

Zusammenarbeit von Feuerwehr und Rettungswesen – Begriffe und Definitionen zur Raumordnung

Von Dr. René Mühlberger, Branddirektor, Leiter der Staatlichen Feuerweherschule Geretsried

1 Fachsprache im Einsatz

Neben der Leitung der eigenen Kräfte ist für den Einsatzleiter der Feuerwehr die organisationsübergreifende Zusammenarbeit mit Polizei, Rettungswesen und dem Technischen Hilfswerk sowie mit Vertretern von Sicherheits- oder Fachbehörden eine besondere Aufgabenstellung.

Voraussetzung für einen gemeinsamen Einsatzerfolg aller beteiligten und mit unterschiedlichen Zuständigkeiten betrauten Organisationen und Behörden ist ein adäquater Austausch von Informationen zur richtigen Zeit mit den richtigen Beteiligten und den richtigen Inhalten.

Voraussetzung für eine reibungslose Kommunikation und ein gemeinsames Gedankenmodell ist dabei eine eindeutige und unmissverständliche Sprache. Verständigungshürden technischer Natur sollen hier nicht vertieft werden. Im vorliegenden Beitrag steht die Fachsprache des Rettungswesens zur Beschreibung einer typischen Raumordnung zur logistischen Unterstützung, zur Versorgung oder zur Betreuung im Mittelpunkt der Betrachtung. Manche Definitionen finden auch bei der Feuerwehr im gleichen Sinne Verwendung, wie der Bereitstellungsraum. Es gibt aber auch spezielle Begriffe des Rettungswesens zur Ordnung der Einsatzstelle, wie beispielsweise der Rettungsmittelhalteplatz, deren Bedeutung hier näher vorgestellt werden soll.

Eingangs gilt es noch ein paar allgemeine Begriffe und Konzepte zur Einsatzstelle und zu Notfallpatienten zu erläutern.

Die besondere Raumordnung nach der „Handlungskonzeption für die Bewältigung lebensbedrohlicher

Einsatzlagen durch die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr“ bleibt in den folgenden Ausführungen außer Betracht.

2 Gliederung der Einsatzstelle

Die Einsatzstelle umfasst den **Gefahrenbereich** als Kernzone des Schadensereignisses mit den erforderlichen Abwehrmaßnahmen und den **Absperrbereich** als Aufstell-, Bewegungs- und Bereitstellungsfläche. Im Gefahrenbereich werden Leben, Gesundheit, Umwelt oder Sachen durch Atemgifte, ABC-Gefahren, Brandausbreitung oder die Einwirkung mechanischer Kräfte – beispielsweise nach Unfällen – bedroht. Einsatzkräfte von Feuerwehr und Rettungswesen werden in diesem Bereich mit den erforderlichen spezifischen Geräten (zur Brandbekämpfung, technischen oder medizinischen Rettung) und einer wirksamen persönlichen Schutzausrüstung tätig. Weitere Voraussetzungen sind eine entsprechende Ausbildung, zum Beispiel als Atemschutzgeräteträger, und ein vertretbares Risiko hinsichtlich der Gefährdung der Einsatzkräfte.

Bei Brandereignissen ist die Grenze zwischen Gefahren- und Absperrbereich oft nicht klar erkennbar. Trümmerschatten, Rauchgrenze oder ein Gebäudeeingang bieten Anhaltspunkte, stellen aber keine durchgängige und eine Fläche umschließende Barriere zwischen Gefahren- und Absperrbereich dar. Bei einer ABC-Lage ist eine gut sichtbare und unpassierbare Grenze zum Gefahrenbereich wesentliche Grundlage für beispielsweise das Dekontaminationskonzept. Der Gefahrenbereich wird an definierter Stelle in der erforderlichen Körperschutz-Form betreten und über einen adäquaten Dekontaminationsplatz wieder verlassen. Dafür ist eine klar

erkennbare Abtrennung des Gefahrenbereichs zwingend erforderlich.

Für einen reibungsfreien Einsatzablauf ist auch die Sicherung des Absperrbereichs, der an den Gefahrenbereich angrenzt, gegenüber der außerhalb liegenden - quasi neutralen - Zone an allen Einsatzstellen eine obligatorische Maßnahme. Somit wird eine Abtrennung vom öffentlichen Verkehrsraum mit dem Straßen- oder Schienenverkehr oder Passanten erreicht.

