



Lernunterlage B3-401

Begrifflichkeiten im Rettungsdienst

Dezernat B3: Verbandsführer, ABC-Schutz und Medizinische Rettung

Ausgabe Dezember 2024

20 Seiten

Inhalt

Diese Lernunterlage greift wichtige Begriffe des Rettungsdienstes auf und erläutert sie. Dabei kann die Lernunterlage als Nachschlagewerk, begleitend zum Unterricht oder zur Vertiefung dienen.

Urheberrecht

© IdF NRW, Münster 2024, alle Rechte vorbehalten.

Die vorliegende Lernunterlage darf, auch auszugsweise, ohne die schriftliche Genehmigung des IdF NRW nicht reproduziert, übertragen, umgeschrieben, auf Datenträger gespeichert oder in eine andere Sprache bzw. Computersprache übersetzt werden, weder in mechanischer, elektronischer, magnetischer, optischer, chemischer oder manueller Form.

Der Vervielfältigung für die Verwendung bei Ausbildungen von Einheiten des Brand- und Katastrophenschutzes des Landes Nordrhein-Westfalen wird zugestimmt.



Anmerkung

Eine Schreibweise, die beiden Geschlechtern gleichermaßen gerecht wird, wäre sehr angenehm. Da aber entsprechende neuere Schreibweisen in der Regel zu großen Einschränkungen der Lesbarkeit führen, wurde darauf verzichtet. So gilt für die gesamte Lernunterlage, dass die maskuline Form, wenn nicht ausdrücklich anders benannt, für beide Geschlechter gilt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	4
2	Begrifflichkeiten der medizinischen Rettung.....	5
2.1	Behandlungsplatz 50 NRW.....	5
2.2	Behandlungsplatz	6
2.3	Bereitstellungsraum	6
2.4	Eingeklemmte Person.....	6
2.5	Eingeschlossene Person	7
2.6	Einsatzeinheit NRW	7
2.7	Erstversorgung	8
2.8	Krankenkraftwagen.....	8
2.9	Kritischer Patient.....	9
2.10	Ladezone.....	10
2.11	Lebensrettende Sofortmaßnahmen.....	10
2.12	Leitender Notarzt	10
2.13	Organisatorischer Leiter Rettungsdienst	11
2.14	Patientenablage.....	11
2.15	Priorisierung	12
2.16	Rettungsmittel.....	13
2.17	Rettungsmittelhalteplatz.....	13
2.18	Sammelraum	13
2.19	Schnelleinsatzgruppe	14
2.20	Schnelle (zeitkontrollierte) Rettung	14
2.21	Sichtung	15
2.22	Sichtungskategorie	15
2.23	Sofortrettung.....	16
2.24	Soforttransport	16
2.25	Übergabepunkt / Übergabestelle	17
2.26	ÜMANV-S-Komponente.....	17
2.27	Verletzenablage.....	18
2.28	Vorsichtung.....	18
I	Literaturverzeichnis.....	20

1 Einleitung

Zur Sicherstellung einer reibungslosen Kommunikation aller Einsatzkräfte ist es unerlässlich, einheitliche Begrifflichkeiten zu verwenden. Dies gilt insbesondere in Situationen, in denen von einem allgemein erhöhten Stressniveau auszugehen ist, wie es bei einem MANV häufig der Fall sein wird. Während ein Teil dieser Begrifflichkeiten beispielsweise in Normen und Dienstvorschriften (z. B. DIN 14011, 13050, FwDVen 1, 2, 3, 100 etc.) bereits definiert ist und damit eine einheitliche und gemeinsame Grundlage liefert, werden andere, nicht dort definierte Begriffe, gegebenenfalls von unterschiedlichen Aufgabenträgern auch unterschiedlich verstanden.

Ziel dieser Unterlage ist es, mögliche Missverständnisse während der Ausbildung und vor allem im Einsatz vorzubeugen, indem diese Begriffe im Folgenden definiert werden. Sollte eine reine Definition nicht ausreichen, so werden zusätzliche Informationen ergänzt. Die definierten Begriffe sind in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

2 Begrifflichkeiten der medizinischen Rettung

2.1 Behandlungsplatz 50 NRW

Der Behandlungsplatz 50 NRW (BHP 50 NRW) ist ein zeitlich begrenzt autarker, notarztbesetzter sanitätsdienstlicher Verband in Bereitschaftsstärke zur notfallmedizinischen Versorgung einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker. Zu seinen Aufgaben gehört es auch, eine Dokumentation über Aufnahme und Transport der Patienten durchzuführen. Der BHP 50 NRW kommt im Rahmen der überörtlichen Hilfeleistung in den Einsatz. Sein Einsatz kann ebenso im Rahmen einer vorgeplanten Bereitstellung oder zur Unterstützung der örtlichen Gefahrenabwehr bei Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker (oberhalb der Vorplanungen nach § 7 Abs. 4 RettG NRW bzw. §§ 3 Abs. 6 sowie 18 Entwurf RettG NRW) erfolgen. [1]

Der BHP 50 NRW ist in der Regel ca. 45 Minuten (isoliert betrachtete Aufbauzeit) nach dem Eintreffen an der für den Aufbau des BHP vorgesehenen Stelle vollständig betriebsbereit. Er hat eine Kapazität zur Aufnahme und Versorgung von mindestens 50 Patienten in zwei Stunden. Dabei wird von einem Verteilungsschlüssel 20% SK I (rot), 30% SK II (gelb) und 50% SK III (grün) ausgegangen. Die SK IV (blau) ist hierbei rechnerisch in der SK I (rot) bereits mit enthalten.

Der BHP 50 NRW kann nach Herstellung der vollen Betriebsbereitschaft seine Aufgabe über einen Zeitraum von 4 Stunden für bis zu 100 Patienten ohne eine zusätzliche externe Versorgung erfüllen. Hierzu verfügt der BHP 50 NRW über eine ausreichende Ausstattung mit Betriebsstoffen und Versorgungsgütern (Verpflegung für Einsatzkräfte und Patienten sowie medizinisches Verbrauchsmaterial für 100 Patienten).

Der Platzbedarf beträgt ca. 2.000 m² und die Anzahl der Fahrzeuge kann bis zu 30 betragen.

