

**DIAGNOSE**

**Bevollmächtigen** 1 RK 18 4567  
 k  -/1

**Achtung**  
 k  -/2

**Kreislauf**  
 k  -/3

**TRIAGE**

Therapie	Transportierbarkeit	Warten
I	IIIa IIIb	III IIIr
Arzt (Therapie):		
Therapie	Transportierbarkeit	Warten
I	IIIa IIIb	III IIIr
Arzt (Therapie):		

Das österreichische  
Patientenleitsystem

PLS

Bruno Hersche  
 Carl-Heinz Langer  
 Albert Reiter

*Kommt es zu einem großen Unfall, einer Katastrophe oder einem sonstigen Großschadensereignis mit einer Vielzahl an Verletzten, so ist es notwendig, die Kennzeichnung und Registrierung der Patienten, erste therapeutische Maßnahmen sowie den Triageentscheid vor Ort durchzuführen und sofort zu dokumentieren.*

*Erst wenn diese wichtige Voraussetzung erfüllt wird, ist eine effiziente organisatorische Bewältigung eines Massenanfalles von Verletzten und Kranken möglich.*

*Bis 1991 war diese Kennzeichnung der Patienten zwecks Erfassung und Leitung unbefriedigend und vor allem nicht vereinheitlicht.*

*Die Patientenbewegung vom Unfallsort bis zum Zielspital wurde nicht entsprechend festgehalten und war daher schwer nachvollziehbar. Es galt daher, ein entsprechendes Patientenleitsystem zu finden. In drei Sitzungen im Jahr 1989 konnte man sich über Form und Inhalt einigen, so daß im April 1990 nach einer öffentlichen Interessentensuche der entsprechende Produzent der Patientenleittasche gefunden werden konnte. Nach einer Werkstoffbegutachtung durch das Amt für Wehrtechnik (im BMLV) war dann der Weg für die Bestellung und Produktion der Taschen frei. Im Juni 1991 lag sodann die erklärende Broschüre zum Gebrauch dieses Patientenleitsystems vor und gelangte anschließend durch den Aeskulap-Medien-Verlag zur Verteilung.*

*Inzwischen sind wieder einige Jahre vergangen und man mußte feststellen, daß die Praxis sowohl bei Übungen als auch im Realeinsatz Verbesserungen am Patientenleitsystem erfordert.*

Wieder hat das Bundeskanzleramt über Anregung von Primarius Dr. Albert REITER und SC i.R. Dr. Richard BAYER, die Initiative ergriffen und die betroffenen Institutionen zu einer Überprüfung eingeladen. Das Ergebnis liegt nunmehr vor.

Primarius Dr. Albert REITER, dem unermüdlichen Motor des Anliegens, Dipl. Ing. Bruno HERSCHE, dem Erfinder des Systems, und Herrn Carl-Heinz LANGER vom Österreichischen Roten Kreuz, der seine reichen Erfahrungen aus der Praxis einbrachte, danken wir, diese neuen Richtlinien für das österreichische Patientenleitsystem ausgearbeitet zu haben.

Die Österreichische Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie als engagierte Verfechterin des Gedankens des «Integrierten Sanitätsdienstes» hat es daher gerne übernommen, diese Broschüre der Öffentlichkeit zu übergeben. Denn nur eine exakte Vorbereitung und Durchführung – und das zeigt unter anderem die Patientenleitsache – wird es ermöglichen, die ärztlichen Aufgaben im Katastrophenfall zu bewältigen: nämlich, das Bestmögliche für die größte Zahl an Patienten, zur rechten Zeit, am richtigen Ort zu tun, um das Überleben möglichst vieler Opfer zu sichern.

Österr. Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie  
Der Präsident

Wien, im Mai 1995      Dr. med. Hubert HRABCIK, Divr  
Heeressanitätschef

# Richtlinien zum Patientenleitsystem



## Besonderheiten beim Großschadensereignis mit vielen Patienten

Ereignet sich ein Unfall oder eine Katastrophe mit einer großen Zahl von Verletzten oder akut Erkrankten, so stellen sich verschiedene Probleme, die im Interesse von Gesundheit und Lebensrettung innerhalb kürzester Zeit, oft mit Hilfe besonderer Organisationsformen gelöst werden müssen. Es geht unter anderem um

- die Triage vor Ort zur Festlegung von Behandlungs- und Transport-Dringlichkeiten,
- Noteingriffe im Schadenraum,
- die Organisation,
- die Bewältigung großer Transportbedürfnisse,
- die optimale Verteilung der Patienten auf die Krankenhäuser,
- die Erfassung und Leitung dieser Patienten.

