

# Das Problem der warmen Zone

## Notfallmedizin in polizeilichen Lagen

Dirk Oldenburg, Renate Bohnen und Samuel Zednicek



Abbildung 1: Übung der Bundespolizei.

Die Polizeihohheit in Deutschland liegt grundsätzlich bei den Ländern. Das heißt, dass die Bundesländer für den Aufbau einer Landespolizei und die Wahrnehmung polizeilicher Aufgaben in ihrem Bereich zuständig und verantwortlich sind. Die Aufgaben umfassen im Kern die polizeiliche Gefahrenabwehr und die polizeiliche Strafverfolgung. Bei jedem Einsatz müssen die Interessen der Gefahrenabwehr gegen die der Strafverfolgung abgewogen werden.

Dieser Konflikt stellt regelmäßig die beteiligten Einsatzkräfte vor Herausforderungen. In der Praxis äußert sich dies durch die Intensität der Maßnahmen, welche durch die Polizei getroffen werden. Zunächst haben Maßnahmen zur Verhinderung der Schadensvertiefung (Gefahrenabwehr) Vorrang, worauf Maßnahmen zu Ermittlungszwecken (Strafverfolgung) folgen. Während eines laufenden Polizeieinsatzes mit fortbestehender Bedrohung erscheint die Lage klar. Hier gilt es, weitere Handlungen des Täters zu verhindern. Dies erfolgt beispielsweise durch eine Festnahme des Täters, aber auch durch das Absperren und Räumen von Gefahrenbereichen.

### Gefahrenbereiche

Bei Einsätzen der Feuerwehr ist der Gefahren- und Absperrbereich um den Schadensort je nach Art der Gefahr in der entsprechenden Dienstvorschrift (zum Beispiel FwDV

500) geregelt. Bei polizeilichen Lagen hängt die Festlegung der Gefahrenbereiche von den erwarteten oder erkundeten Wirkmitteln der Täter ab. Wenn Unkonventionelle Spreng- und Brandvorrichtungen (USBV) vermutet werden, kann ein Gefahrenbereich bedingt abgeschätzt werden. Handelt es sich jedoch um bewaffnete Personen, so können diese dynamisch im Einsatzraum agieren und stellen eine schwer einzugrenzende konkrete Bedrohung für die Zivilbevölkerung und für Einsatzkräfte dar.

Im Verlauf des Einsatzes wird daher der Einsatzraum in drei Zonen eingeteilt. Der unsichere Bereich (Rot), in dem jederzeit mit einer Einwirkung durch den Täter zu rechnen ist, wird auch „heiße Zone“ genannt. Als „warme Zone“ gilt der teilweise unsichere Bereich (Gelb), der bedingt unter Kontrolle steht, in dem aber eine Einwirkung des Täters nicht ausgeschlossen werden kann.

Der sichere Bereich (Grün) liegt außerhalb der polizeilichen Absperrung und wird als „kalte Zone“ bezeichnet.[1]



Abbildung 2: Bundespolizisten sichern eine Treppe während einer Übung.

### Das Problem der warmen Zone

Das Ziel einer medizinischen Versorgung schwerer Verletzungen oder Erkrankungen ist das Überleben der Patienten mit Erhalt oder maximaler Wiederherstellung ihrer psychischen und physischen Funktionalität. Vor diesem Hintergrund beschreibt die aktuelle S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung die zentrale Bedeutung der initialen Versorgung für Patienten mit schweren Monoverletzungen oder Kombinationsverletzungen.[1]

Bei polizeilichen und militärischen Lagen besteht eine stark erhöhte Gefahr, gewaltbedingt ebensolche Verletzungen durch die Handlungen von Tätern oder dem Vorgehen polizeilicher und militärischer Kräfte zu erleiden.

Das Ziel einer medizinischen Unterstützung ist es, eine leitliniengerechte Versorgung von Verletzten auch unter den besonderen Bedingungen einer taktischen Lage zu ermöglichen. Dies stellt eine Herausforderung für die taktischen Kräfte der Polizei, für das medizinische Personal aber auch im Vorfeld für die Einsatzplanung dar.

Wie bei allen Massenanfällen von Verletzten (MANV) zeichnet sich auch ein terrorassoziierter MANV (Terror-MANV) durch den Ressourcenmangel aus, der zwischen Patientenaufkommen und den aktuell zur Verfügung stehenden Versorgungs- und Behandlungskapazitäten entsteht.[2] Während bei einem „normalen“ MANV die Rettungskräfte das Schadengebiet meistens zeitnah erreichen und auch eine zügige Rettung durch die Feuerwehr erwartet werden kann, entsteht bei einem TerrorMANV ein relativer Ressourcenmangel. Trotz vorhandenen Behandlungs- und Transportressourcen können während einer Bedrohungslage die zivilen Einsatzkräfte nicht in der Art und Weise an das Schadensgebiet herangeführt werden, wie es medizinisch notwendig wäre. Die Problematik des relativen medizinischen Ressourcenmangels besteht nicht nur beim TerrorMANV, sondern auch bei Bedrohungslagen mit wenigen Betroffenen/Patienten (zum Beispiel Geiselnahme).