Ein Behandlungsplatz nach dem Konzept BHP 50 NRW wird vermutlich allein schon deshalb nicht aus einer in Betrieb befindlichen [Patientenablage](#) aufwachsen können, weil die erforderlichen Flächen an einer Patientenablage nur in den seltensten Fällen zur Verfügung stehen werden. Hinzu kommt, dass ein BHP 50 NRW konzeptionell als eine Einheit der überörtlichen Hilfe verstanden wird und das Zusammenführen zweier unterschiedlicher Detailkonzepte im laufenden Einsatz mit erheblichen Schwierigkeiten und Reibungsverlusten verbunden wäre.

Der BHP 50 NRW ist insbesondere für den Einsatz in Katastrophen, bei außergewöhnlichen Schadensereignissen und besonderen Lagen vorgesehen, wobei er die bereits vorhandenen Einsatzstrukturen und die im Einsatz befindlichen Kräfte ergänzen, ersetzen und/oder ablösen kann. Die Form der Einbindung und Nutzung der Fähigkeiten obliegt der örtlich zuständigen Einsatzleitung.

2.2 Behandlungsplatz

Behandlungsplatz

Einrichtung mit einer vorgegebenen Struktur, an der Verletzte/Erkrankte nach Sichtung notfallmedizinisch versorgt werden und von der der Transport in weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen erfolgt. [2]

Der Behandlungsplatz wird in NRW gern mit dem im Landeskonzept „[BHP 50 NRW](#)“ beschriebenen Konstrukt gleichgesetzt, was aber von der Begriffsdefinition der DIN 13050 her nicht korrekt ist.

Üblicherweise ist hiermit eine vorbereitete, behelfsmäßige Versorgungseinrichtung, beispielsweise im Rahmen des Sanitätswachdienstes von Großveranstaltungen, gemeint.

Im Rahmen eines Einsatzes wird ein Behandlungsplatz häufig dann errichtet, wenn nicht ausreichend Transportmittel oder Kapazitäten in geeigneten Behandlungseinrichtungen zur Verfügung stehen. Der Behandlungsplatz ist auf eine notfallmedizinische Behandlung bis zum Transport ausgerichtet und bewirkt dann die Konzentration von Personal und Kräften, die Zentrale Registrierung und Versorgung von Patienten sowie die Pufferung der Aufnahme in Krankenhäuser.

2.3 Bereitstellungsraum

Bereitstellungsraum

Der Bereitstellungsraum ist die Sammelbezeichnung für Orte, an denen Einsatzkräfte und Einsatzmittel für den unmittelbaren Einsatz oder vorsorglich gesammelt, gegliedert und bereitgestellt oder in Reserve gehalten werden.

[3]

Der Bereitstellungsraum (BR) ist ein unverzichtbares Mittel, um größere nachrückende Einheiten gezielt einsetzen und/oder in Reserve halten zu können. Ziel der Einrichtung eines Bereitstellungsraumes ist es, Kräfte und Mittel an einer festgelegten, meist in der Nähe des Geschehens befindlichen Stelle verfügbar zu haben, um sie kurzfristig gezielt einsetzen zu können. Organisatorisch ist ein Bereitstellungsraum an die Einsatzleitung angebunden (BR-EL); werden Einsatzabschnitte oder auch Unterabschnitte gebildet, können diese zusätzlich auch noch eigene Bereitstellungsräume haben, wenn dies zweckdienlich ist (BR-EA bzw. BR-UA).

Ein Bereitstellungsraum bedarf in der Regel einer Führung und eines Meldekopfes. Bei geringer Zahl der dort erwarteten Kräfte kann diese Aufgabe auch von einer Einzelperson, z. B. dem Einheitsführer einer dort bereitstehenden Einheit, wahrgenommen werden.

2.4 Eingeklemmte Person

eingeklemmte Person

Person, die ganz oder teilweise zwischen Gegenständen eingeklemmt ist und sich nicht selbst befreien kann. [4]

Eingeklemmte Personen stehen wegen ihrer Einklemmung mit den eingecklemmten Körperteilen in unmittelbarer Verbindung zu den sie umgebenden Strukturen. Das bedeutet, dass alle darauf übertragenen Energien, insbesondere in Form von Wärme oder Bewegung, auch auf den Körper übertragen werden können. Zudem können schon geringe Bewegungen der einklemmenden Teile möglicherweise erhebliche Schmerzen und ggf. auch weitere Schäden am Patienten verursachen.

2.5 Eingeschlossene Person

Person, die in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt ist und sich nicht selbst befreien kann. [4]

eingeschlossene Person

Eine eingeschlossene Person kann sich zwar nicht selbst aus ihrer Zwangslage befreien, steht aber in keiner unmittelbaren Verbindung mit den sie einschließenden Strukturen. Daher ist die Übertragung von Bewegungen und Vibratiorien, Wärme und Kälte etc. nicht so unmittelbar und zwingend wie bei einer [eingeklemmten Person](#). Das schafft unter Umständen deutlich größere Möglichkeiten bei der Befreiung. Beispiele für eingeschlossene Personen können Personen in einem Fahrzeug sein, deren Türen sich nicht mehr öffnen lassen oder auch Personen in Aufzügen oder anderen Räumen, die durch beliebige Umstände von innen nicht zu öffnen sind. Eingeschlossene Personen können verletzt sein, das ist aber für die Definition „Eingeschlossene Person“ keineswegs relevant. Bei nur eingeschlossenen Personen kann die Indikationsstellung für eine [Sofortrettung](#) etwas großzügiger gehalten werden als bei einer Einklemmung, da das Risiko für rettungsinduzierte Sekundärschäden hier deutlich geringer ist.

2.6 Einsatzeinheit NRW

Die Einsatzeinheit NRW (EE NRW) ist eine multifunktionale, modular oder im Verbund mit anderen Kräften einsetzbare taktische Katastrophenschutz- Einheit für die Bewältigung von sanitäts- und betreuungsdienstlichen Einsätzen. Sie ist nicht arztbesetzt und gliedert sich in die 4 Teileinheiten (TE):

Einsatzeinheit NRW

- *Führung,*
- *Sanität,*
- *Betreuung und*
- *Unterstützung. [1]*

Die Einsatzeinheit, wie sie in NRW im Jahre 1998 flächendeckend eingeführt wurden, besteht aus 33 Einsatzfunktionen.

