

RAHMENVORSCHRIFT GROSSEINSATZMANAGEMENT DES ÖSTERREICHISCHEN ROTEN KREUZES

Version 1.0, vom 26. Juni 2026



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Aus Liebe zum Menschen.

beschlossen in der 274. Präsidentenkonferenz am 26.06.2026

Zur besseren Lesbarkeit wurde bei komplexeren Begriffen wie beispielsweise „Patientenbeurteilung“ darauf verzichtet, diese zu gendern. Gemeint und angesprochen sind immer alle Personen jeglichen Geschlechts.

IMPRESSUM: Österreichisches Rotes Kreuz, Generalsekretariat,
Gesundheit, Einsatz und Soziales, Nationales Katastrophenmanagement
Wiedner Hauptstraße 32, 1041 Wien, ZVR-Zahl: 432857691,
E-Mail: thomas.seltsam@roteskreuz.at

Autoren: Thomas Seltsam, Christian Pichler, Jürgen Müller, Reinhard Schmidt, Manuel Leherbauer, Stefan Soucek, Lukas Amplatz, Günther Schwemberger

Auflage: Juni 2026

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	5
2.	ZIEL DER RAHMENVORSCHRIFT	7
3.	GRUNDPRINZIPIEN DES GROSSEINSATZMANAGEMENTS	8
4.	FESTLEGUNG VON ERFOLGSKRITERIEN	9
5.	AUFBAU DER VORSCHRIFT	10
6.	RÄUMLICHE GLIEDERUNG	11
	6.01. Einsatzraum	11
	6.02. Schadensstelle(n)	11
	6.03. Einsatzstelle(n)	11
	6.04. Einsatzabschnitt	12
	6.05. Bereitstellungsraum	12
	6.06. Platz der Einsatzleitung	12
7.	AUFBAUORGANISATION – ELEMENTE	13
	7.01. Gemeinsame Einsatzleitung	13
	7.02. RK-Einsatzleiter_in	14
	7.03. Leitender Notarzt bzw. Leitende Notärztin (LNA)	14
	7.04. Eingesetzte Kräfte	15
	7.05. Patientensammelstelle	15
	7.06. Sichtungsstelle	16
	7.07. Behandlungsplatz	16
	7.08. Sammelstelle Tote	17
	7.09. Unverletzten-Betreuungsstelle	18
	7.10. Kriseninterventionsteam	18
	7.11. Betroffeneninformationszentrum (BIZ)	19
	7.12. Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen	19
	7.13. Sondereinheiten	20
	7.14. Transport	20
	7.15. Material- und Meldestelle	21
	7.16. Informationsstelle	21
	7.17. Pressestelle	21
	7.18. Aufbauorganisation im Hintergrund	22

8.	ABLAUFORGANISATION	23
8.01.	Mögliche Phasen eines Großeinsatzes	23
8.02.	Sichtungsentscheidung	27
8.03.	Dokumentation	29
9.	LEITUNGSFUNKTIONEN UND DEREN AUFGABEN	30
9.01.	Provisorische_r Einsatzleiter_in	30
9.02.	RK-Einsatzleiter_in	31
9.03.	Leiter_in Behandlung	32
9.04.	Leiter_in Betreuung	33
9.05.	Leiter_in Transport	34
9.06.	Leiter_in Material- und Meldestelle	35
9.07.	Leiter_in Informationsstelle	35
9.08.	Leiter_in Pressestelle	35
10.	GRENZÜBERSCHREITENDE EINSÄTZE	36
10.01.	Durch das Bundesrettungskommando geführte grenzüberschreitende Großeinsätze	36
10.02.	Teilnahme von Rotkreuz-Einheiten(-Mitarbeiter_innen) im Einsatzverband mit anderen Einsatzorganisationen	37
11.	GESUNDHEIT UND SICHERHEIT	38
11.01.	Gefahrenzone	38
11.02.	Eigenschutz	38
12.	EINSATZKOMMUNIKATION	39
12.01.	Taktische Sprechgruppen	40
13.	ANHANG – BETROFFENENFLUSS	41
14.	ANHANG – KENNZEICHNUNG	42
14.01.	Kennzeichnung Personal	42
14.02.	Beschilderung	42
15.	PRIOR	42
16.	LADAS	42

Die Vorschriften des Österreichischen Roten Kreuzes finden sich im Internet unter <http://vorschriften.rotekreuz.at>

1. Einleitung

Der Arbeitsausschuss des Österreichischen Roten Kreuzes hat in seiner 139. Sitzung am 26. März 1993 die Rahmenvorschrift „Großunfälle“ beschlossen und die Landesverbände mit der Erstellung von Durchführungsbestimmungen beauftragt. Im Laufe der Zeit wurden verschiedene Anpassungen vorgenommen, um den aktuellen Anforderungen gerecht zu werden, etwa das Personenleitsystem oder in der psychosozialen Betreuung.

Mit den wachsenden und sich verändernden Anforderungen zeigte sich jedoch, dass eine umfassende Neuausrichtung notwendig war. Aus den Erfahrungen zahlreicher Übungen und realer Einsätze entstand daher die vorliegende „Rahmenvorschrift Großeinsatzmanagement“. Ihre Zielsetzung ist es, einen effizienten und koordinierten Einsatz sicherzustellen und dabei eine modulare und flexible Einsatzstruktur zu ermöglichen, die für verschiedene Einsatzszenarien (sowohl Verletzte als auch unverletzte Betroffene) geeignet ist. Sie richtet sich primär an Einsatzleiter_innen und bezieht sich ergänzend auf weitere Regelwerke wie die Rahmenvorschrift Stabsdienst, das Handbuch Psychosoziale Betreuung im Großeinsatz, die Vorschrift für das Krisen- und Katastrophenmanagement (KATM) sowie die Rahmenvorschrift Rettungsdienst.

