehen innerhalb des Landes.

Tod, Flucht und Mangelernährung: Die Situation im Überblick

- Über 3 Millionen Menschen, fast jeder zehnte, sind in ihrem Land auf der Flucht.
- Bisher 7.469 Todesfälle und 40.483 Verletzte durch Kampfhandlungen wurden registriert, die Dunkelzahl könnte wesentlich höher sein. Über 900 der Todesopfer waren Kinder.
- 3,3 Millionen Menschen leiden an Mangelernährung – darunter 2,1 Millionen Kinder
- 18,8 Millionen Menschen, also fast 80% der Bevölkerung, sind auf humanitäre Hilfe angewiesen.
- Die Kindersterblichkeit ist um circa 23 Prozent gestiegen.
- 14,8 Millionen Jemeniten haben keinen Zugang zu medizinischer Grundversorgung mehr.

Wir liefern Trinkwasser, Lebensmittel und Medikamente

Viele Wasseraufbereitungsanlagen und Leitungen wurden zerstört. Das DRK sorgt dafür, dass Tanklasten mit Trinkwas-

ser die betroffenen Familien und die Gemeinden versorgen, die intern Vertriebene aufnehmen. Die Preise für Grundnahrungsmittel haben sich seit Beginn des Konflikts mehr als verdoppelt. Zerstörte Infrastruktur wie Häfen und Straßen machen den Transport von Nahrungsmitteln und anderen Gütern schwierig, teuer und zeitintensiv. Mit Unterstützung des Auswärtigen Amtes werden Nahrungsmittel und andere Hilfsgüter wie Decken und Hygienepakete per Schiff ins Land gebracht und verteilt. Das DRK verteilt mit Hilfe der Schwesterorganisation Hygienepakete, Cholera-tests und dringend benötigte Impfstoffe, um so den Ausbruch von Seuchen zu verhindern.

Unterstützung von mangelernährten Kindern und ihren Müttern

Akut mangelernährte Kleinkinder unter fünf Jahren und deren Mütter sowie stillende und schwangere Frauen wer-



Mütter und Kleinkinder benötigen Hilfe und Unterstützung.

den mit Hilfe des DRK und des Auswärtigen Amtes unterstützt. Zu diesem Zweck hat der Jemenitische Rote Halbmond ein Gesundheitszentrum im Regierungsbezirk Taiz errichtet. Außerdem werden ein Kreißsaal, eine Notfallgynäkologie und eine mobile Gesundheitsstation betrieben. Auch andere medizinische Einrichtungen erhalten Medika-



Besonders Frauen und Kinder sind traumatisiert und verängstigt.
(Fotos: DRK)

mente, Ausstattung und Unterstützung bei baulichen Maßnahmen.

Psycho-soziale Unterstützung für Frauen und Kinder

In der Hauptstadt Sana'a und in Lajh bietet der Jemenitische Rote Halbmond mit Unterstützung des DRK psychologisch-soziale Unterstützung für Frauen und Kinder. Das Leben unter permanenter Gefahr während der Luftangriffe

auf Sana'a und andere Städte im Jemen ist schwierig und hinterlässt seine Spuren bei den Menschen. Besonders Frauen und Kinder sind traumatisiert und verängstigt.

Hungersnot

Die Vereinten Nationen haben für mehrere afrikanische Länder und den Jemen eine Hungersnot erklärt oder sehen die unmittelbar drohende Gefahr dafür. So sind 20 Millionen Menschen in Südsudan, Somalia, Jemen oder dem Nordosten Nigerias einem akuten Nahrungsmittelmangel ausgesetzt.

Kindergesundheit

Die Hälfte der etwa 23,8 Millionen Jemeniten lebt in Armut, 13 Millionen haben keinen Zugang zu sauberem Wasser und sanitären Anlagen, 2,2 Millionen Kinder sind unterernährt. Deshalb unterstützt das DRK unterstützt den Jemenitischen Roten Halbmond dabei, die Kindergesundheit an 21 Schulen zu verbessern.