Im örtlichen Einsatz sowie im Rahmen der überörtlichen Hilfeleistung ist eine Einbindung von Teileinheiten der Einsatzeinheit NRW möglich. Alle Teileinheiten der Einsatzeinheit NRW sind so konzipiert, dass sie ihren Einsatzauftrag unabhängig und i.d.R. ohne weitere Unterstützung durch andere Teileinheiten erfüllen können. Eine lageabhängige Heranziehung weiterer Teileinheiten oder deren Kombinationen sind zusätzlich jederzeit möglich. [1]

2.7 Erstversorgung

Erstversorgung

Erstversorgung ist die Einleitung erforderlicher medizinischer Maßnahmen bei Verletzten und Erkrankten, die dazu dienen, das Leben zu erhalten, schwere Schäden möglichst abzuwenden und den Zustand soweit möglich zu stabilisieren. Die Erstversorgung endet mit dem Beginn des Transportes in eine Behandlungseinrichtung. (Quelle: Eigene Festlegung des IdF NRW)

Die medizinischen Maßnahmen, die im Rahmen einer Erstversorgung eingeleitet werden, sind wesentlich abhängig von:

- dem Zustand des Patienten
- der Qualifikation des Helfers
- dem verfügbaren Material

Eine Erstversorgung zielt immer primär auf eine Stabilisation des Zustandes des Patienten, im besten Falle sogar einer Verbesserung desselben, ab. Der Begriff impliziert bereits, dass die Behandlung des Patienten mit der Erstversorgung nicht abgeschlossen ist, sondern dass dieser noch eine weitere medizinische Versorgung folgen wird.

Erstversorgung bei MANV

Die Erstversorgung bei MANV findet bewusst auf sehr niedrigem Niveau statt und entspricht keinesfalls der Erstversorgung eines individualmedizinischen Patienten. Dies liegt üblicherweise an fehlendem Material und Personal. Ist die Erstversorgung bei einem MANV also sichergestellt, kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass das Versorgungsniveau dem eines individualmedizinisch versorgten Patienten entspricht. So stehen üblicherweise vor allem nicht ausreichend Beatmungs- und Monitormöglichkeiten zur Verfügung. Die Erstversorgung zielt somit darauf ab, dass an der Einsatzstelle kein Patient bedingt durch organisatorisches Verschulden verstirbt. Dennoch ist eine individualmedizinische Versorgung anzustreben.

Grundsätzlich beginnt die Erstversorgung, soweit dies erforderlich ist, immer mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen (z. B. Stillen einer bedrohlichen Blutung, Kopf überstrecken etc.) und endet mit der Übernahme des Patienten in ein geeignetes Transportmittel zum Transport in eine Behandlungseinrichtung. Dies kann bei außergewöhnlichen Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker auch ein MTF sein, wenn es sich beispielsweise um Leichtverletzte handelt.

2.8 Krankenkraftwagen

Krankenkraftwagen

Krankenkraftwagen des Typs A

Fahrzeug, das für den Transport von Patienten konstruiert und ausgerüstet ist, bei denen nicht erwartet wird, dass sie zu einem Notfallpatienten werden

Krankenkraftwagen des Typs B, Notfallkrankenwagen, N-KTW

Fahrzeug, das für die Erstversorgung, den Transport und die Überwachung von Patienten konstruiert und ausgerüstet ist

Krankenkraftwagen des Typs C, Rettungswagen, RTW

Rettungsdienstfahrzeug: nach den landesrechtlichen Regelungen zum Einsatz im Rettungsdienst bestimmte boden-, luft- oder wassergebundenen Spezialfahrzeuge [2]

Krankenkraftwagen sind gemäß nebenstehender Definition alle Fahrzeuge, die der DIN EN 1789 entsprechen. Dort werden insgesamt vier verschiedene Typen an Krankenkraftwagen unterschieden:

- Typ A1: geeignet für den Transport eines einzelnen Patienten
- Typ A2: geeignet für den Transport eines oder mehrerer Patienten (auf Krankenträger oder -sesseln)
- Typ B: Notfallkrankenwagen
- Typ C: Rettungswagen

Fahrzeuge, die vor dem Erscheinen der DIN EN 1789 und / oder nach anderen, nationalen Richtlinien für Zwecke des Transportes von Patienten durch den Rettungsdienst gebaut wurden, werden ebenfalls als Krankenkraftwagen bezeichnet. Da hier der Aspekt des Patiententransportes wesentlich ist, ist ein NEF kein Krankenkraftwagen. Beide Fahrzeugtypen zählen jedoch zu den Rettungsmitteln.

2.9 Kritischer Patient

Ein kritischer Patient ist ein vital bedrohter Patient, der nur durch sofortiges Eingreifen in Form einer qualifizierten Erstversorgung und / oder einer erweiterten Versorgung in einer Behandlungseinrichtung gerettet werden kann. (Quelle: Eigene Festlegung des IdF NRW)

kritischer Patient

Kritische Patienten befinden sich definitionsgemäß in Lebensgefahr. Wenn sie nicht umgehend die individuell erforderliche Hilfe erhalten, werden sie höchstwahrscheinlich zeitnah versterben. Die erforderliche Hilfe ist vom Verletzungsbz. Erkrankungsmuster des Einzelnen abhängig. Während einem Teil der kritischen Patienten bereits an der Einsatzstelle wirksam geholfen werden kann (z. B. durch Stillen einer bedrohlichen Blutung nach außen, durch Freimachen der Atemwege oder mittels einer Beatmung) benötigen andere zwingend eine sofortige Intervention in einer Klinik. Bei Letzterem kann die Lebensgefahr, z. B. bei massiven inneren Blutungen, nur durch eine Operation oder eine andere klinische Intervention abgewendet werden (siehe „Soforttransport“). Diese kritischen Patienten gilt es in einer Einsatzlage z. B. mittels Vorsichtung schnellstmöglich zu identifizieren, um ihr Leben durch sofortige Einleitung der erforderlichen Maßnahmen retten zu können.

2.10 Ladezone

Ladezone

Eine Stelle, an der eine kontinuierliche und gleichzeitige Beladung mehrerer Fahrzeuge mit Patienten möglich ist. Sie ist so zu gestalten, dass ein jederzeitiges An- und Abrücken aller Fahrzeuge sowie deren ungehinderte Beladung gewährleistet werden. [1]

Bei der Ladezone handelt es sich um ein zentrales Element der Transportorganisation. In diesem Bereich erfolgt die Zusammenführung von Notfallpatienten mit dem Transportmittel. Die Flächen und Dimensionierung der Ladezone sind dem Ereignis und der zu transportierenden Anzahl an Patienten anzupassen. Zu bedenken ist hierbei, dass selbst bei guten Bedingungen für den kompletten Verladevorgang (also für das Einfahren in die Ladebucht, die Entnahme der Fahrtrage und des notwendigen Materials, das Zurücklegen des Weges zum Patienten, die Übernahme des Patienten, den Transport in das Fahrzeug und verlassen der Ladebucht) zehn Minuten vergehen. Bei ungünstigen Verhältnissen kann die notwendige Zeit entsprechend länger dauern.

