



# Terroristische Einsatzsituation

Stefan Poloczek

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Berlin

## DANK an

Peter Albers<sup>1,6</sup>, Claas Buschmann<sup>3</sup>, Detlef Cwojdzinski<sup>5</sup>, Rolf  
Erbe<sup>1</sup>, Wilfried Gräßling<sup>1</sup>, Frank Hoedt<sup>1</sup>, Christoph Hoepfner<sup>5</sup>,  
Sebastian Mendyk<sup>1</sup>, Stefan Poloczek<sup>1</sup>, Willi Schmidbauer<sup>2</sup>,  
Michael Schütz<sup>4</sup>, Lutz Siegl<sup>2</sup>

1) Berliner Feuerwehr

2) Bundeswehrkrankenhaus Berlin

3) Charité, Institut für Rechtsmedizin

4) Charité, Klinik für Unfallchirurgie

5) Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

6) Vivantes, Wenckebach-Klinikum

# Chatham House Rule

„Bei Veranstaltungen (oder Teilen von Veranstaltungen), die unter die Chatham-House-Regel fallen, ist den Teilnehmern die freie Verwendung der erhaltenen Informationen unter der Bedingung gestattet, dass weder die Identität noch die Zugehörigkeit von Rednern oder anderen Teilnehmern preisgegeben werden dürfen.“



# Ereignis/Lage/Stichwort

- **Gefahrenlage Polizei:**

universaler Zusatz im RD für Einsatzstellen, an denen durch Waffen/Gewalt zusätzliche Gefahren drohen

- **Amok, Anschlag, Geiselnahme, ...:**

Einstufung nur durch Polizei

- **Terror/Terrorismus:**

Politisch motivierte Gewalt: politische Bewertung

**LEITSTELLE/STRATEGISCH**

# Struktur Leitstelle

## **“Abschnittsbildung”**

- Unterstützung Einsatzstelle
  - Reservenbildung
  - KH-Kommunikation
  - PSNV
- 
- Hauptziel: Vorbereitung auf den “second hit”

# Reserven

- Zusätzliche RTW der Feuerwehr (16 RTW)
- SEG-Alarmierung (Spitzenalarmempfänger HiO)
- RTW aus Brandenburg
- RTW der Bundeswehr
- Führungskräfte FW
- Freiwillige Feuerwehren

# PSNV/Personenauskunft

- PSNV
  - Alarmierung
  - Etablierung Einsatzstruktur vor Ort
  - Verbindungsperson im Lagedienst
- Kommunikation Polizei
  - Abstimmung wegen Personenauskunft
  - Verbindungsbeamter (zusätzlicher C-Dienst) zur Polizei
- Einsatznachsorge
  - Alarmierung
  - Defusing auf nahegelegener FW ab 22:00 Uhr (C-Dienst)



# Herausforderungen

- Zahlreiche Anrufe über alle Kanäle in die Leitstelle
- Anrufe von niedergelassenen Kollegen und anderen Hilfswilligen
- Überlastung der üblichen Telefonnummern
- Nutzung der Apparate von 1. Aufsicht/Lagedienst durch alle, inkl. Weitergabe durch eine Klinik an Angehörige

# Herausforderungen

- Diverse „Fake“ —Meldungen
  - Schießerei in Charlottenburg
  - Messerstecherei am Breitscheidplatz
- Sprengung von Koffer in unmittelbarer Nähe der Einsatzstelle und vor mehreren Feuerwachen
- Vereinzelte Diskussionen über „Wunsch“ zur Alarmierung zur Einsatzstelle
- Selbstständiges Anfahren von diversen Einsatzkräften an die Einsatzstelle ohne Anmeldung

- Checkliste endet, sobald ein Punkt zutrifft.
- Sichtungskategorie = Farbe des zutreffenden Punktes.

Bei schweren Extremitäten-Blutungen: Tourniquet!

Sammelstelle definieren, gefährige Patienten dort hinschicken!

Tödliche Verletzung?	<input type="checkbox"/>	Tot
<b>A</b> Offenhalten der Atemwege erforderlich? (mit Guedel-/Wendl-Tubus und Seitenlage)	<input type="checkbox"/>	SK I
<b>A</b> Inhalationstrauma mit Stridor?	<input type="checkbox"/>	SK I
<b>B</b> Atemfrequenz >30 oder <10/min (Untersuchungsdauer 10s)	<input type="checkbox"/>	SK I
<b>C</b> Unstillbare Blutung?	<input type="checkbox"/>	SK I
<b>C</b> Kein Radialispuls? (Untersuchungsdauer 10s)	<input type="checkbox"/>	SK I
<b>D</b> Kann Kommando „Heben Sie den Arm!“ nicht ausführen.	<input type="checkbox"/>	SK I
Keiner der oben genannten Punkte zutreffend?	<input type="checkbox"/>	SK II

# Schwerstverletzte

(Prof. Schütz, Charité, Oberstarzt Schmidtbauer, BWK)

- Überrolltraumen
- Damage Control Surgery
- Massive Decollement-Verletzungen
- Ein Patient mit Verletzung bei der Erstversorgung, spinale Contusion, PTSD