Gesundheitsversorgung

Das DRK unterstützt seine Schwestergesellschaft, den Jemenitischen Roten Halbmond dabei, der Bevölkerung Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen sowie Mangelernährung zu reduzieren.

DIE JOHANNITER



Rahmenkonzept für die Johanniter-Einsatzmotorräder

Einsatzmotorräder gehörten lange Zeit eher selten zu den Ressourcen im Zivil- und Katastrophenschutz.

Dabei bietet diese Einsatzoption durchaus auch positiven Nutzen für Einsatzorganisationen. Die Polizeien des Bundes und der Länder, die Bundeswehr und auch das THW nutzen diese flexible einsatztaktische Option für ihre jeweils sehr spezifischen Anforderungen.

Innerhalb der Johanniter-Unfall-Hilfe haben sich im Verlauf der letzten Jahre immer mehr Standorte bereitgefunden, in den Aufbau der „Taktischen Einheit Einsatzmotorräder“ (TE EM) zu investieren.

Heute zählen wir über 130 Einsatzmaschinen in 64 Standorten mit über 500 speziell geschulten Einsatzkräften – und sind somit bundesweit ein großer Anbieter dieser Ein-



Die Einsatzmotorräder der Johanniter.

Mit der Rahmenkonzeption soll ein einheitlicher Standard für Einsätze der Motorrad-Einheiten der Johanniter-Unfall-Hilfe erreicht werden. Anhand der auf Basis der Rahmenkonzeption in den jeweiligen Einheiten erstellten individuellen Einsatzkonzepte sind die Einheiten auch für andere Einsatzdienste besser planbar. Grundlage aller einsatztaktischen Maßnahmen ist die JUH DV 100/102, sodass Führung und Einsatz in die Grundstruktur des Zivil- und Katastrophenschutzes adaptierbar ist. Das verbessert im Realfall die Kommunikation und Planung.

Die Ausbildungskonzeption wurde in enger Rückkopplung mit der Praxis erstellt. Die Fachberater Wolfgang Baumüller (Landesverband Bayern)

und Raymund Schmidt (Landesverband Berlin-Brandenburg) haben hier maßgeblich mitgewirkt und dafür Sorge getragen, dass realistische Einsatzsituationen berücksichtigt wurden.

Die Rahmenkonzeption der Johanniter-Unfall-Hilfe „Taktische Einheit Einsatzmotorräder“ kann unter leander.strate@johanniter.de angefordert werden.

Leander Strate

satzressource. Um die örtlichen Initiativen in ihrer Einsatzstruktur, Qualität und Ausrüstung zu standardisieren, hat der Facharbeitskreis Einsatzmotorräder der Johanniter-Unfall-Hilfe ein Rahmenkonzept für die „Taktischen Einheiten Einsatzmotorräder“ erarbeitet. Dieses wurde im März 2017 vom Bundesvorstand als verbindlich gezeichnet und bietet nun den organisatorischen Rahmen, in dem sich die Fortentwicklung dieser Einsatzoption bewegen wird.

Das Rahmenkonzept definiert Einsatzwerte und legt Mindeststandards zur Ausstattung und Ausrüstung (Persönliche Schutzausrüstung (PSA) mit Motorradkombi, Helm, Stiefel, etc.) fest. Zukünftig werden die Motorrad-Einheiten analog der verbindlichen Bekleidungsrichtlinie ausgestattet, so dass sich in Zukunft die bundeseinheitliche Motorradkombi durchsetzen wird.

Ein großer Schwerpunkt im Rahmenkonzept liegt in der Entwicklung von Aus- und Fortbildungsstandards. Im Herbst 2016 wurde sehr erfolgreich die erste Fachfortbildung für Führer von Einsatzmotorrädern durchgeführt. Mit großer fachlicher Unterstützung der Bundeswehr fand vom 7. bis 9. Oktober 2016 der Pilotlehrgang in der Julius-Leber-Kaserne in Berlin und auf dem Truppenübungsplatz Lehnin statt. Neben Schulungen zum Handling der Einsatzmaschinen unter schwierigsten Bedingungen im unwegsamen Gelände wurden auch Maßnahmen zur Absicherung von Kolonnenfahrten unter realen Bedingungen geübt.