Neben einer möglichen andauernden Gefährdung der Betroffenen besteht auch eine Gefährdung für das eingesetzte Personal durch unkontrollierte Bewegungen des Täters oder durch einen gezielten zweiten Anschlag auf Rettungskräfte („Second Hit“). Daher ist es das oberste Ziel taktischer Kräfte, mögliche Täter zu binden und eine Schadensvertiefung zu verhindern. Diese Einschränkung in der Bewegungsfreiheit der zivilen Kräfte und die Priorisierung in der Taktik führt zu einer weiteren Ressourcenlimitierung im Schadensgebiet. Diese Prämissen haben direkte Auswirkungen auf die medizinische Versorgung in der „heißen“ und in der „warmen Zone“.

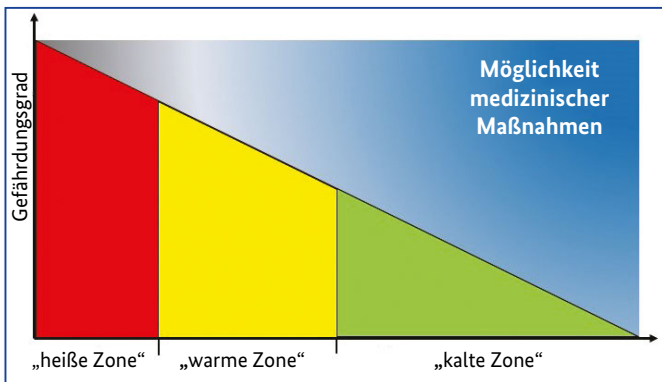


Abbildung 3: Einfluss der Gefährdung auf die Möglichkeiten medizinischer Maßnahmen. (Grafik: Bundespolizei)

### Das System Taktische Medizin

Die Taktische Medizin ist im Wesen eine „bedingte Medizin“. Für die Priorisierung gilt sinngemäß:

Stop the killing, stop the bleeding, stop the dying!

Im Grundsatz wird also zunächst die Gefahr bekämpft, anschließend werden kritische Blutungen behandelt und erst dann erfolgt die weiterführende strukturierte Behandlung anderer Verletzungsmuster. Es stellt somit den Versuch dar, die notwendigen Maßnahmen unter den besonderen Bedingungen der taktischen Lage zu gewährleisten.

Die Erstversorgung in der „heißen Zone“ erfolgt durch die taktischen Kräfte (mit äußerst limitierten Ressourcen und Fähigkeiten) selbst oder in Kooperation mit taktisch geschultem medizinischem Personal. Die Bedrohung nimmt in der „warmen Zone“ ab, folglich können verstärkt medizinische Maßnahmen getroffen werden und eine organisierte Rettung und Evakuierung kann beginnen. In der „kalten Zone“ können Rettungsdienst und nachfolgende Einheiten eine anschließende Versorgungs- und Transportorganisation errichten und betreiben.



Abbildung 4: Geschützte Patientenversorgung während einer Übung. (Foto: Bundespolizei)

### Probleme der Rettung und Evakuierung

Nach dem militärischen Verständnis einer Rettungskette muss die Patientenversorgung vom Schadensgebiet bis in die geeignete Behandlungseinrichtung bruchfrei, durchhaltetfähig und belastbar sein. Das primäre Ziel ist die zeitnahe Erstversorgung und die rasche Verbringung aus einem Bereich eingeschränkter medizinischer Handlungsfähigkeit in das medizinische Regelsystem („kalte Zone“), also das Erreichen größtmöglicher medizinischer Handlungsfähigkeit. Doch wie ist diese in einer taktischen Lage umzusetzen?

Durch die leidvolle Erfahrung zahlreicher militärischer Einsätze fließt die Taktische Medizin mittlerweile – in unterschiedlichem Grad der Umsetzung – in polizeiliche Ausbildung und Planung ein, wodurch auch taktische Kräfte in der „heißen Zone“ lebensrettende medizinische Maßnahmen durchführen können (zum Beispiel Tourniquet und Druckverband).

In der warmen Zone wechselt der Fokus von der Taktik zur Medizin (siehe Abbildung 1). Diese Schnittstelle zwischen Taktik und Medizin ist jedoch fließend. Hier muss eine

**Literatur:**

- [1] Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2022): S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung. Version 4.0. Berlin.
- [2] Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2019): Weißbuch Schwerverletztenversorgung. 3. Auflage. (o. V.) Berlin.
- [3] Neitzel, C./Ladehof, K. (2023): Taktische Medizin. 3. Auflage. Berlin: Springer.
- [4] Committee on Tactical Combat Casualty Care (2022): TCCC-Guidelines.

zielgerichtete Rettung und Evakuierung aus dem Schadensgebiet in Richtung „kalter Zone“ und eine zielgerichtete Patientenversorgung erfolgen, um ein Versterben der Patienten vor dem Erreichen der Behandlungseinrichtung zu verhindern. Doch wer führt diese Rettung, Evakuierung und Behandlung durch?