Im Schadenraum braucht es eine besondere sanitätsdienstliche Organisation, eine Lösung ist das Modell der «Sanitätshilfsstelle» (im Schadenraum für den Massenansturm). Dieses ist vom Österreichischen Roten Kreuz in Form einer Rahmenvorschrift für ganz Österreich als verbindlich erklärt worden.



## Kennzeichnung der Patienten

Patientenleittasche

Österreich-weite  
Verwendung

Verbesserung der  
medizinischen Versorgung

Erfahrungen

Auslandeinsatz

Richtlinien PLS

Die Kennzeichnung der Patienten zwecks Erfassung und Leitung war lange Zeit unbefriedigend gelöst. Aus der Erkenntnis, daß viele Einzelheiten zur Person des Verunfallten bis zum Eintreffen im Krankenhaus gar nicht von Bedeutung sind und es primär nur wesentlich ist, eine Grobdiagnose festhalten zu können, einen Überblick über die Zahl der in ein bestimmtes Spital eingelieferten Verletzten zu haben sowie Informationen über verabreichte Medikamente mitzuliefern, wurde vor einiger Zeit von Dipl. Ing. Bruno Hersche eine Patientenleittasche entworfen. Der Schweiz. Interverband für Rettungswesen (IVR) brachte sie in eine endgültige Form und erließ dazu 1988 eine Richtlinie. Nach gewissen für Österreich notwendigen Anpassungen (namentlich Einsprachigkeit, Triagegruppen) wurde das «Patientenleitsystem PLS» im Juni 1990 im ganzen Land eingeführt und wird seither einheitlich eingesetzt. Dies war möglich dank des großen Einsatzes der Gruppe Koordination der Sicherheitspolitik und des Krisenmanagement im Bundeskanzleramt und der Zusammenarbeit mit den zuständigen Beamten der Landesregierungen, den Vertretern des Bundesheeres, den Einsatz- und Hilfsorganisationen, der Ärztekammer und ärztlichen Fachgesellschaften. *Die Einführung des PLS wurde als wichtiger Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im Rahmen eines Großschadensereignisses bezeichnet.*

Die Patientenleittaschen wurden seither wiederholt mit Erfolg eingesetzt. Das System hat sich in der vorliegenden Form bewährt. Dabei wurde auch die Erfahrung gemacht, daß es gar eine positive psychologische Wirkung hat. Jeder von einem Ereignis Betroffene will mit einer Tasche gekennzeichnet werden, weil er sich dann anscheinend «erfaßt» und damit betreut fühlt.

Das PLS hat sich außerdem bei Auslandeinsätzen (out of area) bewährt als Ersatzkrankengeschichte.

Mit den vorliegenden Richtlinien soll die Ausgestaltung und die Verwendung des PLS verbindlich festgelegt werden.

# Ziele des Einsatzes des Patientenleitsystems (PLS)

Die Hauptziele des Einsatzes des Patientenleitsystems sind

- **primär** im Interesse der Gesundheit und des Überlebens der Patienten einen *geordneten Ablauf* bei der Triage, bei der Behandlung, beim Transport und bei der Hospitalisierung zu unterstützen und
- **sekundär** ihn auf einfache Weise zu registrieren und ab einem möglichst frühen Zeitpunkt die wichtigsten Informationen über die aktuellen medizinischen und organisatorischen Daten und Maßnahmen mitzuliefern.

primäres Ziel

sekundäres Ziel

**Dabei dürfen formelle und administrative Bedürfnisse in keinem Fall zu einer Verzögerung von Rettung, Behandlung und Transport führen.**

Vermeiden von Verzögerungen

Es ging darum, eine einfache und rasch anzubringende Kennzeichnung für den Großanfall von Patienten zu schaffen, welche folgenden Anforderungen genügt:

Anforderungen

- widerstandsfähig gegen Beschädigung und Verschmutzung,
- unlösliche Beschriftung, welche bei Regen und beim Abwaschen von Blut und Schmutz erhalten bleibt,
- optimaler Informationsgehalt und Dokumentationswert bei einem minimalen Bearbeitungsaufwand,
- individuelle Registrierung des Patienten, auch wenn seine Personalien einstweilen nicht bekannt sind,
- unverwechselbare Zuordnung der persönlichen Habe des Patienten sowie seiner Befunde, Röntgenbilder, Blutproben usw.,
- verwendbar als Leitsystem für den Weg des Patienten innerhalb des Schadenraumes, im Transportraum und im Hospitalisationsraum.