Die vorliegende Rahmenvorschrift baut auf bewährten Konzepten auf und integriert moderne Ansätze, um den Herausforderungen zeitgemäßer Großeinsätze gerecht zu werden. Dabei hat die Versorgung der Patient_innen sowie aller unmittelbar und mittelbar Betroffenen stets oberste Priorität. Zentrale Aspekte dieser Vorschrift sind die Flexibilität und Modularität der Ressourcen bei der Versorgung von Betroffenen. Dies bedeutet, dass die vorhandenen Kapazitäten den spezifischen Anforderungen jeder Einsatzsituation gerecht werden können. Ob es sich um einen Massenansturm von Verletzten handelt, die umfangreiche medizinische und sanitätsdienstliche Versorgung benötigen, oder um eine große Anzahl Unverletzter, die psychosoziale Unterstützung, Verpflegung oder Unterkunft brauchen – stets greifen ähnliche Aufbau- und Ablauforganisationsstrukturen. Auch bei geplanten Großeinsätzen, wie etwa einem Ambulanzdienst bei Großveranstaltungen soll auf diese Strukturen zurückgegriffen werden.

Eine gemeinsame Strategie und einheitliche Sprachregelung sind entscheidend für den Erfolg im Großeinsatz. Sie gewährleisten einen effektiven Einsatz von Personal und Material und sind die Voraussetzung für eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Einheiten und Organisationen, die an einem Großeinsatz beteiligt sind. So wird sichergestellt, dass die Hilfe schnell, koordiniert und effektiv geleistet wird – zum Wohle aller Betroffenen.

Die nun vorliegende „Rahmenvorschrift Großeinsatzmanagement“ ist das Ergebnis kontinuierlicher Weiterentwicklung und Anpassung an die sich wandelnden Anforderungen. Sie bleibt flexibel, um auch in den kommenden Jahren und Jahrzehnten den hohen Ansprüchen an das Österreichische Rote Kreuz gerecht zu werden.

Geltungsbereich und Definition

Diese Rahmenvorschrift gilt für das Österreichische Rote Kreuz und seine Landesverbände.

Ein Großeinsatz liegt vor, wenn davon auszugehen ist, dass mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Eine hohe Anzahl von Betroffenen, sei es direkt oder indirekt, ist durch ein Ereignis bedroht oder geschädigt.

- Ein umfangreicher Einsatz von Personal und Material ist erforderlich.
- Das Ereignis überfordert die lokalen Ressourcen.
- Ein erhöhter Koordinationsbedarf besteht.
- Besondere Umstände des Einsatzes erfordern spezielle Aufbau- und Ablauforganisation.
- Die in dieser Richtlinie festgelegten Elemente müssen eingesetzt werden, um das Ereignis zu bewältigen.

Die Unterscheidung eines Großeinsatzes von einem Katastropheneinsatz erfolgt durch die behördliche Definition und Feststellung der Gesamtlage sowie deren Abwicklung auf Grundlage der jeweiligen Landesgesetze. Ablauf- und Aufbauorganisation aus dieser Vorschrift sollen auch im Katastropheneinsatz zur Anwendung kommen.

Bei geplanten oder ungeplanten Großeinsätzen ist eine grundlegende Einordnung in folgende Einsatzarten möglich, wobei es auch zu Überlappungen kommen kann:

- ungeplante Einsätze
 - Einsätze, bei denen eine große Anzahl verletzter oder erkrankter Personen medizinisch/sanitätshilflich zu versorgen ist.
 - Einsätze, bei denen eine große Anzahl betroffener (unverletzter) Personen psychosozial zu betreuen ist.
 - Einsätze, bei denen für betroffene Personen die Abdeckung grundlegender Bedürfnisse wie Unterkunft und Verpflegung bereitzustellen ist.
- geplante Einsätze
 - Einsätze, bei denen vorsorglich die Versorgung oder Betreuung einer großen Anzahl verletzter und/oder unverletzter Personen sicherzustellen ist (z. B. Ambulanzdienst bei Veranstaltungen).
- sonstige Großeinsätze
 - z. B. Sucheinsätze, Evakuierungen oder die Unterstützung anderer Einsatzorganisationen

Die Landesverbände sind verpflichtet, auf Grundlage dieser Richtlinie entsprechende Durchführungsbestimmungen zu erlassen und entsprechende Alarmpläne zu erstellen.

2. Ziel der Rahmenvorschrift

Das Ziel dieser Rahmenvorschrift ist es, durch einen koordinierten und effizienten Einsatz sämtlicher Ressourcen des Österreichischen Roten Kreuzes bei Großeinsätzen die bestmögliche Hilfe für eine möglichst große Anzahl betroffener Personen zu gewährleisten. Diese Hilfe umfasst alle Beteiligten – sowohl die direkt als auch die indirekt betroffenen Menschen. Dabei wird stets darauf geachtet, die am geeignetsten Ressourcen einzusetzen, um ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen.