Ein Johanniter Einsatzmotorrad im Einsatz.
(Fotos: Kersten Krassmann / Johanniter)



Malteser
...weil Nähe zählt.

Fit für den Berufsalltag

Gesundheitswoche für Retter

Harte Arbeit ist der Alltag für die Frauen und Männer im Rettungsdienst. Das kann auf die Dauer an die Substanz gehen. Darum haben die Malteser im Rahmen ihrer betrieblichen Gesundheitsförderung ein besonderes Angebot entwickelt: die „Gesundheitswoche für Retter“: Eine Woche ganz ohne Blaulicht – aber mit einem aktivierenden, entspannenden und genussvollen Programm fürs persönliche Wohlergehen in der Malteser Klinik von Weckbecker, der Fachklinik für Naturheilverfahren in der herrlichen Landschaft der bayerischen Rhön.

„Die Gesundheitswoche für Retter bietet uns als Dienstgeber eine gute Gelegenheit, unseren Mitarbeitern ein erholsames Innehalten zu ermöglichen, aber gleichzeitig auch die wertvolle Option einer ernährungs- und körperbewussten Neuausrichtung des eigenen Berufslebens“, sagt Ulf Reermann, Regionalgeschäftsführer der Malteser in Hessen / Rheinland-Pfalz / Saarland. „Physiotherapie und Osteopathie gehören ebenso dazu wie Ernährungstipps

und Gymnastik. Das ist eine sinnvolle und nachhaltige *Investition* in unsere besten Kräfte und zudem ein Zeichen der großen Wertschätzung für ihr tägliches Tun.“

Weitere Infos unter: www.weckbecker.com



Die Malteser Klinik von Weckbecker in Bad Brückenau hat ein spezielles Gesundheitsprogramm für verdiente Kräfte aus dem Rettungsdienst entwickelt. (Foto: Malteser Archiv)

Schulsanitätsdienst als Beitrag zu gelingender Inklusion



Wenn sie gebraucht werden, sind sie zur Stelle: die Schulsanitäterinnen und Schulsanitäter der Friedrich-von-Bodelschwingh-Schule Krefeld. (Foto: Elisabeth von Heereman)

Seit Beginn des Schuljahrs 2015 / 16 gibt es das Pilot-Projekt „Aufbau eines Schulsanitätsdienstes (SSD) an einer Förderschule mit Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung“ an der Friedrich-von-Bodelschwingh-Schule in Krefeld. Gabi Lommetz, Leiterin Ausbildung der Malteser Krefeld, unterrichtete die Schülerinnen und Schüler alle 14 Tage im Rahmen einer AG, die betreuende Lehrerin Elisabeth von Heereman, inzwischen von den Maltesern ebenfalls zur Erste-Hilfe-Ausbildlerin geschult, wiederholte in der Folgewoche mit den Jugendlichen den erlernten Stoff.

Krönender Abschluss des Lehrgangs war das Schulfest, an dem die Schüler zum ersten Mal ganz stolz ihre SSD-Westen und den SSD-Rucksack trugen. „Mich hat sehr beeindruckt, mit welchem Elan und Eifer die Schüler bei der Sache waren“, erzählt Gabi Lommetz. „Und immer wieder überrascht hat mich, wie souverän sie ihr Wissen präsentiert haben – zum Beispiel beim Besuch von Hilfsdienst-Vizepräsidentin Daisy Gräfin Bernstorff oder bei den

Dreharbeiten zu einer kurzen Reportage für die Lokalzeit NRW.“

Dass der Schulsanitätsdienst gemäß dem Schulmotto „Stark in die Welt“ einen wichtigen Beitrag zu gelingender Inklusion leistet, bestätigt auch Elisabeth von Heereman: „Die Motivation der Schüler ist hoch, und trotz ihrer kognitiven Einschränkungen erwerben sie eine beeindruckende Kompe-

tenz und zunehmende Sicherheit in der Erstversorgung von Notfall-Opfern. Menschen mit einer geistigen Behinderung sollen die Chance haben zu erleben, dass sie nicht bloß hilfsbedürftig sind, sondern selbst kompetent Helfende sein können.“ „Es war toll, und ich hoffe, es folgen noch viele weitere Jahrgänge“, zieht Gabi Lommetz zufrieden Bilanz. Derzeit läuft der zweite Ausbildungsjahrgang.