## Möglichkeiten des PLS

### Grobdiagnose

Triage-Anordnungen,  
medizinische Aufträge

### Zielspital

Das PLS bietet die Möglichkeiten,

- Grobdiagnose,
- Triage-Anordnungen,
- allfällige weitere medizinische Aufträge und
- Zielspital

zu vermerken;

sodann

### Rettungsdienst

### Zielspital

- den mit dem Transport beauftragten Rettungsdienst und
  - das Zielspital
- ohne Zeitverlust zu registrieren

sowie fakultativ – *wenn Zeit zur Verfügung steht* – auf den beigefügten Formularen,

### Formulare des PLS

### Behandlungs-Protokoll

- dem Behandlungs-Protokoll weitere medizinische Informationen und

### Identifikations-Protokoll

- dem Identifikations-Protokoll Angaben zur Person festzuhalten.

### Identifikation von Toten

Die Patientenleittasche und das darin enthaltene Identifikations-Protokoll kann außerdem zur Identifikation von Toten beitragen. Es ist im Ereignisfall bei tödlich verunfallten Personen ebenfalls anzuwenden, weil sie de jure so lange als lebend gelten, bis ihr Tod vom zuständigen Arzt festgestellt worden ist.

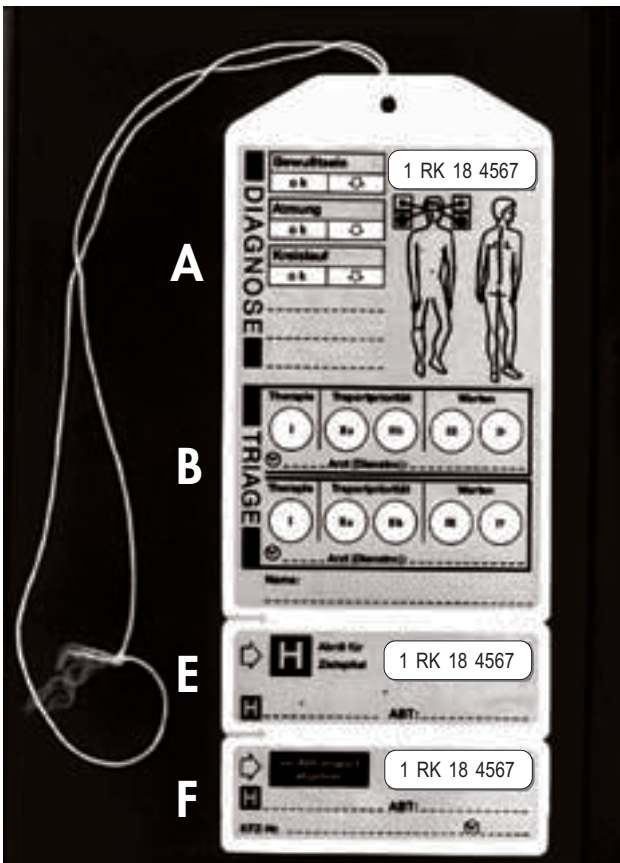
### Notwendigkeit sanitätsdienstlicher Massnahmen im Schadenraum

Das Patientenleitsystem ist indes kein Ersatz für sanitätsdienstliche Maßnahmen im Schadenraum. Im Gegenteil, die funktionierende Sanitätshilfsstelle ist Voraussetzung für die optimale Effizienz des Systems und dieses somit ein wesentlicher Bestandteil der sanitätsdienstlichen Organisation.

# Beschreibung des PLS

## Das PLS

- besteht aus einer weißen, orange und schwarz bedruckten, wasserfesten Patienten-Leittasche aus umweltfreundlichem Kunststoff mit einem Gummiband zur Befestigung am Patienten,
- hat die Abmessungen 11,5 x 27 cm und
- weist auf der Rückseite eine Hülle mit transparentem Sichtfeld auf.