Ein weiteres Ziel ist der schonende Einsatz der Ressourcen. Es ist in der Regel nicht erforderlich, alle verfügbaren Elemente dieser Rahmenvorschrift vollständig zu aktivieren; vielmehr kommt es darauf an, nur das einzusetzen, was für den erfolgreichen Ablauf eines Einsatzes sinnvoll ist. Die Reduktion des Ressourceneinsatzes zur Errichtung oder Aufrechterhaltung der Infrastruktur ist daher ein wichtiger Grundsatz, damit Ressourcen an den Stellen verwendet werden, wo sie den größten Effekt haben.

Der Einsatz muss skalierbar sein, damit bei wachsenden Anforderungen weitere Kräfte, Material und Infrastruktur unkompliziert in den Einsatz integriert werden können. Ein Aufwuchs der Strukturen kann auf diese Weise zügig erfolgen - notfalls auch mit einem vorübergehenden Überangebot an Material und Personal. Dies stellt sicher, dass im Kontext der „Golden Hour“ eine zeitgerechte Versorgung von Verletzten gewährleistet wird. Besonders im Hinblick auf schwer verletzte Personen ist die rasche Versorgung sowie der zeitnahe Transport in nachgeschaltete Versorgungseinrichtungen entscheidend. Kapazitäten von ambulanten und stationären Einrichtungen selbst bleiben in dieser Rahmenvorschrift unberücksichtigt.

3. Grundprinzipien des Großeinsatzmanagements

Orientierung an humanitären Grundsätzen

Das Handeln im Großeinsatzmanagement folgt stets den humanitären Werten, die den Grundgedanken des Roten Kreuzes darstellen. Die Würde aller betroffenen Personen ist zu respektieren und Hilfe ist unabhängig von Herkunft, Geschlecht oder sozialem Status zu leisten.

Führungsgrundsätze

Ein erfolgreiches Großeinsatzmanagement setzt eine klar definierte Führung voraus. Zuständigkeiten müssen eindeutig benannt und Kommunikationswege nachvollziehbar gestaltet sein. Die Einsatzführung folgt dabei den Führungsgrundsätzen.

Priorisierung von Maßnahmen

Die unmittelbare medizinische Versorgung von Verletzten sowie deren Verbringung in höherwertige medizinische Einrichtungen stehen im Mittelpunkt der anfänglichen Einsatzphase. Zugleich ist die Betreuung von Betroffenen sicherzustellen, damit auch Unverletzte oder indirekt Betroffene zeitnah Unterstützung erhalten. Je nach Lage sind logistische Aspekte wie die Bereitstellung von Material sowie der sichere Zugang zur Schadensstelle frühzeitig zu berücksichtigen.

„Golden Hour“

Die „Golden Hour“ bezeichnet jenen Zeitraum von etwa 60 Minuten nach Eintritt eines schweren Traumas, in dem durch sofortiges Auffinden, zielgerichtete Erstversorgung und einen raschen Transport zur weiterführenden Behandlung die Überlebenschancen und der Genesungsverlauf entscheidend beeinflusst werden können. Um diesen Effekt zu gewährleisten, sollten sämtliche Maßnahmen und Abläufe so geplant sein, dass sie dieses zeitkritische Fenster optimal nutzen.

Modularität und Flexibilität der Einsatzstruktur

Eine modulare Struktur ermöglicht es, je nach Bedarf einzelne Elemente zu aktivieren oder abzubauen, ohne das gesamte System zu beeinträchtigen. Dieses Prinzip schafft Spielraum, um rasch auf sich ändernde Einsatzlagen zu reagieren – beispielsweise durch das Hinzuziehen zusätzlicher Betreuungseinheiten oder die Aufstockung von Rettungsmitteln. Eine flexible Einsatzorganisation garantiert, dass sowohl kleinere als auch sehr umfangreiche Schadenslagen verlässlich bewältigt werden können.

Optimierung der Ressourcennutzung

Bei Großeinsätzen ist oft eine Vielzahl von Kräften und Material im Einsatz. Die Ressourcen müssen so koordiniert werden, dass sie an den Stellen zum Einsatz kommen, an denen sie den größten Nutzen entfalten. Dies erfordert eine genaue Abstimmung zwischen sämtlichen beteiligten Organisationseinheiten, um Engpässe zu erkennen und rechtzeitig zu beheben.

4. Festlegung von Erfolgskriterien

Eine sorgfältige Vorbereitung bildet die Grundlage für jeden Großeinsatz und stellt sicher, dass ab der Alarmierung alle erforderlichen Schritte zielgerichtet umgesetzt werden. Besonders wichtig ist dabei die Formulierung klarer Erfolgskriterien, an denen sich alle Beteiligten orientieren können. Diese Kriterien betreffen sowohl den Schutz der Betroffenen als auch die effiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen.

Das Kräfte-Raum-Zeitkalkül unterstützt dabei, die entscheidenden Faktoren in Einklang zu bringen. Dieses Prinzip basiert auf der optimalen Zusammenführung von genügend Personal und Material (Kraft), ausreichenden Handlungsspielräumen (Raum) sowie einem durchdachten Zeitmanagement (Zeit). Wer bereits im Vorfeld überprüft, ob Kapazitäten in allen drei Bereichen ausreichen oder rasch aufgestockt werden können, vermeidet Überlastung und Versorgungsengpässe bei dynamischen Schadenslagen. Ein Hauptaugenmerk liegt dabei auf „Engpassressourcen“.

