

**Ärztliche Führung in Großschadenslagen –
Ein Konzept zur Erweiterung
der Führungsorganisation
in der medizinischen Gefahrenabwehr**

Bachelorarbeit
zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ (B.Sc.)

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. rer. medic. Ludger Batzdorfer

Zweitprüfer: Herr Dr. med. Stefan Weiß

Johannes Ruf

Waiblingen, den 25.04.2024

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	V
1 Einleitung	1
1.1 Situations- und Problemdarstellung.....	1
1.2 Fragestellung und Zielsetzung	3
1.3 Methodik und Aufbau der Arbeit	4
2 Grundlagen zur Einsatztaktik in Großschadenslagen	6
2.1 Definition der Großschadenslage	6
2.2 Massenanfall von Verletzten	6
2.3 Lebensbedrohliche Einsatzlage.....	11
2.4 Flächenlagen und kumulierende Ereignisse	14
2.5 Katastrophe und außergewöhnliche Einsatzlage	16
2.6 Zwischenfazit.....	18
3 Führung in der Gefahrenabwehr	20
3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	20
3.2 Das Führungssystem.....	22
3.3 Medizinische Führungsstrukturen.....	26
3.3.1 Leitender Notarzt	26
3.3.1.1 Aufgaben und Tätigkeiten.....	26
3.3.1.2 Ausbildung.....	27
3.3.1.3 Alarmierung	28
3.3.1.4 Bestellung.....	29
3.3.2 Organisatorischer Leiter Rettungsdienst.....	30
3.3.3 Medizinischer Einsatzabschnitt.....	30

3.4	Führungsstrukturen der Feuerwehr	32
3.5	Führung im Katastrophenfall	35
3.6	Polizeiliche Führungsstrukturen	38
3.7	Übergreifende Führungsorganisation in Großschadenslagen	39
3.8	Zwischenfazit.....	42
4	Erweiterung der medizinischen Führungsorganisation.....	45
4.1	Grenzen des bestehenden LNA-Systems	45
4.2	Der LNA-Koordinator	46
4.2.1	Definition und Aufgaben.....	47
4.2.2	Anforderungen, Ausbildung und Ausstattung.....	49
4.2.3	Erweiterte ärztliche Führung in Großschadenslagen	50
4.3	Implementierung und Evaluation	55
4.4	Zwischenfazit.....	56
5	Schlussbetrachtung	58
	Literatur- und Quellenverzeichnis	61
	Anhang I: Alarmordnung der Leitenden Notärzte (LNA) des Landkreis Ludwigsburg	68
	Anhang II: Alarmstufenplan Landkreis Ludwigsburg	69

Abkürzungsverzeichnis

AEL	Außergewöhnliche Einsatzlage
BAO	Besondere Aufbauorganisation
BHP	Behandlungsplatz
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben
BW	Baden-Württemberg
CBRN	Chemisch, biologisch, radiologisch und nuklear
DIN	Deutsches Institut für Normung
EA	Einsatzabschnitt
EAL	Einsatzabschnittsleitung
EL	Einsatzleitung
ELW	Einsatzleitwagen
FLZ	Führungs- und Lagezentrum
FwDV	Feuerwehrdienstvorschrift
FwG	Feuerwehrgesetz
ILS	Integrierte Leitstelle
KdoW	Kommandowagen
LebEL	Lebensbedrohliche Einsatzlage
LKatSG	Landeskatastrophenschutzgesetz
LNA	Leitender Notarzt
LNA-K	Leitender Notarzt-Koordinator
ManV	Massenanfall von Verletzten
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
OrgL	Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
PDV	Polizeidienstvorschrift
PRIOR	Primäres Ranking zur Initialen Orientierung im Rettungsdienst
RDG	Rettungsdienstgesetz
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
TEL	Technische Einsatzleitung
VS-NfD	Verschlussachen - nur für den Dienstgebrauch

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Das Führungssystem	22
Abb. 2: Führungsvorgang.....	25
Abb. 3: Zusammensetzung des Führungsstabes	35
Abb. 4: Matrixorganisation im Katastrophenfall	37
Abb. 5: Beispielhafte Führungsorganisation Feuerwehr und Rettungsdienst... 41	
Abb. 6: Führungsorganisation ManV	51
Abb. 7: Führungsorganisation aufwachsende Lagen	52
Abb. 8: Führungsorganisation LebEL	53
Abb. 9: Führungsorganisation Flächenlagen und kumulierende Ereignisse..... 54	
Abb. 10: Führungsorganisation Katastrophe	55
Tab. 1: ManV-Stufen im Landkreis Ludwigsburg.....	8
Tab. 2: Sichtungskategorien.....	10

1 Einleitung

1.1 Situations- und Problemdarstellung

„Der Aufbau einer effektiven Führungsstruktur ist der Schlüssel zur bestmöglichen Bewältigung eines Massenanfalls bzw. Schadensereignisses.“¹

Der Rettungsdienst arbeitet in alltäglichen Einsatzsituationen, anders als die Feuerwehr und die Polizei, ohne Befehls- und Führungsstrukturen.²

Diese Vorgehensweise funktioniert jedoch nicht in einer Großschadenslage, bei der es sich um Ereignisse wie Bus- und Zugunglücke, Flugzeugabstürze, Großbrände oder Massenkarambolagen handelt. Auch Naturkatastrophen, Explosionen, chemische, biologische, radiologische und nukleare Gefahren (CBRN-Gefahren) sowie Amokläufe und Terroranschläge zählen zu möglichen Szenarien.³ Zur Bewältigung derartiger Großschadenslagen sind klare Führungsstrukturen und eine übergreifende Führungsorganisation aller an der Gefahrenabwehr beteiligten Organisationen notwendig.⁴

Infolge von zwei Großschadensereignissen in den 80er-Jahren, bei denen es aufgrund von fehlenden medizinischen Führungsstrukturen erhebliche Schwierigkeiten bei der Koordinierung der Rettungsmaßnahmen gab, wurde die Funktion des Leitenden Notarztes (LNA) etabliert, welcher bei Einsatzlagen mit einem Massenanfall von Verletzten die medizinische Leitung an der Einsatzstelle übernimmt. LNA-Systeme wurden daraufhin schrittweise in allen Bundesländern eingerichtet und in den Rettungsdienst- und Katastrophenschutzgesetzen der Länder verankert.⁵

Seitdem sind die Anforderungen für die Leitenden Notärzte enorm gestiegen. Dies ist bedingt durch Erfahrungen aus komplexen Einsatzlagen der letzten Jahre, durch ein gesteigertes Sicherheitsbedürfnis infolge von neuen Einsatzsze-

¹ Ladehof u. a. (2018a), S. 465.

² Vgl. Paschen/Moecke (1999), S. 359.

³ Vgl. Gümbel u.a. (2013), S. 149; Vgl. Marten/Lechleuthner (2012), S. 271 f.

⁴ Vgl. Paschen/Moecke (1999), S. 359; Vgl. Wurmb/Hossfeld/Zoller (2018), S. 576.

⁵ Vgl. BAND e.V. (o. J.); Vgl. Knickmann/Oberkinkhaus/Piepho (2020), S. 17.

narien in Form von Terror- und Amoklagen sowie der technischen und strukturellen Entwicklung des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes.⁶ Nach den Terroranschlägen vom 11. September 2001 und infolge von Planungen zur Gefahrenabwehr während der Fußballweltmeisterschaft 2006 in Deutschland, wurden Konzepte zur überörtlichen Hilfe bei Großschadensereignissen mit 1000 und mehr Verletzten entwickelt, da solche Ereignisse die Leistungsfähigkeit einzelner Stadt- und Landkreise weit übersteigen.⁷

Die Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Fortbildung zum Leitenden Notarzt, werden diesen gestiegenen Anforderungen jedoch nicht mehr gerecht.⁸

So begrenzen diese die Führungskompetenzen der Leitende Notärzte auf die Koordinierung und Leitung von Einsatzlagen unterhalb der Katastrophenschwelle⁹. Dennoch ist in Baden-Württemberg die medizinische Führung durch einen Leitenden Notarzt im Katastrophenfall vorgesehen (vgl. § 22 Abs. 3 Rettungsdienstplan BW¹⁰).

In mehreren Großschadensfällen der letzten Jahre wurden insuffiziente Führungsstrukturen sowie Mängel im Führungsvorgang der medizinischen Gefahrenabwehr deutlich.¹¹ So ist die medizinische Führung großer Schadensereignisse von einem Leitenden Notarzt allein nicht zu bewältigen. Beim ICE-Unglück von Eschede wurden, aufgrund der weiträumigen Einsatzstelle über hunderte Meter und deren topografische Trennung durch eine eingestürzte Brücke, mehrere medizinische Einsatzabschnitte (EA) gebildet, in denen jeweils ein Leitender Notarzt die medizinische Führung übernahm. Dies führte zu Irritationen bei den Einsatzkräften, da mehrere LNA mit entsprechender Funktionskennzeichnung am Einsatzort tätig waren.

Eine übergeordnete medizinische Führungsfunktion zur Koordinierung und Führung der Leitenden Notärzte in den medizinischen Einsatzabschnitten fehlte. Stattdessen wurde dies durch einen weiteren LNA in Absprache mit dem Technischen Einsatzleiter der Feuerwehr abgehandelt.¹²

⁶ Vgl. Crespin (2020), S. 36 ff.

⁷ Vgl. Luiz u.a. (2006), S. 250 ff; Vgl. Schmidt (2007), S.1.

⁸ Vgl. Sefrin/Weidringer (2019), S. 208.

⁹ Vgl. Bundesärztekammer (2007), S. 1.

¹⁰ Rettungsdienstplan 2022 Baden-Württemberg, GABl. BW 2022, S. 739-763.

¹¹ Vgl. Luiz u.a. (2006), S. 256.

¹² Vgl. Hüls/Oestern (1999), S. 329 f.

Beim Amoklauf im Olympia-Einkaufszentrum am 22. Juli 2017 in München, kam es aufgrund der äußerst dynamischen Lage zu Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit zwischen der polizeilichen und medizinischen Gefahrenabwehr, wodurch es zur potenziellen Gefährdung der rettungsdienstlichen Einsatzkräfte kam.¹³ Ursache sind unterschiedliche Führungsstrukturen bei Polizei und Rettungsdienst, da die Polizei rückwärtig, also aus dem Polizeipräsidium heraus, führt, während die medizinische Einsatzleitung üblicherweise möglichst nahe am Einsatzort tätig wird.¹⁴

Zur Bewältigung großer Schadenslagen und komplexer Einsatzszenarien sind Lösungen zu entwickeln, welche die verschiedenen Führungsstrukturen in der Gefahrenabwehr verknüpft und die medizinische Führungsorganisation an die gestiegenen Anforderungen anpasst.¹⁵

Als ein möglicher Lösungsansatz hat der Landkreis Ludwigsburg, neben seiner Pflicht zur Bestellung von Leitenden Notärzten (vgl. § 58 Abs. 4 Rettungsdienstplan BW), die Funktion des LNA-Koordinators (LNA-K) geschaffen und in der Alarmordnung der Leitenden Notärzte des Landkreis Ludwigsburg verankert.¹⁶ Dieser Lösungsansatz wird im Rahmen dieser Arbeit weitergeführt und konzipiert und seine Notwendigkeit eruiert.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Notwendigkeit einer erweiterten Führungsorganisation in der medizinischen Gefahrenabwehr auseinander. Dazu wird eine kritische Überprüfung der bestehenden medizinischen Führungsstrukturen und der gemeinsamen Führungsorganisation in der Gefahrenabwehr von Großschadenslagen durchgeführt.

Ziel der Arbeit ist die Erstellung eines Konzeptes, mit dem sich der LNA-Koordinator als Erweiterung der medizinischen Führung, in die bestehenden gesetzlichen und konzeptionellen Führungsstrukturen des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes in Baden-Württemberg integrieren lässt. Das Konzept soll als

¹³ Vgl. Von Kaufmann (2018), S.182.

¹⁴ Vgl. Eichen/Holzbach/Blomeyer (2018), S. 449; Vgl. Wurmb/Hossfeld/Zoller (2018), S. 583.

¹⁵ Vgl. Paschen/Moecke (1999), S. 360; Vgl. Wurmb/Hossfeld/Zoller (2018), S. 583.

¹⁶ Vgl. Anhang I, S. 1 ff.

Grundlage dienen, die eingangs beschriebenen Probleme zurückliegender Großschadensereignisse, insbesondere im Bereich der medizinischen Führung und bei der Zusammenarbeit unterschiedlicher Führungsstrukturen in der Gefahrenabwehr, zu lösen.

Dazu werden im Verlauf der Arbeit folgende Forschungsfragen beantwortet:

- Welche Herausforderungen ergeben sich aus der bestehenden medizinischen Führungsorganisation im Bundesland Baden-Württemberg im Hinblick auf die Bewältigung von Großschadenslagen?
- Können durch die Etablierung eines LNA-Koordinators zur Erweiterung der Führungsorganisation in der medizinischen Gefahrenabwehr, bestehende Herausforderungen in der Bewältigung von Großschadenslagen gelöst werden?

1.3 Methodik und Aufbau der Arbeit

Zur Beantwortung der Forschungsfragen und zur Erstellung des Konzeptes, wird auf die Methode der Sekundärforschung zurückgegriffen.

Als Datengrundlage dient eine Literaturrecherche, welche sich neben Fachliteratur und Beiträgen aus Fachzeitschriften, insbesondere auf Gesetze aus dem Rettungsdienst-, Feuerwehr- und Katastrophenschutzrecht bezieht. Außerdem werden Einsatzpläne, Dienstvorschriften und Konzepte zitiert, welche auf Grundlage der genannten Gesetze aufgestellt wurden.

Da Gefahrenabwehr Ländersache ist, beschränkt sich die Arbeit auf die gesetzlichen Strukturen in Baden-Württemberg. Entsprechend begrenzt sich in dieser Arbeit die Bezeichnung Polizei auf die Landespolizei Baden-Württemberg. Der Zivilschutz als Bundesaufgabe, welcher im Verteidigungsfall zum Tragen kommt,¹⁷ wird in dieser Arbeit nicht behandelt.

¹⁷ Vgl. Bundesministerium des Innern und für Heimat (2023).

Nachfolgend wird in Kapitel 2 zunächst der Begriff der Großschadenslage definiert. Außerdem werden anhand verschiedener Lagebilder, die im Kontext zur Großschadenslage stehen, Grundlagen zur Einsatztaktik beschrieben.

In Kapitel 3 wird das Führungssystem als Grundlage der Führung und Leitung in der Gefahrenabwehr abgebildet. Anschließend werden die rechtlichen Rahmenbedingungen erläutert, aus denen sich die Führungsstrukturen des Rettungsdienstes, der Feuerwehr, des Katastrophenschutzes und der Polizei aufbauen. Mit der Betrachtung der verschiedenen Führungsstrukturen und einer Verknüpfung mit der Einsatztaktik in Großschadenslagen aus Kapitel 2, lassen sich zum einen mögliche Defizite in der medizinischen Führungsorganisation erkennen. Zum anderen können Unterschiede im Führungsdenken aufgezeigt werden, welche sich aus den verschiedenen Aufgaben der an der Gefahrenabwehr beteiligten Behörden und Organisationen ergeben. Daraus lassen sich wiederum mögliche Herausforderungen in der übergreifenden Führungsorganisation ableiten, welche bei der Bewältigung von Großschadenslagen entstehen können.

Das Kapitel 4 widmet sich zunächst der Evaluation der aus der Literaturrecherche gewonnenen Erkenntnisse und der Beantwortung der ersten Forschungsfrage. Darauf aufbauend erfolgt die Erstellung des Konzeptes, welches die Funktion und Aufgaben des LNA-Koordinators definiert und die Anforderungen an die Ausbildung und Ausstattung eines LNA-Koordinators ermittelt.

Schließlich wird die Eingliederung des LNA-Koordinators in die medizinische Führungsorganisation anhand verschiedener Großschadenslagen dargestellt, um Defizite in der medizinischen Führung zu schließen und eine erleichterte Zusammenarbeit in der gemeinsamen Gefahrenabwehr zu ermöglichen.

Nach Überlegungen zur Implementierung des Konzeptes in die bestehenden rechtlichen Strukturen sowie einer kritischen Evaluation schließt das Kapitel 4 mit der Beantwortung der zweiten Forschungsfrage ab.

Das Kapitel 5 bildet die Schlussbetrachtung der Arbeit, in der die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst und ein Ausblick auf mögliche weitere Schritte zur Überprüfung und Etablierung des Konzeptes gegeben wird.

2 Grundlagen zur Einsatztaktik in Großschadenslagen

2.1 Definition der Großschadenslage

Ein Großschadensereignis, auch als Großschadenslage bezeichnet, wird als ein Ereignis definiert, dessen Folge eine große Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie weiteren Geschädigten und Betroffenen ist.¹⁸

Häufig wird in der Literatur von einer Großschadenslage in Verbindung mit einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (ManV) gesprochen.¹⁹ Der ManV wird wiederum als ein „Notfall, mit einer großen Anzahl von Verletzten und/ oder Erkrankten sowie Betroffenen“²⁰ definiert.

Eine Großschadenslage stellt somit das Schadensereignis an sich dar, dessen Folge ein Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten ist.

Ist das vorliegende Ereignis zeitlich abgeschlossen, örtlich begrenzt und ist die Infrastruktur nicht wesentlich beschädigt oder zerstört, kann nach einer standardisierten, einsatztaktischen Strategie zur Bewältigung des ManV vorgegangen werden²¹, welches im folgenden Kapitel beschrieben wird.

Andere Großschadenslagen bedürfen dagegen differenzierterer Vorgehensweisen für eine erfolgreiche Lagebewältigung, insbesondere in der Zusammenarbeit der am Einsatz beteiligten Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS). Dazu zählen Lebensbedrohliche Einsatzlagen (LebEL), Flächenlagen, kumulierende Ereignisse und andere Sonderlagen sowie Katastrophen und außergewöhnliche Einsatzlagen.²²

2.2 Massenanfall von Verletzten

Die Kernaufgabe des Rettungsdienstes besteht darin, Notfallpatienten medizinisch zu versorgen, lebenserhaltende Maßnahmen durchzuführen und die Transportfähigkeit der Patienten herzustellen, um diese zur weiteren medizinischen Versorgung in ein geeignetes Krankenhaus zu transportieren (vgl. §1 Abs. 2 S. 1

¹⁸ Vgl. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (o. J.); Vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. (2021), S. 5.

¹⁹ Vgl. Gumbel u. a. (2013), S. 50.

²⁰ Deutsches Institut für Normung e.V.: (2021), S. 8.

²¹ Vgl. Marten/Lechleuthner (2012), S. 272.

²² Vgl. Wurmb/Hossfeld/Zoller (2018), S. 576.

RDG²³). Diese Aufgabe wird erfüllt, indem jeder Notfallpatient eine individualmedizinische Versorgung, entsprechend der Schwere der Erkrankung oder Verletzung, durch einen Rettungswagen (RTW) und bei Bedarf zusätzlich eines Notarzteinsetzfahrzeuges (NEF) oder Rettungshubschraubers (RTH), erhält.²⁴

Bei einem Massenanfall von Verletzten kann diese Individualversorgung aufgrund eines Mangelverhältnisses zwischen der Anzahl versorgungs- und betreuungspflichtiger Personen und den aus der Regelvorhaltung des Rettungsdienstes zur Verfügung stehenden Rettungsmitteln, nicht geleistet werden.²⁵

Um diesen Ressourcenmangel an Personal und Material schnellstmöglich zu beheben und eine individualmedizinische Versorgung wiederherzustellen, sind verschiedene einsatztaktische Maßnahmen notwendig. Zum einen muss, in Relation zur Anzahl der exponierten Personen, die Alarmierung weiterer Kräfte des Rettungsdienstes und des medizinischen Katastrophenschutzes sowie Sondereinsatzmittel erfolgen, um den Rettungsmittel- und Personalbedarf auszugleichen. Zum anderen muss eine Priorisierung von Maßnahmen und die Bündelung von Aufgaben stattfinden, um die zur Verfügung stehenden Ressourcen bestmöglich zu nutzen.²⁶

Bei jeder Großschadenslage ist außerdem ein Leitender Notarzt zu alarmieren, der die medizinischen Maßnahmen an der Einsatzstelle koordiniert (vgl. § 10 Abs. 2 S. 1 RDG). Dieser wird an der Einsatzstelle durch einen Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL) unterstützt (vgl. § 10 a RDG).

Die Alarmierung weiterer Rettungsmittel sowie der medizinischen Führungskomponente aus LNA und OrgL erfolgen anhand von Alarmstufenplänen, die in Baden-Württemberg im Rahmen von Planungen zur Bewältigung von Großschadensereignissen durch die Stadt- und Landkreise als untere Katastrophenschutzbehörden aufzustellen sind (vgl. § 23 Abs. 1 und 2 Rettungsdienstplan BW). Die Alarmstufenpläne der unteren Katastrophenschutzbehörden für einen Massenanfall von Verletzten können dabei in Abhängigkeit von örtlichen Gegebenheiten

²³ Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz - RDG), GBl. BW 2010, S. 285, zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 12. Juni 2018, GBl. BW 2018, S. 173, 187.

