



Ressort: Special interest

Transport&Triage von Schwerverletzten bei Großereignissen

Oerlenbach, 08.03.2026 [ENA]

Anlässlich einer geplanten Großübung mit dem Namen „Rhönex“ im Landkreis Bad Kissingen in Oerlenbach auf dem Gelände der Bundespolizei, wir berichteten bereits heute darüber und auch über Belegungsmöglichkeiten auf Intensivstationen stellt sich weiterhin die Frage nach den Möglichkeiten des Transportes von verletzten Personen zu geeigneten Traumazentren in der Region.

In Deutschland gibt es keine fest definierte maximale Distanz für den Transport von Schwerverletzten, da dies von Faktoren wie der Schwere der Verletzungen, verfügbaren Ressourcen (z. B. Hubschrauber vs. Bodenrettung), Verkehrsbedingungen und der Verfügbarkeit geeigneter Traumazentren abhängt. Stattdessen orientiert sich der Transport an Leitlinien wie der S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung, die eine maximale Prähospitalzeit von 60 Minuten empfiehlt, um die Sterblichkeit zu minimieren – insbesondere bei MANV-Szenarien (Massenanfall von Verletzten), wo Koordination zu mehreren Kliniken erfolgt, um Überlastungen zu vermeiden.

Im Regierungsbezirk Unterfranken (Bayern), z. B. aus dem Landkreis Bad Kissingen, werden Schwerverletzte typischerweise zu lokalen oder überregionalen Traumazentren transportiert, die im Traumanetzwerk Nordbayern DGU organisiert sind. Nächstgelegene Einrichtungen umfassen:

- Lokale Traumazentren wie das Klinikum Main-Spessart in Lohr (ca. 30-40 km von Bad Kissingen) oder das HELIOS Klinikum in Schweinfurt (ca. 30 km).
- Überregionales Traumazentrum: Universitätsklinikum Würzburg (ca. 50-60 km, erreichbar in 45-60 Minuten per Bodenrettung).

Per Luftrettung (z. B. via Rettungshubschrauber wie Christoph 5 in Würzburg) beträgt der typische Einsatzradius 50-70 km, was schnelle Transporte zu spezialisierten Zentren ermöglicht und die Prähospitalzeit auf unter 30 Minuten reduzieren kann. Bei längeren Distanzen (bis zu 100 km oder mehr) erfolgt eine Kettenrettung oder Weiterleitung zu Zentren wie in Aschaffenburg (ca. 70 km) oder Bamberg. In MANV-Fällen wird der Transport dezentralisiert, um Kapazitäten in umliegenden Kliniken (z. B. bis 100 km Radius) zu nutzen, mit Priorisierung vital bedrohter Patienten und Triage-Systemen wie mStART.

Das mStART-Triage-System (modified Simple Triage and Rapid Treatment) ist ein standardisiertes Verfahren zur Vorsichtung und Priorisierung von Verletzten bei Massenanfällen von Verletzten (MANV), wie z. B. Terroranschlägen, Unfällen oder Katastrophen. Es wurde entwickelt, um in Szenarien mit

Redaktioneller Programmdienst: European News Agency

Annette-Kolb-Str. 16
D-85055 Ingolstadt
Telefon: +49 (0) 841-951. 99.660
Telefax: +49 (0) 841-951. 99.661
Email: contact@european-news-agency.com
Internet: european-news-agency.com

Haftungsausschluss:

Der Herausgeber übernimmt keine Haftung für die Richtigkeit oder Vollständigkeit der veröffentlichten Meldung, sondern stellt lediglich den Speicherplatz für die Bereitstellung und den Zugriff auf Inhalte Dritter zur Verfügung. Für den Inhalt der Meldung ist der allein jeweilige Autor verantwortlich.



..... International Press Service

begrenzten Ressourcen (Personal, Material, Transportmittel) schnell und effizient zu entscheiden, wer sofortige Hilfe benötigt, um die meisten Leben zu retten. Im Gegensatz zu individueller Notfallversorgung steht hier der kollektive Nutzen im Vordergrund – eine ethisch anspruchsvolle Herangehensweise, die auf dem Prinzip “größter Nutzen für die größte Zahl” basiert.