Patientenleittasche

Abmessungen

Hülle

Abb. 1:

Vorderseite Patientenleittasche (detaillierte Darstellung siehe Anhang)



Die Tasche weist zwei Abrisse auf, je einen für

- die Schadenplatzorganisation und
- das Zielspital.

Tasche, Abrisse, Protokolle und Selbstklebe-Etiketten sind mit der gleichen Nummer versehen. Betreffend Numerierung wird auf Ziffer 5 verwiesen.

Die orange Leuchtfarbe macht die Tasche auffällig. Sie ist mit verschiedenen Stiften, vorzugsweise mit wasserfesten Filzstiften beschriftbar.

## Numerierung der PLS-Taschen

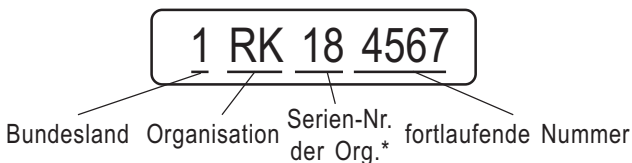
Die Patientenleittaschen sind *unmittelbar nach deren Beschaffung* durch die sie benutzende Organisation mit den Nummern-Etiketten an folgenden, dafür vorgesehenen Stellen mit Nummern zu versehen:

- Vorderseite Patientenleittasche, oben rechts
- Vorderseite «Abriß für Zielspital»
- Vorderseite unterster Abriß
- Behandlungs-Protokoll (in der Tasche)
- Identifikations-Protokoll (in der Tasche).

*Dabei ist größte Vorsicht geboten, damit keine Verwechslungen entstehen (falsche Protokolle in der Tasche).*

Die überzähligen numerierten Etiketten sind in die Tasche zurückzustecken.

Die Nummer setzt sich wie folgt zusammen:



\* ) z.B. Bezirk/Statutarstadt

Nummern- und  
Buchstaben-Zuweisung

ohne Bezirks-/Stadt-  
Nummer

Die Ordnungsnummer «Bundesland» und die Buchstabenkombination «Organisation» sowie ein Beispiel für die Seriennummer der Organisation sind in den Anhängen 1 und 2 wiedergegeben. Ist keine Bezirks- bzw. Statutarstadt-Nummer möglich (Bundesorganisationen) können diese Stellen für entsprechend größere fortlaufende Nummern verwendet werden. Neue Buchstabenkombinationen werden von der *Gruppe Koordination der Sicherheitspolitik und des staatlichen Krisenmanagements im Bundeskanzleramt* vergeben.

Nummern für .Muster

Muster sind wie folgt zu numerieren: 0 MU 00 0000 bis 0 MU 00 9999

Nummernverwaltung

Um sicherzustellen, daß die gleiche Nummer nicht zweimal vorkommt, sind die fortlaufenden Nummern von den verwendenden Organisationen zu verwalten und zu vergeben. In Bezirken und Statutarstädten mit mehreren Krankenhäusern ist die Nummernvergabe für die von den Krankenhäusern verwendeten PLS-Taschen zu koordinieren, zweckmäßigerweise von den Bezirkshauptmannschaften bzw. Magistraten.

Nummern für  
Krankenhäuser

Schrift

Die Ziffern und Buchstaben werden in gut lesbarer Schrift von 6 mm Höhe in schwarzer oder dunkelgrauer Farbe aufgedruckt.

Verwendungsverbot für  
unnummerierte Taschen

**Unnummerierte PLS-Taschen dürfen weder in Übungen noch im Ernstfall verwendet werden.**

6

Anbringen der Tasche an  
den betroffenen Personen

## Einsatz des PLS

Im Schadenraum wird an jedem Patienten bzw. jeder erfaßten Person spätestens bei der Triage bzw. auf der Triagestelle eine *PLS-Tasche* gut sichtbar befestigt. Bei einer sehr großen Zahl offensichtlich unverletzter Beteiligter (z.B. Eisenbahnunglück mit mehreren hundert Unverletzten) kann das Anbringen auf jene Personen beschränkt werden, die verletzt sind und jene, die sich im unmittelbaren Schaden-

bereich befunden haben und vermutlich unverletzt geblieben sind.