²⁴ Vgl. Sefrin (2010), S. 4.; Vgl. Wurmb/Hossfeld/Zoller (2018), S. 579.

²⁵ Vgl. Marten/Lechleuthner (2012), S. 272.

²⁶ Vgl. Schmidt (2010), S. 48.

(städtisches oder ländliches Gebiet), Anzahl und Verfügbarkeit von Rettungsmitteln und -personal im Kreisgebiet, variieren. Jeder Stadt- und Landkreis in Baden-Württemberg soll jedoch in der Lage sein, mindestens 50 Patienten schnellstmöglich zu versorgen, indem auf die Ressourcen des eigenen Rettungsdienstbereiches und bei Erfordernis auch auf Kräfte aus benachbarten Stadt- und Landkreisen zurückgegriffen wird.²⁷

Die Tabelle 1 stellt die ManV-Stufen des Landkreises Ludwigsburg mit den Indikationen für die Alarmierung der jeweiligen Stufe dar. Der vollständige Alarmstufenplan mit Darstellung der zu alarmierenden Kräfte in den einzelnen Stufen, ist im Anhang II einzusehen.

Tab. 1: ManV-Stufen im Landkreis Ludwigsburg²⁸

ManV-Stufen	Alarmindikation
MANV-0	Alarm der Führungskomponente bei Sonderlagen, unabhängig der Verletztenanzahl
MANV-10	5-10 Verletzte an einer Einsatzstelle
MANV-20	11-20 Verletzte an einer Einsatzstelle
MANV-30	21-30 Verletzte an einer Einsatzstelle
MANV-40	31-40 Verletzte an einer Einsatzstelle
MANV-50	41-50 Verletzte an einer Einsatzstelle

Zur Unterstützung des Regelrettungsdienstes in ManV-Lagen sollen die Einsatzeinheiten Sanität und Betreuung des medizinischen Katastrophenschutzes in die Planungen mit einbezogen werden. Die Alarmierung von Katastrophenschutzeinheiten kann landesweit erfolgen, um die für die Bewältigung des Einsatzes benötigten Ressourcen aufzubringen.²⁹

Die Einsatzeinheiten Sanität und Betreuung des Katastrophenschutzes sind landesweit standardisiert und jeweils in vier Einsatzmodule gegliedert, die Aufgaben der Erstversorgung und Betreuung übernehmen, für den Patiententransport eingesetzt werden, oder als Führungsunterstützung dienen können. Außerdem kann

²⁷ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016), S. 11.

²⁸ Eigene Darstellung in Anlehnung an Anhang II, S. 1 ff.

²⁹ Vgl. Ebd., S.25.

durch zwei vollständige Einsatzeinheiten der Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes (BHP25) erfolgen.³⁰

Die Alarmierung der Kräfte des Rettungsdienstes, des Katastrophenschutzes und der Feuerwehr erfolgt über die Integrierte Leitstelle (ILS) des betroffenen Kreisgebietes. Die Integrierten Leitstellen aus den Nachbarlandkreisen unterstützen bei der Alarmierung kreisübergreifender Hilfe. Die Oberleitstelle Baden-Württemberg dient in Großschadenslagen als Alarmzentrale auf Landesebene, indem Sie die Alarmierung überörtlicher Kräfte koordiniert und Verbindung mit den am Einsatz beteiligten BOS hält.³¹

Dem ersteintreffenden Rettungsmittel kommt eine wesentliche Rolle für den weiteren Verlauf des Einsatzes im Hinblick auf eine erfolgreiche Lagebewältigung zu. Bereits mit dem Eintreffen an der Einsatzstelle muss eine Einschätzung der Lage bezüglich Lagebild, bestehender Gefahren und einer Ersteinschätzung der exponierten Personen an die Integrierte Leitstelle übermittelt werden, sodass eine der Einsatzlage entsprechende Alarmierung von Rettungskräften erfolgen kann. Die Anfahrt und der Haltepunkt nachrückender Fahrzeuge sind festzulegen, um eine Blockierung der Einsatzstelle zu verhindern.³²

Handelt es sich um eine dynamische Lage (z.B. Brand, Einsturzgefahr, CBRN-Gefahren), ist durch die Feuerwehr ein Gefahren- und Absperrbereich festzulegen, innerhalb dessen die Gefahrenabwehr und die technische Rettung betroffener und verletzter Personen ausschließlich durch die Feuerwehr erfolgt. Außerhalb des Gefahren- und Absperrbereiches ist eine Schnittstelle zwischen dem technischen und dem medizinischen Einsatzabschnitt zu bilden, an dem die Patientenübergabe stattfindet.³³

Danach erfolgt eine Vorsichtung aller am Schadensereignis beteiligten Personen. Die Vorsichtung wird mittels standardisiertem Untersuchungsalgorithmus (z.B. PRIOR) durchgeführt, mit dem Ziel, in kurzer Zeit die vital bedrohten Patienten der Sichtungskategorie 1 zu identifizieren und entsprechend zu kennzeichnen, da diese am meisten von einer schnellen medizinischen Behandlung und einem

³⁰ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016), S. 25.

³¹ Vgl. Ebd., S. 18.

³² Vgl. Dirks (2006), S. 336 f; Vgl. Knickmann/Neumann/Subat (2021), S. 15; Vgl. Schmidt (2010), S.48 f.

³³ Vgl. Marten/Lechleuthner (2012), S. 276.

zügigen Transport in eine geeignete Klinik profitieren. Die Kennzeichnung erfolgt mit Verletztenanhängekarten, bei der die Einteilung der Sichtungskategorie durch Farbkarten markiert wird. Bis auf wenige lebensrettende Sofortmaßnahmen sind während der Vorsichtung keine medizinischen Maßnahmen durchzuführen. In der Tab. 2 sind die Sichtungskategorien SK I bis SK IV mit entsprechender Farbcodierung, sowie die Kennzeichnung für Tote und Betroffene aufgeführt, wobei in der Vorsichtung nach PRIOR nur die Kategorien SK I bis SK III genutzt werden.³⁴

Tab. 2: Sichtungskategorien³⁵

Sichtungskategorie	Beschreibung	Behandlung
SK I	Akute, vitale Bedrohung	Sofortbehandlung
SK II	Schwer verletzt / erkrankt	Dringliche Behandlung
SK III	Leicht verletzt /erkrankt	Spätere (ambulante) Behandlung
SK IV	(derzeit) ohne Überlebenschance	Betreuende (abwartende) Behandlung
	Tote	Kennzeichnung
B	Unverletzt Betroffene	Betreuung

Bis zum Eintreffen von LNA und OrgL an der Einsatzstelle, übernehmen der Notarzt und der Notfallsanitäter des ersteintreffenden Notarzteinsetzfahrzeuges (NEF) die kommissarische Leitung des medizinischen Einsatzabschnittes. Hauptaufgaben sind die Aufgabendelegation an nachrückende medizinische Einsatzkräfte, strukturierte Lagemeldungen an die ILS sowie eine weitere Raumordnung durch die Bildung von ersten Patientenablagen und Festlegung eines Bereitstellungsraumes, wobei hierfür eine Kontaktaufnahme und Abstimmung mit dem Einsatzleiter der Feuerwehr und den Einsatzkräften der Polizei unabdingbar ist.³⁶

³⁴ Vgl. Faißt/Stuhr/Kerner (2023), S. 49 f.; Vgl. Knickmann/Neumann/Subat (2021), S. 44 ff; Vgl. Neumann (2020a), S.180 f.

³⁵ Eigene Darstellung in Anlehnung an Ladehof u. a. (2018b), S. 470.

³⁶ Vgl. Faißt/Stuhr/Kerner (2023), S. 50; Vgl. Marten/Lechleuthner (2012), S. 276.

Bei einem ManV obliegt die Gesamteinsatzleitung in den allermeisten Fällen dem Einsatzleiter der Feuerwehr. LNA und OrgL führen als gemeinsame Einsatzabschnittsleitung (EAL) den medizinischen Einsatzabschnitt, welcher mindestens aus den Untereinsatzabschnitten (UEA) Erstversorgung und Transportorganisation besteht und sich lageabhängig und entsprechend den regionalen Planungen für Großschadensereignisse in weitere Unterabschnitte wie Behandlungsplatz und Betreuung unterteilt.³⁷

Unter der medizinischen Einsatzabschnittsführung durch LNA und OrgL, werden insbesondere die nach der Vorsichtung durch nicht-ärztliches Personal erforderliche ärztliche Sichtung in den Patientenablagen durchgeführt bzw. delegiert und der Abtransport der Patienten nach deren Priorisierung sowie die Verteilung in geeignete Kliniken organisiert und dokumentiert. Außerdem muss ein regelmäßiger Soll-Ist-Abgleich mit den Untereinsatzabschnitten sowie deren Aufrüstung durch nachrückende Kräfte erfolgen. Nicht zuletzt ist ein ständiger Austausch mit der Einsatzleitung (EL) sowie anderen am Einsatz beteiligten BOS und der integrierten Leitstelle notwendig.³⁸

Die medizinischen Führungsstrukturen in Großschadenslagen werden in Kapitel 3.3, BOS-übergreifende Führungsstrukturen in Kapitel 3.7 ausführlich beschrieben.

2.3 Lebensbedrohliche Einsatzlage

Unter dem Begriff Lebensbedrohliche Einsatzlage (LebEL) werden polizeiliche Einsatzlagen mit hohem Gefährdungspotenzial für das Leben von Einsatzkräften, exponierten und unbeteiligten Personen zusammengefasst, bei denen mit Waffen oder anderen gefährlichen Mitteln oder Stoffen, mit dem Ziel der Tötung oder Verletzung, auf Personen eingewirkt wird.³⁹ Lebensbedrohliche Einsatzlagen charakterisieren sich insbesondere durch eine fortgesetzte Bedrohung in einer dynamischen Umgebung, der Möglichkeit weiterer Anschläge, auch gezielt auf

³⁷ Vgl. Knickmann/Neumann/Subat (2021), S. 66 ff; Vgl Marten/Lechleuthner (2012), S. 275.

³⁸ Vgl. Heller/Juncken (2020), S. 317 ff.

³⁹ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2017), S. 5.

Rettungskräfte gerichtet sowie der Verwendung von Kriegswaffen mit entsprechenden Verletzungsmustern.⁴⁰

Die Ziele für eine erfolgreiche Lagebewältigung bei einer LebEL liegen daher neben der Rettung möglichst vieler Personen, vor allem bei der höchsten Sicherheit und dem größtmöglichen Schutz aller am Einsatz beteiligten Einsatzkräfte. Ein Schwerpunkt muss dabei auf eine effiziente und gut abgestimmte Zusammenarbeit aller beteiligten BOS unter Verwendung einer transparenten und lückenlosen Kommunikation gelegt werden.⁴¹

Um diese Ziele zu erreichen, muss eine Lebensbedrohliche Einsatzlage frühestmöglich auch als solche erkannt werden. Gehen Notrufe bei der integrierten Leitstelle (ILS) oder dem Führungs- und Lagezentrum (FLZ) der Polizei ein, die auf eine derartige Lage schließen lassen, müssen diese für ein Melde- und Lagebild zielgerichtet bewertet und ohne Zeit- und Informationsverlust zwischen der ILS und dem FLZ abgeglichen und ergänzt werden.⁴²

Aus dem aktuellen Lagebild wird eine Raumordnung aus einem unsicheren, einem teilsicheren und einem sicheren Bereich festgelegt. Im unsicheren Bereich agiert ausschließlich die Polizei, im teilsicheren Bereich erfolgt die Übergabe der exponierten Personen an den Rettungsdienst, deren Vorsichtung und rettungsdienstliche Erstversorgung. Die Anfahrt und Bereitstellung der nicht-polizeilichen Einsatzkräfte sowie eine erweiterte medizinische Behandlung sind nur im sicheren Bereich festzulegen.⁴³

Die einsatztaktische Vorgehensweise in ManV-Lagen kann für Lebensbedrohliche Einsatzlagen nicht ohne weiteres übernommen werden.⁴⁴

Stattdessen besteht die Hauptaufgabe in der primären Phase einer lebensbedrohlichen Einsatzlage in der Einwirkung auf den oder die Täter, um die Bedrohung zu beenden. Dies kann ausschließlich durch die Einsatzkräfte der Polizei

⁴⁰ Vgl. Wurmb u. a. (2018), S. 664 f.

⁴¹ Vgl. Wurmb u. a. (2018), S. 664; Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2017), S. 4.

⁴² Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2017), S. 7 f.

⁴³ Vgl. Wurmb u. a. (2018), S. 667 f.

⁴⁴ Vgl. Neumann (2020b), S. 177.

erfolgen, was zur Folge hat, dass die Gesamteinsatzleitung in Lebensbedrohlichen Einsatzlagen allein die Polizei stellen kann.⁴⁵

Im unsicheren Gefahrenbereich ist durch die Polizei eine Ersteinschätzung zu erheben, bei der die ungefähre Anzahl schwer und lebensbedrohlich Verletzter Personen bestimmt wird. Durch die Ersteinschätzung können die rettungsdienstlichen Ressourcen entsprechend des Alarmstufenplans angepasst werden.

Die medizinische Versorgung beschränkt sich im Gefahrenbereich auf lebensrettende Sofortmaßnahmen, wie das Stillen kritischer Blutungen, durch die Polizei. Dabei wird nach den Grundlagen der taktischen Medizin vorgegangen, wonach der Umfang der medizinischen Versorgung durch die gegenwärtige Situation festgelegt und nicht durch die Schwere der Verletzungen beeinflusst wird.⁴⁶

Durch die Polizeikräfte wird außerdem eine Transportkette in Richtung der (teil-)sicheren Bereiche gestartet. Am Übergabepunkt sind ausreichend Transportkapazitäten durch Rettungskräfte mit Transporthilfen wie Tragetüchern und -stühlen bereitzustellen, um eine zügige Evakuierung der Patienten zu gewährleisten. Durch die zu erwartenden schwersten traumatischen Verletzungen und dem Ziel eines schnellen Abtransports, ist außerdem die frühzeitige Information der Kliniken über Lage und voraussichtliche Patientenzahl erforderlich, um ihnen eine ausreichende Vorbereitungszeit gewährleisten zu können.⁴⁷

Die Polizei führt größere Einsatzlagen wie eine LebEL in einer sogenannten besonderen Aufbauorganisation (BAO). In einer BAO wird im zuständigen Polizeipräsidium ein Führungsstab eingerichtet. Der Polizeiführer trägt als Einsatzleiter die Gesamtverantwortung für die Entscheidungen und deren Konsequenzen und führt die Lage aus dem Führungsstab heraus. An der Einsatzstelle selbst werden mehrere Einsatzabschnitte gebildet, die die operativen Aufgaben erfüllen. Diese Form der Führung wird auch als rückwärtige Führung bezeichnet. Dem gegen-

⁴⁵ Vgl. Wurmb u. a. (2018), S. 668; Vgl. Bartels/Schmid/Justice (2014), S. 243.

⁴⁶ Vgl. Wurmb u. a. (2018), S. 668.

⁴⁷ Vgl. Ebd., S. 669.

über führt die medizinische Einsatzleitung aus LNA und OrgL, als klassische Führung vor Ort, von vorne.⁴⁸ Die unterschiedlichen Führungsstrategien haben zur Folge, dass die Kommunikation zwischen den Führungskräften erschwert wird.⁴⁹ Um das Ziel der Zusammenarbeit aller BOS unter transparenter und lückenloser Kommunikation zu erreichen, sind sowohl in der Führung an der Einsatzstelle vor Ort als auch im Führungsstab der Polizei Verbindungspersonen einzusetzen, welche die Schnittstelle zwischen den Führungseinrichtungen gewährleisten. Als Verbindungspersonen für den Rettungsdienst werden regelmäßig LNA und OrgL für den Einsatz im Polizeistab eingesetzt.⁵⁰

Über diese Schnittstelle sollen wichtige Informationen, wie Änderungen der Einsatzlage, der örtlichen Begebenheiten und des Gefahrenbereiches lückenlos und schnell ausgetauscht werden können.⁵¹ Auch für die rettungsdienstlichen Einsatzkräfte, die sich in einer ungewohnten und belastenden Einsatzlage befinden, sind klare und engmaschige Informationen über den Verlauf der Situation durch LNA und OrgL weiterzugeben.⁵²

2.4 Flächenlagen und kumulierende Ereignisse

Flächenlagen entstehen meist durch Unwetter- und Naturereignisse und bringen das Potential mit sich, durch viele gleichzeitige größere und kleinere Notfallereignisse sowie dem Ausfall von Infrastruktur, die Gefahrenabwehr und insbesondere den Rettungsdienst zu überlasten, wodurch das Gesamtgeschehen einsatztaktisch als Massenansturm von Verletzten zu werten und entsprechend zu handeln ist. Als Beispiele können Stürme, Starkregen mit Überschwemmungen, große Waldbrände, aber auch Erdbeben genannt werden.⁵³

Einsatztaktische Unterschiede zum ManV als punktuelle Lage, ergeben sich für die medizinische Gefahrenabwehr insbesondere in der Koordination der einzelnen Einsatzschwerpunkte sowie der Aufgaben- und Ressourcenverteilung.⁵⁴ Die

⁴⁸ Vgl. Wurmb/Hossfeld/Zoller (2018), S. 577 ff.

⁴⁹ Vgl. Wurmb u. a. (2017), S. 29.

⁵⁰ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2017), S. 10 f.

⁵¹ Vgl. Wurmb/Hossfeld/Zoller (2018), S. 582.

⁵² Vgl. Bartels/Schmid/Justice (2014), S. 247.

⁵³ Vgl. Geßmann/Schmidt (2010), S. 292.

⁵⁴ Vgl. Geßmann/Schmidt (2010), S. 292.

Einsatzbewältigung wird durch Infrastrukturschäden erschwert, die insbesondere in den Gebieten vorhanden sind, in denen medizinische Notfälle anzutreffen sind. Die Patiententransporte in die Kliniken können durch unbefahrbare Straßen behindert werden, auch Einrichtungen der Gefahrenabwehr wie Rettungswachen können selbst von der Lage betroffen sein. Die Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung aller BOS erscheint daher in derartigen Einsatzsituationen äußerst wertvoll.⁵⁵

Die Koordination des medizinischen Gesamteinsatzgeschehens ist allein durch einen LNA und OrgL vor Ort nicht realisierbar. In Flächenlagen unterhalb der Katastrophenschwelle, mit großräumigem Einsatzgebiet oder parallel auftretender Ereignisse mit räumlicher Trennung, wird durch die Feuerwehr eine rückwärtige Führungsstelle eingerichtet, in der die Feuerwehr die Einsatzleitung etabliert. LNA und OrgL sind als Teil der Führungseinheit in diese rückwärtige Führung zu integrieren und führen von dort den medizinischen Einsatzabschnitt.⁵⁶

Mehrere, zeitgleich aber unabhängig und räumlich getrennt voneinander auftretende Schadensereignisse innerhalb eines Rettungsdienstbereiches, können als kumulierende Lagen bezeichnet werden. Beispielhaft sind Verkehrsunfälle zu nennen, die zeitgleich auf verschiedenen Bundesstraßen im Kreisgebiet auftreten und aufgrund der Verletztenanzahl jeweils als ManV einzustufen sind.⁵⁷

In kumulierenden Lagen sind zunächst mehrere unabhängig agierende Führungsstrukturen mit jeweils einer Einsatzleitung unter Führung der Feuerwehr sowie unter anderem ein medizinischer Einsatzabschnitt, jeweils unter der Führung eines LNA und OrgL, im Einsatz. Die Alarmierung benötigter Rettungskräfte und deren Zuweisung zu den Einsätzen kann mit erhöhtem Aufwand durch die Integrierte Leitstelle erfolgen. Die Patientenzuweisung in die Kliniken, welche in den medizinischen Einsatzabschnitten durch die Transportorganisation erfolgt, muss dagegen von übergeordneter Stelle koordiniert werden, um eine Überlastung der Kliniken durch Doppelzuweisung zu vermeiden. In Berlin wird diese Funktion

⁵⁵ Vgl. Ebd., S. 294.

⁵⁶ Vgl. Golecki (2020), S. 291 f.

⁵⁷ Vgl. Erbe (2020), S. 65.

etwa durch einen sogenannten Oberarzt vom Dienst, aus der Integrierten Leitstelle oder dem Führungsstab heraus, ausgeführt.⁵⁸ Je nach vorliegenden Einsatzlagen und deren voraussichtliche Einsatzdauer, muss über die Etablierung einer abgesetzten, übergeordneten Führung in Form eines Führungsstabes entschieden werden. Jedoch ist mit einer gewissen Vorlaufzeit bis zur Funktionsfähigkeit und Übernahme der Gesamteinsatzleitung durch den Führungsstab zu rechnen.