Sofern polizeiliche Kräfte nicht in der heißen Zone gebunden sind, verfügen sie meistens weder über weitergehende medizinische Kenntnisse noch über genügend medizinisches Material zur längerdauernden, qualifizierten Patientenversorgung. Zivile Rettungskräfte sind im Regelfall weder taktisch geschult, noch verfügen sie über geeignete Schutzausstattung und Fähigkeiten zur Eigensicherung.

Auch in der „kalten Zone“ besteht oft Optimierungspotenzial in der präklinischen und klinischen Versorgung, insbesondere bei der Versorgung von Schuss-, Stich- und Explosionsverletzungen sowie einer Vielzahl an Patienten mit derartigem Verletzungsmuster. Die Bildung geschützter und/oder dezentraler Bereitstellungsräume kann eine präklinische Adaption an Bedrohungslagen darstellen, um eine bruchfreie und durchhaltefähige Rettungskette zu gewährleisten.

**Desiderat**

Inwieweit ist es möglich oder gar notwendig medizinisches Personal in oder an die „heiße Zone“ zu bringen? Denkbar sind taktische Schulung, Schutz durch taktische Kräfte und die Bildung „warmer Inseln“ in der „heißen Zone“ (zum Beispiel in Form geschützter Patientenablagen).

Lücken und Schwachstellen in der Rettungskette sind aufzuklären und zu schließen. Ein gegenseitiges Verständnis der jeweiligen Bedarfe von Polizei und Rettungskräften führt zu der Möglichkeit einer Gruppenkohäsion und einer Verbesserung der Zusammenarbeit an den Schnittstellen. Hierdurch können auch vorher unbekannt Defizite aufgedeckt und behoben werden.

Die ORBIT-Studie zeigte bereits 1978 erste Implikationen und bildete die Grundlagen für eine konkrete Orientierung und die späteren Vorgaben der AGBF Bund zu einer Hilfsfrist bei einem „kritischen Wohnungsbrand“. Für polizeiliche Einsätze existieren in manchen Bundesländern die mit der gesetzlichen Hilfsfrist vergleichbare Reaktionszeiten. Aktuelle Studien und Empfehlungen für Reaktionszeiten und notwendige Ressourcen bei einem „kritischen Polizeieinsatz“ wären wünschenswert.

**Zusammenfassung**

Eine leitliniengerechte medizinische Versorgung von Patienten in polizeilichen taktischen Lagen stellt eine besondere Herausforderung dar. Die Anwender medizinischer Maßnahmen, als auch taktische und operative Planer bewegen sich dabei im Spannungsfeld zwischen taktischen und medizinisch-fachlichen Notwendigkeiten. Speziell im Schnittstellenbereich zwischen dem Schwerpunkt der polizeilichen Maßnahmen und der medizinischen Behandlungsnotwendigkeit muss eine reibungsarme Zusammenarbeit ermöglicht werden. Ein gegenseitiges Verständnis für die jeweiligen Prioritäten und Handlungsweisen ist die Basis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Eine frühzeitige und planmäßige Einbindung aller Akteure bei der Erstellung von Einsatzkonzeptionen und in die Planungs- und Bewältigungsphase bestehender Einsätze ist notwendig. Das Zusammenwirken zwischen polizeilichen und medizinischen Einsatzkräften muss verbessert werden. Gemeinsame Übungen können hilfreich sein.

Dirk Oldenburg ist Facharzt für Anästhesiologie und seit 19 Jahren als Notarzt im In- und Ausland tätig. Nach über 20jähriger Verwendung als Arzt bei der Bundeswehr leitet er seit 2021 den Bereich *Taktische Medizin der Bundespolizeidirektion 11*, der Direktion zur Führung der Spezialkräfte der Bundespolizei.

Dr. Renate Bohnen ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin und leitet seit 2004 den *Polizeiärztlichen Dienst der GSG 9* der Bundespolizei.

Samuel Zednicek ist Angehöriger der Bundespolizei, Notfallsanitäter, OrgL und Master of Disaster Management and Risk Governance. Aktuell studiert er „Öffentliche Verwaltung - Polizeimanagement“ an der *Deutschen Hochschule der Polizei*.

Online weiterlesen zu  
*Präklinische Katastrophenmedizin*  
unter: [www.bbk.bund.de/magazin-zusatz](http://www.bbk.bund.de/magazin-zusatz)  
finden Sie diese Artikel:

- Die Bundespolizei im Bevölkerungsschutz
- Schneller Delphin 2022: Größte Marinesanitätsübung