Der Algorithmus im Detail: mSTaRT ist so gestaltet, dass es von Rettungsfachpersonal (z. B. Rettungsassistenten) in Sekunden durchgeführt werden kann – idealerweise 30–60 Sekunden pro Patient. Es folgt einem Flussdiagramm-ähnlichen Schema und priorisiert lebensbedrohliche Zustände. Der Prozess beginnt mit der Selbstschutzprüfung und endet mit der Zuweisung einer Sichtungskategorie (SK). Hier die Schritte für Erwachsene:

1. Selbstschutz und ABC-Status prüfen: Zuerst sicherstellen, dass keine Gefahr für das Personal besteht (z. B. CBRN-Gefahr, multiple ähnliche Symptome). Bei Verdacht auf Kontamination: Notfall-Dekontamination (z. B. Kleidung entfernen, spülen).
2. Gehfähigkeit prüfen: Kann der Patient auf Aufforderung aufstehen und gehen? Ja -> SK III (Grün), zur Sammelstelle leiten. Nein -> Weiter.
3. Tödliche Verletzungen oder fehlende Vitalzeichen prüfen: Offensichtlich tödlich verletzt oder keine Atmung/Puls? Ja -> SK V (Schwarz), Tod durch Arzt bestätigen lassen.
4. Atmung prüfen:
 - Keine Atmung: Atemwege freimachen (z. B. Kopf überstrecken). Bleibt Apnoe bestehen -> SK V.
 - Atmung vorhanden, aber Frequenz <10/min oder >30/min -> SK I (Rot).
 - Speziell bei Inhalationstrauma: Stridor (pfeifendes Atemgeräusch) -> SK I.
5. Blutung prüfen: Massive, spritzende Blutung? Sofort stillen (z. B. Druckverband) -> Typischerweise SK I.
6. Perfusion prüfen: Kein Radialpuls (am Handgelenk) oder Kapillarfüllzeit >2 Sekunden (Nagelbett drücken)? Ja -> SK I.
7. Bewusstsein prüfen: Folgt der Patient einfachen Befehlen (z. B. “Hand drücken”)? Nein -> SK I. Ja -> SK II (Gelb), wenn keine anderen Kriterien für Rot erfüllt.

Der Algorithmus ist einfach, erfordert wenig Ausrüstung und ist reproduzierbar. Dokumentation erfolgt auf Verletztenanhängekarten mit Farbcodes. Spezielle Anpassungen für Kinder (integriertes JumpSTART) Kinder (bis ca. 8 Jahre oder <1,50 m) werden anders triagiert, da ihre Physiologie abweicht:

- Apnoe mit Puls: 5 Beatmungen geben; bei spontaner Atmung fortfahren.
- Atmungsfrequenz: <15/min oder >45/min -> SK I.
- Bewusstsein: AVPU-Skala (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive) statt Befehle.
- Sonst ähnlich wie Erwachsene, aber sensibler für Schock.

**Redaktioneller Programmdienst:
European News Agency**

Annette-Kolb-Str. 16
D-85055 Ingolstadt
Telefon: +49 (0) 841-951. 99.660
Telefax: +49 (0) 841-951. 99.661
Email: contact@european-news-agency.com
Internet: european-news-agency.com

Haftungsausschluss:

Der Herausgeber übernimmt keine Haftung für die Richtigkeit oder Vollständigkeit der veröffentlichten Meldung, sondern stellt lediglich den Speicherplatz für die Bereitstellung und den Zugriff auf Inhalte Dritter zur Verfügung. Für den Inhalt der Meldung ist der allein jeweilige Autor verantwortlich.



..... International Press Service

Erweiterung “Trauma & Intox” (seit ca. 2010, aktualisiert 2025)

Für Gefahrstoffe (z. B. Reizgase, Chemikalien): Integriert Dekontamination in den Algorithmus, priorisiert Inhalationen (z. B. Stridor als SK I) und berücksichtigt multiple Symptome als Hinweis auf Kontamination. In Bayern-Richtlinien 2025 ist es für hybride MANV (Trauma plus Intox) empfohlen. Triage-Kategorien (Sichtungskategorien)

Die Kategorien bestimmen die Behandlungs- und Transportreihenfolge:

SK I – Rot (sofortig): Akute vitale Bedrohung (z. B. Atemnot, Schock, Bewusstlosigkeit).