Auch Großschadensereignisse größeren Ausmaßes können eine Aufteilung in mehrere getrennte Einsatzbereiche notwendig machen, wobei im Unterschied zu kumulierenden Lagen nur eine Einsatzleitung eingesetzt ist. Massenkarambolagen auf Autobahnen mit mehreren Unfallschwerpunkten über eine lange Strecke, Tunnelunfälle mit getrennten Abschnitten an den Tunneleingängen oder Zugunglücke mit Abschnitten auf beiden Seiten des Gleisbettes können als beispielhafte Lagen genannt werden.

Die Einsatzstelle nach dem Zugunglück in Eschede wurde topographisch in einen West- und einen Ostabschnitt unterteilt, in denen jeweils eine medizinischer Einsatzabschnitt unter der Führung von Leitenden Notärzten gebildet wurde.⁵⁹

2.5 Katastrophe und außergewöhnliche Einsatzlage

Eine Katastrophe im medizinischen Kontext ist ein Ereignis, welches die Großschadenslage noch übersteigt, mit einer größeren Infrastrukturschädigung einhergeht und mit den Einsatzmitteln und -strukturen des Rettungsdienstes allein nicht bewältigt werden kann.⁶⁰

Das Katastrophenschutzgesetz Baden-Württemberg definiert die Katastrophe als ein Ereignis, welches das Leben oder die Gesundheit vieler Menschen oder Tiere, die Umwelt, materielle Werte oder die Grundversorgung der Bevölkerung in so außergewöhnlichem Ausmaß gefährdet oder schädigt, dass es zur Bewältigung des Schadenereignisses notwendig erscheint, eine einheitliche Leitung

⁵⁸ Vgl. Erbe (2020), S. 65.

⁵⁹ Vgl. Hüls/Oestern (1999), S. 329.

⁶⁰ Vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. (2021), S. 7.

durch die Katastrophenschutzbehörde aufzustellen, um die Zusammenarbeit aller beteiligten Behörden, Stellen und Organisationen zu koordinieren (vgl. § 1 Abs. 2 LKatSG⁶¹). Demnach kann eine Katastrophe auch dann vorliegen, beziehungsweise ausgerufen werden, wenn eine Zerstörung von Infrastruktur vorliegt, ohne dass dabei primär Verletzte oder Erkrankte zu beklagen sind. Jedoch ist auch dann der Aufbau einer medizinischen Führungsstruktur unumgänglich, um die medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten und die gesundheitlichen Folgen abzuwehren.⁶²

Das Vorliegen einer Katastrophe wird von der Katastrophenschutzbehörde des betroffenen Gebietes festgestellt. Diese legt auch das Katastrophengebiet fest und löst den Katastrophenalarm aus (vgl. § 18 LKatSG). Untere Katastrophenschutzbehörden sind die Landratsämter bzw. die Bürgermeisterämter der Stadtkreise. Haben mehrere Stadt- oder Landkreise die Katastrophe ausgerufen, sind die Regierungspräsidien als höhere Katastrophenschutzbehörde sachlich zuständig, erstreckt sich das Gebiet über mehrere Regierungsbezirke, übernimmt das baden-württembergische Innenministerium als oberste Katastrophenschutzbehörde (vgl. § 4 Abs. 1-3 LKatSG; vgl. § 6 Abs. 1-3 LKatSG).

Der Übergang von einer Großschadenslage erheblichen Ausmaßes in eine Katastrophe erfolgt somit allein durch die Ausrufung zur Katastrophe.⁶³

Die ausrufende Katastrophenschutzbehörde übernimmt fortan die Leitung des Einsatzes und bestimmt einen Technischen Einsatzleiter (vgl. § 19 Abs. 1 und 3 LKatSG). LNA und OrgL wirken im Katastrophenfall als Teil der Führungseinheit in der technischen Einsatzleitung bzw. im Führungsstab mit und übernehmen von dort aus, nach Übertragung durch den Einsatzleiter, die medizinische Einsatzleitung mit Weisungsbefugnis über alle Katastrophenschutzeinheiten Sanität und Betreuung (vgl. § 22 Abs. 4 Rettungsdienstplan BW). Neben den Führungsstrukturen im Katastrophenfall, welche in Kapitel 3.6 ausführlich dargestellt werden,

⁶¹ Gesetz über den Katastrophenschutz (Landeskatastrophenschutz – LKatSG), GBl. BW 1999, S. 625, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 2020 GBl. BW 2020, S. 1268.

⁶² Vgl. Gumbel u. a. (2013), S. 150.

⁶³ Vgl. Marten/Lechleuthner (2012), S. 271.

ändert sich mit der Festlegung der Katastrophe insbesondere die uneingeschränkte Verfügung der Einheiten und Einrichtungen der Katastrophenschutzdienste durch die untere Katastrophenschutzbehörde (vgl. § 21 LKatSG) sowie deren Helfern (vgl. § 11 Abs. 1 LKatSG). Des Weiteren können Personen über 16 Jahre durch die Katastrophenschutzbehörde, dem Technischen Einsatzleiter oder dessen Beauftragten, zur Katastrophenhilfe verpflichtet werden (vgl. § 25 Abs. 1 LKatSG). Insbesondere niedergelassene Ärzte sind zur Hilfeleistung im Katastrophenfall auch auf Grundlage ihrer Fortbildungspflicht geeignet und können entsprechend herangezogen werden (vgl. § 26 Abs. 1 und 2 LKatSG).

Die Außergewöhnliche Einsatzlage (AEL) ist ein im Zuge der Corona-Pandemie neu eingeführter und im Landeskatastrophenschutzgesetz geregelter Begriff, der in großen Einsatzlagen unterhalb der Katastrophenschwelle ausgerufen werden kann, um den ehrenamtlichen Helfern des Katastrophenschutzes Rechtssicherheit und Regelungen zu Arbeitsfreistellung und Verdienstausfall zu geben, was die Verfügbarkeit von ehrenamtlichem Personal in Großschadenslagen erhöht.⁶⁴ Für die Einheiten des Katastrophenschutzes besteht in AEL eine Verpflichtung zur Mitwirkung im Einsatz wie im Katastrophenfall (vgl. § 36 Abs. 5 LKatSG). Die Feststellung der außergewöhnlichen Einsatzlage und die Übernahme der Einsatzleitung erfolgen analog zur Katastrophe durch die untere Katastrophenschutzbehörde (vgl. § 36 Abs. 1 LKatSG; vgl. § 38 Abs. 1 LKatSG).

2.6 Zwischenfazit

Bei Großschadenslagen handelt es sich um heterogene Einsatzszenarien, die in Abhängigkeit des Ereignisses und dessen Ausmaßes, verschiedene Taktiken zur erfolgreichen Lagebewältigung benötigen.

Die an der Gefahrenabwehr beteiligten Organisationen haben unterschiedliche Aufgabenbereiche zur Bewältigung von Großschadenslagen zu erfüllen, die mitunter einer Güterabwägung zwischen der Abwehr von Gefahren, der Sicherheit der Einsatzkräfte und der Rettung von Menschen bedürfen.

⁶⁴ Vgl. Staatsministerium Baden-Württemberg (08.03.2024).

Einer reibungs- und lückenlosen Kommunikation zwischen den am Einsatz beteiligten Organisationen und der Integrierten Leitstelle muss dabei höchste Priorität eingeräumt werden. Erschwert wird dies durch unterschiedliche Führungsstrukturen. Daher müssen Vorplanungen getroffen werden, wie die Kommunikation zwischen den BOS in verschiedenen Einsatzsituationen gewährleistet werden kann. Dies bedingt, dass in den Führungsstrukturen Funktionen festgelegt werden müssen, welche die benötigten Schnittstellen herstellen und aufrechterhalten.

Eine große Herausforderung in allen Großschadenslagen besteht im Ressourcenmanagement von Einsatzmitteln, Personal und Material. Zu den Kernaufgaben der Führungskräfte gehören daher die Priorisierung und Bündelung von Aufgaben sowie die bestmögliche Koordination aller eingesetzten Einsatzkräfte. Dies kann nur durch eine optimale Zusammenarbeit zwischen den Führungskräften der BOS und mit einer gemeinsamen Führungsorganisation mit klaren Hierarchien, insbesondere in der Frage der Gesamteinsatzleitung, gelingen.

3 Führung in der Gefahrenabwehr

In diesem Kapitel werden zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen und Dienstvorschriften beschrieben, welche die Grundlage für die Führungsstrukturen der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben bilden.

Anschließend erfolgt eine ausführliche Darstellung der medizinischen Führungsstrukturen in Großschadenslagen, gefolgt von einer Ausarbeitung der Führung in der Feuerwehr und im Katastrophenfall sowie der Führungsstrukturen der Polizei. Abschließend wird aufgezeigt, welche Vorgaben für BOS-übergreifende Führungsstrukturen in Großschadenslagen gelten und welche Herausforderungen in einer gemeinsamen Führungsorganisation bestehen.

Durch die Analyse der unterschiedlichen Führungsstrukturen lassen sich Erkenntnisse über die Schwächen der bestehenden medizinischen Führungsorganisation ableiten.

3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Grundlagen zur Führung in der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr finden sich in den Landesgesetzen für den Rettungsdienst, den Landesfeuerwehrgesetzen und den Katastrophenschutzgesetzen der Bundesländer sowie in weiterführenden Ausführungsbestimmungen und Verordnungen, welche auch die Zusammenarbeit und Führungshierarchien zwischen den BOS regeln.⁶⁵

Die medizinischen Führungsstrukturen werden in den Rettungsdienstgesetzen der Länder geregelt.⁶⁶ Nach dem Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg koordiniert ein Leitender Notarzt die ärztliche Versorgung in einem Großschadensfall (vgl. § 10 S.1 RDG BW), der wiederum durch einen Organisatorischen Leiter Rettungsdienst unterstützt wird (vgl. § 10 a S.1 RDG BW). Details zu den Aufgaben, den Tätigkeiten und die Bestellung von LNA und OrgL, sind gemäß § 3 RDG BW im Rettungsdienstplan Baden-Württemberg aufgestellt (vgl. §10 S. 3 RDG BW; vgl. § 10 a S. 2 RDG BW). Dieser verweist weiterführend auf die ManV-Konzeption des Innenministeriums (vgl. § 17 Abs. 2 Rettungsdienstplan BW), in

⁶⁵ Vgl. Gümbel u. a. (2013), S. 151; vgl. Naujoks u. a. (2022), S. 16.

⁶⁶ Vgl. Peter (2010), S.17.

dem das Zusammenwirken mit der Einsatzleitung der Feuerwehr sowie eine aufwachsende Führungsstruktur in der medizinischen Gefahrenabwehr bei Großschadenslagen unter- und oberhalb der Katastrophenschwelle, auf Grundlage der Dienstvorschrift 100, Führung und Leitung im Einsatz, festgeschrieben wird.⁶⁷

Das Feuerwehrgesetz (FwG) Baden-Württemberg bildet die gesetzliche Grundlage für die Leitung des Einsatzes in feuerwehrtechnischen Einsatzlagen (vgl. § 27 FwG⁶⁸). Dazu gehören Schadenfeuer, die technische Hilfeleistung zur Tier- und Menschenrettung aus lebensbedrohlichen Lagen und die Hilfeleistung für Einzelne und das Gemeinwesen bei öffentlichen Notständen (vgl. § 2 Abs. 1 FwG BW). In den Feuerwehrdienstvorschriften (FwDV) sind deutschlandweit gültige Regelungen für alle Feuerwehren aufgestellt, ohne die rechtlichen Bestimmungen der einzelnen Bundesländer zu verletzen.

In der FwDV 100, Führung und Leitung im Einsatz, wird das Führungssystem beschrieben. Mithilfe eines standardisierten Führungsvorgangs und unterstützender Führungsmittel wird das Aufwachsen der Führungsorganisation von kleinen Einsätzen bis hin zu Großschadenslagen ermöglicht.⁶⁹

Mit der Feststellung des Katastrophenfalls haben die Katastrophenschutzgesetze der Länder Vorrang vor dem Feuerwehr- und Rettungsdienstrecht.⁷⁰ Das Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG) für Baden-Württemberg regelt die Leitung des Einsatzes im Katastrophenfall (vgl. § 19 LKatSG).

Die Führung in der polizeilichen Gefahrenabwehr wird in verschiedenen Polizeidienstvorschriften (PDV) geregelt und sind als Verschlussache, nur für den Dienstgebrauch (VS-NfD) eingestuft. In der PDV 100, Führung und Einsatz der Polizei, wird das Führungssystem der Polizei geregelt, weitere Vorschriften enthalten etwa Checklisten zur Führungsübernahme bei LebEL.⁷¹ Eine gesetzliche

⁶⁷ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016), S. 28 ff.

⁶⁸ Feuerwehrgesetz (FwG), GBl. BW 2010, S. 333, zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 21. Mai 2019, GBl. BW 2019, S. 161, 185.

⁶⁹ Vgl. Ausschuss Feuerwehrangelegenheiten, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung (2010), S. 3.

⁷⁰ Vgl. Ebd., S. 6.

⁷¹ Vgl. Bohnert (2022), S. 451 f.

Regelung über die Führungsorganisation in der Polizei existiert nicht, jedoch sind die Polizeidienstvorschriften als rechtlich bindend mit Weisungscharakter zu betrachten.⁷²

3.2 Das Führungssystem

Die FwDV 100 legt die Grundlagen zur Führung und Leitung im Einsatz fest, welche über die Feuerwehren hinaus auch anderen an der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr beteiligten BOS als Rahmendienstvorschrift dient. Hauptaspekt der FwDV 100 bildet das Führungssystem, welches eine übergreifende Führungsorganisation mit einheitlichen Prozessen und Begriffsbestimmungen ermöglicht. Die Abbildung 1 zeigt das Führungssystem, welches aus den Elementen Führungsorganisation, Führungsvorgang und Führungsmittel besteht und zur Aufgabenerfüllung in der Führung notwendig ist.⁷³

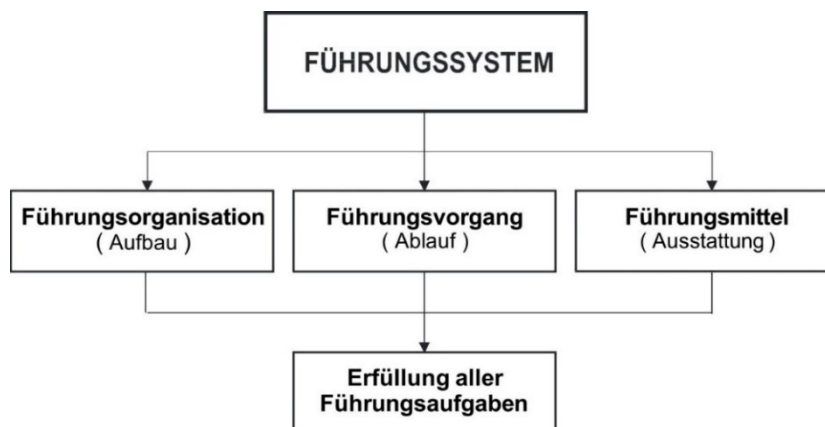


Abb. 1: Das Führungssystem⁷⁴

Die Führungsorganisation regelt die Gliederung und den Umfang der Einsatzleitung mittels Führungsstufen sowie den Aufbau und das Aufwachsen der Führungsstruktur mittels Führungsebenen. Das Ziel ist eine effiziente und koordinierte Einsatzführung unabhängig des Ausmaßes und der Dynamik der Einsatzlage.⁷⁵

⁷² Vgl. Heimann (2022), S. 43 f.

⁷³ Vgl. Ausschuss Feuerwehrangelegenheiten, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung (2010), S. 3; Vgl. Golecki (2020), S. 286.

⁷⁴ Ausschuss Feuerwehrangelegenheiten, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung (2010), S. 13.

⁷⁵ Vgl. Ebd.

Die Einsatzleitung besteht aus einem Einsatzleiter sowie, in Abhängigkeit des Umfangs des Schadensereignisses, aus Führungsassistenten und weiterem Führungshilfspersonal, auch Führungseinheit genannt. Zusätzlich wird die Einsatzleitung von einer rückwärtigen Führungseinrichtung, im Falle der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr von der ILS, unterstützt.⁷⁶

Die Einsatzleitung ist für die Leitung und Koordination des gesamten Einsatzes verantwortlich. Sie trifft strategische Entscheidungen anhand der Lagebeurteilung und Ressourcenverfügbarkeit, legt die Einsatzziele fest, fordert Einsatzkräfte nach und weist ihnen Aufgaben zu, stellt die Kommunikation mit den eigenen Einheiten und anderen beteiligten BOS sicher und dokumentiert den Verlauf des Einsatzes.⁷⁷

Der Einsatzleiter trägt die Gesamtverantwortung für die operativ-taktische Aufgabenerfüllung, die Koordination aller am Einsatz beteiligten BOS sowie aller ihm unterstellten Einsatzkräfte.⁷⁸ Die Bezeichnung Einsatzleiter kann entsprechend nur führen, wer nach geltendem Landesrecht für die vorliegende Einsatzlage als gesamtverantwortliche Führungskraft gesetzlich bestellt wurde.⁷⁹

Die Führungsstruktur gliedert sich mittels einer Linien- beziehungsweise Stabslinienorganisation in mehrere Führungsebenen. Ein Überspringen einer Führungsebene ist somit nicht gestattet. Die Führungsebenen können sich je nach Lage aus der taktischen Gliederung der Kräfte oder der taktischen Gliederung des Raumes ergeben. Rechtliche Vorgaben der Feuerwehr-, Rettungsdienst- und Katastrophenschutzgesetze sind in der Führungsstruktur zu berücksichtigen.⁸⁰

Eine Gliederung nach Kräften stellt den Standardaufbau der Führungsstruktur im Feuerwehreinsatz dar, indem sich die Führungsebenen nach den am Einsatz beteiligten taktischen Einheiten ergeben. Die kleinste taktische Einheit ist ein Trupp, der aus zwei Personen, einem Truppmann und einem Truppführer besteht. Mehrere Trupps werden durch einen Staffel- oder Gruppenführer geführt, mehrere Gruppen durch einen Zugführer, mehrere Züge sind durch einen Verbandsführer

⁷⁶ Vgl. Ausschuss Feuerwehrangelegenheiten, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung (2010), S. 14.

⁷⁷ Vgl. Ebd., S. 7.

⁷⁸ Vgl. Ebd.

⁷⁹ Vgl. Golecki (2020), S. 287.

⁸⁰ Vgl. Ebd., S. 18 f.

zu leiten. Trupp, Staffel und Gruppe bilden die unterste Führungsebene, darüber steht die Ebene der taktischen Einheit Zug und darüber der Verband. Die oberste Führungsebene bildet der Einsatzleiter.

Ist z.B. ein Zug im Einsatz, fungiert der Einsatzleiter als Zugführer, dem auf der zweiten Führungsebene mehrere Gruppenführer unterstellt sind, die wiederum ihren Trupps die Arbeitsaufträge erteilen.⁸¹

In größeren Einsatzlagen, sowohl im räumlichen als auch im strategischen Sinne, ist es die Aufgabe des Einsatzleiters, die Einsatzstelle durch eine taktische Gliederung des Raumes in Abschnitte zu unterteilen, um eine effektivere Führung zu ermöglichen. Dabei ist darauf zu achten, dass mindestens zwei bis maximal fünf Einsatzabschnitte einer übergeordneten Führung unterstellt sind.

Jeder Einsatzabschnitt wird von einem Abschnittsleiter geführt. Die Abschnittsleiter berichten direkt an die Gesamteinsatzleitung und sind für die Leitung und Koordination der ihnen zugewiesenen Einsatzabschnitte verantwortlich. In den Einsatzabschnitten können wiederum Unterabschnitte gebildet werden.⁸²

Zur Erfüllung der Führungsaufgaben benötigen der Einsatzleiter und ggf. die Einsatzabschnittsleiter eine angemessene personelle Führungsunterstützung, wie z.B. Führungsassistenten oder Führungshilfspersonal, insbesondere zur Kommunikation innerhalb der Führungsstruktur und zur Lagedarstellung und -dokumentation. Der Umfang der Unterstützung wird mittels den Führungsstufen A - D dargestellt.⁸³ Die Zuordnung der Führungsstufe ist abhängig von der Größe der Einsatzlage und den zur Lagebewältigung eingesetzten Kräften.

Alltägliche Einsätze kann der Einsatzleiter in der Führungsstufe A, ohne zusätzliche Führungsunterstützung führen, in der Führungsstufe B wird der Einsatzleiter durch eine örtliche Führungseinheit, aus einem Einsatzleitwagen 1 (ELW 1) oder einem Kommandowagen (KdoW) heraus, unterstützt.

In den Führungsstufen A und B befindet sich die Einsatzleitung direkt an der Einsatzstelle, die Führung erfolgt von vorne.

⁸¹ Vgl. Ausschuss Feuerwehrangelegenheiten, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung (2010), S. 19 ff; Vgl. Plattner (2006), S. 97 ff.