Georg Wiest



Der Veterinärzug Ravensburg



Veterinärzüge wurden in Baden-Württemberg in den 1970er Jahren von den Zivilschutzbehörden eingerichtet, um die Veterinärbehörden bei Tötungen und Desinfektionen im Falle von Tierseuchen und anderen Schadenslagen mit Tieren zu unterstützen. Der Veterinärzug Ravensburg als amtstierärztlicher Fachdienst des Katastrophenschutzes wird derzeit durch das Landratsamt Ravensburg gemäß einer Vereinbarung mit dem Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz geführt.



Ein LKW in einer Desinfektionsschleuse F.

Der Veterinärzug Ravensburg besteht aktuell aus 30 aktiven Helfern sowie weiteren 26 ehemaligen Mitgliedern, auf die im Notfall zurückgegriffen werden kann. Die Einheit wird als Bestandteil des Tierseuchenbekämpfungskonzeptes lokal und überregional für unterschiedlichste Einsätze herangezogen. In den Jahren 2015 und 2016 wurde der Veterinärzug insgesamt zu 15 Einsätzen angefordert, elf davon waren außerhalb des Landkreises Ravensburg.

Die Aufgaben des Veterinärzuges umfassen ein weitreichendes Spektrum: von Stall- und Teichdesinfektionen (Sanierung) im Tierseuchenfall, über Unterstützung der Veterinärämter bei Tiersondierungen, -zählungen und -markierungsarbeiten, bis hin zu Keulungs- und Tötungsaufgaben von Beständen, welche von Seuchen befallen sind.

Um für diese Aufgaben gerüstet zu sein, werden die Helfer laufend durch verschiedene Fortbildungen geschult und auf die Einsätze vorbereitet. Das sind beispielsweise Sachkundelehrgänge zum Töten von Geflügel, Rindern, Schweinen, Schafen oder Technischulungen der diversen Gerätschaften, um nach den einschlägigen Vorgaben des Tiereschutzes arbeiten zu können. Die ehrenamtlichen Helfer werden im Einsatzfall vom Landratsamt Ravensburg abgerufen und koordiniert. Bei den Arbeiten wird auf das Fachwissen der einzelnen Helfer zurückgegriffen – es befinden sich Metzger, Landwirte, Jäger und Techniker im Team. Viele Helfer sind auch Mitglied bei den Feuerwehren.

Leiter des Veterinärzuges ist ein Amtstierarzt des Veterinäramtes Ravensburg. Er ist verantwortlich für Führung und Ausbildung der Veterinärhelfer und überwacht die Durchführung der Einsatzaufgaben. Der Zugführer wird auf fachlicher Seite unterstützt von einer tierärztlichen Stellvertretung. Organisatorisch und technisch sorgen zwei spezialisierte Mitarbeiter des Brand-, und Katastrophenschutzes für die Verwaltung und Einsatzbereitschaft des Zugtrupps sowie die erforderliche Ausstattung und Gerätwartung.

Der Veterinärzug betreibt und verwaltet auch das Zentrallager Baden-Württemberg für Tierseuchenbekämpfung in

Berg bei Ravensburg. Dort werden die benötigten Materialien im Tierseuchenfall – teilweise für ganz Baden-Württemberg – vorgehalten: Infektionsschutzanzüge, Gummistiefel, Schutzbrillen, Einweghandschuhe, Kadaversäcke oder Schutzmasken sind 100- bis 1000-fach im Lager vorhanden. Ebenso sind Gerätschaften und Technik für Einsätze der drei Veterinärzüge in Baden-Württemberg gelagert. Schaumdesinfektionsgeräte, Kompressoren, Schläuche, Abdichtmaterialien für Teiche, Stromtötungsgerätschaften, Metzgerutensilien und vieles mehr. Für die Stromversorgung auf den Höfen sorgt ein auf einem Anhänger fest verbauter 30 KVA Stromerzeuger, der bei Einsätzen mitgeführt wird.