Bei einer Vielzahl an Patienten kann es notwendig werden, mehrere Ladezonen einzurichten. Zwischen der Ladezone, einem Rettungsmittelhalteplatz und dem Bereitstellungsraum muss eine direkte Kommunikation verfügbar sein, um unnötige Wartezeiten zu minimieren.

2.11 Lebensrettende Sofortmaßnahmen

Lebensrettende Sofortmaßnahmen

Einfache, rasch und ohne besondere Hilfsmittel durchführbare Maßnahmen der ersten Hilfe, die dazu dienen, eine unmittelbare Lebensgefahr abzuwenden. (Quelle: Eigene Festlegung des IdF NRW)

Unter lebensrettenden Sofortmaßnahmen werden medizinische Handlungen aus dem Bereich der ersten Hilfe verstanden, die auch ohne besondere Hilfsmittel und in kurzer Zeit durchgeführt werden können und die eine unmittelbare Lebensbedrohung abwenden sollen. Hierzu gehören vor allem:

- Freimachen der Atemwege, z. B. durch Überstrecken des Kopfes
- Beatmung bei Atemstillstand
- Herzdruckmassage bei Kreislaufstillstand
- Stabile Seitenlage bei Bewusstlosigkeit
- Druckverband bei bedrohlichen Blutungen

Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

2.12 Leitender Notarzt

Leitender Notarzt

Notarzt, der am Einsatzort bei einer größeren Anzahl Verletzter, Erkrankter sowie Betroffenen oder bei außergewöhnlichen Ereignissen alle medizinischen Maßnahmen in Abstimmung mit dem Organisatorischen Leiter zu leiten hat, über eine entsprechende Qualifikation verfügt und von der zuständigen öffentlichen Stelle berufen wird. [2]

Die Bestellung von Leitenden Notärzten (LNA) für den Fall von großen Schadensereignissen (MANV) ist in NRW im §7 (4) RettG NRW gesetzlich geregelt. Der LNA ist an der Einsatzstelle den mitwirkenden Notärzten medizinisch-organisatorisch weisungsbefugt. Zu organisatorischen Fragen, etwa der Anzahl an LNA je Gebietskörperschaft, der Einsatzschwelle oder wie sie ausgebildet sein müssen, gibt es im RettG NRW keine gesetzlichen Festlegungen. Der Einsatz des LNA, hinsichtlich Alarmierungsschwelle, Ausstattung und Führungsorganisation, ist somit lokal sehr unterschiedlich geregelt und innerhalb des Landes kaum vergleichbar. Für die Lehrgänge zum Erwerb einer Qualifikation „Leitender Notarzt“ gibt es jedoch eine Empfehlung von der Bundesärztekammer.

Der LNA wird häufig, neben der originären Funktion im Einsatz, auch als Fachberater in medizinischen Fragen für die Einsatzleitung herangezogen.

2.13 Organisatorischer Leiter Rettungsdienst

Führungskraft, die am Einsatzort bei einer größeren Anzahl Verletzter, Erkrankter sowie Betroffenen oder bei außergewöhnlichen Ereignissen alle organisatorischen Maßnahmen in Abstimmung mit dem Leitenden Notarzt zu leiten hat, über eine entsprechende Qualifikation verfügt und von der zuständigen öffentlichen Stelle berufen wird. [2]

Organisatorischer Leiter Rettungsdienst

Mit der Novellierung des RettG NRW am 01.04.2015 wurde die „Organisatorische Leitung“ erstmals im § 7 (4) als mögliche Option erwähnt. Entsprechend findet sich auch keine weitergehende Funktionsbeschreibung im Gesetz. Geregelt ist nur, dass eine Bestellung durch den Träger des Rettungsdienstes erfolgen muss. Dementsprechend ist die Bandbreite der Systeme im Land groß und die Aufgabenverteilung zwischen [LNA](#) und [OrgL](#) kann je nach Rettungsdienstbereich sehr unterschiedlich sein.

Gemäß der Empfehlung der AGBF muss derjenige, der zum OrgL bestellt werden soll, mindestens Rettungssanitäter sein, eine Zugführerausbildung vorweisen können, die Zusatzausbildung zum OrgL am IdF NRW oder einer anderen geeigneten Ausbildungseinrichtung erfolgreich absolviert haben und die rettungsdienstlichen Strukturen vor Ort kennen.