⁸² Vgl. Ausschuss Feuerwehrangelegenheiten, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung (2010), S. 23; Vgl. Golecki (2020), S. 289 f.

⁸³ Vgl. Golecki (2020), S. 290.

In der Führungsstufe C wird der Einsatzleiter durch eine Führungsgruppe unterstützt, wobei die Einsatzleitung bei einem eingegrenzten Einsatzgebiet ebenfalls in der Nähe der Einsatzstelle in einem größeren ELW 2 eingerichtet wird. In Flächenlagen mit mehreren räumlich getrennten Einsatzschwerpunkten oder Einsätze mit großflächiger Ausdehnung ist dagegen bereits in der Führungsstufe C eine Führung von hinten anzustreben, beispielsweise aus dem Feuerwehrhaus heraus, welches als Führungsstelle der Einsatzleitung dient.

In der Führungsstufe D wird rückwärtig aus einem Führungsstab des Landkreises geführt. Dieser kommt in Großschadenslagen, insbesondere jedoch im Katastrophenfall zum Tragen, wenn nach LKatSG die zuständige Katastrophenschutzbehörde die Einsatzmaßnahmen leitet.⁸⁴

Der Führungsvorgang ist ein reevaluierender Denk- und Handlungsablauf für Führungskräfte auf allen Führungsebenen, in dem nach einer Lagefeststellung Entscheidungen vorbereitet und mittels Befehlsgebung umgesetzt werden. Er unterstützt die Führungskräfte in der Erfüllung des Einsatzauftrages.⁸⁵ Die Abbildung 2 veranschaulicht den Führungsvorgang als Kreisschema.

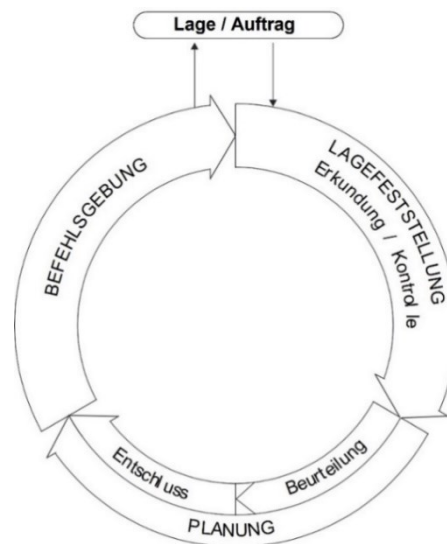


Abb. 2: Führungsvorgang⁸⁶

⁸⁴ Vgl. Ausschuss Feuerwehrangelegenheiten, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung (2010), S. 27 f.; Vgl. Golecki (2020), S. 291; Vgl. Plattner (2006), S. 132 f.

⁸⁵ Vgl. Ausschuss Feuerwehrangelegenheiten, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung (2010), S. 28.

⁸⁶ Ebd., S. 29.

Die Führungsmittel als letzter Baustein des Führungssystems unterstützen die Führungskräfte bei der Umsetzung des Führungsvorgangs. Hierbei handelt es sich um technische Systeme sowie analoge und digitale Dokumente wie z.B. Funktechnik, Lagekarten, Checklisten und Katastrophenschutzpläne.⁸⁷

3.3 Medizinische Führungsstrukturen

3.3.1 Leitender Notarzt

Der Leitende Notarzt ist, neben dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (Kapitel 3.3.2), deutschlandweit als medizinische Führungskraft in Großschadenslagen etabliert, wobei die gesetzlichen Bestimmungen zum LNA aufgrund der föderalen Strukturen ausschließlich in den Rettungsdienstgesetzen der Länder verankert sind.⁸⁸

Nach dem Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg hat ein Leitender Notarzt die medizinische Versorgung in Schadenslagen mit vielen Verletzten oder Erkrankten zu koordinieren. Details zu den Aufgaben und Tätigkeiten des LNA, dessen Ausbildung, Alarmierung und Verfügbarkeit sowie die behördliche Bestellung zur Funktion des Leitenden Notarztes sind in weiterführenden Planungen zum Rettungsdienst im sogenannten Rettungsdienstplan Baden-Württemberg aufgeführt (vgl. § 10 Abs. 2 RDG BW).

3.3.1.1 Aufgaben und Tätigkeiten

In Großschadenslagen oder in Einsatzlagen, bei denen die Möglichkeit des Eintretens einer Großschadenslage unmittelbar besteht, ist ein LNA dafür verantwortlich, die medizinischen Maßnahmen am Notfallort zu koordinieren und zu überwachen, um eine adäquate medizinische Versorgung möglichst für alle Patienten zu gewährleisten. Der OrgL unterstützt den LNA auf operativ-taktischer Ebene mit Leitungs- und Koordinierungsaufgaben (vgl. § 19 Abs. 1 Rettungsdienstplan BW).

⁸⁷ Vgl. Plattner (2006), S. 160 ff.

⁸⁸ Vgl. Pitz (2020), S. 40.

Am Einsatzort ist der LNA für die Bewertung der medizinischen Situation, einschließlich der Art und des Ausmaßes der medizinischen Lage sowie der Anzahl und Art der Verletzten oder Erkrankten zuständig. Auch Veränderungen der Lage mit möglichen weiteren Gefährdungen sind durch den LNA zu erkennen und einsatztaktisch zu reevaluierten.

Anhand der Bewertung koordiniert der LNA die notwendigen Maßnahmen zur medizinischen Bewältigung der Großschadenslage. Dazu gehören die Sichtung der Patienten, deren medizinische Versorgung und Transport in geeignete Zielkliniken nach Priorität. Der LNA legt die Zielkliniken fest und überwacht sowie dokumentiert in Zusammenarbeit mit dem OrgL die Zuteilung der Patienten auf geeignete Transportmittel. Die Art und Anzahl der zur Versorgung und zum Transport benötigten Rettungsmittel, -personal und -material sind durch den LNA festzulegen und anzufordern (vgl. § 20 Abs. 1 Rettungsdienstplan BW). In besonderen Einsatzlagen hat der LNA außerdem die Möglichkeit, Experten als Fachberater sowie Sonderrettungsdienste wie den Berg- und Wasserrettungsdienst zu bestellen (vgl. § 19 Abs. 4 Rettungsdienstplan BW).

Als fester Bestandteil der Führungseinheit stimmt sich der Leitende Notarzt fortlaufend mit der Einsatzleitung über die aktuelle Lage und die notwendigen weiteren Maßnahmen ab (vgl. § 20 Abs. 1 Rettungsdienstplan BW). Er hat im Einsatz hoheitliche Rechte inne und ist gegenüber allem am Einsatz beteiligten Rettungsdienst- und Sanitätspersonal, inklusive dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst, in medizinischen Fragen weisungsbefugt (§ 20 Abs. 2 Rettungsdienstplan BW).

3.3.1.2 Ausbildung

Die Fortbildung zum Leitenden Notarzt wurde 1988, nach Beratungen in mehreren medizinischen Ausschüssen und Vereinigungen, in einer Empfehlung der Bundesärztekammer vorgestellt und 2007 erneut bestätigt.⁸⁹

Die Fortbildung zum Leitenden Notarzt soll demnach zur Leitung und Koordination von Großschadenslagen unterhalb der Katastrophenschwelle befähigen. Es wird zudem klargestellt, dass der LNA als Teil des Rettungsdienstes gemäß den

⁸⁹ Vgl. Bundesärztekammer (2007), S. 1.

Landesrettungsdienstgesetzen auftritt und nicht in die Strukturen des Katastrophenschutzes eingreift.⁹⁰

Die Bundesärztekammer sieht 40 Stunden für die Fortbildung zum Leitenden Notarzt vor. Voraussetzungen zur Teilnahme an der Fortbildung sind eine Tätigkeit im Rettungsdienst, beispielsweise in Form eines regelmäßigen Notarztendienstes mit entsprechendem Fachkundenachweis, notfall- und intensivmedizinische Fachkenntnisse sowie Kenntnisse über die regionale Rettungsdienst- und Krankenhausstrukturen. Kernelemente der Fortbildung sind die medizinische Bewältigung eines ManV, Grundlagen zu Einsatztaktik und Befehlsgebung gemäß DV 100, Kenntnisse über und die Zusammenarbeit mit anderen BOS sowie gesetzliche Grundlagen. Die Bundesärztekammer hat in ihrer Empfehlung die Durchführung der Fortbildungen zum Leitenden Notarzt an die Landesärztekammern übertragen.⁹¹

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg richtet sich in seiner Satzung weitestgehend nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Fortbildung zum LNA.⁹² Zwar wird in der Satzung auf die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsseminaren für Leitende Notärzte hingewiesen, Regelungen für eine turnusmäßige Rezertifizierung zur Führung der Bezeichnung Leitender Notarzt bestehen jedoch nicht.⁹³

3.3.1.3 Alarmierung

Die Alarmierung des Leitenden Notarztes erfolgt anhand der Alarm- und Ausrückeordnungen gemäß den ManV-Planungen der Stadt- und Landkreise (vgl. § 19 Abs. 2 Rettungsdienstplan BW). Für die schnelle Alarmierung im Einsatzfall sind die LNA mit Funkmeldeempfängern oder anderen technischen Lösungen wie eine appbasierte Smartphonealarmierung auszustatten.⁹⁴

Die im Kreisgebiet bestellten Leitenden Notärzte sind dafür verantwortlich, die permanente Verfügbarkeit im Einsatzfall zu gewährleisten. Dies kann durch einen verbindlichen Dienstplan erfolgen, welcher bei der ILS zu hinterlegen ist, oder

⁹⁰ Vgl. Bundesärztekammer (2007), S. 1 f.

⁹¹ Vgl. Ebd. S. 2 f.

⁹² Vgl. Landesärztekammer Baden-Württemberg (2017), S. 484.

⁹³ Vgl. Ebd.; Vgl. Schmid/Morhart-Klute (2016), S. 500.

⁹⁴ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016), S. 18.

durch interne Absprachen in der Gruppe der Leitenden Notärzte, wenn dadurch eine vergleichbare Verfügbarkeit gewährleistet werden kann. Während im Dienstplanmodell nur der diensthabende LNA alarmiert wird, werden im zweiten Fall alle LNA über eine Alarmschleife alarmiert (vgl. § 58 Abs. 7 Rettungsdienstplan BW). Der diensthabende LNA hat sich im Kreisgebiet aufzuhalten und muss sicherstellen, dass er während des Dienstes jederzeit von seinen Tätigkeiten abkömmlich ist (vgl. § 58 Abs 8 Rettungsdienstplan BW).

Die Integrierte Leitstelle hat den zügigen Transport des LNA zur Einsatzstelle zu veranlassen. Der Bereichsausschuss muss entsprechende Planungen vornehmen, um die Abholung des LNA im Einsatzfall, etwa durch ein Fahrzeug einer BOS, zu gewährleisten. Anders als dem OrgL, steht dem diensthabenden LNA kein Kommandowagen zur Verfügung (vgl. § 19 Abs. 3 Rettungsdienstplan BW), wodurch der LNA keine Führungsmittel, z.B. Funkgeräte, als Ausstattung des KdoW mitführen kann.

3.3.1.4 Bestellung

Zur Sicherstellung einer lückenlosen Verfügbarkeit von Leitenden Notärzten, ist eine dem Rettungsdienstbereich angemessene Anzahl von Leitenden Notärzten auszubilden und in Dienst zu stellen (vgl. § 58 Abs. 2 Rettungsdienstplan BW).

Die Leitenden Notärzte werden von den Oberbürgermeistern bzw. Landräten des Stadt- bzw. Landkreises, basierend auf dem Vorschlag des Bereichsausschusses, für den jeweiligen Rettungsdienstbereich bestellt. Wenn der Rettungsdienstbereich mehrere Stadt- oder Landkreise umfasst, erfolgt die Ernennung durch den Regierungspräsidenten. Die Ernennung erfolgt durch Aushändigung einer Bestellungsurkunde, mit Verweis auf die rechtliche Aufgabenstellung (vgl. § 58 Abs. 4 Rettungsdienstplan BW).

Die Bestellung zum LNA ist mit hoheitlichen Rechten und der Verpflichtung zur Verschwiegenheit über interne Angelegenheiten verbunden (vgl. § 58 Abs. 5 Rettungsdienstplan BW). Ebenso wird mit der Bestellung sichergestellt, dass das Haftungsrisiko der LNA durch die Amtshaftung des Landes abgedeckt wird (vgl. §58 Abs. 6 Rettungsdienstplan BW).

3.3.2 Organisatorischer Leiter Rettungsdienst

Der Organisatorische Leiter Rettungsdienst unterstützt in Großschadenslagen den Leitenden Notarzt in der Ausübung seiner Tätigkeiten (vgl. § 10 a RDG BW). Er übernimmt als rettungsdienstliche Führungskraft in Abstimmung mit dem LNA organisatorische Maßnahmen am Einsatzort. OrgL ist, wer die entsprechende Qualifikation besitzt und durch den Bereichsausschuss des Rettungsdienstbereiches dazu berufen wird.⁹⁵

Zu den operativ-taktischen Aufgaben des OrgL gehört eine reevaluiierende Beurteilung der Schadenslage und des Einsatzraumes aus einsatztaktischer Sicht, die Festlegung der Raumordnung, Erfassung der vorhandenen und benötigten Krankenhauskapazitäten und Ressourcen des Rettungsdienstes sowie die Planung und Koordinierung der rettungsdienstlichen Maßnahmen.

Der OrgL ist außerdem federführend für die Transportorganisation nebst Dokumentation für die Kommunikation mit der Integrierten Leitstelle und der Einsatzleitung zuständig (vgl. § 21 Abs. 1 Rettungsdienstplan BW).

3.3.3 Medizinischer Einsatzabschnitt

LNA und OrgL bilden zusammen eine gemeinschaftliche, medizinische Einsatzleitung, wobei der LNA in medizinischen Fragen ein Weisungsrecht gegenüber dem OrgL innehat. Die Funktion des medizinischen Einsatzleiters obliegt dem Leitenden Notarzt, der OrgL unterstützt den LNA in seiner Funktion.⁹⁶

Dabei fungieren LNA und OrgL in den meisten Einsatzlagen als Einsatzabschnittsleitung eines medizinischen Einsatzabschnittes. Ausschließlich bei rein medizinischen Großschadenslagen, in denen keine feuerwehrtechnische Pflichtaufgabe gemäß dem Feuerwehrgesetz Baden-Württemberg vorherrscht, liegt die Gesamteinsatzleitung bei LNA und OrgL, womit der LNA als Einsatzleiter auftritt.⁹⁷

⁹⁵ Vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. (2021), S. 9.

⁹⁶ Vgl. Marten /Lechleuthner (2012), S. 273; Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016), S. 31.

⁹⁷ Vgl. Landesausschuss für den Rettungsdienst Baden-Württemberg (2019), S. 4.

Die medizinische Einsatz(-abschnitts) -leitung kann zur Führungsunterstützung auf Führungsassistenten aus den Führungsmodulen des Katastrophenschutzes zurückgreifen, die bei der Kommunikation und Dokumentation unterstützen.⁹⁸

Werden Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes zur medizinischen Gefahrenabwehr unterhalb der Katastrophenschwelle eingesetzt, unterstehen diese der medizinischen Einsatzabschnittsleitung.⁹⁹

Die Führungsstruktur des medizinischen Einsatzabschnittes in Großschadenslagen ist stufenweise aufzubauen, so dass sie im Laufe des Einsatzes zu ihrer endgültigen Struktur aufwachsen kann.¹⁰⁰

In der Primärphase werden zunächst eine oder mehrere Patientenablagen durch die Ersteintreffenden Rettungskräfte gebildet, die jeweils durch ein Rettungsmittel geführt werden und so die erste Führungsebene ergeben. Der Notarzt und der Notfallsanitäter des ersteintreffenden NEF führen bis zum Eintreffen von LNA und OrgL kommissarisch den gesamten medizinischen Abschnitt. Spätestens mit dem Eintreffen von LNA und OrgL wird ein UEA Erstversorgung gebildet, dem die Patientenablagen untergliedert werden. Für die Organisation des Patientenabtransportes und der Verteilung in verschiedene Kliniken wird der UEA Transportorganisation gebildet. Die beiden Untereinsatzabschnitte werden nun durch die medizinische Einsatzabschnittsleitung, bestehend aus dem Leitenden Notarzt und dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst, geführt, die in den UEA geeignete Einsatzkräfte als Untereinsatzabschnittsleiter einsetzen. Lageabhängig können weitere Untereinsatzabschnitte wie der UEA Schadensort, der UEA Betreuung und der UEA Behandlungsplatz eingerichtet werden.¹⁰¹

Kann in kleineren ManV-Lagen auf die Bildung medizinischer Untereinsatzabschnitte verzichtet werden, entfällt entsprechend die Ebene der UEA in der Führungsorganisation.¹⁰²

⁹⁸ Vgl. Marten /Lechleuthner (2012), S. 274.

⁹⁹ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016), S. 32; Vgl. Scholl (2017), S. 38 f.

¹⁰⁰ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016), S. 31.

¹⁰¹ Vgl. Knickmann/Neumann/Subat (2021), S. 66 ff; Vgl. Marten/Lechleuthner (2012), S. 275; Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016), S. 34 f.

¹⁰² Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016), S. 35.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass der Leitende Notarzt seine originären Aufgaben in Großschadenslagen mit begrenzter räumlicher Ausdehnung und Anzahl exponierter Personen, ggf. mit Führungsunterstützung, noch weitestgehend selbst wahrnehmen und die Lage von vorne führen kann.¹⁰³

Werden dagegen in Großschadenslagen mit ausgedehntem Schadensgebiet und mehreren Einsatzschwerpunkten, wie es beim ICE-Unglück in Eschede der Fall war, mehrere medizinische Einsatzabschnitte gebildet, soll jeder dieser Einsatzabschnitte durch einen medizinischen Abschnittsleiter geführt werden, der die Qualifikation zum Leitenden Notarzt besitzt.¹⁰⁴ Spätestens dann ist es unumgänglich, einen übergeordneten Leitenden Notarzt einzusetzen, der aus der Führungseinheit der Technischen Einsatzleitung (TEL) heraus die medizinische Leitung und die Koordination der Einsatzabschnitte übernimmt, seine hoheitlichen Aufgaben delegiert und in der Einsatzleitung eine medizinische Beratungs- und Leitungsfunktion einnimmt.¹⁰⁵ Jedoch darf in der Führungsorganisation die Funktionsbezeichnung Leitender Notarzt nur einmal vergeben werden.¹⁰⁶

3.4 Führungsstrukturen der Feuerwehr

Feuerwehren sind Einrichtungen der Gemeinden, die, je nach Größe der Gemeinden, als freiwillige Feuerwehren, teilweise anteilig mit hauptamtlichen Kräften besetzt, oder als Berufsfeuerwehren aufgestellt sind.¹⁰⁷

Die Pflichtaufgaben der Feuerwehr sind die Abwehr von Bränden, die Hilfeleistung und das Schützen bei öffentlichen Notständen und die Rettung von Mensch und Tier durch technische Hilfeleistung in lebensbedrohlichen Situationen. Ein öffentlicher Notstand wird dabei als ein Ereignis definiert, bei dem eine unmittelbare oder mittelbare Gefahr für Tiere, Menschen oder andere Rechtsgüter besteht, bei dem die Allgemeinheit betroffen ist und die Gefahr oder der Schaden nur durch sofortiges Handeln abgewendet werden kann.

Ferner kann die Gemeinde ihre Feuerwehr auch mit der Gefahrenabwehr anderer Notlagen beauftragen (vgl. § 2 Abs. 1-2 FwG BW).

¹⁰³ Vgl. Gümbel u. a. (2013), S. 152.

¹⁰⁴ Vgl. Gümbel u. a. (2013), S.152.

¹⁰⁵ Vgl. Pohlemann/Gänsslen/Tscherne (1999), S. 345 f.

¹⁰⁶ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016), S. 35.

¹⁰⁷ Vgl. Golecki (2020), S. 282.

Zur erfolgreichen Schadensabwehr bedienen sich die Feuerwehren einer hierarchischen Führungsstruktur mit eindeutigen Weisungsbefugnissen und Unterstellungsverhältnissen nach dem Führungssystem der Feuerwehrdienstvorschrift 100, welche in Abhängigkeit der Einsatzgröße in mehreren Führungsstufen aufwachsen kann.¹⁰⁸

Die Leitung einer Gemeindefeuerwehr obliegt dem Feuerwehrkommandanten. Ehrenamtlich tätige Feuerwehrkommandanten sowie dessen Stellvertreter werden durch die Feuerwehrangehörigen für die Dauer von fünf Jahren gewählt, hauptamtliche Feuerwehrkommandanten werden durch den Bürgermeister nach Anhörung des Feuerwehrausschusses berufen. Feuerwehrkommandant einer Berufsfeuerwehr ist deren Leiter (vgl. § 8 Abs. 1- 3 FwG BW).