Der Ressourcenansatz bezieht sich auf die Bereitstellung und Steuerung aller benötigten Mittel. Hierzu gehören neben Fahrzeugen, medizinischer Ausrüstung oder Verpflegung auch spezifische Sondereinheiten, die je nach Schadensbild angefordert werden können. Diese Balance ist entscheidend, um Überkapazitäten zu vermeiden und dennoch im Bedarfsfall schnell aufwachsen zu können.

Durch das Zusammenspiel der definierten Erfolgskriterien, des Kräfte-Raum-Zeitkalküls, einer entsprechenden Zeitplanung und eines wohlüberlegten Ressourcenansatzes entsteht ein strukturiertes Gesamtkonzept. Es gewährleistet, dass ein Einsatz von der ersten Meldung bis zu seiner Evaluierung flexibel und gleichzeitig effizient abgewickelt werden kann.

5. Aufbau der Vorschrift

Die vorliegende Vorschrift ist so aufgebaut, dass zu Beginn die räumliche Gliederung im Einsatz definiert wird. Daran anschließend werden Einsatzelemente, ihr Aufbau und die Qualifikation des Personals beschrieben, die im Großeinsatz eingesetzt werden können. Diese Elemente sind der „Werkzeugkasten“ des Einsatzleiters bzw. der Einsatzleiterin. Im Anschluss erfolgt die Vernetzung der Einsatzfunktionen gefolgt von einem möglichen zeitlichen Ablauf.

Unterschiedliche Rahmenbedingungen (Anzahl der Betroffenen, geografische Bedingungen, verfügbare Ressourcen usw.) haben großen Einfluss auf den Ablauf eines Einsatzes. Die Darstellung eines idealtypischen Ablaufs sowie der bedürfnisorientierten Anpassungsmöglichkeiten anhand von Beispielen zeigen mögliche Ablaufvarianten.

Der gewählte Aufbau trägt der Skalierbarkeit des Einsatzes Rechnung: Während das ersteintreffende Fahrzeug noch viele Rollen und Funktionen in wenigen Personen vereinen muss, können mit dem Aufwuchs der Personalressourcen immer mehr der Aufgaben und Rollen an weitere Personen delegiert werden.

6. Räumliche Gliederung

6.01. Einsatzraum

Unter Einsatzraum versteht man das räumlich abgegrenzte Gebiet, in dem die Einsatzkräfte an einer oder mehreren Einsatzstellen tätig sind.

6.02. Schadensstelle(n)

Die Schadensstelle ist jene Örtlichkeit, an der ein Schaden eingetreten ist und an der sich Betroffene, Gefahrenquellen und Schadensfolgen befinden. Grundsätzlich gilt sie als Gefahrenbereich. Tätigkeiten im Gefahrenbereich sind auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken und unter besonderer Beachtung des Selbstschutzes durchzuführen.

Bei erkennbarer, ungewöhnlicher Gefahr sind unverzüglich geeignete Spezial- und Fachkräfte (z. B. Feuerwehr, CBRN-Einheiten, technische Expert_innen) beizuziehen. Weiterführende Regelungen zum Vorgehen im Gefahrenbereich finden sich in [Kapitel 11 „Gesundheit und Sicherheit“ \(Seite 38\)](#).

Besonderes Augenmerk ist auf Indizien für eine lebensbedrohliche Einsatzlage (lebEL)¹ zu legen. Falls Indizien erkannt wurden, sind diese im Team und gegenüber der vorgesetzten Stelle klar zu kommunizieren und bei allen weiteren Entscheidungen in der Lagebeurteilung zu berücksichtigen.

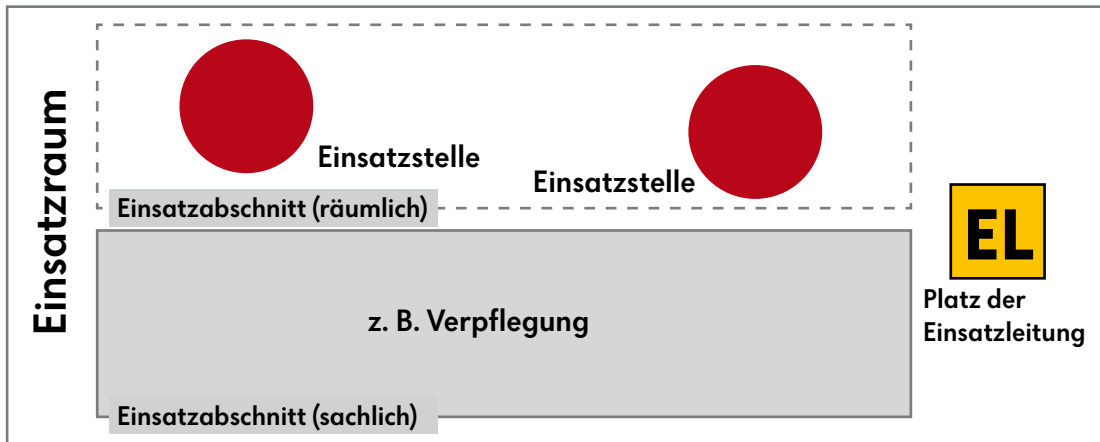
6.03. Einsatzstelle(n)

Eine Einsatzstelle ist jene Örtlichkeit an der, unter dem/der dort zuständigen Leiter_in, mit den von ihm/ihr geführten Kräften und eingesetzten Mitteln, der Einsatz abgewickelt wird.