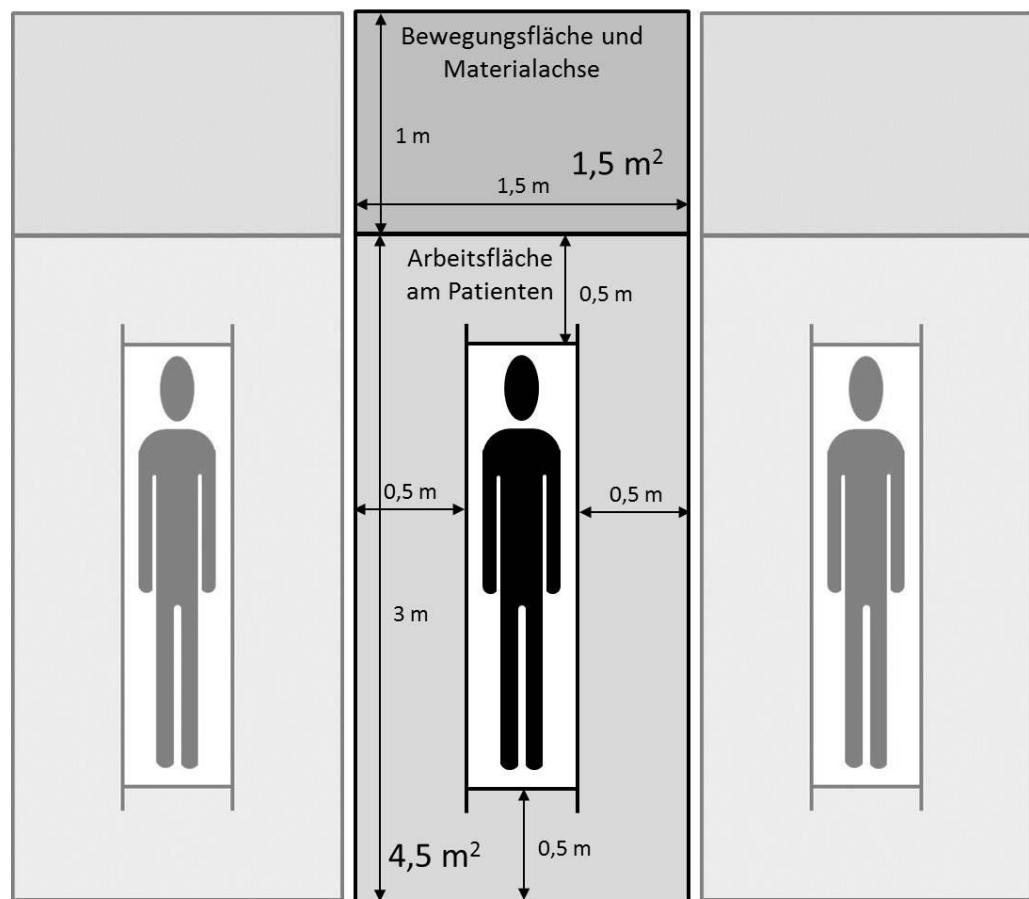
2.14 Patientenablage

Stelle an der Grenze des Gefahrenbereiches, an der Verletzte und/oder Erkrankte gesammelt und, soweit möglich, erstversorgt und an der sie zur Weiterversorgung oder zum direkten Abtransport vorbereitet werden. [2]

Patientenablage

Patientenablagen bündeln die Ressourcen der Erstversorgung und sorgen somit dafür, dass den Patienten zielgerichtet geholfen wird. Sie können grundsätzlich sowohl in Größe als auch Struktur sehr unterschiedlich sein und befinden sich per Definition unmittelbar am, aber außerhalb des Gefahrenbereichs. Grund hierfür ist die Notwendigkeit, dass Patienten, die aus dem Gefahrenbereich gerettet und dem Abschnitt Medizinische Rettung übergeben wurden, unmittelbar versorgt werden können. Eine Ausnahme bilden hier die [Verletztenablagen](#), wo Patienten erstversorgt werden, die kontaminiert sind.

Die Abschätzung des Platzbedarfes kann anhand einer Faustformel abgeschätzt werden: 6 m^2 je Patienten einschließlich der Arbeits- und Bewegungsflächen:



Besteht die Möglichkeit für eine strukturierte Patientenablage nicht, so müssen Alternativen erwogen werden. Beispielsweise die Versorgung mehrerer benachbart liegender Patienten durch geeignete Kräfte. Auch die Trennung der gehfähigen Patienten von den anderen Patienten kann sinnvoll sein, die Versorgung zu vereinfachen. Wichtig ist hierbei, dass auch die gehfähigen Patienten medizinisch versorgt werden müssen, auch um im Verlauf sich verschlechternde Zustände frühzeitig erkennen zu können.

2.15 Priorisierung

Priorisierung

Der Begriff wurde eingeführt, um den Bezug zum Grundlagendokument MANV [5] herzustellen. Demnach sind zur Erfüllung des Schutzzieles folgende taktische Aufgaben zu planen:

1. Priorisierung durch geeignetes Rettungsfachpersonal bzw. ärztliche Sichtung
2. Konzentrierte Erstversorgung nach Priorisierungsergebnis
3. Sicherstellung aller notwendigen Soforttransporte
4. Transport/Behandlung

Priorisierung entspricht im Zusammenhang mit medizinischen Notfällen / MANV im Grunde dem der „Vorsichtung“ im Sinne der DIN 13050.

Nähere Informationen finden sich unter dem Begriff Vorsichtung.

2.16 Rettungsmittel

Rettungsdienstfahrzeuge einschließlich des Rettungsmaterials sowie des Transportgerätes. [2]

Rettungsdienstfahrzeug: Nach den landesrechtlichen Regelungen zum Einsatz im Rettungsdienst bestimmte boden-, luft- oder wassergebundenen Spezialfahrzeuge. [2]

Gemäß der Definition der DIN 13050 fallen alle Rettungsdienstfahrzeuge unter den Begriff Rettungsmittel. Das gilt nach allgemeiner Auffassung auch für Fahrzeuge, die zum Sanitätsdienst bzw. Katastrophenschutz gehören und rettungsdienstliche Aufgaben wahrnehmen können (z. B. KTW Typ B). Allerdings wird der Begriff „Rettungsmittel“ häufig in der Bedeutung eines „Rettungsdienstfahrzeugs, mit dem die Notfallversorgung eines Patienten möglich ist“ verwendet und dient somit als Oberbegriff für RTW, KTW und NEF.

Andere Fahrzeuge aus diesem Bereich (z. B. GW-San) werden gemeinhin aber nicht zu den Rettungsmitteln gezählt, ebenso wie Führungsfahrzeuge des Rettungsdienstes.

Die Möglichkeit zum Transport eines Patienten ist im Begriff Rettungsdienstfahrzeug schon dadurch aufgeweicht, dass das NEF explizit als ein solches benannt wird, obwohl ein Patiententransport hier sicher nicht vorgesehen ist. Dem entsprechend ist der Begriff Rettungsmittel jedenfalls nicht gleichbedeutend mit dem Begriff Krankenkraftwagen, denn in diesem muss immer mindestens ein Patient liegend transportiert werden können.

2.17 Rettungsmittelhalteplatz

Stelle, an der Rettungsmittel gesammelt werden, um von dort zum Transport von Patienten aus der Ladezone abgerufen zu werden. (Quelle: eigene Festlegung des IdF NRW)

Rettungsmittelhalteplatz

Mit dem Rettungsmittelhalteplatz ist ein Raum gemeint, den Rettungsmittel anfahren, um von dort aus in eine Ladezone abgerufen zu werden. Die räumliche Nähe zur Ladezone sollte daher gegeben sein. Der Begriff Rettungsmittelhalteplatz wird hier bewusst anders definiert als in der Norm (die Norm setzt den Rettungsmittelhalteplatz mit der Ladezone gleich). Sammelraum

Festgelegte Stelle, an der sich Einsatzkräfte und Einsatzmittel sammeln, um von dort zum Einsatz geführt zu werden. [4]

Sammelraum

Der Begriff Sammelraum wird derzeit meist im Zusammenhang mit vorgeplanter überörtlicher Hilfe verwendet. In diesem Kontext wird unter einem Sammelraum

eine hinreichend große, befahrbare und verkehrstechnisch gut erreichbare Fläche verstanden, die oft in der Nähe der Stadt- bzw. Kreisgrenze liegt. Hier können einerseits anrückende auswärtige Kräfte für einen Einsatz gesammelt und dann geschlossen und geordnet in einen [Bereitstellungsraum](#) geführt werden. Andererseits können eigene Einheiten sich hier für einen überörtlichen Einsatz sammeln, um geschlossen in ein Schadengebiet zu verlegen. In der Regel ist die Verweildauer im Sammelraum eher kurz, was die infrastrukturellen Anforderungen, etwa Toiletten, Versorgung etc., minimiert. Insbesondere bei denjenigen Kräften, die sich für den geschlossenen Marsch zum Einsatzraum sammeln, kann die Aufgabe des Meldekopfes von der Marschführung der sich sammelnden Einheit (z. B. BHP 50 NRW) wahrgenommen werden.