Auf Ebene des Landkreises wird ein hauptamtlicher Kreisbrandmeister bestellt sowie mehrere Stellvertreter als Ehrenbeamte berufen (vgl. § 23 Abs. 1 FwG BW). Die Regierungspräsidien in Baden-Württemberg haben jeweils einen Bezirksbrandmeister, das Innenministerium einen Landesbranddirektor, als Beamte im höheren feuerwehrtechnischen Dienst zu bestellen (vgl. § 23 Abs. 2 FwG BW).

Ist die Feuerwehr einer Gemeinde zur Erfüllung der Aufgaben nach § 2 FwG BW im Einsatz, übernimmt der Feuerwehrkommandant der Gemeindefeuerwehr oder sein Stellvertreter, als sogenannter Technischer Einsatzleiter die Leitung des Einsatzes (vgl. § 27 Abs 1 FwG BW). Sind neben der Feuerwehr noch andere Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben am Einsatz beteiligt, bildet der Technische Einsatzleiter eine Führungseinheit, in der Vertreter der beteiligten BOS als Berater angeschlossen sind (vgl. § 27 Abs. 3 FwG BW).

Kreisbrandmeister, Bezirksbrandmeister und Landesbranddirektor können in allen Feuerwehreinsätzen innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches die Technische Einsatzleitung übernehmen (vgl. § 24 FwG BW). Ferner können sie der Einsatzleitung auch unterstützend als Fachberater zur Seite stehen, wobei sie auch in beratender Funktion ein Weisungsrecht gegenüber dem Technischen Einsatzleiter besitzen.¹⁰⁹ In Einsatzlagen, die sich über mehrere Landkreise erstrecken,

¹⁰⁸ Vgl. Ferch/Melioumis (2003), S. 22 f.

¹⁰⁹ Vgl. Hildinger/Rosenauer (2017), § 24 FwG BW Rdnr. 8.

kann der Technische Einsatzleiter durch das Regierungspräsidium bestimmt werden, erstreckt sich das Einsatzgebiet über mehrere Regierungsbezirke liegt dieses Recht beim Innenministerium (vgl. § 27 Abs. 2 FwG BW).

Ab einer bestimmten Einsatzgröße, etwa in ausgedehnten Flächenlagen oder in komplexen Großschadenslagen, kann der technische Einsatzleiter auch mit einer Führungsgruppe als Führungsunterstützung, also in der Führungsstufe C, die anfallenden Aufgaben nicht mehr bewältigen. In der dann benötigten Führungsstufe D wird als zusätzliche Führungsebene ein operativ-taktischer Führungsstab als rückwärtige Führungseinrichtung etabliert, in dem Aufgaben nach verschiedenen Sachgebieten aufgeteilt, bearbeitet und umgesetzt werden.¹¹⁰

Der Führungsstab verantwortet als Einsatzleitung alle Maßnahmen der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr. Er berät den technischen Einsatzleiter und veranlasst beschlossene Maßnahmen. Ihm unterstehen alle Einsatzkräfte der Feuerwehren, der Rettungsdienste und der Hilfsorganisationen, des Katastrophenschutzes und des Technischen Hilfswerks.¹¹¹

Als für den operativ-taktischen Einsatz gesamtverantwortlicher, Technischer Einsatzleiter, wird in der Führungsstufe D in der Regel der Kreisbrandmeister des zuständigen Stadt- bzw. Landkreises oder einer seiner Stellvertreter eingesetzt.¹¹² Dieser kann den Führungsstab selbst führen, oder einen Stabsleiter bestimmen, der die Arbeitsabläufe im Stab kontrolliert und koordiniert.¹¹³

Ein Führungsstab besteht immer aus den vier Sachgebieten S 1 – S 4, Personal/Innerer Dienst, Lage, Einsatz und Versorgung. Zusätzlich können optional die Sachgebiete S 5 – S 6, Presse und Medienarbeit sowie Informations- und Kommunikationswesen, besetzt werden. Außerdem können Fachberater (z.B. LNA und OrgL als medizinische Fachberater) sowie Verbindungsbeamte und -personen anderer BOS, z.B. der Polizei, im Führungsstab vertreten sein.¹¹⁴

¹¹⁰ Vgl. Lamers (2022), S. 51.

¹¹¹ Vgl. Ebd.

¹¹² Vgl. Golecki (2020), S. 292.

¹¹³ Vgl. Lamers (2022), S. 52.

¹¹⁴ Vgl. Lamers (2022), S. 52; Vgl. Schuster/Freudenberg (2023), S. 170.

Die Abb. 3 stellt den Aufbau des Führungsstabes dar.

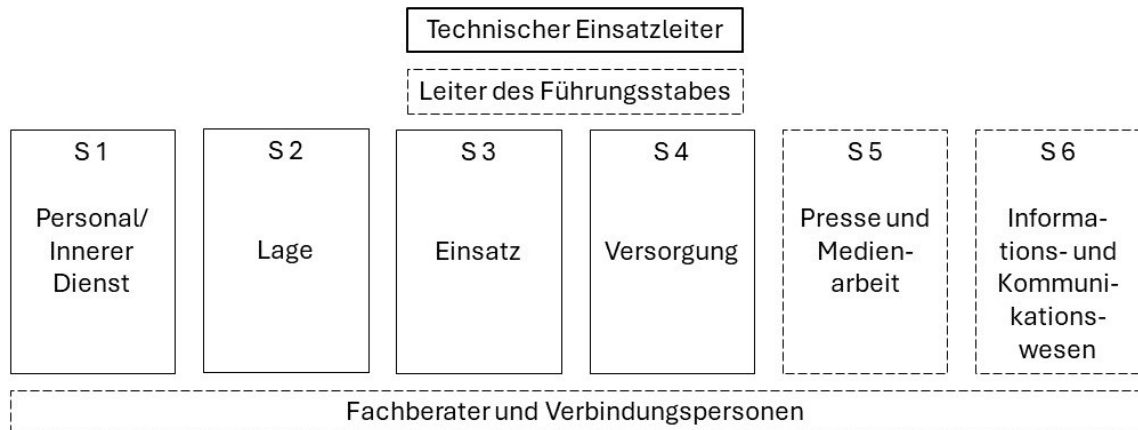


Abb. 3: Zusammensetzung des Führungsstabes¹¹⁵

3.5 Führung im Katastrophenfall

Mit der Feststellung der Katastrophe ändert sich die Führungsorganisation der Großschadenslage entsprechend den rechtlichen Vorgaben des Landeskatastrophenschutzgesetzes Baden-Württemberg.¹¹⁶

Die Katastrophenschutzbehörde, über welche sich das Katastrophengebiet erstreckt, ist fortan für die Leitung des Einsatzes zuständig, die betroffenen Gemeinden unterstützen die Katastrophenschutzbehörde in der Bewältigung der Schadenslage (vgl. § 7 LKatSG BW; vgl. § 19 Abs. 1 LKatSG BW). Die politisch-gesamtverantwortliche Katastrophenschutzleitung liegt demnach beim Hauptverwaltungsbeamten der Kreisgebietskörperschaft.

Sind mehrere Stadt- bzw. Landkreise betroffen, ist das Regierungspräsidium als höhere Katastrophenschutzbehörde sachlich zuständig (vgl. § 6 Abs. 2 LKatSG BW), sind mehrere Regierungsbezirke betroffen, gilt dies für das Innenministerium BW als oberste Katastrophenschutzbehörde (vgl. § 6 Abs. 3 LKatSG BW). Grundsätzlich können die höhere und die oberste Katastrophenschutzbehörde die Leitung im Katastrophenfall übernehmen, wenn dies zur Katastrophenbekämpfung erforderlich ist (vgl. § 6 Abs. 4 LKatSG BW).

¹¹⁵ Eigene Darstellung in Anlehnung an Lamers (2022), S. 52.

¹¹⁶ Vgl. Ausschuss Feuerwehrangelegenheiten, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung (2010), S. 19; Vgl. Pitz (2020), S. 42.

Die politisch-gesamtverantwortliche Behördenleitung bedient sich im Katastrophenfall zweier Stäbe. Dem Verwaltungsstab, zur Bearbeitung administrativ-organisatorischer Aufgaben, welche aufgrund rechtlicher, politischer und finanzieller Zuständigkeiten von der Verwaltung im Katastrophenfall zu koordinieren sind und der aus Mitarbeitern der Verwaltungsbereiche der Behörde besetzt wird sowie dem Führungsstab, der zur operativ-taktischen Katastrophenbewältigung und zugleich als Technische Einsatzleitung dient.¹¹⁷ Führungsstab und Verwaltungsstab stehen dabei in ständiger Verbindung (§ 20 Abs. 2 LKatSG BW).

Zudem bestellt die zuständige Katastrophenschutzleitung einen Technischen Einsatzleiter (vgl. § 19 Abs. 3 LKatSG BW), der alle Einsatzmaßnahmen leitet. Ihm sind alle im Katastrophenschutz mitwirkenden Einsatzkräfte, Behörden und Einrichtungen, Stellen und Berufsvertretungen, mit Ausnahme der Behörden des Landes sowie der Polizeien des Bundes und der Länder, unterstellt (vgl. § 5 Abs 1 LKatSG; vgl. § 20 Abs. 1 LKatSG BW). Im Regelfall wird, der nach dem Feuerwehrgesetz Baden-Württemberg bestellte, feuerwehrtechnische Beamte in der von der Katastrophe betroffenen und zuständigen Behörde (Kreisbrandmeister, Bezirksbrandmeister oder Landesbranddirektor), zum Technischen Einsatzleiter im Katastrophenfall bestellt. Es können aber auch andere Personen bestellt werden, wenn diese besondere Fachkenntnisse zur Bewältigung der Katastrophe aufweisen (vgl. § 20 Abs. 3 LKatSG BW).

Bis zur Übernahme der Technischen Einsatzleitung durch den Führungsstab und des bestellten Technischen Einsatzleiters, behalten der oder die gemäß des Feuerwehrgesetzes eingesetzten Technischen Einsatzleiter ihre Funktion bei (vgl. § 20 Abs. 4 LKatSG BW).

Mit der Inbetriebnahme der beiden Stäbe wird somit aus der im Linien- bzw. Stabsliniensystem aufgebauten Führungsstruktur, mit dem Einsatzleiter an der Führungsspitze, eine Matrixorganisation, mit dem politisch-gesamtverantwortli-

¹¹⁷ Vgl. Golecki (2020), S. 292; Vgl. Land Baden-Württemberg (2004), S. 688.

chen Behördenleiter an der Spitze, über den beiden horizontal platzierten Stäben, dem administrativ-organisatorischen Verwaltungsstab und dem operativ-taktischen Führungsstab als Technische Einsatzleitung.¹¹⁸

Die Abbildung 4 zeigt die Matrixorganisation eines Landkreises im Katastrophenfall.

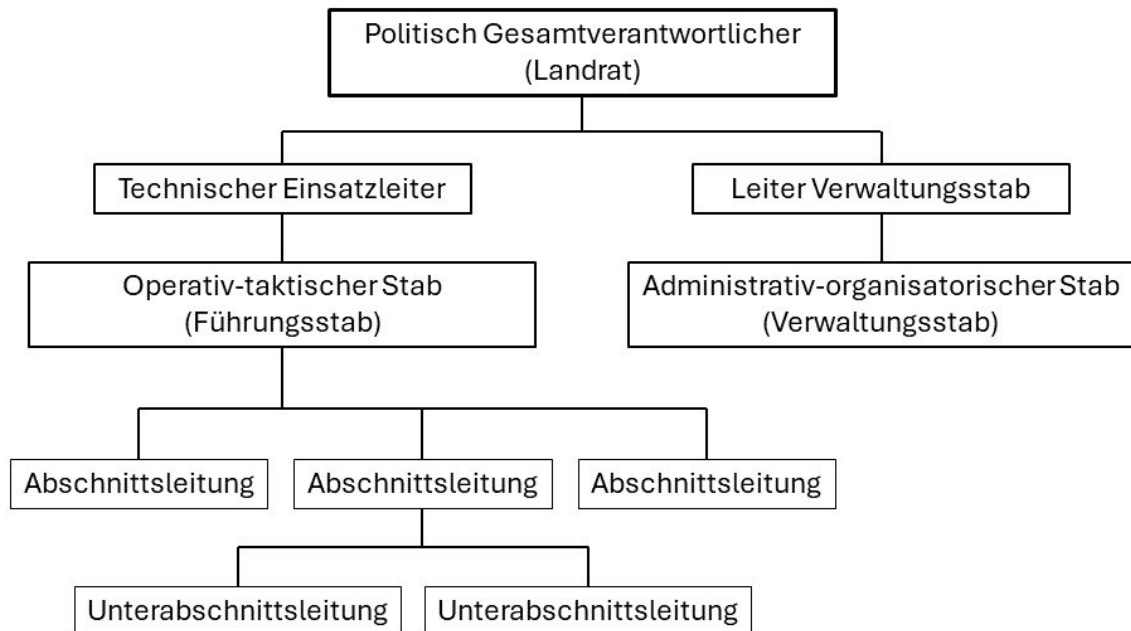


Abb. 4: Matrixorganisation im Katastrophenfall¹¹⁹

Der Leitende Notarzt und der Organisatorische Leiter Rettungsdienst wirken im Katastrophenfall, zusätzlich zur medizinischen Einsatzabschnittsleitung an der Einsatzstelle, auch als medizinische Fachberater im Führungsstab mit¹²⁰ (vgl. § 20 Absatz 2 LKatSG BW), wobei dem LNA im Führungsstab auch die Weisungsbefugnis über das Personal von Katastrophenschutzeinheiten übertragen werden kann (vgl. § 22 Abs. 3 Rettungsdienstplan BW). Somit müssen, spätestens ab dem Zeitpunkt der Einrichtung eines Führungsstabes, mehrere LNA und OrgL in der Führungsorganisation eingesetzt werden.¹²¹

Bei der Auslösung einer Außergewöhnlichen Einsatzlage durch die untere Katastrophenschutzbehörde kann diese selbst entscheiden, ob sie die Einsatzleitung

¹¹⁸ Vgl. Ferch/Melioumis (2003), S. 22 f.

¹¹⁹ Eigene Darstellung in Anlehnung an Pütz (2020), S. 51.

¹²⁰ Vgl. Pütz (2020), S. 46.

¹²¹ Vgl. Ebd., S. 42.

übernimmt. Bei Übernahme gelten die Regelungen nach dem LKatSG, mit Einschränkungen in Weisungsbefugnissen gegenüber anderer Behörden. Wird die Einsatzleitung nicht übernommen, gelten das FwG BW sowie das RDG BW (vgl. § 38 Abs. 1-5 LKatSG BW).

3.6 Polizeiliche Führungsstrukturen

Die Polizei bedient sich zur Führung in der polizeilichen Gefahrenabwehr zweier Aufbauorganisationen. Die Allgemeine Aufbauorganisation ist regelhaft aktiv und dient der Durchführung alltäglicher Einsatzsituationen.¹²² In der Allgemeinen Aufbauorganisation ist ein Polizeiführer vom Dienst für die Koordination der polizeilichen Aufgaben im Dienstbezirk zuständig. Er agiert aus dem Führungs- und Lagezentrum heraus, welches ihm als Führungsorgan dient.¹²³

In den Einheiten der Polizei wird in der Allgemeinen Aufbauorganisation streng nach hierarchischen Gesichtspunkten geführt, in denen die Dienstgrade der Polizeibeamten ausschlaggebend sind. Anweisungen werden von oben nach unten per Instanzenzug delegiert, Informationen sind stets auf dem Dienstweg weiterzugeben. Dabei dürfen keine Instanzen übersprungen werden.¹²⁴

In Sonderlagen, die einen erhöhten Kräftebedarf, eine lange Einsatzdauer oder eine einheitliche Führung erfordern, wird eine Besondere Aufbauorganisation (BAO) eingerichtet.¹²⁵ Dabei kann es sich um planbare Ereignisse wie Demonstrationen und Großveranstaltungen oder um Ad-Hoc-Lagen wie Lebensbedrohliche Einsatzlagen handeln. Den Einsatzlagen gemein ist die Notwendigkeit eines abgestimmten Vorgehens und erhöhten Personalbedarfs.

In einer BAO wird ein Führungsstab eingerichtet, welcher Informationen sammelt, aufarbeitet und darstellt, Entscheidungen vorbereitet und deren Umsetzung überwacht. Der Führungsstab der Polizei wird durch einen Polizeiführer geleitet, der als Einsatzleiter der Polizei die Gesamtverantwortung trägt. In der Führungs-

¹²² Vgl. Wurmb/Hossfeld/Zoller (2018), S. 577.

¹²³ Vgl. Bohnert (2022), S. 451 f.; Vgl. Küppers (2022), S. 204.

¹²⁴ Vgl. Küppers (2022), S. 204.

¹²⁵ Vgl. Bohnert (2022), S. 452.

ebene unterhalb des Führungsstabes der Polizei werden Einsatzabschnitte gebildet, die aufgabenbezogen tätig werden und die operativen Maßnahmen an der Einsatzstelle durchführen.¹²⁶ Die Führung der Einsatzabschnitte wird in Baden-Württemberg durch die Dienstgruppenleiter der Polizeireviere übernommen.¹²⁷

Der Polizeiführer vom Dienst entscheidet über die Notwendigkeit und Einrichtung einer BAO und führt diese, in der Anfangsphase aus dem FLZ heraus, bis der Führungsstab der Polizei einsatzfähig ist und der Polizeiführer den Einsatz übernimmt.¹²⁸ Der Polizeiführer führt die Besondere Aufbauorganisation rückwärtig, aus dem Stab heraus und ist grundsätzlich nicht an oder in der Nähe der Einsatzstelle anzutreffen.¹²⁹

Der Führungsstab der Polizei bedient sich zur Aufgabenbewältigung und Entscheidungsfindung auch interner und externer Berater. Aus den Reihen der Polizei kommen z.B. Polizeipsychologen in Frage, als externer Berater kann auch ein Leitender Notarzt angefordert werden, der in medizinischen Fragen berät. Des Weiteren werden Verbindungspersonen der am Einsatz beteiligten Organisationen im Stab eingesetzt, um fachspezifische Informationen in den Stab und abgestimmte Informationen über die polizeiliche Lage in ihren Bereich zu tragen.¹³⁰

3.7 Übergreifende Führungsorganisation in Großschadenslagen

Großschadenslagen sind in den seltensten Fällen durch eine Behörde oder Organisation mit Sicherheitsaufgaben allein zu bewältigen. Selbst in ManV-Lagen der ersten Alarmstufe sind neben dem Rettungsdienst in der Regel außerdem die Polizei und die Feuerwehr im Einsatz, um ihre originären Aufgaben wahrzunehmen und so die Einsatzlage gemeinsam zu bewältigen.¹³¹

¹²⁶ Vgl. Heimann (2022), S. 43 ff.; Vgl. Wurmb/Hossfeld/Zoller (2018), S.577.

¹²⁷ Vgl. Bohnert (2022), S. 457.

¹²⁸ Vgl. Heimann (2022), S. 46.

¹²⁹ Vgl. Ebd., S. 47.

¹³⁰ Vgl. Heimann (2022), S. 48 f.

¹³¹ Vgl. Selen u. a. (2020), S. 126.

Jedoch ist gerade in diesen Einsatzlagen zu beobachten, dass eine Zusammenarbeit in der Führungsorganisation mit einer gemeinsamen, übergreifenden Einsatzleitung nicht gegeben ist, vielmehr laufen die Einsätze der verschiedenen BOS nebeneinander ab.¹³²

„Leitung im Einsatz ist das gesamtverantwortliche Handeln für eine Einsatzstelle und für die dort eingesetzten Einsatzkräfte.“¹³³ Diese Beschreibung zur Einsatzleitung aus der FwDV 100, lässt mehrere parallel agierende Einsatzleitungen der verschiedenen BOS an einer Einsatzstelle nicht zu.

Vielmehr müssen alle beteiligten Organisationen mit deren Leiter in einer gemeinsamen, der Lage entsprechend ausgestatteten, Technischen Einsatzleitung vertreten sein, um Großschadenslagen führbar zu machen.¹³⁴

Gemäß dem FwG BW hat der Technische Leiter der Feuerwehr diese Führungseinheit zu bilden, wenn außer der Feuerwehr noch weitere BOS am Einsatz teilnehmen. In der Führungseinheit sind Vertreter der beteiligten BOS als Berater einzugliedern (vgl. § 27 Abs. 3 FwG BW).

Der LNA und der OrgL gehören dieser durch die TEL gebildeten Führungseinheit an, wenn bei einem Großschadensereignis die Feuerwehr zur Erfüllung ihrer Pflichtaufgaben am Einsatz vertreten ist (vgl. § 22 Abs. 1 Rettungsdienstplan BW). Innerhalb der Führungseinheit sind unter enger Zusammenarbeit und gegenseitiger Unterstützung die zu treffenden Maßnahmen abzustimmen (Vgl. § 22 Abs. 4 Rettungsdienstplan BW).