# Ersteinschätzung an der Einsatzstelle:

Kat.	Anteil Planung	Breitscheidplatz <sup>1)</sup>	Anteil
SK 1	15 %	18 Patienten <sup>2)</sup>	36 %
SK 2	20 %	15 Patienten	30 %
SK 3	65 %	17 Patienten	34 %

<sup>1)</sup> Daten aus der korrigierten Erstmeldung der Krankenhäuser

<sup>2)</sup> SK 1 einschließlich im Krankenhaus Verstorbenen

# Todesursachen

(PD Dr. Claas Buschmann, Rechtsmedizin, Charité)

- 9 Tote, davon 3 in der Klinik innerhalb erster Stunde nach Aufnahme
- Ein Pat. schwerstes Schädelhirntrauma
- Ein Pat. letale Schussverletzung
- Massive Thorax-, Abdominal- und Beckenverletzungen
- Keine vermeidbaren Todesfälle

# Herausforderungen der Folgetage

- Wiederherstellung Einsatzbereitschaft
- Einsatznachsorge
  - Kritik an Einsatzkräften
  - Schnelle Informationsweitergabe
- Pressearbeit
- Politische Aufklärung und Konsequenzen
- Vorbeugung vor Gerüchten
- Silvestervorbereitungen
- (...Weihnachten...)

# Nochmal zum Thema Sicherheit...

- Noch nie was von Second Hit gehört?
- Wie kann man nur so nah da hin gehen?
- Was, wenn der LKW voller Sprengstoff gewesen wäre?
- Der Sprengstoff hätte auch im Tank versteckt sein können?
- Wenn der Attentäter mit einer Waffe auf ein Dach geflüchtet wäre und die Einsatzkräfte beschossen hätte?



# Grundsätze für Anschlagsszenarien

- Eigensicherung:
  - Keine Rettungsdienstkkräfte in Gefahrenbereich
  - Höchstmögliche Aufmerksamkeit (Awareness)
  - Aufenthaltsdauer minimieren
- Medizin
  - Externe Blutungskontrolle
  - Einfache Sichtung
  - Schneller Transport

Möglichst kurzer Aufenthalt an der Einsatzstelle ist  
medizinische Gesamtstrategie und Eigenschutz der  
Einsatzkräfte zugleich.

# Take Home

1. Grundsätzlich müssen MANV-Konzepte nicht neu geschrieben werden
2. Vorbereitung ist wichtig – neue Szenarien müssen berücksichtigt werden. Auch „Soft Targets“ sind kein Tabuthema mehr
3. Sicherheit der eigenen Einsatzkräfte ist ein zentrales Thema: Keine Rettungsdienstkräfte in gefährdete Bereiche – aber 100% Sicherheit kann oft nicht gewährleistet werden. Maximale Awareness an der Einsatzstelle
4. Möglichst kurze Aufenthaltsdauer an der Einsatzstelle ist Eigensicherung und medizinische Strategie zugleich
5. Vorbereitung auf neue Verletzungsmuster – externe Blutungskontrolle muss durch jede Person möglich sein

# Take Home

6. Notfallmedizinische Versorgung: Externe Blutungskontrolle, einfache und schnelle Sichtung, zügiger Transport in vorbereitete Kliniken
7. Gemeinsames Training von Polizei und Rettungsdienst/Feuerwehr ist wesentlichster und schwierigster Teil der Vorbereitung
8. Kommunikation zwischen Polizei, Rettungsdienst/Feuerwehr und Kliniken kann nicht gut und schnell genug sein
9. Psychosoziale Notfallversorgung von Einsatzkräften und Betroffenen muss vorbereitet werden und ist Teil der notfallmedizinischen Versorgung
10. Einflüsse von neuen sozialen Medien dürfen nicht unterschätzt werden

Terror soll Angst verbreiten –  
Planung und medizinische Reaktion auf  
Anschlagereignisse sind ein wesentlicher Faktor  
der Resilienz.

# Kontakt Daten

Berliner Feuerwehr

Dr. med. Stefan Poloczek MPH

Voltairestr. 2

10179 Berlin

Tel. 030 – 387 10 220

[stefan.poloczek\(at\)berliner-feuerwehr.de](mailto:stefan.poloczek(at)berliner-feuerwehr.de)

[www.berliner-feuerwehr.de](http://www.berliner-feuerwehr.de)

Hinweise:

- Zur Verbesserung der Lesbarkeit oder aus Platzgründen wird zum Teil nur die männliche Form bzw. Funktionsbezeichnung verwendet. Frauen sind selbstverständlich gleichgestellt.
- Aus organisatorischen Gründen kann die Datei nicht automatisch barrierefrei zur Verfügung gestellt werden. Sollte dies gewünscht sein, bitten wir um Kontaktaufnahme.
- Eine Verwendung der Präsentation oder Auszüge davon ist unter Angabe der Quelle gestattet, Belegexemplar/Information erbeten.
- Bei unbeabsichtigter Verletzung von Urheber- oder Bildrechte bitte Kontaktaufnahme.