Im Einsatzfall gilt es nun, diese Bereiche rasch festzulegen und einzurichten, also – soweit erforderlich – mit Absperrmaterial und personeller Besetzung zu versehen. Im Verlauf eines Einsatzes kann eine Anpassung dieser Grenzen erforderlich sein, weil sich Gefahren weiter ausbreiten oder aber sich die Lage aufgrund der Abwehrmaßnahmen entspannt. Neben der Sicherung dieser Bereiche ist also auch eine regelmäßige Überprüfung, bei ABC-Lagen beispielsweise durch Mess- und Nachweisteknik, geboten.

3 Sichtungskategorien

Überschreiten Schadensereignisse eine gewisse Größenordnung, reichen die nach der ersten Alarmierung schnell verfügbaren Einsatzkräfte nicht mehr aus. In der Zeit bis zum Nachziehen ausreichender Ressourcen liegt eine Mangellage vor. Einsätze mit dieser Randbedingung und einer Vielzahl an Verletzten werden als Massenansturm von Verletzten (MANV) oder, in der aktuellen Formulierung, als Massenfall von Notfallpatienten und Betroffenen bezeichnet. Der Notfallpatient kann ein Verletzter (Trauma) aber auch ein Erkrankter (beispielsweise Infizierter) sein. Ein Betroffener ist eine physisch unverletzte Person, die aber durch ein Schadensereignis bedroht wird oder psychisch geschädigt wur-

de. Daraus resultiert gegebenenfalls ein (psychischer) Betreuungsbedarf mit der Bereitstellung von Verpflegung, Kleidung, Unterbringung oder einer psychosozialen Notfallversorgung.

Um die knappen rettungsdienstlichen Kapazitäten optimal zum Einsatz bringen zu können, ist im ersten Schritt eine zügige, aber auch aussagekräftige Analyse der Notfallpatienten erforderlich. Dies geschieht anhand eines Algorithmus im Rahmen einer **Vorsichtung** durch **nicht**ärztliches oder einer Sichtung durch ärztliches Personal. Es geht dabei um eine Priorisierung nach Behandlungsdringlichkeit und der Festlegung von Transportprioritäten. Als Ergebnis wird eine Einteilung der Beteiligten am Unglücksort in drei verschiedene Sichtungskategorien (SK), Tote und Betroffene (Tabelle 1) erhalten. Ein zentrales Ziel ist der möglichst rasche Abtransport der roten Notfallpatienten (SK I).

Tabelle 1: Einteilung der Beteiligten einer Schadenslage in die Sichtungskategorien für Notfallpatienten, Tote und Betroffene.

Kategorie	Farbcode	Bezeichnung
SK I	Rot	Vital bedroht
SK II	Gelb	Schwer verletzt
SK III	Grün	Leicht verletzt
Tot	Schwarz	Exitus letalis
Betroffen	Ohne Farbe	Unverletzt

4 Raumordnung zur logistischen Unterstützung

Nicht alle an einer Einsatzstelle befindlichen Kräfte müssen unmittelbar nach dem Eintreffen umgehend einen Auftrag erhalten. Es können vor einem Einsatzauftrag weitere Erkundungsmaßnahmen erforderlich oder sogar eine gezielte Reservenbildung geplant sein. Der Parkraum für die zwischenzeitlich vorgehaltenen Kräfte bezeichnet man als einen **Bereitstellungsraum**. Die DIN 13050 beschreibt ihn als Stelle, an der Einsatzkräfte und Einsatzmittel für den unmittelbaren Einsatz gesammelt, gegliedert und bereitgestellt oder in Reserve gehalten werden, nach der FwDV 100 ist er ein Ort an der Einsatzstelle, an dem noch nicht eingesetztes Personal und Material in Bereitschaft steht.