Auch wenn bei der Großschadenslage der Hauptschwerpunkt in der medizinischen Bewältigung liegt, aber die Feuerwehr den Rettungsdienst etwa durch technische Hilfeleistung im Einsatz unterstützt, so sind die Einsatzkräfte der Feuerwehr nicht dem LNA und OrgL, sondern dem Technischen Einsatzleiter der Feuerwehr unterstellt, der dann die Gesamteinsatzleitung innehat. LNA und OrgL

¹³² Vgl. Voß (2020), S. 304 f.

¹³³ Ausschuss Feuerwehrangelegenheiten, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung (2010), S. 9.

¹³⁴ Vgl. Hüls/Oestern (1999), S. 334.

führen als EAL den medizinischen Einsatzabschnitt und sind in der Führungseinheit der Einsatzleitung vertreten.¹³⁵

Die Abbildung 5 zeigt ein Beispiel einer Führungsorganisation von Feuerwehr und Rettungsdienst in einer Großschadenslage anhand einer Stablinienorganisation, gemäß den genannten Richtlinien. LNA und OrgL sind in der Grafik als EAL des Einsatzabschnitts Medizin und Betreuung dargestellt. Die gestrichelte Linie stellt deren Doppelfunktion als Teil der Führungseinheit des Technischen Einsatzleiters dar. In der Führungseinheit werden außerdem der Kreisbrandmeister sowie eine polizeiliche Führungskraft als Fachberater der TEL dargestellt.

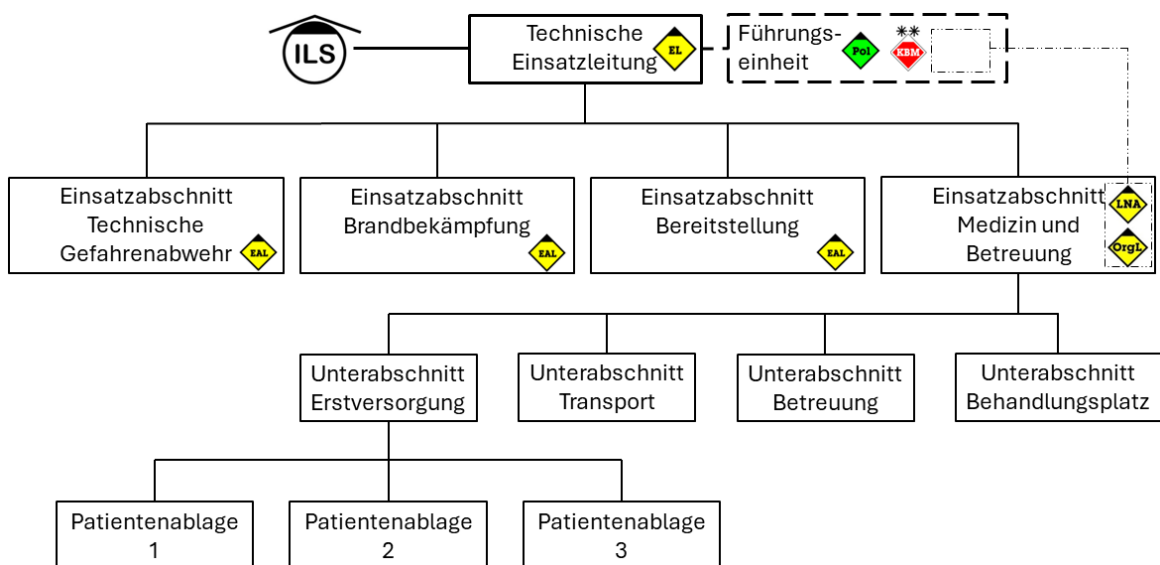


Abb. 5: Beispielhafte Führungsorganisation Feuerwehr und Rettungsdienst¹³⁶

Die gebildeten Führungsebenen mit deren Leiter sind in allen Einsatzlagen so zu kennzeichnen, dass diese für alle Einsatzkräfte der beteiligten BOS klar erkennbar sind. So sind die Abschnitts- und Unterabschnittsleiter durch farblich eindeutig zuordenbare Kennzeichnungswesten mit Aufschrift der Funktionsbezeichnung auszustatten. Der Technische Einsatzleiter trägt eine gelbe Kennzeichnungsweste mit der Aufschrift Einsatzleiter.¹³⁷

¹³⁵ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016), S. 31.

¹³⁶ Eigene Darstellung in Anlehnung an Pütz (2020), S. 52.

¹³⁷ Vgl. Hüls/Oestern (1999), S. 332.

Zu Lebensbedrohlichen Einsatzlagen gibt es keine klar geregelten gesetzlichen Vorgaben, bei welcher BOS die Zuständigkeit für die Gesamteinsatzleitung liegt, zumal je nach Einsatzstichwort keine feuerwehrtechnische Lage gemäß FwG vorliegt.¹³⁸ Allgemeiner rettungsdienstlicher Konsens ist jedoch, dass in Polizeilagen der Polizeiführer den rettungsdienstlichen Kräften überstellt ist.¹³⁹

In der Praxis ist es in derartigen Lagen für alle beteiligten BOS notwendig, sich der eigenen Aufgaben und der vorliegenden Gefahren bewusst zu sein, die Grenzen der eigenen Möglichkeiten zu kennen und mithilfe eines einheitlichen Führungsdenkens und einer engmaschigen Kommunikation zwischen den Führungskräften der beteiligten BOS, die Einsatzlage interdisziplinär zu bewältigen.¹⁴⁰

Jedoch bestehen in der Zusammenarbeit zwischen der nicht-polizeilichen und der polizeilichen Gefahrenabwehr hinsichtlich der Führungsorganisation Informationsdefizite. Während die FwDV 100 zur Führung und Leitung im Einsatz allgemein bekannt ist, ist die PDV 100 als VS-NfD eingestuft, wodurch Führungskräfte der nichtpolizeilichen BOS keinen oder nur begrenzten Einblick in die polizeilichen Führungsstrukturen erhalten.¹⁴¹

3.8 Zwischenfazit

Beim Aufbau einer Führungsorganisation in Großschadenslagen sind die landesrechtlichen Vorgaben des Rettungsdienstgesetzes, des Feuerwehrgesetzes und des Katastrophenschutzgesetzes zu beachten.

Ein Aufwachsen der Führungsstruktur mittels einer Linienorganisation und der Möglichkeit der Einbindung weiterer Führungsebenen ist zu ermöglichen. Während die feuerwehrtechnischen und polizeilichen Befehls- und Führungsstrukturen ein Aufwachsen der Führungsorganisation ermöglichen, sind die medizini-

¹³⁸ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2017), S. 5 f; Vgl. Schuster/Freudenberg (2023), S. 168.

¹³⁹ Vgl. Selen u. a. (2020), S. 126-173.

¹⁴⁰ Vgl. Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2017), S. 13; Vgl. Schuster/Freudenberg (2023), S. 168.

¹⁴¹ Vgl. Golecki (2020), S. 297.

schen Führungsstrukturen auf die Positionen des LNA und OrgL als ein konkretes Führungsorgan begrenzt.¹⁴² Die medizinischen Strukturen aus Rettungsdienst und Katastrophenschutzeinheiten lassen sich dabei jedoch wesentlich schwerer führen, da eine Zusammenarbeit beider Gruppen selten gegeben ist und der Rettungsdienst im Standardeinsatz, anders als Feuerwehr und Polizei, keine hierarchischen Strukturen kennt.¹⁴³

Der Leitende Notarzt hat in der Ausübung seiner Funktion eine lange Reihe von hoheitlichen Aufgaben zu erfüllen, die neben der medizinischen Abschnittsleitung auch Maßnahmen zur Koordination und Überwachung vorsehen, welche nur durch direkte Delegation oder eigene Durchführung im Einsatzgeschehen erfüllt werden können. Die gleichzeitige Beteiligung und engmaschige Abstimmung in der Führungseinheit des Technischen Einsatzleiters erscheint neben der originären Aufgabenerfüllung kaum möglich, zumal die Technische Einsatzleitung, insbesondere in ausgedehnten Schadenslagen, in einiger Entfernung zum medizinischen Einsatzabschnitt aufgebaut sein kann.

Wenn eine Großschadenslage so weit aufwächst, dass mehrere Leitende Notärzte zum Einsatz kommen, etwa weil mehrere medizinische Einsatzabschnitte gebildet werden, die jeweils durch einen LNA geführt werden müssen, stellt sich die Frage nach deren funktionellen Eingliederung in der Führungsorganisation und einer übergeordneten, ärztlichen Führung mit erweiterter Kompetenz und Ausbildung, angelehnt an die behördlichen Führungsfunktionen in der Feuerwehr.

Auch in Stabslagen stellt sich die Frage nach der Über- und Unterordnung der eingesetzten LNA. Ist ein Leitender Notarzt als Fachberater im Stab tätig, während ein weiterer LNA den medizinischen Einsatzabschnitt am Schadensort führt, liegt die medizinische Gesamtverantwortung eher beim LNA des medizinischen Einsatzabschnitts. Dies ändert sich mit der Bildung eines zweiten medizinischen

¹⁴² Vgl. Hüls/Oestern (1999), S. 335.

¹⁴³ Vgl. Hüls/Oestern (1999), S. 335; Pohlemann/Gänsslen/Tscherne (1999), S. 343.

Einsatzabschnittes am Schadensort, oder mit der Einstufung zur Katastrophe, wenn dem LNA im Führungsstab die Führung des medizinischen Katastrophenschutzes übertragen wird.

Die Verantwortungsübertragung im Katastrophenfall lässt die Frage zu, ob die Funktion des LNA für derartige Einsätze vorgesehen und die Ausbildung dafür ausreichend ist. Die Führungsmethode der Stabsarbeit ist kein Inhalt in der Fortbildung zum Leitenden Notarzt, sodass für die Funktion nur eine Verwendung als Fachberater in Stäben sinnvoll erscheint.¹⁴⁴ Außerdem ist der LNA als Führungsorgan des Rettungsdienstes zu betrachten und kein Teil der Strukturen des Katastrophenschutzes, obwohl er durch die untere Katastrophenschutzbehörde berufen wird.

Lebensbedrohliche Einsatzlagen erfordern aufgrund der Führungsorganisation der Polizei, insbesondere in der primären Einsatzphase, eine erweiterte Führungsstrategie in der medizinischen Gefahrenabwehr, mit der Informationsverluste und damit Gefahren für die Einsatzkräfte vermieden werden können. Die bestehenden medizinischen Führungsstrukturen reichen nicht aus, um eine gemeinsame Führung mit der Einsatzleitung der Polizei zu etablieren. Daher stellt sich auch in derartigen Lagen die Frage nach einer koordinierenden ärztlichen Führungskraft, die aus dem polizeilichen Führungsstab heraus die medizinische Lage führt.

¹⁴⁴ Vgl. Lamers (2020), S. 103.

4 Erweiterung der medizinischen Führungsorganisation

4.1 Grenzen des bestehenden LNA-Systems

Großschadenslagen sind Ereignisse, die sich in Ihrer Entstehung, ihrem Ausmaß und ihrer Dynamik grundlegend unterscheiden können. Je nach Ereignis kommen daher verschiedene BOS zu Ihrer Bewältigung zum Einsatz und verschiedene rechtliche Vorgaben zur Anwendung.

Folglich müssen Führungsstrategien vorhanden sein, die in allen Einsatzlagen ein Aufwachsen der Führungsorganisation, entsprechend der zur Bewältigung benötigten Führungsebenen, ermöglichen. Außerdem sind BOS-übergreifende Führungsstrukturen mit klaren Hierarchien und lückenloser Kommunikation zu etablieren.

Die medizinische Führungsorganisation verfügt jedoch nur über ein Führungsorgan, bestehend aus LNA und OrgL, zur Bewältigung der medizinischen Lage in einem Großschadensereignis. Zwar können unter der Führungsebene des medizinischen Einsatzabschnittes weitere Unterabschnitte und Unter-Unterabschnitte gebildet werden, die durch erfahrenes Rettungsdienstpersonal mit OrgL-Lehrgang oder führungserfahrene Kräfte des medizinischen Katastrophenschutzes geleitet werden können. Jedoch ist für ein Aufwachsen der Führungsorganisation nach oben keine Strategie vorhanden. Stattdessen werden dem Leitenden Notarzt, insbesondere in Stabslagen und Katastrophen, Aufgaben zuteil, die seine Stellung und Kompetenz im Hinblick auf die Fortbildungsinhalte zum LNA übersteigen. Außerdem darf die Bezeichnung Leitender Notarzt nur ein LNA im Einsatz führen, der folglich die Gesamtverantwortung über die medizinische Lage trägt. Werden weitere LNA eingesetzt, entweder in mehreren medizinischen Einsatzabschnitten oder im Führungsstab, stellt sich die Frage, wer die übergeordnete medizinische Führung innehat oder übernimmt. Dies kann zu Autoritätskonflikten unter den LNA, einem Führungsvakuum und zu Verwirrung unter den Einsatzkräften führen.

Zwei Zitate untermauern die Notwendigkeit einer erweiterten medizinischen Führungsorganisation in Großschadenslagen.

Gemäß dem Zitat: „Selbst durchführen heißt nicht führen“¹⁴⁵ kann ein LNA keine Koordinations- und Führungsaufgaben in der Führungseinheit der Technischen Einsatzleitung übernehmen und gleichzeitig seine vielfältigen Aufgaben als medizinische Einsatzabschnittsleitung wahrnehmen.

Das zweite Zitat lautet: „Eine Führungskraft ist nur dann erfolgreich, wenn sie in der vorgesehenen Führungsebene ausgebildet ist, die notwendigen Führungsmittel besitzt und regelmäßig übt“.¹⁴⁶ Ein LNA ist für die Führungsebene der Einsatzabschnittsleitung ausgebildet, besitzt keine ausgeprägten Kenntnisse in der Stabsarbeit und hat, mangels eines Kommandowagens, nur sehr begrenzte Führungsmittel zur Verfügung, die für eine Koordination und ausgeprägte Kommunikation im Einsatz notwendig sind. Da Leitende Notärzte ihre Tätigkeit auf freiwilliger Basis, neben einer hauptberuflichen Verpflichtung, wahrnehmen¹⁴⁷, sind vertiefende Schulungen und regelmäßige Übungen in Führung und Stabsarbeit für alle LNA kaum durchführbar.

Stattdessen könnten einzelne LNA für eine erweiterte medizinische Führung in Großschadenslagen weitergebildet und mit entsprechenden Kompetenzen und Mitteln ausgestattet werden. Als Vorbild könnte in diesen Punkten die feuerwehertechnische Funktion des Kreisbrandmeisters dienen.

4.2 Der LNA-Koordinator

Aufgrund der Grenzen im Aufbau der medizinischen Führungsorganisation, die sich aus dem bestehenden LNA-System ergeben, wurde im Landkreis Ludwigsburg erstmalig die Funktion des LNA-Koordinators eingeführt und in die Alarmordnung der Leitenden Notärzte des Landkreises aufgenommen. Der LNA-K wird in der Alarmordnung insbesondere als Koordinator der bestehenden LNA-Gruppe dargestellt, der bei Alarmierung Kontakt mit der ILS aufnimmt, Lageinformationen erhält und anhand derer die Zuteilung eines oder mehrerer LNA in den Einsatz festlegt. Als weitere Aufgaben werden aber auch die Möglichkeit einer Übernahme der medizinischen Einsatzleitung beim Einsatz mehrerer LNA sowie

¹⁴⁵ Ferch/Melioumis (2003), S. 164.

¹⁴⁶ Ferch/Melioumis (2003), S. 31.

¹⁴⁷ Vgl. Sefrin/Weidringer (2019), S. 213.

die Abstimmung und übergreifende Kommunikation mit dem Kreisbrandmeister und dem Polizeiführer vom Dienst in Sonderlagen aufgeführt.¹⁴⁸

Anhand der Erkenntnisse dieser Arbeit wird in diesem Kapitel die Funktion des LNA-Koordinators als erweiterte ärztliche Führungsstruktur definiert und dessen Aufgabengebiet weiter ausgeführt. Außerdem werden die Anforderungen und notwendigen Ausbildungsinhalte für die Ausübung der Funktion ermittelt. Schließlich wird anhand von Organigrammen dargestellt, wie der LNA-Koordinator in verschiedenen Großschadenslagen eingesetzt werden kann, um Lücken in der medizinischen Führungsorganisation zu schließen und eine BOS-übergreifende Zusammenarbeit mit einer gemeinsamen Führungsorganisation und klaren Hierarchien zu schaffen.

4.2.1 Definition und Aufgaben

Der LNA-Koordinator kann als eine ärztliche Führungskraft definiert werden, die in der medizinischen Führungsorganisation über den Leitenden Notärzten angesiedelt ist, in Großschadenslagen die medizinisch-taktische Einsatzlage koordiniert und bei einem Aufwachen der Einsatzlage die medizinische Leitung übernimmt.

Um die in der Arbeit dargestellten Herausforderungen in der bestehenden medizinischen Führungsorganisation zu lösen und eine übergeordnete medizinische Führung in allen in Kapitel 2 dargestellten Großschadenslagen zu ermöglichen, sind dem LNA-Koordinator verschiedene Aufgaben in den Bereichen der Koordination, Fachberatung und Führung zu übertragen.

Koordinatorisch ist der LNA-K für die Zuteilung der Leitenden Notärzte in den Einsatz zuständig, wenn gemäß der Alarm- und Ausrückeordnung des zuständigen Landkreises eine Schadenslage besteht, welche den Einsatz eines LNA erfordert. Der LNA-Koordinator erhält dazu Lageinformationen von der ILS und entscheidet anhand derer über die primäre medizinische Führungsstruktur und Ein-

¹⁴⁸ Vgl. Anhang I, S. 3 f.

satztaktik. Entsprechend der Lageauswertung weist der LNA-K einen oder mehrere LNA dem Einsatz zu. Nachfolgend ist er für einen engmaschigen Austausch mit der ILS und den im Einsatz beteiligten BOS auf oberster Führungsebene zuständig, um mittels des in Kapitel 3.2 dargestellten Führungsvorgangs die Lage ständig neu zu bewerten und auf Änderungen der Einsatzlage abgestimmt zu reagieren.

In Einsatzlagen, die durch einen LNA bewältigt werden können, unterstützt der LNA-K die medizinische Einsatzabschnittsleitung und den Technischen Einsatzleiter an der Einsatzstelle als medizinischer Fachberater. Zusätzlich übernimmt er die medizinisch-taktische Beratung und den Austausch mit den am Einsatz beteiligten BOS in der Führungseinheit des Technischen Einsatzleiters.

Sind mehrere medizinische Einsatzschwerpunkte in einem oder mehreren Einsatzgebieten zu führen, übernimmt der LNA-K die medizinische Einsatzleitung, wobei je nach Großschadensereignis und entsprechender Einsatztaktik die Lage von vorne oder Rückwärtig zu führen ist.

In Polizeilagen ist der LNA-K als Verbindungsperson und medizinischer Fachberater im Führungsstab der Polizei einzusetzen. Bei Bedarf übernimmt er die rückwärtige medizinische Einsatzleitung aus dem Führungsstab der Polizei.

Im Katastrophenfall ist der LNA-K als medizinische Gesamteinsatzleitung im Führungsstab des Landkreises einzusetzen.

Grundsätzlich ist der LNA-Koordinator dazu befugt, in Großschadenslagen die medizinische Leitung zu übernehmen, wenn die Einsatzlage ein Aufwachsen der Führungsorganisation erfordert. Auch ohne Übernahme der medizinischen Einsatzleitung, ist der LNA-K den LNA und OrgL sowie allen am Einsatz beteiligten Kräften des Rettungs- und Sanitätsdienstes weisungsbefugt.

Wie der LNA-Koordinator in den verschiedenen in Kapitel 2 dargestellten Großschadenslagen zur Erweiterung der medizinischen Führungsorganisation eingesetzt wird, wird im Kapitel 4.2.3 erläutert und visualisiert.

4.2.2 Anforderungen, Ausbildung und Ausstattung

Neben den Leitenden Notärzten ist auch der LNA-Koordinator durch den Stadt- bzw. Landkreis zu bestellen. Die Funktionsbeschreibung, seine Aufgaben und die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten, sind in die Alarmordnungen sowie die Planungen für Großschadenslagen und Katastrophen mit aufzunehmen und innerhalb der BOS des Landkreises zu schulen.

Um die Einsatzfähigkeit eines LNA-Koordinators jederzeit sicherstellen zu können, ist mindestens ein Stellvertreter zu bestellen. Während der oder die Stellvertreter des LNA-K auch auf ehrenamtlicher Basis eingesetzt werden können, ist, insbesondere in bevölkerungsreichen Stadt- und Landkreisen, ein Anstellungsverhältnis oder auch ein Beamtenverhältnis für einen hauptamtlichen LNA-Koordinator zu prüfen. Auch eine Berufung zum Ehrenbeamten, analog den stellvertretenden Kreisbrandmeistern, kann für die Funktion des LNA-Koordinators und seiner Stellvertreter eine Option sein, um der Funktion eine höhere Stellung und mehr Rechtssicherheit zu verleihen.