Sofortmaßnahmen und Transport; ca. 10–20% der Fälle.

- SK II – Gelb (dringlich): Schwere Verletzungen, aber stabil (z. B. Frakturen). Aufgeschobene Behandlung; ca. 20–40%.
- SK III – Grün (nicht dringlich): Leichte Verletzungen (z. B. Schnitte). Spätere ambulante Versorgung; ca. 30–50%.
- SK IV – Blau (palliativ): Geringe Überlebenschance trotz Maximaltherapie (z. B. schwere Verbrennungen). Betreuung/Sterbebegleitung; nur durch Arzt zugewiesen; ca. 10–15%; nicht überall verwendet.
- SK V – Schwarz (verstorben): Tod oder keine Überlebenschance; Kennzeichnung und Abdeckung; ca. 10–15%.

Anwendung in Massenanfällen von Verletzten (MANV)

In einem MANV wird mSTaRT vom ersten eintreffenden Rettungsteam initiiert. Es gliedert sich in Phasen:

- Vorsichtung: Schnelle Ersteinschätzung aller Betroffenen.
- Behandlung: Lebensrettende Maßnahmen (z. B. Blutstillung, Atemwegssicherung) nur bei SK I/II.
- Transport: Priorisierter Abtransport zu Kliniken (z. B. via Hubschrauber für Rot).
- Nachsichtung: Regelmäßige Überprüfung, da Zustände sich ändern können.

Validierungsstudien zeigen hohe Genauigkeit: Sichtungsdauer median 35 Sekunden, Sensitivität 88% für kritische Fälle, geringe Über-/Untertriage (ca. 5–3%). Es reduziert die Prähospitalzeit und optimiert Ressourcen. In Deutschland ist Triage eine ärztliche Aufgabe, aber vorläufig von Nicht-Ärzten durchführbar unter Aufsicht des Leitenden Notarztes (LNA). Häufige Fehler: Fehlende Selbstschutzprüfung oder Verwechslung von Kriterien. mSTaRT ist praxisnah, evidenzbasiert und in Leitlinien wie der S3-Leitlinie Polytrauma integriert. Für Schulungen gibt es Videos und Simulationen, z. B. von der Berufsfeuerwehr München.

[Bericht online lesen:](#)

https://culture.en-a.at/special_interest/transport_triage_von_schwerverletzten_bei_grossereignissen-93194/

**Redaktioneller Programmdienst:
European News Agency**

Annette-Kolb-Str. 16
D-85055 Ingolstadt
Telefon: +49 (0) 841-951. 99.660
Telefax: +49 (0) 841-951. 99.661
Email: contact@european-news-agency.com
Internet: european-news-agency.com

Haftungsausschluss:

Der Herausgeber übernimmt keine Haftung für die Richtigkeit oder Vollständigkeit der veröffentlichten Meldung, sondern stellt lediglich den Speicherplatz für die Bereitstellung und den Zugriff auf Inhalte Dritter zur Verfügung. Für den Inhalt der Meldung ist der allein jeweilige Autor verantwortlich.



..... International Press Service.....

Redaktion und Verantwortlichkeit:
V.i.S.d.P. und gem. § 6 MDSStV: Jochen Behr

**Redaktioneller Programmdienst:
European News Agency**

Annette-Kolb-Str. 16
D-85055 Ingolstadt
Telefon: +49 (0) 841-951. 99.660
Telefax: +49 (0) 841-951. 99.661
Email: contact@european-news-agency.com
Internet: european-news-agency.com

Haftungsausschluss:

Der Herausgeber übernimmt keine Haftung für die Richtigkeit oder Vollständigkeit der veröffentlichten Meldung, sondern stellt lediglich den Speicherplatz für die Bereitstellung und den Zugriff auf Inhalte Dritter zur Verfügung. Für den Inhalt der Meldung ist der allein jeweilige Autor verantwortlich.