Bezüglich Verwendung durch die mobile Gruppe (Bergtriage) siehe Ziffer 11, *Einsatz durch die mobile Gruppe*.

Die PLS-Tasche bleibt bis zur definitiven und namentlichen Registrierung in der Endbehandlungsstelle auf dem Patienten.

Dies bedeutet, daß die PLS-Tasche im Krankenhaus erst abgenommen und zu den Patientenakten gelegt wird, wenn sich die Lage normalisiert hat und die Person eindeutig identifiziert ist (siehe auch Ziffer 15, *Handhabung im Krankenhaus*).

Der **Triagearzt** läßt – idealerweise durch einen Sanitäter –

- Grobdiagnose
- Behandlungsdringlichkeit (Triage-Gruppe)
- wenn ansprechbar oder anderweitig eindeutig bekannt Name und Geschlecht des Patienten
- auf der Rückseite evtl. Maßnahmen eintragen.

Folgende Eintragungen können auf der **Triagestelle** vorgenommen werden:

*Vorderseite:*

**DIAGNOSE** Beurteilung der Vitalfunktionen, Verletzungen oder Erkrankung:  
(A)\*

Wenn Bewußtsein, Atmung bzw. Kreislauf normal Feld «o k» ankreuzen, andernfalls den nach unten zeigenden Pfeil

Auf den leeren Zeilen können zusätzliche wichtige Feststellungen eingetragen werden (z.B. «Lähmungserscheinungen»).

Festgestellte Verletzungen können auf den Menschen-Symbolen rechts markiert werden.

---

\*] siehe Markierung in den Abbildungen 1 und 2

Abnahme der PLS-Tasche

Triagearzt

Triagestelle

Eintragung Grobdiagnose

Eintragung Triage
Triagegruppen
Änderung der Triage-Gruppe im Schadenraum
2. Triagefeld – Nachtrriage
Therapie-Anordnungen
Durchführungsbestätigung
Beschränkung beim Massenansturm

**TRIAGE**  
(B)\*

Im oberen Feld zutreffende Triagegruppe ankreuzen und durchgeführte Triage mit Uhrzeit und Name des Arztes oder seiner Dienstnummer bestätigen.

Behandlungsdringlichkeiten/Triagegruppen:

- T1    sofortig    (Notbehandlung vor Ort)
- T2a   frühzeitig   (sofortiger Transport)
- T2b   verzögert   (Transport 2. Priorität)
- T3    minimal    (leichtverletzte / minimale Behandlung im Schadenraum)
- T4    abwartend   (hoffnungslose Patienten)

T1-Patienten müssen vor Ort behandelt werden. In der Folge ist die Wirksamkeit der Behandlung zu überprüfen und die Triagegruppe neu festzulegen. Die neue Triagegruppe wird im *oberen Triage-Feld* durch einen Pfeil bis zur neuen Triage-Gruppe bezeichnet.

Das *untere Feld* «**TRIAGE**» steht für eine spätere Einteilung in eine andere Triagegruppe zur Verfügung (z.B. bei der Einlieferung ins Krankenhaus).

*Rückseite:*

**THERAPIE**  
(C)

In der Rubrik «THERAPIE» können der Triagearzt oder andere Ärzte Aufträge für medizinische Maßnahmen erteilen

**DURCHFÜHRUNGSBESTÄTIGUNG**  
(D)

Der Vollzug der medizinischen Maßnahmen wird in den Feldern «**DURCHFÜHRUNGSBESTÄTIGUNG**» mit Visum (Paraphe) vermerkt.

Wenn viele Patienten zu triagieren sind, kann sich der Triage-

gearzt darauf beschränken, die Rubriken «DIAGNOSE» und «TRIAGE» auszufüllen.

Die **Abrisse** dienen folgenden Zwecken:

- auf dem **unteren** Abriß (E) werden eingetragen:

*Vorderseite:*

- Ziel-Spital evtl. mit Abteilung
- KFZ-Nr. des Transportfahrzeuges
- Uhrzeit der Patientenverladung

*Rückseite:*

- Zusatzvermerke
- wenn bekannt: Name und z.B. Geschlecht des Patienten

Der untere Abriß wird erst vor der Verladung des Patienten abgerissen und vom Leiter Transport aufbewahrt (= minimales Transportprotokoll).