Ein Helfer bei der Teichdesinfektion.
(Fotos: Veterinärzug Ravensburg / LRA Ravensburg)

Für den Transport von Technik und Personal stehen dem Veterinärzug Ravensburg ein Lastkraftwagen, ein Kleinbus sowie ein 2,5 Tonnen Tandemanhänger zur Verfügung.



Gemeinsame Tagung der 3 Veterinärzüge (Regie) der Landkreise Freiburg, Schwäbisch Hall und Ravensburg.

Bei der Unterstützung verschiedener Veterinärämter bei Tiersondierungen in Tierherden, etwa in der Rinderhaltung, kommt mobiles Treibgatter mit Zwangsstand zum Einsatz. Dieses kann an Ort und Stelle flexibel auf die Flächen- und Herdengröße angepasst werden. Aufgrund der aktuellen Lage der Geflügelpest wurde der Veterinärzug Ravensburg zur Alarmbereitschaft aufgerufen. Das heißt, sollte es im Rahmen der Geflügelpest zu einem Ausbruch oder Verdacht in einem gewerblichen Betrieb kommen, sind die Helfer innerhalb kurzer Zeit mit ihrem Equipment an der Ausbruchsstelle. Sie können die praktische Umsetzung angeordneter Maßnahmen der Veterinäräm-

ter unterstützen oder einer Verschleppung von Tierseuchenerregern durch wirksame Reinigungs- und Desinfektionseinsätze vorbeugen. Für diesen Fall wurden die Lagermengen im Zentrallager in Ravensburg erhöht, weitere Technik zur Geflügeltötung beschafft und Fortbildungen der Helfer intensiviert.

Der Aufbau einer Desinfektionsschleuse für Fahrzeuge, Gerätschaften und Personal wird durch den Veterinärzug Ravensburg mit den örtlichen Katastrophenschutz-Einheiten ebenfalls koordiniert und bei Bedarf umgesetzt. Eine übergreifende Fortbildung aller Veterinärzüge in Ravensburg mit Vertretern des Regierungspräsidiums Tübingen und des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz am 15. Februar dieses Jahres sollte auch die Zukunft der drei Veterinärzüge Freiburg, Schwäbisch Hall und Ravensburg sichern.

Die Gewinnung von Helfern wird auch in Zukunft eine der wichtigsten Aufgaben der Züge werden. Zu Zeiten der Wehrpflicht wurden die Helfer freigestellt, wenn Sie sich im Veterinärzug engagierten. Anschließend sind sie größtenteils im Veterinärzug geblieben.

Seit Abschaffung der Wehrpflicht wird an Landwirtschaftsschulen, Berufsschulen mit tierischen Hintergründen und durch die Veterinäre selbst Werbung gemacht, um den Helferstand auch in Zukunft zu sichern.

Nähere Infos zum Veterinärzug Ravensburg erhalten Sie unter:

www.landkreis-ravensburg.de.

Christian Kramer

Wochenendworkshop an der AKNZ: „Stromausfall in einer Gebietskörperschaft“

Strom ist das Lebenselixier unserer Gesellschaft. Wie funktionieren Daseinsvorsorge, wie funktionieren kritische Infrastrukturen bei einem Stromausfall vor Ort?

Immer wieder hat sich ergeben, dass diese Fragen am besten der Personenkreis angehen kann, der auch bei einer derartigen Krise / Katastrophe vor Ort die Verantwortung trägt. Daher werden nach einer Pilotierungsphase im Jahr 2014/15 an der AKNZ des BBK dreitägige Workshops von und mit den Zuständigen in der Gebietskörperschaft angeboten.