¹ Lebensbedrohliche Einsatzlagen (lebEL) sind hochdynamische, anfänglich schwer einzuordnende Szenarien, bei denen ein oder mehrere Täter_innen mit Waffen, Sprengmitteln, gefährlichen Stoffen oder außergewöhnlicher Gewalt bereits Menschen verletzt oder getötet haben (bzw. dies unmittelbar zu erwarten ist) und dadurch für andere Personen – einschließlich der Einsatzkräfte – eine anhaltende, akute Lebensgefahr besteht.

6.04. Einsatzabschnitt

Nach taktischen Erfordernissen festgelegter, in räumlicher oder sachlicher Hinsicht abgegrenzter Aufgaben- und Verantwortungsbereich zur Gliederung eines Einsatzes.



Gibt es mehrere Einsatzstellen oder Einsatzabschnitte, so sind diese für eine strukturierte Kommunikation und Führung eindeutig zu bezeichnen.

6.05. Bereitstellungsraum

Der Bereitstellungsraum ist eine abseits von Einsatzstellen gelegene Örtlichkeit, an der Personal und Material/Fahrzeuge vor ihrem Einsatz zusammengezogen und bereitgehalten werden.

Weitere Informationen zum Bereitstellungsraum finden sich in der Rahmenrichtlinie für Bereitstellungsräume auf vorschriften.rotekreuz.at.

6.06. Platz der Einsatzleitung

Örtlich festgelegter Bereich, an dem die gemeinsame Einsatzleitung arbeitet.

7. Aufbauorganisation – Elemente

Zu Beginn des Einsatzes werden alle der folgenden beschriebenen Rollen von ein oder zwei Personen ausgefüllt werden. Eine Ausdifferenzierung der Funktionen ergibt sich durch die Dimension und steigende Komplexität des Einsatzes. Erst mit der Anwesenheit weiterer Personen werden Rollen an diese delegiert oder übergeben.

Unverletzten und anderen direkt oder indirekt betroffenen Personen soll möglichst rasch (psycho-) soziale Betreuung angeboten werden können. Es ist wichtig, schon zu Beginn des Einsatzes daran zu denken, auch die Betreuungsstrukturen möglichst rasch aufzubauen.

Abhängig davon, ob Verletzte, Unverletzte oder beide Gruppen zu versorgen sind, können Einsatzelemente gemeinsam genutzt oder müssen dafür eigens installiert werden. In jedem Fall gibt es eine_n alleinverantwortliche_n Einsatzleiter_in, dem/der alle Einsatzabschnitte unterstellt sind.

7.01. Gemeinsame Einsatzleitung

Sind am Einsatz mehrere Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) beteiligt, so ist eine gemeinsame Einsatzleitung zu bilden. Gegebenenfalls sind auch Ansprechpersonen oder Expert_innen von Unternehmen (z. B. ÖBB, betroffene Firmenleitung etc.) in die Einsatzleitung aufzunehmen. Ist zu erwarten, dass Führungsaufgaben komplexer werden, kann der/die EL oder eine befugte Person die Bildung eines Stabes veranlassen. Die personelle Zusammensetzung des Stabes orientiert sich an den Notwendigkeiten des jeweiligen Einsatzes.

Ziel einer gemeinsamen Einsatzleitung ist eine direkte Kommunikations- und Abstimmungsmöglichkeit der Einsatzkräfte. Die Ausgestaltung der Einsatzleitung richtet sich nach den Vorgaben der jeweiligen Landesgesetze.

Element des Roten Kreuzes in der Einsatzleitung ist der/die RK-Einsatzleiter_in. Es ist sicherzustellen, dass auch bei Abwesenheit des RK-Einsatzleiters bzw. der RK-Einsatzleiterin jederzeit ein_e beauftragte_r Vertreter_in des Roten Kreuzes (Verbindungsorgan) in der Einsatzleitung zur Verfügung steht.

7.02. RK-Einsatzleiter_in

Der/die RK-Einsatzleiter_in ist jene Person, die in einem Einsatz innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches die Gesamtverantwortung für das Handeln der Rotkreuz-Einheiten trägt, alle erforderlichen Aufträge bzw. Befehle erteilt und Maßnahmen anordnet. Ihm/ihr obliegt die Organisation aller RK-Einsatzaufgaben und RK-Einsatzkräfte während des gesamten Einsatzes. Dies beinhaltet sämtliche Einsatzkräfte aller Leistungsbereiche des Roten Kreuzes.

Zumeist übernimmt die erste Einheit vor Ort diese Funktion. Dies kann beispielsweise der/die bestgeeignete Mitarbeiter_in der ersten eintreffenden Einheit sein. Dem/der provisorischen Einsatzleiter_in kommt eine besonders verantwortungsvolle Rolle zu, da der erfolgreiche Verlauf des weiteren Einsatzes maßgeblich von seinen/ihren Entscheidungen abhängt. Bis zum Eintreffen eines ausgebildeten Einsatzleiters bzw. einer ausgebildeten Einsatzleiterin, bleibt der/die provisorische Einsatzleiter_in in seiner/ihrer Rolle. Wichtig ist, dass eine für die unmittelbar Geführten sowie alle Kommunikationsschnittstellen offensichtliche Übergabe an den/die nächste_n Einsatzleiter_in stattfindet.

7.02.01. Leiter_in eines Aufgaben- oder Verantwortungsbereiches

Bei der Definition einer räumlichen Gliederung zum Beispiel bei räumlich getrennten Einsatzstellen oder Einsatzabschnitten wie der Verpflegung, sind zusätzlich zum/zur RK-Einsatzleiter_in diesem/dieser unterstellte Leiter_innen für einzelne räumliche Gliederungen vorzusehen und eindeutig zu bezeichnen.