- auf dem **oberen** Abriß (F) werden eingetragen:

*Vorderseite:*

- Ziel-Spital evtl. mit Abteilung

Der obere Abriß wird bei der Einlieferung ins Krankenhaus *auf der Rückseite* mit der Ankunftszeit versehen, abgetrennt und als erste Information zu den Aufnahme-papieren gegeben.

Auf der Zeile «Zur Weiterversorgung ad» kann die krankenhaus-interne Weiterleitung des Patienten vermerkt werden.

unterer Abriß

oberer Abriß

Ankunftszeit im  
Krankenhaus

Eintragung krankenhaus-  
interne Weiterleitung

7

Behandlungsprotokoll

## Behandlungs-Protokoll

*Wenn Zeit zur Verfügung steht*, soll – namentlich bei Not-eingriffen vor Ort (T1-Patienten) und der Applikation spezieller Medikamente – ergänzend das in der PLS-Tasche vorhandene Behandlungs-Protokoll ausgefüllt werden. Es wird in die Tasche zurückgesteckt und nimmt den Weg mit dem Patienten (z.B. bis ins Spital). *Mit dem Ausfüllen des Protokolls darf aber der Abtransport unter keinen Umständen verzögert werden.* Nötigenfalls bleibt das Behandlungs-Protokoll leer.

8

Identifikationsprotokolle

## Identifikations-Protokoll

Die Identifikation der Patienten ist ein besonderes Anliegen der Exekutive. *Wenn Zeit zur Verfügung steht*, soll deshalb auch das rosafarbige Formular ausgefüllt werden. Das Identifikations-Protokoll wird der Exekutive übergeben. *Mit dem Ausfüllen des Protokolls darf aber der Abtransport unter keinen Umständen verzögert werden.* Nötigenfalls bleibt das Identifikations-Protokoll leer.

9

Selbstklebe-  
Nummernetiketten

## Selbstklebende Nummernetiketten

Die vornummerierten Selbstklebe-Etiketten können überall dort verwendet werden, wo eine Zuweisung zum Patienten notwendig ist, z.B. auf Effektsäcke, Sachen, die Eigentum des Patienten sind (Koffern usw.), aber auch zum Beispiel auf Papiere bei der Aufnahme im Spital, auf Blutprobenröhrchen usw. Dies gilt namentlich auch für die frühe Blutabnahme am Unfallort für die Rekrutierung von Blutkonserven.

Verwendung der Etiketten  
am Unfallort und im  
Krankenhaus

Bei Verkehrsunfällen ist es hilfreich, wenn – sofern mit vernünftigem Aufwand möglich – eine Etikette dort im Fahrzeug angebracht wird, wo der Patient vorgefunden wurde. Analog kann auch bei anderen Unfällen vorgegangen werden.

## Transportübersicht

Der Leiter Transportraum der Sanitätshilfsstelle führt ein *vorbereitetes Transport-Protokoll*, auf welchem die Behandlungskapazitäten der in Frage kommenden Spitäler einschliesslich Spezialkliniken eingetragen sind und laufend nachgeführt werden.

Der unterste Abriß bleibt im Schadenraum zurück und dient gemeinsam mit dem Transport-Protokoll der Kontrolle über die tatsächliche Patientenverteilung.

Eine Kopie des Transport-Protokolles wird jener Stelle übergeben, welche die Identifikation der Beteiligten durchführt.

## Einsatz der PLS-Tasche durch die mobile Gruppe

Werden mobile (Notarzt)-Gruppen zur Bergetriage eingesetzt, führen diese PLS-Taschen mit. Sie versehen jene Patienten mit einer *unausgefüllten* Tasche, die dringend gerettet und zur Triagestelle gebracht werden müssen. Der Notarzt der mobilen Gruppe hat keine Triagegruppe zuzuordnen und soll nur in Ausnahmefällen Eintragungen auf der PLS-Tasche vormerken (z.B. verabreichte Medikamente).

Daraus ergeben sich für die Rettungskräfte Prioritäten (zwei Kategorien) für die Bergung der Patienten.