Kriterien unterschieden werden, beispielsweise nach den beteiligten Einsatzorganisationen getrennt nach Feuerwehr, Rettungs-, Sanitäts- und Betreuungsdienst oder Technischem Hilfswerk. Entscheidender ist aber die vermutliche Verweildauer der Einheiten am Bereitstellungsraum. Geht es nur um einen kurzen Halt bis zum Ende der ersten Erkundung oder um einen Parkplatz für Ablöse- oder Reservekräfte bis hin zu einem Feldlager für Einsatzkräfte und -mittel mit Einrichtungen zur Verpflegung, Übernachtung und Instandsetzung. Zum Betrieb eines Bereitstellungsraums ist zudem ein Meldekopf mit Führungsmitteln erforderlich.



Ein **Verfügungsraum** ist ein Sonderfall im Sinne eines vorläufigen Bereitstellungsraums. Er wird im Zuge der Erstalarmierung für ein größeres Schadensereignis durch die zuständige **Integrierte Leitstelle** festgelegt und den anrückenden Kräften auf geeignete Weise (Alarmschreiben, Funk) bekannt gegeben. Die Wahl des Verfügungsraums soll der späteren Raumordnung durch die Einsatzleitung nicht vorgreifen oder diese beeinträchtigen. Durch die schnelle Bekanntgabe eines Verfügungsraums wird aber eine Blockade des unmittelbaren Schadensortes durch ziellos anfahrende Kräfte vermieden. Zudem benötigt auch die jeweilige Führungs- und Leitungsebene Entwicklungs- und Erkundungszeit bis zur Festlegung eines Bereitstellungsraums. Wird der Verfügungsraum durch die Einsatzleitung übernommen, wird er zum Bereitstellungsraum. Bereitstellungsräume werden idealerweise auch schon im Rahmen von Einsatz- oder Notfallplänen im Vorfeld festgelegt.



Zum raschen Transport von Notfallpatienten auch in weiter entfernte liegende Krankenhäuser kommt den Luftrettungsmitteln eine besondere Bedeutung zu, insbesondere bei einem Massenansturm von

Bereitstellungsräume können nach verschiedenen

Notfallpatienten. An der Einsatzstelle ist dafür ein **Bereitstellungsraum Luft** einzurichten und zu betreiben. Bei großen (Berg-)Waldbränden kann für die Brandbekämpfung aus der Luft ebenfalls ein Bereitstellungsraum Luft, begleitet von Flughelfern der Feuerwehr, erforderlich sein. An einen Bereitstellungsraum Luft sind ganz bestimmte Anforderungen bezüglich seiner Größe und Umgebung (hohe Bauwerke, Masten, Einsehbarkeit von oben) zu stellen. Die Fläche muss für die ungehinderte Landung und den Start mehrerer Hubschrauber ausgelegt sein. Der erste eintreffende Luftrettungsmittelführer koordiniert den Luftverkehr.

5 Raumordnung zur Versorgung und Betreuung

Zur **Versorgung**, also der medizinischen Intervention am Notfallpatienten, kommt folgende Raumordnung in Betracht.

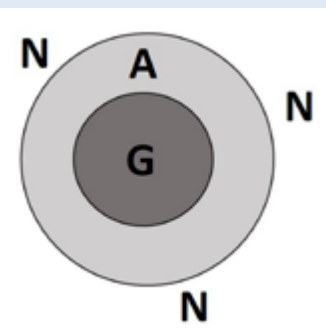
Vom Gefahrenbereich ausgehend zum Absperrbereich folgt mindestens eine Stelle, an der die Übergabe zwischen der technischen und der medizinischen Rettung erfolgt, dem **Übergabepunkt**. Die genaue Örtlichkeit ergibt sich aus den Gefahren an der Einsatzstelle und deren Wirkradius, den Schutzmöglichkeiten und den Ressourcen zur technischen und medizinischen Rettung sowie aus den medizinischen Notwendigkeiten. Es kann erforderlich sein, dass Sichtung/Vorsichtung und lebensrettende Handgriffe in räumlicher Nähe oder auch zeitgleich zur technischen Rettung stattfinden.

Daran schließt sich die **Patientenablage** an, eine Stelle, an der Grenze des Gefahrenbereiches, an der Verletzte oder Erkrankte gesammelt und, soweit möglich erstversorgt werden und an der sie zum Transport an einen Behandlungsplatz oder weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen übergeben werden (DIN 13050). In der Regel fallen Übergabepunkt und Patientenablage örtlich zusammen.