2.19 Schnelleinsatzgruppe

Schnelleinsatzgruppe

Taktische Einheit mit gesondert ausgebildeten Helfern für spezielle Versorgungsaufgaben. [2]

Anders als es die Definition der DIN 13050 erwarten lässt, gibt es Schnelleinsatzgruppen nicht nur im Sanitäts- und Rettungsdienst, sondern auch in anderen Fachdiensten, so etwa als SEG Bergung beim THW oder die SEG Tauchen bei der DLRG. Auch bei manchen Feuerwehren gibt es Schnelleinsatzgruppen, beispielsweise als SEG Retten aus Höhen und Tiefen. Für eine SEG als sanitätsdienstliche Einheit gibt es keine landesrechtlichen Vorgaben zu Stärke, Ausstattung, Ausrückezeiten, Helferqualifikation oder ähnlichem.

2.20 Schnelle (zeitkontrollierte) Rettung

Schnelle Rettung

Schnelle Rettung ist die schnellstmögliche Rettung des Patienten aus dem Fahrzeug unter Beachtung der, dem aktuellen Stand der Wissenschaft angepassten, zeitlichen, einsatztaktischen und medizinischen Aspekte. [6]

Schnelle (zeitkontrollierte) Rettung ist die schnellstmögliche Rettung eines Patienten, jedoch unter ständiger Beachtung zeitlicher, einsatztaktischer und medizinischer Aspekte. Dabei wird trotz raschen Vorgehens soweit auf die Vermeidung weiterer Schäden des Patienten geachtet, wie sein aktueller gesundheitlicher Zustand es zulässt. Im Sinne der „golden period of trauma“ ist ein möglichst kurzes Zeitfenster für die Rettung anzustreben.

Eine schnelle (zeitkontrollierte) Rettung ist schon aus ethischen Gründen einer Sofortrettung vorzuziehen, weil hier vermeidbare Schmerzen oder gar zusätzliche Schäden des Patienten vermieden werden sollen. Auch aus rechtlicher Sicht kann einer Körperverletzung, die durch eine Sofortrettung mindestens billigend in Kauf genommen würde, nur gerechtfertigt bzw. entschuldigt werden, wenn dies zum Erreichen eines höherwertigen Ziels (d. h. Rettung des Lebens oder Vermeidung bleibender Schäden) geeignet, erforderlich und angemessen ist. Das darf allerdings nicht dazu führen, dass die gebotene Schnelligkeit der Maßnahmen deswegen außer Acht gelassen wird. Die „golden period of trauma“ sollte auch und gerade im Fall einer Einklemmung möglichst eingehalten werden. Bei erhaltenen und stabilen Vitalfunktionen kann es aber sinnvoll

sein, die Rettungszeit zu verlängern, um dafür eine schwere Schädigung durch die Rettung (z. B. Querschnittslähmung bei Wirbelsäulentauma) zu vermeiden. Eine solche Abwägung muss immer unter Berücksichtigung des aktuellen Patientenzustandes, der Schadenlage sowie der medizinischen und technischen Möglichkeiten getroffen werden. Jede Lageveränderung ist daraufhin zu prüfen, ob die Entscheidung zwischen Sofortrettung und schneller (zeitkontrollierter) Rettung gegebenenfalls neu getroffen werden muss. Das kann auch dazu führen, dass im Rahmen der Rettung Sekundärschäden am Patienten zugunsten einer rascheren Versorgung der vital bedrohlichen Verletzungen in Kauf genommen werden. Die Beurteilung des Patienten und die daraus resultierende Entscheidung für oder gegen eine schnelle Rettung bzw. die Festlegung der Prioritäten sollte möglichst durch einen Notarzt erfolgen, darf aber bei dessen Fehlen nicht aufgeschoben werden (siehe [Sofortrettung](#)).

2.21 Sichtung

Ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der medizinischen Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung sowie über Zeitpunkt, Art und Ziel des Transportes. [2]

Die Sichtung entspricht einer [Vorsichtung](#) durch ärztliches Personal. Der Begriff der Priorisierung schließt den der Sichtung ein, nicht aber umgekehrt.

2.22 Sichtungskategorie

Patienten, denen nach einer Bewertung der Schwere ihrer Verletzung oder Erkrankung eine vergleichbare Behandlungs- und /oder Transportdringlichkeit zugeordnet wird. (Quelle: Eigene Festlegung des IdF NRW)

Sichtung

Sichtungskategorie

Die Einteilung in Sichtungskategorien ist das Ergebnis einer [Sichtung](#) oder auch einer [Vorsichtung / Priorisierung](#). Die Kategorien werden in NRW gemäß dem gemeinsamen Erlass von MAGS und IM zur „Einführung einer einheitlichen Patientenanhängekarte/-tasche im Rettungsdienst und bei Großschadensereignissen“ vom 4.11.2005 für das Land NRW [7] wie folgt festgeschrieben:

I rot	Akute, vitale Bedrohung	Sofortbehandlung
II gelb	Schwer verletzt / erkrankt	Aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit
III grün	Leicht verletzt / erkrankt	Spätere (ambulante) Behandlung
IV blau	Ohne Überlebenschance	Betreuende (abwartende) Behandlung
schwarz	Tot (keine Sichtungskategorie)	Kennzeichnung

Die Sichtungskategorie wird am Patienten durch das Einsticken der entsprechenden Farbkarte an der Patientenanhänger tasche NRW kenntlich gemacht.

Die Einteilung in Kategorien ermöglicht auch und gerade bei einem Ressourcenmangel seitens der Rettungskräfte eine gezielte Versorgung der [kritischen Patienten](#), um deren Leben zu retten und schwerste gesundheitliche Schäden abzuwenden.