Verwendung der Nummern bei Unfällen

10

Transportprotokoll  
Behandlungskapazität  
der Spitäler

unterer Abriß

Übergabe des  
Transportprotokolles

11

Bergetriage

Kennzeichnung der  
Rettungsprioritäten

Eintragungen durch den  
Notarzt der mob. Gruppe

## 12

Warnung vor  
kontaminierten Patienten

gelb reflektierendes  
Dreieck-Symbol

Kennzeichnung  
kontaminierter Sachen

## Kennzeichnung kontaminierter Patienten

Sind Patienten radioaktiv, biologisch oder chemisch kontaminiert worden und ist eine besondere Warnung an das rettende, behandelnde und transportierende Personal notwendig, wird auf *Vorder- und Rückseite* der PLS-Tasche ein gelbes reflektierendes Dreieck-Symbol, das in der Tasche vorhanden ist, aufgeklebt. Damit kann die Gefahr auch im Schein der Taschenlampe erkannt werden. Kontaminierte Gegenstände können mit den übrigen vorhandenen Dreiecken markiert werden.

## 13

RTW

NAW, NAH, NEF

MEGUS, MLS, Katastrophen-Sets und -Fahrzeuge

Vorhaltung an weiteren  
Orten

## Vorhaltung der PLS-Taschen

Patientenleittaschen sollen in folgenden Mindeststückzahlen einsatzbereit gehalten werden:

- 10 Taschen auf jedem RTW
- 25 Taschen auf jedem NAW, NAH und NEF
- 200 Taschen in jedem MEGUS (medizinisches Großunfall-Set), auf jeder Mobilien Leitstelle (MLS) sowie in Katastrophenmaterial-Sets und -Fahrzeugen

Eine weitergehende Verteilung auf Fahrzeuge, die rasch am Einsatzort eintreffen, ist möglich. Sie muß aber mit den die Patientenleittaschen bzw. deren Numerierung verwaltenden Organisationen abgesprochen werden.

# Einsatz der Taschen im Alltag

Die PLS-Taschen sollen auch im Alltag bei Unfällen (Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle usw.) mit mehreren Verletzten verwendet werden. Damit erhalten die Notärzte und das übrige Rettungspersonal Routine im Umgang mit diesem System und die Krankenhäuser werden ebenfalls damit vertraut.

14

Einsatz bei Unfällen im  
Alltag

# Das PLS im Krankenhaus

Werden Patienten mit PLS-Taschen ins Krankenhaus eingeliefert, ist ihnen diese zu belassen, bis die Primärversorgung inkl. operative Stabilisierung erfolgt und der Patient auf einer Intensiv- oder Normalstation aufgenommen worden ist. Die in den Taschen vorhandenen Etiketten sind nützlich zur Kennzeichnung verschiedener dem Patienten zuzuordnender Gegenstände und Befunde.

Es ist empfehlenswert, auch an der Notfallpforte eine Anzahl PLS-Taschen vorrätig zu halten, um unbekannte Patienten, die ohne Taschen eingeliefert werden, zu kennzeichnen. Im Krankenhaus hat sich die derartige Kennzeichnung im Alltag bei unbekanntem Einzelpatienten bereits bewährt.

15

Handhabung des PLS  
im Krankenhaus

Zuordnung von Befunden  
und Gegenständen

PLS-Vorrat bei der  
Notfallaufnahme

# Schulung

Notärzte, Amtsärzte, Rettungspersonal und Spitalspersonal sowie weiteres Personal, das mit dem PLS konfrontiert werden kann, sind über das System und dessen Handhabung zu unterrichten und in regelmäßigen Abständen zu üben.

16

Schulung Ärzte, Rettungs-  
und Spitalspersonal

Ausbildung

Das Patientenleitsystem und dessen Verwendung muß Bestandteil der Ausbildung von medizinischem Personal (Notarzt-Kurs, Krankenpflege-Schule usw.) sein.

Verwendung bei Übungen

Bei Großunfall- und Katastrophen-Übungen sind die im Dienst befindlichen normalen und nummerierten Taschen einzusetzen.

Routine durch  
Verwendung im Alltag

Durch den Einsatz des PLS im Alltag (siehe Ziffer 14, *Einsatz der Taschen im Alltag*) erhalten das Rettungs- als auch das Krankenhaus-Personal Routine im Umgang mit den Taschen.