Teilnehmer waren: Der Main-Taunus-Kreis und der Hochtaunuskreis aus Hessen, der Kreis Paderborn und die Stadt Bielefeld aus NRW, der Landkreis Nienburg-Weser aus Niedersachsen und am letzten Märzwochenende 24.-26.03. Sachsens Landeshauptstadt Dresden. Nach der Begrüßung und Einleitung durch den Beigeordneten und Ersten Bürgermeister Detlef Sittel, (seit 2001 Beigeordneter für Ordnung und Sicherheit der Landeshauptstadt Dresden und

von 2008 bis 2015 Zweiter Bürgermeister, seit Oktober 2015 Erster Bürgermeister) stellten Kathrin Stolzenburg und Eva Stock fachkundig und inspirierend die kritischen Infrastrukturen „Kritis“ in den Mittelpunkt.

Das die Stadt und Ihr Verwaltungsstab gut aufgestellt sind, konnte Herr Jochen Kinast (Koordinator Verwaltungsstab Landeshauptstadt Dresden Geschäftsbereich Ordnung und Sicherheit) überzeugend darlegen. Best Practice anderer Kreise rundeten den ersten Tag ab. Woher kommt der Strom? Welche Aufgaben hat der Netzbetreiber?

Wie sieht das Krisenmanagement in Unternehmen aus?

Die Vorträge waren wichtige Ergänzungen zu Dresdens Eigenvorsorge u. a. durch gut aufgestellte Stadt- und Wasserwerke in kommunaler Hand. Probleme, Prioritäten, Kommunikation und Erfahrungen mit Spontanhelfern bildeten die Diskussionsschwerpunkte der zweiten Hälfte.

Zentral bleibt die Frage: Wie versorge ich meine Notstromaggregate? Wer bekommt Benzin? Welche Tankstelle verfügt über ein Notstromaggregat / eine Einspeisevorrichtung? Leider musste Alfred Pantenburg von der Allgemeinen Dienstleistungsdirektion (ADD, der

Mittelbehörde in Rheinland-Pfalz) Trier hier mit sehr ernüchternden Fakten aufwarten.

Nicht zu vergessen: Weinprobe, herrliches Wetter und Besuche im Regierungsbunker und in Ahrweiler rundeten das Programm ab.

Trotz Abfahrt Sonntag um 11:00 Uhr – es blieb vom Wochenende wenig – hat es sich gelohnt. Und ... Vorbereitung ist notwendig.

Wir müssen uns mit dem Thema beschäftigen, wie Bürgermeister Sittel in seinem Resümee betonte und gleichzeitig einräumte, die Flächenlandkreise mit wenig Personal haben es noch schwerer als Großstädte. Viel zum Erfolg der Veranstaltung hat Dresdens intensive Vorbereitung beigetragen. Der Kollege vom Rhein-Kreis Neuss nahm für seine Veranstaltung im Juni wichtige Impulse mit.

Im Jahr 2018 werden sechs Workshops „Stromausfall in einer Gebietskörperschaft“ angeboten.

Bei Fragen: stefan.vosschmidt@bbk.bund.de

Katrin Stolzenburg, Eva Stock, Jochen Kinast, Stefan Voßschmidt



Die Teilnehmer des Workshops.

Bundestagsabgeordnete informieren sich über Zivilschutztechnik

Zahlreiche Mitglieder des Deutschen Bundestages haben sich am Mittwoch, 17. Mai 2017, über die neueste Technik im Zivilschutz informiert.



Präsident Christoph Unger mit Hartmut Ziebs, Hermann Schreck und Frank Hachemer.
(Foto: BBK)

Vor dem Paul-Löbe-Haus in Berlin hat das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Feuerwehrverband (DFV) vorwiegend bei Feuerwehren stationierte Fahrzeugtypen vorgestellt.

Vor Ort waren ein Löschgruppenfahrzeug LF-KatS, ein Schlauchwagen SW-KatS, ein CBRN-Erkundungswagen CBRN-ErkKW, ein Gerätewagen Dekontamination Personal GW Dekon P sowie ein Einsatzleitwagen der Analytischen Task Force ELW ATF. BBK-Präsident Christoph Unger und DFV-Präsident Hartmut Ziebs erläuterten den interessiert nachfragenden Abgeordneten die Einsatzmöglichkeiten der Fahrzeuge und auch, wie über das ergänzende Ausstattungskonzept des Bundes und der Länder der Bund die Feuerwehren unterstützt.