7.02.02. Führungsunterstützung

Die Führungsunterstützung stellt für den/die Einsatzleiter_in und andere Führungskräfte ein zentrales Element dar, welches bei komplexen Einsätzen im Hintergrund administrative sowie operative Unterstützungsaufgaben wahrnimmt. Diese umfassen insbesondere:

- Unterstützung in der internen und externen Kommunikation,
- Dokumentation und Führung des Einsatztagebuchs,
- Lageführung sowie Lagedarstellung.

Abhängig von der Dimension und Komplexität des Einsatzes werden diese Aufgaben von Einzelpersonen am Einsatzort, durch eine Mobile Leitstelle und/oder durch einen Einsatzstab übernommen. Das eingesetzte Personal setzt sich aus qualifizierten Mitarbeitenden mit Kompetenzen in der Lageführung sowie Schreibkräften zur Assistenz zusammen.

7.03. Leitender Notarzt bzw. Leitende Notärztin (LNA)

Sollte eine größere Anzahl ärztlichen Personals zu koordinieren sein, wird ein Leitender Notarzt bzw. eine Leitende Notärztin (LNA) eingesetzt.

Bei einem Einsatzgeschehn mit Verletzten ist der Leitende Notarzt bzw. die Leitende Notärztin die oberste medizinische Instanz. Er/sie arbeitet eng mit dem/der Rotkreuz-Einsatzleiter_in zusammen und berät diese_n in medizinischen Belangen. Sämtliches ärztliches Personal am Einsatzort untersteht seiner/ihrer Weisungsbefugnis.

Der Leitende Notarzt bzw. die Leitende Notärztin muss über eine gültige Notarztberechtigung gemäß Ärztegesetz sowie eine aufrechte LNA-Berechtigung verfügen. Darüber hinaus ist die Tätigkeit im regionalen Rettungsdienstsystem sowie die Erfüllung der jeweils geltenden landesspezifischen Voraussetzungen für den/die LNA erforderlich.

7.04. Eingesetzte Kräfte

Je nach Art und Umfang eines Einsatzes werden unterschiedliche Kräfte des Roten Kreuzes sowie anderer (Einsatz-)Organisationen eingebunden. Die Landesverbände sind verpflichtet, sicherzustellen, dass das eingesetzte Rotkreuz-Personal über die erforderlichen Qualifikationen, sowohl in Bezug auf Ausbildung als auch auf Erfahrung, verfügt.

Spezialisierte Rotkreuz-Einheiten, wie beispielsweise Feldküchen, werden nach Bedarf und Verfügbarkeit angefordert. Alle Rotkreuz-Einheiten sind in die bestehende Einsatzstruktur zu integrieren und haben die Kommunikation sowie die Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Das Rotkreuz-Personal kann in vorab zusammengestellten taktischen Rotkreuz-Einheiten (RKE) oder situativ nach Erfordernis formiert und eingesetzt werden. Beispiele hierfür sind mobile oder stationäre Sanitätstrupps (mit oder ohne ärztliche Begleitung), ambulante Versorgungsstellen, Versorgungstrupps (z. B. für die Ausgabe von Tee und Decken) oder Einheiten für die basismedizinische Versorgung. Weitere Sonder- und Spezialeinheiten sind in der Rahmenvorschrift Rotkreuz-Einheiten geregelt.

Hier seien beispielsweise folgenden Aufgaben und Einheiten angeführt:

- **Medizinische Versorgung:** SanHist, falls sich die verzögerte Behandlung im Feld abzeichnet
- **Suche von Vermissten:** Suchhunde oder / und Drohnen in Abhängigkeit des Einsatzfalles
- **Unterbringung:** Einrichtung und Betreuung von Notunterkünften
- **Verpflegung:** Sicherstellen der Verpflegung von betroffenen Personen und Einsatzpersonal
- **Logistik und Versorgung:** Beschaffung, Transport und Verteilung von Material, Lebensmitteln oder Medikamenten
- **Technische Unterstützung:** Beleuchtung etc.

Die Zusammenarbeit mit solchen Einheiten erfordert klare Kommunikationswege und eine Abstimmung ihrer jeweiligen Verantwortungsbereiche mit den medizinischen und psychosozialen Strukturen. Indem alle Kräfte miteinander vernetzt sind, kann das Rotkreuz-Personal gezielt dort eingesetzt werden, wo es den größten Nutzen erzielt, und der Gesamtablauf bleibt für alle Beteiligten transparent.

7.05. Patientensammelstelle

Die Patientensammelstelle ist der Ort, an dem in den meisten Fällen der erste Kontakt zwischen Betroffenen und Rettungskräften stattfindet. Hier erfolgt eine sofortige Vorsichtung der Patient_innen mit Einteilung in kritisch, stabil, unverletzt oder tot. Den Patient_innen wird ein Mindestmaß an Basisversorgung geboten, wie zum Beispiel das Freimachen der Atemwege oder die Stillung starker Blutungen. An der Patientensammelstelle kann auch eine weiterführende Versorgung und Behandlung erfolgen. Bei ausreichenden Ressourcen erfolgt von hier der unmittelbare Abtransport der Patient_innen.