Die Patientenablage ist grundsätzlich die erste Zone, in der Verletzte oder Erkrankte medizinisch erstversorgt und –

Abbildung 1: Die Einsatzstelle gliedert sich in den Gefahrenbereich G und den Absperrbereich A sowie eine außerhalb liegende neutrale Zone N des öffentlichen Verkehrsraums oder privater Flächen.



wenn möglich – gesichtet werden. Es gilt zwei Arten zu unterscheiden: **Spontane Patientenablage:** durch Selbst- oder Laienrettung faktisch geschaffene Ablagen, die nicht nach taktischen Gesichtspunkten gewählt wurden.

Strukturierte Patientenablage: gezielt eingerichtete Ablagen zur lebensrettenden Minimalversorgung, zur Sichtung und zum weiteren Transport in eine Klinik oder zu nachgeordneten Strukturen im Einsatzraum. Spontane Patientenablagen sind darauf zu prüfen, ob sie am Ort strukturiert werden können oder an eine andere Stelle verlegt werden müssen.

Von der Patientenablage aus werden die Patienten in eine geeignete Behandlungseinrichtung oder zu einem Behandlungsplatz transportiert.



Ein **Behandlungsplatz 50 (BHP 50)** ist eine Einrichtung mit einer vorgegebenen Struktur, in der Verletzte und/

oder Erkrankte nach einer Sichtung notfallmedizinisch versorgt werden. Von dort erfolgt der Transport in weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen. Ein Behandlungsplatz wird errichtet, wenn nicht ausreichend Transportmittel oder Kapazitäten in geeigneten Behandlungseinrichtungen – sprich Krankenhäusern – zur Verfügung stehen. Der Behandlungsplatz ist auf eine notfallmedizinische Behandlung bis zum Transport ausgerichtet. Großer Vorteil ist die Konzentration von Personal und Kräften an einem Ort. Notfallpatienten können zentral registriert werden. An den Behandlungsplatz schließt sich räumlich die Transportorganisation an.

Die taktische Einheit zum Betrieb eines Behandlungsplatzes besteht unter anderem aus einem Führungstrup, vier SEG¹ Behandlung, einem Gerätewagen San 50, einer SEG Information und Kommunikation, einer SEG Technik und Sicherheit und sechs Ärzten und ist neben Transporteinheiten für die Notfallpatienten und Versorgungseinheiten für die Einsatzkräfte in einem Sanitätshilfeleistungskontingents Standard des Sanitäts- und Betreuungsdienstes enthalten. Damit können 50

Notfallpatienten mit der Verteilung 20 SK I, 10 SK II und 20 SK III pro Stunde erstversorgt, behandelt und transportfähig gemacht werden, daher auch die Bezeichnung BHP 50. Es gilt also die Betriebsstruktur oder den Raum Behandlungsplatz an der Einsatzstelle von der taktischen Einheit BHP 50 begrifflich zu unterscheiden.

Für die Praxis sei angemerkt, dass Einrichtung und Betrieb eines Behandlungsplatzes 50 in einer Ad-hoc-Lage allein aus zeitlichen Erwägungen schwierig ist. Die zum Schadensort nächstgelegenen Einheiten werden vordringlich zur Einrichtung von Patientenablagen und zum raschen Abtransport roter Patienten eingesetzt. Einheiten zum Betrieb eines BHP 50 wären überörtlich mit entsprechender Vorlaufzeit heranzuführen. Zur temporären Aufnahme von Patienten der Sichtungskategorie II und III könnte die Struktur dennoch hilfreich sein. Alternativ können aber auch Patientenablagen nach Notwendigkeit für diesen Zweck verstärkt werden.

Gerade für die roten Notfallpatienten (SK I) wird in der Regel ein Abtransport aus der Patientenablage in eine geeignete Behandlungseinrichtung anzustreben sein. Neben dem Kriterium akute, vitale Bedrohung ist von einem Sichtungsarzt dazu eine Transportpriorität im Sinne einer Reihenfolge festzulegen.