2.23 Sofortrettung

Sofortrettung

Sofortrettung ist die sofortige Rettung des Verunfallten nach Beseitigung der Einklemmung, ggf. unter Tolerierung einer möglichen weiteren Schädigung des Patienten, aus unmittelbarer Gefahr (z. B. durch Brand) oder aufgrund medizinischer Rahmenbedingungen (z. B. Unmöglichkeit des Atemwegsmanagements oder Reanimationspflichtigkeit). [6]

Eine Sofortrettung ist immer dann erforderlich, wenn der Patient ohne eine Sofortrettung mit hoher Wahrscheinlichkeit versterben oder schwere, irreversible gesundheitliche Schäden erleiden würde. Ausschlaggebend für die Entscheidung zur Sofortrettung können neben medizinischen Faktoren (z. B. fehlende Atmung ohne Möglichkeit der Atemwegssicherung, massive innere Blutung mit dringlicher klinischer Intervention oder notwendige Reanimation) auch Faktoren des Lagebildes sein (z. B. nicht rechtzeitig kontrollierbarer Brand, Austritt von Gefahrstoffen ohne Schutzmöglichkeiten). Wird im Laufe der Sofortrettung klar, dass das angestrebte Ziel der Sofortrettung auch mit einer schnelle Rettung erreicht werden kann, ist diese vorzuziehen und die Befehle sind entsprechend anzupassen. Die Entscheidung, ob eine Sofortrettung aus medizinischen Gründen geboten ist, muss die Person mit der höchsten medizinischen Kompetenz (in der Regel ein Notarzt) treffen. Die Entscheidung im Hinblick auf Gefahren oder andere Umstände trifft der zuständige Abschnitts- oder Einsatzleiter. Trifft die Feuerwehr deutlich vor dem Rettungsdienst ein und verfügt über keine eigenen medizinisch qualifizierten Kräfte, trifft der Einsatzleiter nach bestem Wissen und Gewissen auch aus medizinischer Sicht die Entscheidung. Wichtig ist aber vor allem, dass eine Entscheidung möglichst früh im Einsatzverlauf getroffen und auch umgesetzt wird und nicht wertvolle Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes ungenutzt verstreicht.

2.24 Soforttransport

Soforttransport

Transport eines vital bedrohten und präklinisch nicht stabilisierbaren Patienten zum frühestmöglichen Zeitpunkt im Rahmen eines MANV. (Quelle: eigene Festlegung des IdF NRW)

Der Soforttransport widerspricht der früher lange Zeit propagierten Strategie des primären Transportstopps im Rahmen eines MANV. Dieser sollte verhindern, dass sich Besatzungen mit einzelnen Patienten auf den Weg machen, bevor alle Patienten eine [Erstversorgung](#) erhalten konnten. Es hat sich aber gezeigt, dass ein Anteil der vital bedrohten Patienten präklinisch nicht stabilisiert werden kann und nur bei schnellstmöglicher klinischer Intervention eine Überlebenschance hat. Deshalb müssen diese Patienten identifiziert werden und so weit transportfähig gemacht werden, dass sie so früh wie möglich in ein fachlich

geeignetes Krankenhaus gebracht werden. Auch wenn zum Zeitpunkt des Soforttransports möglicherweise noch nicht alle Patienten in vollem Umfang erstversorgt sind, ist dies doch die einzige Möglichkeit, das Leben der Transportierten retten zu können und damit vermeidbare Todesfälle auch tatsächlich zu vermeiden. Die für Soforttransporte eingesetzten Einsatzmittel können im Zweifelsfall auch von dem abweichen, was nach Art und Schwere der Verletzung sonst eingesetzt werden müsste. So kann beispielsweise der Transport eines stumpfen Bauchtraumas mit einem KTW anstelle von RTW und NEF erfolgen. Dies gilt umso mehr, je kürzer der Weg in die Zielklinik ist und umso weniger geeignete Ressourcen an der Einsatzstelle zur Verfügung stehen. Die Entscheidung über Zeitpunkt, Transportmittel und Ziel eines Soforttransports soll vom [LNA](#) bzw. bis zu dessen Eintreffen im ersteintreffenden Notarzt getroffen werden.

2.25 Übergabepunkt / Übergabestelle

Der Übergabepunkt / die Übergabestelle ist ein Ort, an dem gerettete Personen von den besonders geschützten Kräften der technischen Rettung (einschließlich Brandschutz!) an die Kräfte der medizinischen Rettung übergeben werden. (Quelle: eigene Festlegung des IdF NRW)

Übergabepunkt / Übergabestelle

Der Übergabepunkt ist eine entscheidende Stelle, die zwischen den beteiligten Einsatzabschnittsleitern vereinbart oder vom Einsatzleiter festgelegt werden muss. Die Lage des Übergabepunktes muss zwingend so gewählt werden, dass die übernehmenden Kräfte der medizinischen Rettung ohne besondere Schutzausrüstung, wie etwa Atemschutz, tätig werden können. Dennoch sollen die Wege für die Kräfte des übergebenden Einsatzabschnitts möglichst kurzgehalten werden, um deren Belastung zu reduzieren und gegebenenfalls schnellstmöglich einen erneuten Einsatz im Gefahrenbereich zu ermöglichen. Zudem soll durch die möglichst rasche Übergabe an die Kräfte der medizinischen Rettung das Intervall ohne medizinische Versorgung möglichst kurzgehalten werden. Mit der Übergabe sollen erforderlichenfalls [lebensrettende Sofortmaßnahmen](#) eingeleitet bzw. fortgesetzt werden, ohne dadurch aber den Transport in eine [Patientenablage](#) nennenswert zu verzögern. Die Patientenablage sollte daher möglichst nahe am Übergabepunkt liegen, was aber nicht immer möglich ist. In jedem Fall sind am Übergabepunkt geeignete Kräfte zur Patientenübernahme in ausreichender Anzahl bereitzustellen, um Patienten zu übernehmen und zur Patientenablage zu bringen. Diese Kräfte müssen nicht zwingend rettungsdienstlich qualifiziert sein; lebensrettende Sofortmaßnahmen sollten alle Einsatzkräfte qualifiziert durchführen können.