Die Patientensammelstelle ist flexibel konzipiert, um bei Bedarf weiter aufwachsen zu können und in die Behandlung überzugehen. Dies ermöglicht eine erweiterte medizinische Versorgung vor Ort, wenn die Umstände dies erfordern. Die Struktur der Sichtungskategorie wird so gestaltet, dass alle Einsatzkräfte die Abläufe klar nachvollziehen können.

Die Lage der Patientensammelstelle wird oft durch einen Übergabepunkt definiert, der in Zusammenarbeit zwischen Feuerwehr, eventuell Spezialkräften und Rettungsdienst festgelegt wird. Falls erforderlich, wird die Dringlichkeit der Behandlung an der Patientensammelstelle festgelegt.

Die Einrichtung der Patientensammelstelle erfolgt unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte:

- außerhalb der Gefahrenzone mit entsprechendem Sicherheitsabstand
- klare Trennung von kritischen und stabilen Patient_innen
- räumlich sinnvolle Konzentration der Hilfsmaßnahmen zur Verkürzung der Wege
- Erstversorgung mit Material der ersten eintreffenden Fahrzeuge
- Möglichkeit des Aufwuchses zum Behandlungsplatz

Unverletzte Personen werden an die Unverletzten-Betreuungsstelle weitergeleitet.

7.06. Sichtungsstelle

Die Aufgabe der Sichtungsstelle besteht in der Sichtung und Priorisierung von betroffenen Personen sowie deren Zuteilung auf nachfolgende Betreuungs- und Behandlungsstrukturen.

Bei einer großen Anzahl betroffener oder erkrankter Personen, die in kurzer Zeit einer Behandlung zugeführt werden müssen, legt die Sichtung die Prioritäten für die verschiedenen Schritte im Versorgungsablauf fest. Dies wird besonders notwendig, wenn die Anzahl der Betroffenen die verfügbaren Transportressourcen übersteigt. Das Personal an der Sichtungsstelle besteht aus Ärzt_innen (sofern verfügbar) und Sanitäter_innen, bevorzugt Notfallsanitäter_innen.

7.07. Behandlungsplatz

Der Behandlungsplatz ist in unmittelbarer Nähe zur Sichtungsstelle einzurichten und muss ausreichend groß sein, um alle notwendigen Sichtungskategorien unterzubringen. Er kann aus der Patientensammelstelle aufwachsen.

Die Hauptaufgabe der Behandlung besteht darin, die erforderliche medizinische und sanitätshilfliche Versorgung durchzuführen und die Transportfähigkeit der Patient_innen herzustellen.

Bei der Einrichtung der Behandlungseinheit sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

- möglichst kurze Wege von der Triagestelle zur Behandlungseinheit
- direkter und umwegfreier Zugang zur Verladestelle für den Abtransport

Die Zuteilung der Patient_innen zu den einzelnen Sichtungskategorien erfolgt basierend auf den Entscheidungen, die im Rahmen der Sichtung getroffen wurden.

Die Behandlung der Patient_innen an den Sichtungskategorien erfolgt unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- fokussierte Zusammenarbeit von Ärzt_innen und Sanitäter_innen
- rasche Erstellung der medizinischen Diagnose und ggf. Anpassung der Sichtsungsentscheidung
- Durchführung lebensrettender Maßnahmen
- Sicherstellung der Transportfähigkeit der Patient_innen
- Dokumentation aller gesetzten Maßnahmen

Sichtungskategorie I: Sofortbehandlung (rot)

Patient:innen der Sichtungskategorie I werden vorrangig lebensrettende Maßnahmen durchgeführt. Das Team besteht in erster Linie aus Ärzt_innen und Notfallsanitäter_innen und kann bei Bedarf durch Rettungssanitäter_innen unterstützt werden. Ziel ist es, unmittelbar kritische Zustände zu stabilisieren, um einerseits den vital bedrohlich Verletzten schnelle Hilfe zu bieten und andererseits die weiteren Versorgungsschritte so vorzubereiten, dass ein zügiger Transport in geeignete Einrichtungen erfolgen kann.

Sichtungskategorie II: Dringende Behandlung (gelb)

Das Personal setzt sich aus Ärzt_innen, Rettungs- und Notfallsanitäter_innen zusammen, um die Patient_innen bestmöglich zu stabilisieren und transportfähig zu machen. In die Sichtungskategorie II fallen schwer verletzte oder schwer erkrankte Personen, die akut behandlungsbedürftig sind und präklinisch nicht dauerhaft versorgt werden können, jedoch nicht einer sofortigen lebensrettenden Intervention bedürfen.

Sichtungskategorie III: Spätere (ambulante) Behandlung (grün)

Jene Personen, die leichte Verletzungen aufweisen und nicht umgehend intensiv versorgt werden müssen, fallen in die Sichtungskategorie III. Neben Rettungs- und Notfallsanitäter_innen können hier auch Ärzt_innen und Kriseninterventions-Mitarbeiter_innen hinzugezogen werden, wenn psychosoziale Unterstützung erforderlich ist. Das Hauptaugenmerk liegt auf der gezielten Behandlung medizinisch eher geringfügiger Verletzungen sowie einer bedürfnisorientierten Betreuung.

Sichtungskategorie IV: Betreuende (abwartende) Behandlung

Die Sichtungskategorie IV wird nur dann vergeben, wenn die Versorgungskapazitäten für Patient_innen mit höherer Behandlungspriorität ausgeschöpft sind. Sie umfasst vor allem eine betreuende, symptomlindernde und abwartende Versorgung. Im Mittelpunkt stehen dabei insbesondere Schmerzstillung, Beobachtung und Unterstützung von Patient_innen mit weniger dringlichen Verletzungen oder geringer unmittelbarer Behandlungspriorität. Rettungs- und Notfallsanitäter_innen sowie Ärzt_innen stellen sicher, dass die Betroffenen weiterhin sicher und angemessen betreut werden, bis eine Verlegung, Neubewertung oder weiterführende Versorgung möglich ist.