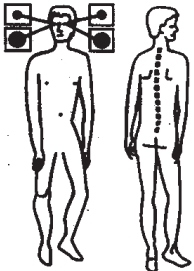
**DIAGNOSE**

**Bewußtsein**  
ok

**Atmung**  
ok

**Kreislauf**  
ok

1 RK 18 4567



**TRIAGE**

Therapie	Trsportpriorität	Warten
I	IIa IIb	III IV

Arzt (Dienstnr.): \_\_\_\_\_

Therapie	Trsportpriorität	Warten
I	IIa IIb	III IV

Arzt (Dienstnr.): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

---

**H** Abriß für Zielspital 1 RK 18 4567

**H** \_\_\_\_\_ ABT: \_\_\_\_\_





---

**H** vor Abtransport abgeben! 1 RK 18 4567

**H** \_\_\_\_\_ ABT: \_\_\_\_\_

lr. \_\_\_\_\_

x

<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub>		
<input type="checkbox"/> Intubation		
<input type="checkbox"/> Beatmung		
<input type="checkbox"/> Pleuradrainage	<input type="checkbox"/> rechts	
	<input type="checkbox"/> links	
-----		
<input type="checkbox"/> Blutstillung		
<input type="checkbox"/> Infusion		
-----		
Medikamente		
-----		
<input type="checkbox"/> Ruhigstellung		
<input type="checkbox"/> Dekontamination		
-----		
<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	
<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	
-----		
ABT: .....	Trp.Mittel .....	

THERAPIE

DURCHFÜHRUNGSBESTÄTIGUNG

Abriß für Zielspital      Ankunft: 9 .....

Zur Weiterversorgung ad:

Name: .....

Abriß für SanHiSt

Vermerke:

Name: .....

# Zuordnung der Nummern und Buchstaben

0	Bund
1	Burgenland
2	Wien
3	Niederösterreich
4	Oberösterreich
5	Steiermark
6	Tirol
7	Kärnten
8	Salzburg
9	Vorarlberg

AS	Arbeiter-Samariter-Bund
BH	Bundesheer
CH	Hubschrauberrettung «CHRISTOPHORUS» (ÖAMTC)
FW	Feuerwehr
HM	Hubschrauber-Rettung «MARTIN» (BMI)
JU	Johanniter Unfallhilfe
KH	Krankenhaus
MA	Malteser
ÖB	Österreichische Bundesbahnen
RK	Österreichisches Rotes Kreuz
WR	Wiener Rettung

**Weitere Buchstabenkombinationen nach Genehmigung bzw. Vergabe durch die Gruppe «Koordination der Sicherheitspolitik und des Krisenmanagements» im Bundeskanzleramt.**

## Anhang 2

Bundesland

Organisation

# Anhang 2

Seite 2

Bezirke /  
Städte

Seriennummer am Beispiel der Einteilung beim Österreichischen Roten Kreuz

## Burgenland

01	Eisenstadt
02	Neusiedl am See
03	Mattersburg
04	Oberpullendorf
05	Oberwart
06	Güssing
07	Jennersdorf

## Wien

01	Wien
----	------

## Niederösterreich

01	Amstetten
02	Baden
03	Bruck an der Leitha
04	Gänserndorf
05	Gmünd
06	Klosterneuburg
07	Hollabrunn
08	Horn
09	Korneuburg
10	–
11	Lilienfeld
12	Melk
13	Mistelbach
14	Mödling
15	Neunkirchen
16	Purkersdorf
17	–
18	Scheibbs
20	Waidhofen an der Thaya
21	–
22	Zwettl

23	St. Pölten
24	Wiener Neustadt
25	Krems an der Donau
26	Waidhofen an der Ybbs
27	Schwechat

## Oberösterreich

00	Braunau im Inn
01	Eferding
02	Freistadt
03	Gmunden
04	Grieskirchen
05	Kirchdorf an der Krems
06	Linz Land
07	Perg
08	Ried am Innkreis
09	Rohrbach im Mühlkreis
10	Schärding
11	Steyr Land
12	Linz Stadt
13	Vöcklabruck
14	–
15	Steyr Stadt
16	Wels

## Steiermark

01	Bruck an der Mur
02	Deutschlandsberg
03	Eisenerz
04	Feldbach
05	Fürstenfeld
06	Graz Land
07	Graz Stadt







## Notizen





## Notizen