Der Weg aus der Patientenablage oder dem Behandlungsplatz führt über eine **Transportorganisation**. Ein zentraler Bestandteil davon ist der **Rettungsmittelhalteplatz**, an dem Rettungsmittel gesammelt und für den Transport von Patienten abgerufen zu werden. Der Rettungsmittelhalteplatz kann als eine Sonderform des Bereitstellungsraums für Einheiten des Rettungs-, Sanitäts- und Betreuungsdienstes verstanden werden, die dort zur sofortigen Abzurückbarkeit halten und nicht parken. Die Fahrzeuge sind besetzt, über Funk erreichbar und jederzeit abfahrtsbereit. Idealerweise werden die Fahrzeuge nach Typen (NAW, RTW, KTW, KTW-B)² sortiert aufgestellt. Der Rettungsmittelhalteplatz sollte

räumlich günstig zu vorhandenen Patientenablagen oder Behandlungsplätzen eingerichtet werden. In der Ladezone erfolgt die Zusammenführung von Notfallpatient und Rettungsmittel.

Zur **Betreuung** von Betroffenen wird zwischen Anlaufstelle, Betreuungsstelle, Behandlungsplatz oder Notunterkunft unterschieden.



Die **Anlaufstelle** ist ein Platz oder eine Einrichtung, von der aus der Weitertransport der Betroffenen zu einer Betreuungsstelle erfolgt. Die Anlaufstelle dient dem Auffangen der Betroffenen, also auch einem aktiven Einsammeln, um Raum für Maßnahmen zur Rettung und Versorgung der Notfallpatienten zu schaffen. Die Anlaufstelle kann mobil oder ortsfest eingerichtet werden. Als Planungsansatz kann mit einem Betreuungstrup von 50 Betroffenen pro Stunde ausgegangen werden, die eine Anlaufstelle betreuen kann. Sie ist für die Hilfesuchenden eindeutig zu kennzeichnen. Neben der Information über weitere Maßnahmen können Bedürfnisse und Erwartungen der Betroffenen erhoben werden. Einsatzkräfte begleiten die Verlegung zu einer Betreuungsstelle.



Die **Betreuungsstelle** ist eine feste Örtlichkeit oder in Zelten untergebrachte Einrichtung, in der Betroffene sozial betreut und gepflegt werden können. Die Betreuungsstelle kann eine Vorstufe zum Behandlungsplatz sein. An ihr werden Parkmöglichkeiten und Aufenthaltsbereiche zur Verfügung gestellt. Die Betroffenen können informiert und registriert sowie bei Bedarf auch sanitätsdienstlich versorgt werden. Ganz wesentlich ist auch die Bereitstellung einer psychosozialen Notfallversorgung sowie die Ausgabe von Kalt- und Warmverpflegung und Getränken, je nach Witterung und Tageszeit.

Als Planungsgröße kann von 200 zu Betreuenden in einer Betreuungsstelle ausgegangen werden. Betrieben wird diese durch eine SEG Betreuung, eine SEG Verpflegung sowie eine SEG Technik und Sicherheit. Eine Mischung von Betroffenen

und Einsatzkräften in einer Betreuungsstelle ist nach Möglichkeit zu vermeiden.



Der **Betreuungsplatz 500 (BTP 500)** ist ein Raum an der Einsatzstelle, an dem bis zu 500 Betroffene sozial betreut, gepflegt und vorübergehend untergebracht werden können. Eingerichtet und betrieben wird ein Behandlungsplatz dieser Größenordnung durch ein Hilfeleistungskontingents Betreuung.

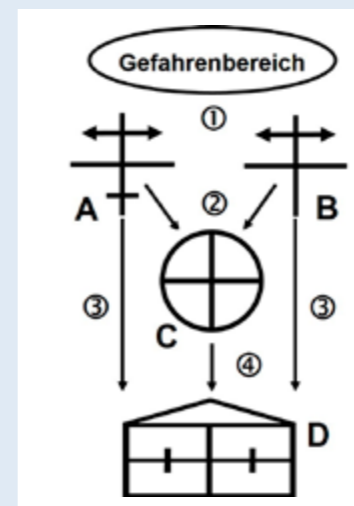


Die **Notunterkunft** ist eine Struktur der Übergangshilfe und bietet Betroffenen insbesondere nach einer Evakuierung provisorischen Wohnraum. Dabei sind möglichst Standards anzusetzen, die sich einer üblichen Lebensführung annähern. Bei einer möglichen Dauer von Tagen und Wochen ergibt sich die Notwendigkeit, Betroffene ihren Bedürfnissen entsprechend unterzubringen. Notunterkünfte werden erst nach ihrer Fertigstellung in Betrieb genommen. Daher ist der Strom der Betroffenen über Anlaufstellen, Betreuungsstellen und möglicherweise über Behandlungsplätze bis hin zu den Notunterkünften zu kanalisieren.