Da der LNA-Koordinator in Polizeilagen als Verbindungsperson im Führungsstab der Polizei agiert, sind der LNA-K und seine Stellvertreter einer Sicherheitsüberprüfung nach dem Landessicherheitsüberprüfungsgesetz (LSÜG) zu unterziehen, sodass diese auch als Verschlussangelegenheit eingestufte Informationen und Erkenntnisse der Polizei, etwa im Rahmen von Lagebesprechungen, erhalten können.¹⁴⁹

Für die Ausübung der Funktion des LNA-Koordinators ist, neben der erfolgreichen Fortbildung zum Leitenden Notarzt und mehrjährigem aktiven LNA-Dienst, eine erweiterte Qualifikation zu etablieren. Insbesondere die Themen Führungssystem, Stabsarbeit, BOS-übergreifende Führungsstrukturen und Führung im Katastrophenschutz, sind als Module für eine Fortbildung für LNA-Koordinatoren

¹⁴⁹ Vgl. Schmid/Morhart-Klute (2016), S. 503 f.

zu entwickeln. Zusätzlich sind Ausbildungen in BOS-Funk und Stabsführungssoftware notwendig, um die für die Aufgaben der LNA-Koordinatoren notwendigen Führungsmittel zu beherrschen.

Aufgrund der Seltenheit komplexer Großschadensereignisse, sind regelmäßige Stabsrahmenübungen und Vollübungen von Großschadenslagen und Katastrophenereignissen durchzuführen, in denen der Führungsaufbau und -vorgang einer erweiterten medizinischen Führungsorganisation den Übungsschwerpunkt darstellt. Um den neuen medizinischen Führungsaufbau in eine gemeinsame Führungsorganisation mit anderen BOS zu integrieren, sind außerdem regelmäßige Schulungen und Übungen mit der polizeilichen und nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr abzuhalten.

Um im Alarmfall eine zügige und problemlose Anfahrt zur Einsatzstelle oder zur rückwärtigen Führungseinrichtung zu ermöglichen, ist dem LNA-Koordinator ein Einsatzfahrzeug, analog dem diensthabenden OrgL, zur Verfügung zu stellen. So können zudem benötigte Führungsmittel, insbesondere Funkausrüstung, Kennzeichnungswesten sowie analoge und digitale Dokumentationshilfen mitgeführt werden.

4.2.3 Erweiterte ärztliche Führung in Großschadenslagen

Damit der LNA-Koordinator als erweiterte ärztliche Führungskomponente in der medizinischen Führungsorganisation die bestehenden Herausforderungen in der Bewältigung von Großschadenslagen lösen kann, wird nachfolgend ein Einsatzkonzept entwickelt, welches den LNA-K in diversen Großschadenslagen in die medizinische Führungsorganisation integriert.

Dazu müssen zum einen die in Kapitel 2 dargestellten, unterschiedlichen Einsatztaktiken zur erfolgreichen Bewältigung verschiedener Großschadenslagen in das Konzept mit einfließen. Zum anderen müssen die in Kapitel 3 behandelten Unterschiede in den Führungsstrukturen der polizeilichen und nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr Berücksichtigung finden und es müssen Lösungen entwickelt werden, die es ermöglichen, in gemeinsamen Einsätzen, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben, eine erfolgreiche übergreifende Führungsorganisation aufzubauen.

Bei einem Massenanfall von Verletzten, der mit einem LNA und OrgL als medizinische Einsatzabschnittsleitung bewältigt werden kann, fungiert der LNA-Koordinator als medizinischer Fachberater des LNA und unterstützt diesen, indem er die Rolle als Mitglied der Führungseinheit des Technischen Einsatzleiters einnimmt. Neben medizinischer Beratung der Einsatzleitung übernimmt der LNA-K die Kommunikation und Abstimmung mit den Führungskräften der am Einsatz beteiligten BOS innerhalb der Führungseinheit. In dieser Funktion trägt der LNA-Koordinator eine, den Regelungen des Kreises farblich entsprechende Kennzeichnungsweste mit der Aufschrift Fachberater Medizin. Die Abbildung 6 stellt eine Führungsskizze dar, in welcher LNA und OrgL ihre Aufgaben als medizinische Abschnittsführung übernehmen, während der LNA-K als Fachberater Medizin in der Führungseinheit der TEL Beratungs- und Koordinierungsaufgaben übernimmt.

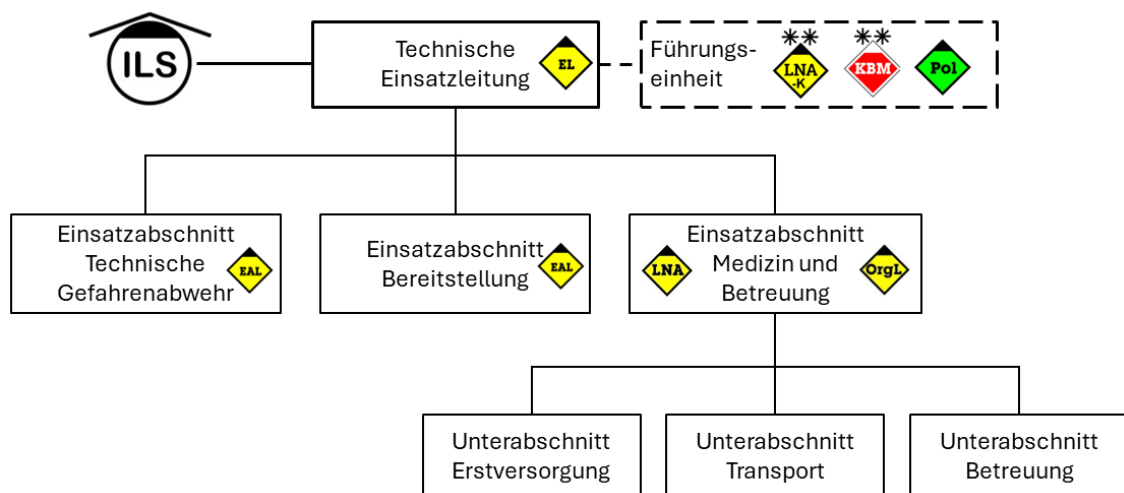


Abb. 6: Führungsorganisation ManV¹⁵⁰

Müssen aufgrund des Aufwachsens der medizinischen Lage oder aufgrund der Topografie des Einsatzortes, mehrere medizinische Einsatzabschnitte gebildet werden, übernimmt der LNA-Koordinator aus der Führungseinheit der Technischen Einsatzleitung die Leitung des medizinischen Einsatzes, während in den

¹⁵⁰ Eigene Darstellung.

medizinischen Einsatzabschnitten jeweils ein LNA und OrgL als Einsatzabschnittsleitung fungieren, die wiederum Untereinsatzabschnitte bilden können. Der LNA-K trägt fortan die Kennzeichnungsweste mit der Bezeichnung LNA-Koordinator. In der Abbildung 7 wird die Führungsskizze einer aufwachsenden Einsatzlage mit zwei medizinischen Einsatzabschnitten dargestellt, in welcher der LNA-K die medizinische Einsatzleitung aus der Gesamteinsatzleitung des Technischen Einsatzleiters heraus übernimmt.

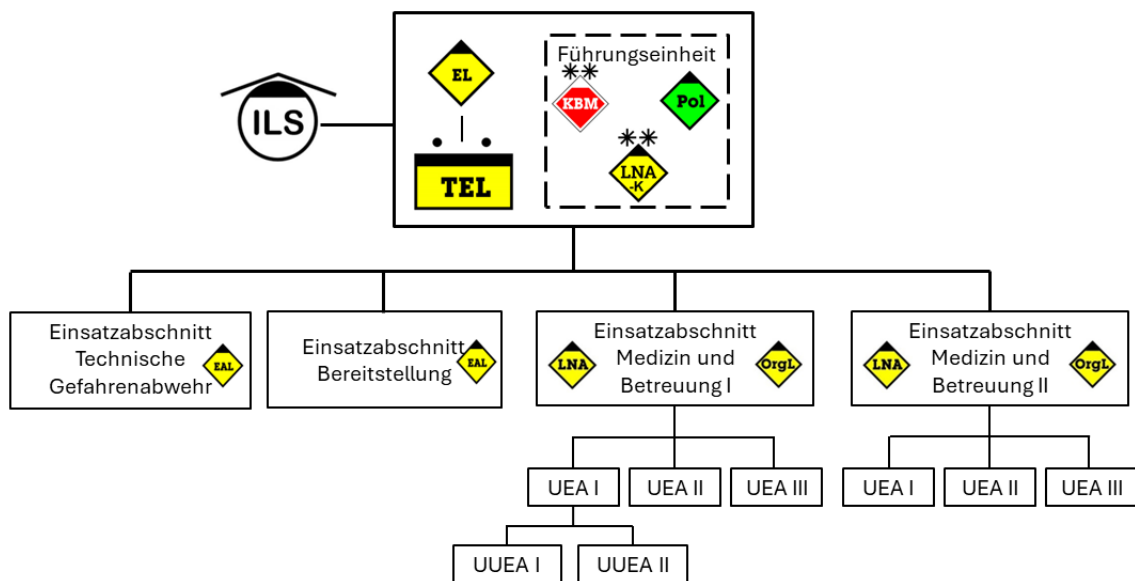


Abb. 7: Führungsorganisation aufwachsende Lagen¹⁵¹

In Lebensbedrohlichen Einsatzlagen ist die wesentliche Aufgabe des LNA-Koordinators, eine engmaschige Kommunikation zwischen der polizeilichen und nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr herzustellen und aufrecht zu erhalten, um schnell auf dynamische Lageänderungen reagieren zu können und eine Gefährdung der medizinischen Einsatzkräfte zu vermeiden. Sobald sich aufgrund der Lageinformationen der ILS ein Anfangsverdacht auf eine polizeiliche Einsatzlage ergibt, nimmt der LNA-Koordinator unverzüglich Kontakt mit dem Polizeiführer vom Dienst des FLZ auf.

¹⁵¹ Eigene Darstellung.

Erhärtet oder bestätigt sich der Verdacht auf eine LebEL, begibt sich der LNA-K in den im Rahmen der BAO eingerichteten Führungsstab der Polizei und übernimmt von dort die rückwärtige medizinische Einsatzleitung sowie die Rolle als Verbindungsperson im Polizeistab.

Der LNA-K hält aus der rückwärtigen Führungseinrichtung direkten Kontakt zur ILS sowie zu den LNA und OrgL der medizinischen Einsatzabschnitte und informiert diese fortlaufend über die polizeitaktische Lage und dynamische Entwicklungen zur Gefährdungslage. Die Abbildung 8 stellt die medizinische Führung und Einsatzkoordination durch den LNA-K aus dem Führungsstab der Polizei dar.

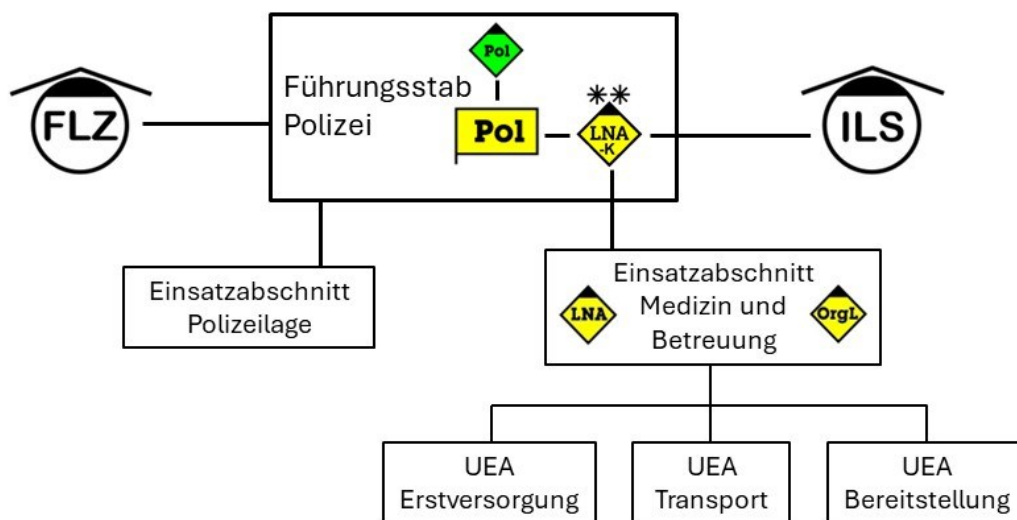


Abb. 8: Führungsorganisation LebEL¹⁵²

Erfordert ein Großschadensereignis unterhalb der Katastrophenschwelle eine rückwärtige Führung der medizinischen Lage, übernimmt der LNA-K die medizinische Leitung aus der integrierten Leitstelle heraus. Für diese Führungstaktik denkbare Lagen sind Flächenlagen und kumulierende Ereignisse. In beiden Szenarien können sich mehrere, räumlich getrennte, Einsatzschwerpunkte mit potenziellen oder eingetretenen medizinischen Einsatzlagen ergeben, die eine übergeordnete medizinische Führung erfordern. In diesen Fällen kann der LNA-Koordinator in der Integrierten Leitstelle alle nicht-polizeilichen Einsatzinformati-

¹⁵² Eigene Darstellung.

onen auswerten und bei Bedarf mehrere, jeweils durch einen LNA und OrgL geführte medizinische Einsatzabschnitte, bilden und koordinieren. Auch eine medizinische Fachberatung der ILS-Disponenten kann erfolgen.

Wird im Verlauf der Einsatzlage ein Führungsstab der Stadt- und Landkreise eingerichtet, wechselt der LNA-K nach dessen Aufbau und Inbetriebnahme aus der ILS in den Führungsstab.

In der Abb. 9 werden zwei Technische Einsatzleitungen verschiedener Kreisgemeinden dargestellt, die voneinander unabhängige Einsätze mit jeweils einem medizinischen Einsatzabschnitt leiten. Die medizinische Gesamteinsatzleitung und Koordination der medizinischen Abschnitte in den Gemeinden A und B wird durch den LNA-K aus der Integrierten Leitstelle heraus übernommen.

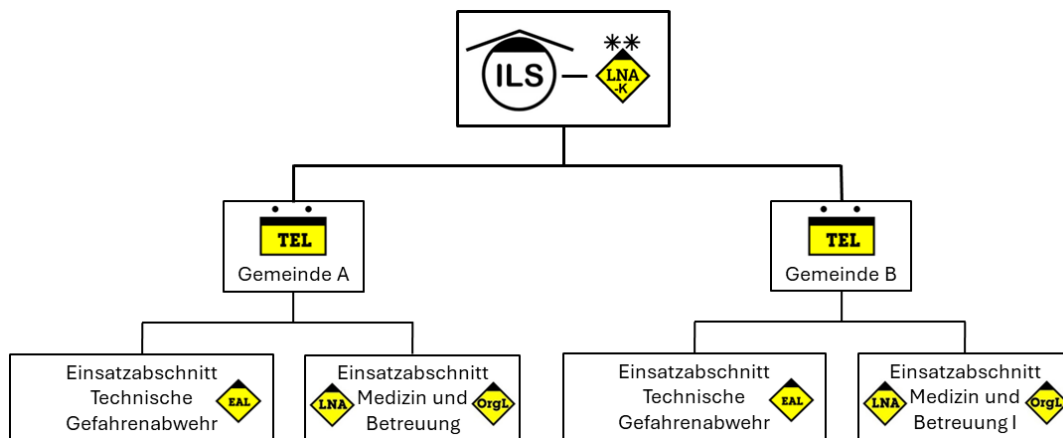


Abb. 9: Führungsorganisation Flächenlagen und kumulierende Ereignisse¹⁵³

Im Katastrophenfall wirkt der LNA-K im Führungsstab der Technischen Einsatzleitung mit. In dieser Funktion ist ihm, durch den von der unteren Katastrophenschutzbehörde eingesetzten Technischen Einsatzleiter, die Leitung des medizinischen Einsatzes zu übertragen. Neben der Führung aller Einheiten des Rettungsdienstes und des medizinischen Katastrophenschutzes, die in den medizinischen Einsatzabschnitten zum Einsatz kommen, koordiniert der LNA-K auch den Einsatz niedergelassener Ärzte und medizinischen Fachpersonals, die für die Bewältigung der medizinischen Lage im Rahmen des LKatSG zur Mitwirkung aufgefordert sind.

¹⁵³ Eigene Darstellung.

In der Abbildung 10 sind die beiden Stäbe der unteren Katastrophenschutzbehörde aktiv, der LNA-K ist im Führungsstab als medizinischer Gesamteinsatzleitung etabliert.

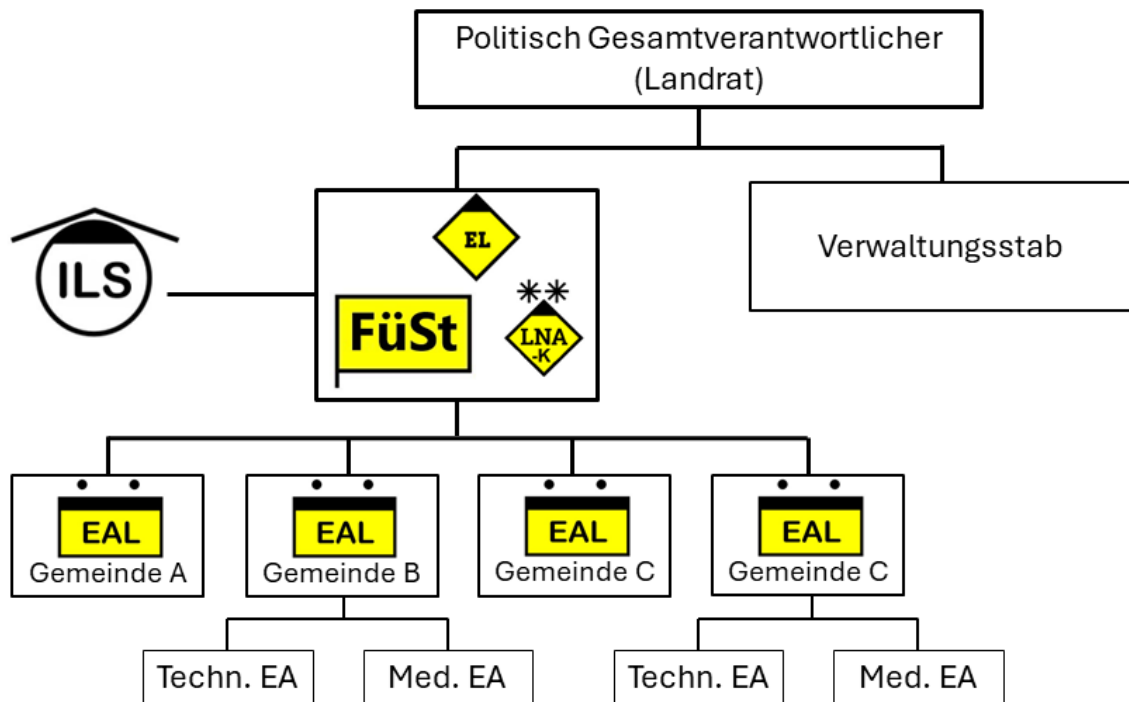


Abb. 10: Führungsorganisation Katastrophe¹⁵⁴

4.3 Implementierung und Evaluation

Um eine landesweite Etablierung der Funktion des LNA-Koordinators zu ermöglichen, sind Novellierungen des RDG BW sowie des LKatSG BW anzustreben, nach denen der LNA-Koordinator als erweitertes Führungsorgan des Rettungsdienstes sowie explizit auch als Teil der Führungsstrukturen des Katastrophenschutzes in die Gesetze aufgenommen wird. Zusätzlich ist der Aufbau der medizinischen Führungsorganisation in Großschadenslagen, einschließlich der Erweiterung der Führungsstrukturen durch einen LNA-Koordinator, in den Rettungsdienstplan sowie in die ManV-Konzeption Baden-Württemberg zu integrieren.

Da der LNA-Koordinator keine vorhandenen Funktionen ersetzt oder bestehende Strukturen angreift, sondern lediglich eine Ergänzung und Erweiterung der bereits bestehenden medizinisch-taktischen Verantwortlichkeiten darstellt, kann die

¹⁵⁴ Eigene Darstellung.

Etablierung eines LNA-Koordinators, innerhalb einzelner Stadt- und Landkreise, auch ohne Novellierungen der genannten Gesetze und Verordnungen, erfolgen. Dazu muss die Funktion in den Konzeptionen für Großschadenslagen sowie in den Alarm- und Ausrückeordnungen des Kreises eingeführt und in den BOS des Landkreises vorgestellt und geschult werden.

Außerdem ist der LNA-K in seiner Funktion durch den Stadt- oder Landkreis als untere Katastrophenschutzbehörde zu bestellen, womit ihm analog den LNA hoheitliche Rechte und Pflichten übertragen werden.