Finanzzusagen beim Berliner Abend des DFV

Wie wichtig eine gute Ausstattung für die Arbeit der Feuerwehren ist, betonte am Abend beim 12. Berliner Abend der deutschen Feuerwehren noch einmal Bundeskanzlerin Angela Merkel. Die wertvolle Arbeit der Feuerwehren verdiene „Unterstützung vonseiten der Politik“. Bundesinnenminister Thomas de Maizière drückte diese Unterstützung in seinem Redebeitrag in konkreten Zahlen aus.

Er bestätigte noch einmal, dass in den kommenden drei Jahren Haushaltsmittel von insgesamt 92 Millionen Euro für die Anschaffung von rund 400 neuen Bundesfahrzeugen für den Brandschutz zur Verfügung stehen. Die Ausschreibung läuft seit dem Frühjahr.

Merkel nennt „Max und Flocke“ und „Rettet die Retter“ „tolle Projekte“

Sowohl die Kanzlerin als auch der Innenminister dankten den anwesenden Feuerwehrleuten für ihren unermüdlischen Einsatz, appellierten aber gleichzeitig an sie, nicht in dem Bemühen nachzulassen, Nachwuchs zu rekrutieren und für die Feuerwehr zu begeistern.

Als gute Beispiele, wie das gelingen kann, nannte sie die beiden „tollen Projekte“ des BBK, die sich speziell an Kinder richten: „Max und Flocke Helferland“ und „Rettet die Retter“.

Seit 2011 spricht das BBK mit „Max und Flocke Helferland“ erfolgreich Kinder und Jugendliche zwischen sieben und zwölf Jahren an.

Das Angebot will die jungen Menschen über Gefahren im Alltag informieren und sensibilisieren. Sie erlernen hier spielerisch wichtige Verhaltensregeln zu den Themen Brandschutz, Erste Hilfe und Selbsthilfe, die sich sehr nachhaltig auf das gesamte weitere Leben auswirken.

Außerdem erhalten sie Informationen über das deutsche Hilfeleistungssystem (wie z. B. Rettungsdienst und Feuerwehr) und die möglichen ehrenamtlichen Tätigkeiten.

An Kinder im Vorschulalter richtet sich das seit Januar 2017 in Augsburg laufende Gemeinschaftsprojekt „Rettet die Retter“ des Bundesministeriums des Innern (BMI), des BBK und der Arbeitsgemeinschaft der Augsburger Hilfsorganisationen.

Es wurde initiiert, um die Organisationen des Bevölkerungsschutzes bei der Nachwuchsgewinnung zu unterstützen. Das Projekt wird in Augsburg erprobt. Der Medienkoffer enthält einen Puppenfilm „Rettet die Retter“ der Augsburger Puppenkiste. Neben dem Film gibt es ein pädagogisches Begleitkonzept. Dazu ein Malbuch, ein Erzähl-

buch, Spielfiguren zum Nachspielen, und ganz besonders wichtig, die Handpuppe mit dem Namen Tini. Auf der BBK-Homepage kann man erste Materialien dazu herunterladen.

IMPRESSUM

Herausgeber: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Provinzialstraße 93, 53127 Bonn
Postfach 1867, 53008 Bonn
redaktion@bbk.bund.de
<http://www.bbk.bund.de>

Redaktion:

Ursula Fuchs (Chefredakteurin),
Tel.: 022899-550-3600
Nikolaus Stein,
Tel.: 022899-550-3609
Petra Liemersdorf-Strunk,
Tel.: 022899-550-3613

Fachliche Beratung dieser Ausgabe:

Dr. Barbara Kowalzik (RL'in IV.4, fachl. Projektleitung)
Dr. Dorothee Friedrich (RL'in IV.4)
Dr. Martin Weber (IV.4)
Tobias Brodala (IV.4)
Jan Kämpen (IV.4)
Tina Reinwald (IV.2)

Layout: Nikolaus Stein

Petra Liemersdorf-Strunk

Bevölkerungsschutz erscheint vierteljährlich (Februar, Mai, August, November), Redaktionsschluss ist jeweils der erste Werktag des Vormonats.