6 Zusammenfassung

In zwei schematischen Darstellungen soll abschließend ein musterhafter Transportweg über die zuvor beschriebenen Bereiche einer Einsatzstelle bei einem Massenansturm von Notfallpatienten oder Betroffenen beschrieben werden. Es müssen dabei nicht alle Stationen zwingend durchlaufen werden.

Wege der Notfallpatienten



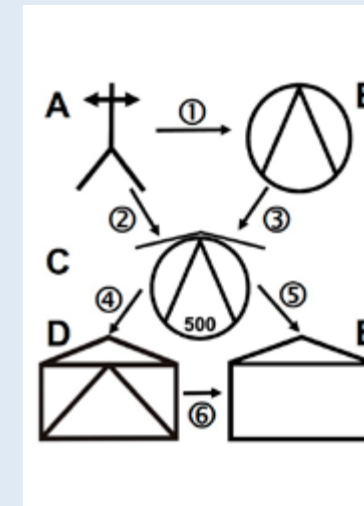
① Die Erkrankten oder Verletzten werden aus dem Gefahrenbereich zu einer oder mehreren Patientenablagen A (mit Arzt) oder B (ohne Arzt) verbracht.

Je nach Befund (Vorsichtung/Sichtung) wird der Notfallpatient ② an eine nachgeordnete Struktur C (Behandlungsplatz, denkbar ist auch eine verstärkte Patientenablage) im Einsatzraum oder ③ sofort – was bevorzugt für SK I-Patienten gilt – in ein geeignetes Krankenhaus D verlegt.

Die Notfallpatienten mit höherer Sichtungskategorie (SK II, SK III) oder niedrigerer Transportpriorität, verbleiben bis zum Abtransport für die weitere medizinische Versorgung an der Patientenablage oder werden zu einem Behandlungsplatz C transportiert.

④ Nach der weitergehenden Versorgung erfolgt der Transport der Notfallpatienten nach Transportpriorität in ein geeignetes Krankenhaus D.

Wege der Betroffenen



① An der Anlaufstelle A werden die Betroffenen aus dem Schadensgebiet gesammelt und von Einsatzkräften weiter zu einer Betreuungsstelle B geleitet.

② Wird im weiteren Einsatzverlauf ein Behandlungsplatz 500 C eingerichtet, können Hilfesuchende auch direkt dorthin verbracht werden. Die Betreuungsstelle B dient als Vorstufe zum Behandlungsplatz 500, dessen Einrichtung einer gewissen Vorlaufzeit bedarf.

③ Ist der Behandlungsplatz 500 eingerichtet und betriebsbereit, können die Betroffenen dorthin verbracht werden.

④ Für eine längere Unterbringung sind geeignete Notunterkünfte D bereitzustellen (über die Gemeinde oder Kreisverwaltungsbehörde).

⑤ / ⑥ Abschließend erfolgt die Rückführung in die eigene Wohnung oder in eine langfristige Ersatzwohnung E.

7 Literaturverzeichnis

- Feuerwehrdienstvorschrift/Dienstvorschrift 100 Führung und Leitung im Einsatz.
- DIN 13050 Begriffe im Rettungswesen.
- Richtlinie zur Bewältigung von Ereignissen mit einem Massenansturm von Notfallpatienten und Betroffenen.
- Planungsrichtlinien für die Aufstellung von Hilfeleistungskontingents im Sanitäts- und Betreuungsdienst zur überregionalen bzw. länder- und staatenübergreifenden Katastrophenhilfe.
- Empfehlungen für Taktische Zeichen im Bevölkerungsschutz der Ständigen Konferenz für Katastrophenvorsorge und Bevölkerungsschutz, Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.

¹ SEG = Schnelleinsatzgruppe

² Notarztwagen, Rettungswagen, Krankentransportwagen