Schwierigkeiten mit der Einführung der Funktion innerhalb einzelner Kreise, ergeben sich in gemeinsamen Einsätzen mit BOS aus benachbarten Landkreisen, welche die Funktion nicht eingeführt haben und nach den ihnen bekannten Führungsstrukturen arbeiten.

Zur Beurteilung der Wirksamkeit einer erweiterten medizinischen Führungsorganisation mit der Einführung der Funktion des LNA-Koordinators, sind auf Grundlage dieser Arbeit weitere Untersuchungen nötig. Dafür bieten sich Pilotprojekte an, in denen die Funktion in einzelnen Stadt- und Landkreisen unter wissenschaftlicher Begleitung eingeführt wird. Über einen längeren Zeitraum können so Einsätze unter Anwendung der erweiterten Führungsstrukturen ausgewertet werden. Im Rahmen eines solchen Pilotprojekts sind auch Großübungen mit verschiedenen Akteuren der polizeilichen und nicht-polizeilichen BOS denkbar, in denen die übergreifende Führungsorganisation in Großschadenslagen zum Greifen kommt und ausgewertet wird.

4.4 Zwischenfazit

Mit der Etablierung eines LNA-Koordinators lassen sich bestehende Herausforderungen in der medizinischen Bewältigung von Großschadenslagen lösen.

Der LNA-Koordinator ermöglicht mit Hilfe des entwickelten Konzeptes ein Aufwachsen der medizinischen Führungsstrukturen und eine übergreifende Zusammenarbeit auf der Führungsebene der BOS in diversen Großschadenslagen.

Durch die Einbindung des LNA-Koordinators in den Alarmierungsprozess der Leitenden Notärzte, kann frühzeitig eine Lageeinschätzung durch den LNA-K vorgenommen und darauf aufbauend ein der Lage entsprechender medizinischer

Führungsaufbau vorgenommen werden. Bereits in Großschadenslagen geringeren Ausmaßes kann der LNA-Koordinator dem LNA fachberatend und unterstützend zur Seite stehen und die Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen am Einsatz beteiligten BOS erleichtern.

In Großschadenslagen, die eine den medizinischen Einsatzabschnitten übergeordnete Führungsebene erfordern, kann der LNA-K die medizinische Einsatzleitung in Kooperation mit der Gesamteinsatzleitung übernehmen.

In Lebensbedrohlichen Einsatzlagen kann der LNA-Koordinator Informationsdefizite und eine damit einhergehende Gefährdung der medizinischen Einsatzkräfte vermeiden. Voraussetzung ist eine sofortige und intensive Kommunikation zwischen dem LNA-K, dem Polizeiführer vom Dienst, der ILS und den medizinischen Führungskräften vor Ort, sobald sich ein Anfangsverdacht einer LebEL ergibt.

Beim Aufbau einer rückwärtigen Führungsstelle kann der LNA-Koordinator aus der rückwärtigen Gesamteinsatzleitung heraus agieren, um relevante Lageinformationen zu erhalten und mehrere medizinische Einsatzabschnitte zu koordinieren.

Um die Anforderungen zu erfüllen, sind Voraussetzungen für die Funktion des LNA-Koordinators zu schaffen, die seiner Verantwortung und Führungsposition gerecht werden. Neben der Bestellung durch die untere Katastrophenschutzbehörde in die Funktion des LNA-K, ist ein Anstellungs- oder Dienstverhältnis zu prüfen. Auch ein Führungsfahrzeug nebst Ausstattung ist zur Ausübung der Funktion erforderlich. Für eine Ernennung zum LNA-Koordinator sind neben der LNA-Fortbildung erweiterte Kenntnisse in der Stabsarbeit und im BOS-Funk zu erwerben.

5 Schlussbetrachtung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Herausforderungen der medizinischen Führungsorganisation im Bundesland Baden-Württemberg, im Hinblick auf die Bewältigung von Großschadenslagen. Zudem wird erörtert, inwiefern eine Erweiterung der medizinischen Führungsstrukturen durch die Integration eines LNA-Koordinators zur Lösung dieser Herausforderungen beitragen kann.

In diesem Zusammenhang wird ein Konzept entwickelt, welches die Funktion des LNA-Koordinators in die bestehenden medizinischen Führungsstrukturen integriert, um eine Erweiterung der Führungsorganisation in der medizinischen Gefahrenabwehr zu ermöglichen.

So soll die Möglichkeit geschaffen werden, den LNA-Koordinator als ärztliche Führungskraft in den Führungsstrukturen der medizinischen Gefahrenabwehr in Baden-Württemberg zu etablieren.

Die Beantwortung der ersten Forschungsfrage, sowie die Erarbeitung des Konzeptes, erfolgen auf der Basis einer Literaturliteraturarbeit. Zunächst wird ermittelt, welche Einsatztaktiken in der polizeilichen und nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr angewandt werden, um verschiedene, als Großschadenslage definierte Einsatzgeschehen zu bewältigen. Hier zeigen sich bereits Herausforderungen in der Bewältigung von Großschadenslagen, die nur durch eine intensive und zielgerichtete Zusammenarbeit und Kommunikation auf der Führungsebene der am Einsatz beteiligten Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben gelöst werden können.

Mit der Betrachtung der verschiedenen Führungsstrukturen von an der Gefahrenabwehr in Großschadenslagen beteiligten BOS, welche sich aus verschiedenen rechtlichen Rahmenbedingungen und Dienstvorschriften aufbauen, werden weitere Herausforderungen in der medizinischen Führungsorganisation deutlich.

Die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche ergeben, dass die bestehenden Führungsstrukturen in der medizinischen Gefahrenabwehr nicht ausreichen, um komplexe und dynamische Großschadensereignisse zu bewältigen.

Es fehlen Führungsstrategien, die ein Aufwachsen der medizinischen Führungsorganisation ermöglichen, wenn mehrere medizinische Einsatzabschnitte gebildet werden, ein rückwärtiger Führungsaufbau dies erfordert oder BOS-übergreifende Führungsstrukturen zur erfolgreichen Einsatzbewältigung etabliert werden. Die Möglichkeiten und Kompetenzen der bestehenden medizinischen Führungsstrukturen reichen nicht aus, um den gesetzlichen Anforderungen an eine medizinische Führungsorganisation in Großschadenslagen gerecht zu werden. Leitenden Notärzten fehlt es dazu an vertiefenden Fortbildungen, Einsatz- und Übungserfahrung sowie zur Verfügung stehenden Führungsmitteln.

Mit diesen Erkenntnissen kann die erste Fragestellung, welche Herausforderungen sich aus der bestehenden medizinischen Führungsorganisation im Bundesland Baden-Württemberg im Hinblick auf die Bewältigung von Großschadenslagen ergeben, beantwortet werden.

Das Konzept baut auf den erkannten Herausforderungen der ersten Forschungsfrage auf. Dem LNA-Koordinator werden Aufgaben in den Bereichen Führung, Koordinierung und Fachberatung zugewiesen, um die bestehenden Lücken in der medizinischen Führung von Großschadenslagen zu schließen. Um den Aufgaben gerecht zu werden, werden Anforderungen an die Funktion des LNA-Koordinators gestellt, welche unter anderem die Qualifikation, eine Stellvertreterregelung und die Verfügbarkeit von Führungsmitteln regeln.

Anhand von Führungsskizzen wird im Konzept dargestellt, wie der LNA-Koordinator in verschiedenen Großschadensszenarien in die medizinische Führungsorganisation integriert werden kann. Der LNA-Koordinator stellt dabei eine Verknüpfung zwischen den Führungsstrukturen der am Einsatz beteiligten BOS her, um eine gemeinsame Führungsorganisation in der Gefahrenabwehr verschiedener Großschadenslagen zu ermöglichen.

Das Konzept bestätigt die zweite Forschungsfrage der Arbeit, indem es in der Theorie aufzeigt, dass durch die Etablierung eines LNA-Koordinators zur Erweiterung der Führungsorganisation in der medizinischen Gefahrenabwehr, bestehende Herausforderungen in der Bewältigung von Großschadenslagen gelöst werden können.

Die Arbeit kann als theoretischer Rahmen zur Etablierung eines LNA-Koordinators in den Rettungsdienstbereichen in Baden-Württemberg dienen.

Die praktische Umsetzung des Konzeptes kann im Zuge eines wissenschaftlichen Pilotprojekts erfolgen, mit dem weitere, aus der Praxis gewonnene Erkenntnisse, in des Konzept einfließen können. Aufgrund der Seltenheit komplexer Großschadensereignisse, bietet sich für eine Pilotphase auch die Planung und Auswertung von Großübungen unter Anwendung des Konzeptes an.

Da Großschadenslagen auch über Kreisgrenzen hinweg auftreten können, erscheint es perspektivisch, nach einem erfolgreich abgeschlossenen Pilotprojekt, sehr sinnvoll, eine Gesetzesgrundlage zur landesweiten und einheitlichen Etablierung des LNA-Koordinators zu schaffen.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Ausschuss Feuerwehrangelegenheiten, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung (1999): FwDV 100 Führung und Leitung im Einsatz. Führungssystem, Stuttgart.

BAND e.V. (o.D.): Leitender Notarzt, URL: <https://band-online.de/archiv/notarztinnen-und-notarzte/leitender-notarzt/>, Stand: 16. Februar 2024.

Bartels, U. E./Schmid, F./Justice, P. (2014): Der Leitende Notarzt bei Amoklagen, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 3, S. 243-248.

Bohnert, A. (2022): Die Führungsübernahme vom Führungs- und Lagezentrum der Polizei zum Führungsstab, in: Hofinger, G./Heimann, R. (Hrsg.): Handbuch Stabsarbeit. Führungs- und Krisenstäbe in Einsatzorganisationen, Behörden und Unternehmen, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg, S. 451-457.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (o.J.): Glossar - Großschadensereignis, <https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/G/grossschadensereignis.html>, Stand: 20. Februar 2024.

Bundesärztekammer (2007): Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Fortbildung zum "Leitenden Notarzt", Berlin.

Bundesministerium des Innern und für Heimat (02.11.2023): Zuständigkeiten im Katastrophenschutz, <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/bevoelkerungsschutz/zivil-und-katastrophenschutz/gefahrenabwehr-und-katastrophenschutz/gefahrenabwehr-und-katastrophenschutz-node.html>, Stand: 10. Februar 2024.

Crespin, U. (2020): Geschichtliches – Historie von OrgL und LNA, in: Knickmann, A./Oberkinkhaus, J./Piepho, T. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik, 4. Aufl., Edewecht, S. 32-38.

- Deutsches Institut für Normung e.V. (2021): DIN 13050:2021-10, Begriffe im Rettungswesen, Berlin.
- Dirks, B. (2006): Management des Massenanfalls von Verletzten/Erkrankten durch den Leitenden Notarzt, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 3, S. 333-346.
- Eichen, P. M./Holzbach, S./Blomeyer, R. (2018): Einsatztaktik und notfallmedizinisches Management in der Initialphase eines School Shootings, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 6, S. 447-456.
- Erbe, R.-D. (2020): Praxisbeispiel OrgL/LNA-System Großstadt Berlin, in: Knickmann, A./Oberkinkhaus, J./Piepho, T. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik, 4. Aufl., Ede- wecht, S. 62-66.
- Faißt, M./Stuhr, M./Kerner, T. (2023): Maßnahmen der ersteintreffenden Ret- tungskräfte beim Massenanfall von Verletzten, in: Der Notarzt, Nr. 01, S. 47- 52.
- Ferch, H./Melioumis, M. (2003): Führungsstrategie. Großschadenlagen beherr- schen, Stuttgart.
- Geßmann, B./Schmidt, J. (2010): Flächige Überlastlagen, in: Luiz, T. (Hrsg.): Medizinische Gefahrenabwehr. Katastrophenmedizin und Krisenmanage- ment im Bevölkerungsschutz, München, S. 291-295.
- Golecki, P. (2020): Aufbau- und Führungsorganisation von Feuerwehr und Ka- tastrophenschutz, in: Kern, E.-M. u. a. (Hrsg.): Einsatzorganisationen, Wies- baden, S. 281-299.
- Gümbel, D. u. a. (2013): MANV - Strategien bei Großschadensereignissen, in: Notfallmedizin up2date, Nr. 02, S. 149-163.

- Heimann, R. (2022): Führungsstäbe der Polizei, in: Hofinger, G./Heimann, R. (Hrsg.): Handbuch Stabsarbeit, Berlin, Heidelberg, S. 43–50.
- Heller, A., Juncken, K. (2020): Einsatzführung durch den LNA, in: Knickmann, A./Oberkinkhaus, J./Piepho, T. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik, 4. Aufl., Edewecht, S. 317-322.
- Hildinger, G./Rosenauer, A. (2017): Feuerwehrgesetz Baden-Württemberg, 4. Aufl., Stuttgart. S.262.
- Hüls, E./Oestern, H.-J. (1999): Die ICE-Katastrophe von Eschede, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 6, S. 327-336.
- Knickmann, A./Oberkinkhaus, J./Piepho, T. (2020): Einleitung, in: Knickmann, A./Oberkinkhaus, J./Piepho, T. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik, Edewecht, S. 17-29.
- Knickmann, A./Neumann, S./Subat, T. (2021): Ersteintreffendes Rettungsmittel beim MANV, 4. Aufl., Edewecht.
- Küppers, J.-P. (2022): Polizei als lernende Organisation. Systemisches Polizeimanagement in Planungspraxis, Entscheidungsfindung und Handlungsoptionen, Wiesbaden.
- Ladehof, K./Redmer, D./Neitzel, C./Offterdinger, M./Kanz, K. G. (2018a): Einsatztaktik beim Massenanfall in Bedrohungslagen, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 6, S. 462-468.
- Ladehof, K.; Redmer, D.; Neitzel, C.; Offterdinger, M.; Kanz, K. G. (2018b): ta-cSTART als adaptierter Sichtungsalgorithmus in Bedrohungslagen, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 6, S. 469-477.

- Lamers, C. (2020): OrgL und LNA im Stab, in: Knickmann, A./Oberkinkhaus, J./Piepho, T. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik, 4. Aufl., Edewecht, S. 101–105.
- Lamers, C. (2022): Führungsstäbe der Feuerwehr, in: Hofinger, G./Heimann, R. (Hrsg.): Handbuch Stabsarbeit, Berlin, Heidelberg, S. 51–59.
- Land Baden-Württemberg (2004): Verwaltungsvorschrift der Landesregierung und der Ministerien zur Bildung von Stäben bei außergewöhnlichen Ereignissen und Katastrophen (VwV Stabsarbeit), in: Gemeinsames Amtsblatt des Landes Baden-Württemberg, Nr. 11, S. 685–691.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (2017): Satzung zur Änderung der Satzung der Landesärztekammer Baden-Württemberg über die Eignungsvoraussetzungen für Leitende Notärzte im Rettungsdienst vom 23. August 2017, in: Ärzteblatt Baden-Württemberg, Nr. 9, S. 484-484.
- Landesausschuss für den Rettungsdienst Baden-Württemberg (2019): Konzeption und Handlungsempfehlung für den Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL) in Baden-Württemberg (OrgL-Konzept), Stuttgart.
- Luiz, T./Kumpch, M./Laux, T./Madler, C./Förster, P. (2006): Medizinische Gefahrenabwehr anlässlich der Fußballweltmeisterschaft 2006, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 3, S. 248-257.
- Marten, D./Lechleuthner, A. (2012): LNA und OrgL: Führung im Großschadensfall, in: Notfallmedizin up2date, Nr. 04, S. 271-283.
- Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2016): Konzeption des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenankomms von Verletzten. (ManV-Konzept), Stuttgart.

- Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (2017): Hinweise des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration für die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr bei Einsätzen im Zusammenhang mit Terror- oder Amoklagen, Stuttgart.
- Naujoks, F. u. a. (2022): Massenanfall von Verletzten und Erkrankten (MANV), 2. Aufl., Landsberg am Lech.
- Neumann, S. (2020a): Allgemeine MANV-Planung, in: Knickmann, A./Oberkinkhaus, J./Piepho, T. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik, 4. Aufl., Edewecht, S. 179-183.
- Neumann, S. (2020b): Arten von MANV-Einsätzen und Planungsverteilung, in: Knickmann, A./Oberkinkhaus, J./Piepho, T. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik, 4. Aufl., Edewecht, S. 176-178.
- Paschen, H. R./Moecke, H. (1999): Führungsstrukturen bei einem medizinischen Großschadensereignis, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 6, S. 359-361.
- Peter, H. (2010): Aufgaben und Zuständigkeiten in Deutschland, in: Luiz, T. (Hrsg.): Medizinische Gefahrenabwehr. Katastrophenmedizin und Krisenmanagement im Bevölkerungsschutz, München, S. 16-30.
- Pitz, A. (2020): Rechtsgrundlagen, in: Knickmann, A./Oberkinkhaus, J./Piepho, T. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik, 4. Aufl., Edewecht, S. 39-47.
- Plattner, H.-P. (2006): Führen im Einsatz, 2. Aufl., Stuttgart.
- Pohlemann, T./Gänsslen, A./Tscherne H. (1999): Konzepte in der „Katastrophenmedizin“ nach Eschede, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 2, S. 343-348.

- Pütz, M. (2020): Einsatz- und Abschnittsleitung, in: Knickmann, A./Oberkinkhaus, J./Piepho, T. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik, 4. Aufl., Edewecht, S. 50–53.
- Schmid, F./Morhart-Klute, V. (2016): Überlegungen zur künftigen Ausbildung und Bestellung von Leitenden Notärzten, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 6, S. 500-505.
- Schmidt, J. (2007): Einsatzkonzept ÜMANV. Überörtliche Unterstützung beim Massenanfall von Verletzten, Köln.
- Schmidt, J. (2010): Taktik - Ordnung von Zeit, Raum und Personal, in: Luiz, T. (Hrsg.): Medizinische Gefahrenabwehr. Katastrophenmedizin und Krisenmanagement im Bevölkerungsschutz, München, S. 48-55.
- Scholl, H. (2017): SEG im Portrait. Teileinheit Führungsunterstützung, in: Im Einsatz, Nr. 5, S. 38-41.
- Schuster, A./Freudenberg, D. (2023): Herausforderungen polizeilicher Führung an der Schnittstelle zur nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr, in: Wehe, D./Siller, H. (Hrsg.): Handbuch Polizeimanagement, Wiesbaden, S. 165-186.
- Sefrin, P. (2010): Abgrenzung Notfallmedizin - Katastrophenmedizin, in: Luiz, T. (Hrsg.): Medizinische Gefahrenabwehr. Katastrophenmedizin und Krisenmanagement im Bevölkerungsschutz, München, S. 4-5.
- Sefrin, P./Weidringer, J. W. (2019): Fortbildung zum Leitenden Notarzt (LNA), in: Der Notarzt, Nr. 04, S. 208-213.
- Selen, S. u. a. (2020): Schnittstellen und Zusammenarbeit, in: Knickmann, A./Oberkinkhaus, J./Piepho, T. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik, 4. Aufl., Edewecht, S. 126-173.

Staatsministerium Baden-Württemberg (08.03.2024): Aufwendungsersatz für ehrenamtliche Helfer im Bevölkerungsschutz, <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/aufwendungsersatz-fuer-ehrenamtliche-helfer-im-bevoelkerungsschutz>, Stand: 8. März 2024.

Von Kaufmann, F. (2018): Der Amoklauf in München aus Sicht der Integrierten Leitstelle, in: Neumayr, A./Baubin, M./Schinnerl, A. (2018): Herausforderung Notfallmedizin, Berlin, Heidelberg, S. 175-185.

Voß, F.-H. (2020): Zusammenarbeit von Einsatzorganisationen in Einsatzlagen, in: Kern, E.-M. u. a. (Hrsg.): Einsatzorganisationen, Wiesbaden, S. 302–310.

Wurmb, T./Hossfeld, B./Zoller, G. (2018): Polizei und Rettungsdienst bei der Bewältigung lebensbedrohlicher Einsatzlagen, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 7, S. 576-584.

Wurmb, T. u. a. (2018): Bewältigung von besonderen Bedrohungslagen, in: Notfall & Rettungsmedizin, Nr. 8, S. 664-672.

Wurmb, T. u. a. (2017): Lebensbedrohliche Einsatzlage. Der Terroranschlag in Würzburg-Heidingsfeld und die Konsequenzen für die polizeiliche und nicht-polizeiliche Gefahrenabwehr, in: Bevölkerungsschutz, Nr. 2, S. 28-29.

Anhang I: Alarmordnung der Leitenden Notärzte (LNA) des Landkreis Ludwigsburg

Einsicht kann per Mail an bevoelkerungsschutz@landkreis-ludwigsburg.de angefragt werden.

Anhang II: Alarmstufenplan Landkreis Ludwigsburg

Einsicht kann per Mail an bevoelkerungsschutz@landkreis-ludwigsburg.de angefragt werden.

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Ort, Datum

Unterschrift