2.26 ÜMANV-S-Komponente

Nachbarschaftliche (Sofort-)Hilfe aus dem Rettungsdienst i. S. § 8 Abs. 2 RettG NRW (i. d. R. bestehend aus 1 NEF, 2 RTW, 1 KTW oder 1 weiterer RTW). [1]

ÜMANV-S-Komponente

Die ÜMANV-S-Komponente wurde erstmalig von der rheinischen Projektgruppe im Jahre 2003 definiert. Die dort beschriebene Einsatzmittelkette wird heute von vielen Leitstellen als das Instrument einer nachbarschaftlichen Soforthilfe verwendet, obwohl es keine verbindlich eingeführte landeseinheitliche Festlegung

dafür gab oder gibt. Erwähnung findet die ÜMANV-S-Komponente allerdings im „Landeskonzept der überörtlichen Hilfe NRW“, hier wird auch beschrieben, dass sie in der Regel aus einem NEF, zwei RTW und einem KTW, ersatzweise einem RTW, besteht. Sinn der Entsendung von ÜMANV-S-Komponenten ist die rasche Verfügbarkeit von Einheiten der nachbarschaftlichen bzw. überörtlichen Hilfe, die bei Nutzung aller angrenzenden Gebietskörperschaften in vergleichsweise kurzer Zeit relativ starke Kräfte an die Einsatzstelle bringen kann. Die meisten Kreise in NRW haben mindestens vier unmittelbar angrenzende Gebietskörperschaften. So wären dort mit vier ÜMANV-S-Komponenten mindestens vier Notärzte und 12 [Krankenkraftwagen](#) (davon mindestens 8 RTW) in kurzer Zeit zusätzlich zu den eigenen Ressourcen verfügbar.

2.27 Verletzenablage

Die Verletzenablage(n) ist (sind) im Grenzbereich zwischen dem Gefahrenbereich und dem „Schwarzbereich“ des Verletzen-Dekontaminationsplatzes einzurichten. Hier werden alle Personen „gesammelt“, die sich ungeschützt im Gefahrenbereich aufgehalten haben. Sofern die Verletzten noch nicht im Gefahrenbereich mit Patientenanhängeretaschen (PAT) NRW registriert worden sind, erfolgt dies hier. [8]

Als Verletzenablagen werden Patientenablagen bezeichnet, die im Schwarzbereich einer ABC-Einsatzstelle liegen. Hier werden Patienten vor einer Dekontamination erstversorgt. Zwar sollten auch hier die Gefahren der Einsatzstelle nicht mehr unmittelbar einwirken, aber bedingt durch die Kontamination von Patienten liegt deren Aufenthaltsort zwangsläufig innerhalb des Gefahrenbereiches.

2.28 Vorsichtung

Schnellst mögliche Identifizierung von vital bedrohten Patienten, die lagebedingt als erstes eindeutig gekennzeichnet werden. Anmerkung: Es handelt sich um eine vorläufige Zustandsbeurteilung, die von Ärzten und Nicht-Ärzten durchgeführt und von einer ärztlichen Sichtung gefolgt wird. [1]

Der Begriff „Vorsichtung“ im Zusammenhang mit medizinischen Notfällen / MANV entspricht im Grunde dem der „[Priorisierung](#)“. Mangels vorhergehender Definition wurde dieser Begriff im Jahr 2015 in der DIN 13050 ergänzt.

Das nicht-ärztliche Rettungsdienstpersonal identifiziert die Patienten und ordnet sie mittels eines Algorithmus den Sichtungskategorien zu. Ergänzt wird diese Maßnahme durch die im Rahmen der Vorsichtung zusätzlich durchgeführten [lebensrettenden Sofortmaßnahmen](#), wie das Überstrecken des Kopfes, eine stabile Seitenlage oder das Anlegen eines Druckverbandes. Die Vorsichtung der Patienten ist ganz zu Beginn des Einsatzes unverzichtbar notwendig, um insbesondere die vital bedrohten Patienten zu identifizieren, die nur durch sofortiges Eingreifen (entweder an der Einsatzstelle oder in einem Krankenhaus) gerettet werden können und ohne diese Behandlung höchstwahrscheinlich zeitnah versterben werden. Für diejenigen Patienten, deren Überleben nur durch

eine schnellstmögliche Klinikintervention gerettet werden kann, sind Sofort-transporte zu organisieren. Weitere Ziele einer Vorsichtung sind:

- Erkundung der medizinischen Lage als Grundlage einer angemessenen Kräftebemessung
- Beginn einer Dokumentation durch Vergabe einer Patientennummer mit der Patientenanhängeretasche und Stecken der Farbkarte
- Festlegung einer Versorgungsreihenfolge der Patienten, solange noch keine ausreichenden Kräfte und Mittel zur gleichzeitigen Versorgung aller Patienten zur Verfügung stehen

Die Vorsichtung muss durch die am besten dafür qualifizierte Kraft erfolgen, die zu Einsatzbeginn zur Verfügung steht, unabhängig davon, welche Formalqualifikation sie hat. Das schließt eine weitere Sichtung durch eventuell höher Qualifizierte nicht aus - im Einsatzverlauf müssen Kontrollen der Einstufung vorgenommen werden. Dabei können dann sowohl Fehleinschätzungen revidiert als auch Veränderungen des Patientenzustandes identifiziert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Es ist sinnvoll, das gesamte rettungsdienstlich tätige Personal einschließlich der Notärzte in entsprechend geeigneten Algorithmen zu schulen, um eine möglichst rasche und fehlerarme (Vor-)Sichtung auch unter der dann herrschenden Stressbelastung zu ermöglichen.

I Literaturverzeichnis

- [1] Ministerium für Inneres und Kommunales NRW: Konzept für die »Vor-geplante überörtliche Hilfe im Sanitäts- und Betreuungsdienst im Land Nordrhein-Westfalen« (VüH-SanBt NRW), Ausgabe 15.11.2024
- [2] Deutsches Institut für Normung: DIN 13050: 2021-10
- [3] FwDV 100, Stand 10. März 1999
- [4] Deutsches Institut für Normung: DIN 14011: 2018-01
- [5] Schutzziele, Organisation und Taktik der medizinischen Rettung bei Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten - Grundlagendokument MANV - Gemeinsames Positionspapier des Verbandes der Feuerwehren in NRW (VdF NRW) und der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in NRW (AGBF NRW), 06.06.2012
- [6] Vereinigung zur Förderung des deutschen Brandschutzes: vfdb 06/01:2019-05
- [7] Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und Ministerium für Inneres und Kommunales: Einführung einer einheitlichen Patientenanhängekarte /-tasche im Rettungsdienst und bei Großschadensereignissen: Gemeinsamer Runderlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales – III 8 – 0713.2.6.5 – und des Ministeriums für Inneres und Kommunales – 72-52.03.04 – vom 04. November 2005
- [8] Ministerium für Inneres und Kommunales NRW: ABC-Schutz-Konzept NRW – Teil 3 »Verletzten-Dekontaminationsplatz NRW« (V-Dekon NRW), Stand 01.12.2011