Auflage:

30.000 Exemplare

Vertrieb und Versand:

Bevölkerungsschutz wird kostenfrei geliefert.
Bestellungen und Adressänderungen bitte an: redaktion@bbk.bund.de

Druck und Herstellung:

BONIFATIUS Druck · Buch · Verlag
Karl Schurz-Straße 26, 33100 Paderborn
Postf. 1280, 33042 Paderborn
Tel.: 05251-153-0
Fax: 05251-153-104

Manuskripte und Bilder nur an die Redaktion. Für unverlangt eingesandte Beiträge keine Gewähr. Nachdruck einzelner Beiträge, auch im Auszug, nur mit Quellenangabe und mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Mit Namen gezeichnete Beiträge geben die Meinung des Verfassers wieder und müssen nicht unbedingt mit der Auffassung der Redaktion übereinstimmen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird i. d. R. auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

Heute: Hansestadt Wismar, Mecklenburg-Vorpommern



Teile der Hansestadt Wismar wurden gemeinsam mit der Hansestadt Stralsund unter dem Namen „Historische Altstädte Stralsund und Wismar“ im Jahr 2002 als Kulturgut in die „Liste des Welterbes“ der UNESCO aufgenommen. Wismar gehörte wie auch Stralsund zum mittelalterlichen Handelsbund der Hanse und erlebte seine Blütezeit im 14. Jahrhundert.

Wismar als wichtiges Handelszentrum der Hanse konnte seinen mittelalterlichen Grundriss und viele Bauten bis heute nahezu unverändert erhalten und repräsentiert daher auch heute noch beinahe idealtypisch die Hansestadt im Mittelalter. Der beinahe kreisförmige Grundriss der Altstadt ist durch die Anbindung zum Hafen geprägt. Das mittelalterliche Hafenbecken ist weitestgehend erhalten und die zum Hafen fließende „Grube“, der einzige noch erhaltene, künstlich angelegte mittelalterliche Wasserlauf in einer norddeutschen Altstadt, sind Zeugen einer mittelalterlichen Seehandelsstadt. Eine Vielzahl wichtiger Zeugnisse der Backsteingotik wie die spätgotische Georgenkirche zeugen von „wendischer“ Kirchenarchitektur. Im Bereich der Profanbauten bietet der „Alte Schwede“, an der

Ostseite des Wismarer Marktes gelegen, ein eindrucksvolles Beispiel gotischer Giebelhausarchitektur. Der eingeschossig angelegte Backsteinbau wurde um 1380 errichtet und besitzt einen mächtigen Staffelgiebel, welcher über fünf weitere Geschosse reicht. Das Gebäude erhielt den Namen „Alter Schwede“ zur Erinnerung an die Wismarer Schwedenzeit in den Jahren 1648 bis 1803.

Im 15. Jahrhundert verlor Wismar mit dem allmählichen Niedergang der Hanse schrittweise an Bedeutung und Wohlstand.

Wismar wurde laut einem hundertjährigem Pfandvertrag Schweden zugesprochen; davon zeugen noch heute Gebäude wie das schwedische Kommandantenhaus am Alten Markt, erbaut 1746, und das Zeughaus, eines der bedeutendsten barocken Zeugnisse schwedischer Militärarchitektur in Deutschland. Die schwedische Zugehörigkeit Wismars wurde erst 1903 endgültig beendet.

Weitere Informationen unter:

<http://www.wismar.de/Tourismus-Welterbe/UNESCO-Welterbe/Welterbe-in-Wismar/>

(pl)



Alter Markt in Wismar mit dem „Alten Schweden“ und dem fünfgeschossigen Backsteingiebel (zweites Gebäude von links).
(Foto: Hajotthu - Eigenes Werk. Lizenziert unter CC BY-SA 3.0 über Wikimedia Commons)

Bevölkerungsschutz
ISSN: 0940-7154
Bundesamt
für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe
Postfach 1867, 53008 Bonn
PVSt, Deutsche Post AG,
Entgelt bezahlt, G 2766