7.08. Sammelstelle Tote

Verstorbene Personen sind nach ärztlicher Feststellung des eingetretenen Todes und nach ihrer Registrierung pietätvoll zu sammeln, bis sie an die Exekutive übergeben oder durch Bestattungsdienste abtransportiert werden.

Die Überbringung der Todesnachricht an Angehörige erfolgt ausschließlich durch die Exekutive, wobei diese von Kriseninterventions-Mitarbeiter_innen begleitet werden kann.

Personen, die an der Schadensstelle sichere Todeszeichen aufweisen und/oder von einem Arzt bzw. einer Ärztin für tot erklärt wurden, sind der Exekutive zu melden und für weitere Ermittlungen pietätvoll an Ort und Stelle zu belassen, sofern sie die Rettungsarbeiten nicht behindern.

Für die Sammelstelle Tote wird kein_e Leiter_in des Roten Kreuzes eingesetzt, da dieser Bereich in die Verantwortung der Exekutive fällt. Das Rote Kreuz wird in diesem Bereich lediglich unterstützend tätig.

7.09. Unverletzten-Betreuungsstelle

Wenn unverletzte Personen vor Ort betreut werden müssen, wird eine Unverletzten-Betreuungsstelle eingerichtet, der alle unverletzten Betroffenen zugewiesen werden. Sie fungiert als Schnittstelle zwischen der medizinisch-sanitätsdienstlichen Versorgung und den Betreuungsstrukturen. Das Personal besteht aus Kriseninterventions-Mitarbeiter_innen und Sanitäter_innen.

Die Unverletzten-Betreuungsstelle soll in ausreichendem Abstand zum Schadensort errichtet werden und für unverletzte Personen leicht zugänglich sein. Abhängig von den äußeren Bedingungen (Wetter, Verfügbarkeit fester Unterkünfte, Anzahl der Betroffenen, voraussichtliche Einsatzdauer) kann sie im Freien, in festen Unterkünften oder, wenn gar nicht anders möglich, in Zelten eingerichtet werden. Häufig ist ein größerer Raum für die Datenerfassung und Betreuung ausreichend.

7.10. Kriseninterventionsteam

Mitarbeiter_innen der Krisenintervention, als kleinste Einheit der psychosozialen Betreuung, können im Großeinsatz flexibel eingesetzt werden. Sie betreuen unverletzte bzw. leicht verletzte Betroffene, Angehörige, Zeug_innen oder Ersthelfer_innen.

Abhängig von der Anzahl der Betroffenen kann der Einsatz mit einem oder mehreren Teams erfolgen. Wie bei der Versorgung von Verletzten muss auch bei der Betreuung auf das Schadensausmaß reagiert und entsprechend Personal, Material und Räumlichkeiten bereitgestellt werden.

Einzelne KI-Teams können im Großeinsatz an verschiedenen Stellen eingesetzt werden, z. B.:

- an der Informationsstelle
- an der Unverletztenbetreuungsstelle
- als Begleitung bei der Überbringung von Todesnachrichten gemeinsam mit der Exekutive
- bei der Identifizierung von Verstorbenen
- zur Information und Betreuung von Angehörigen
- im Betroffeneninformationszentrum
- zur Betreuung von Angehörigen im Krankenhaus, am Wohnort oder bei Bestattungsunternehmen

Das Personal der KI-Teams besteht aus Kriseninterventions-Mitarbeiter_innen und, falls erforderlich, psychosozialen Fachkräften.

7.11. Betroffeneninformationszentrum (BIZ)

Ein Betroffeneninformationszentrum wird eingerichtet, wenn sich eine große Anzahl an Betroffenen am Ort des Ereignisses befindet oder erwartet wird, eine länger andauernde psychosoziale Betreuung notwendig ist und/oder eine zentrale Informationsweitergabe an größere Gruppen erforderlich sein könnte.

Das BIZ muss in ausreichender Distanz zum Schadensort errichtet werden und über Hauptverkehrswege oder eine Anbindung an den öffentlichen Verkehr gut erreichbar sein. Im Bedarfsfall sollte der Zugang zum BIZ durch die Exekutive einfach absperrbar sein.

Die räumlichen Erfordernisse hängen vom Einsatzgeschehen ab. Ähnlich wie bei anderen Einsatzstrukturen sollten im BIZ nur die notwendigen Strukturen aufgebaut werden, die zur Bewältigung der Lage erforderlich sind. In einer ersten Ausbaustufe kann bereits ein größerer Raum ausreichen. Idealerweise stehen bereits vordefinierte Räumlichkeiten zur Verfügung, es sollte jedoch Flexibilität für einen Ausbau bei unvorhersehbaren Entwicklungen gewährleistet sein. Der Personalbedarf orientiert sich entsprechend am Ausmaß des Ereignisses.

Das Personal im BIZ besteht aus Kriseninterventions-Mitarbeiter_innen und psychosozialen Fachkräften. Für die organisatorische Einsatzabwicklung werden vor allem Mitarbeiter_innen zur Datenerfassung und zum Datenabgleich benötigt. Je nach Ausbaustufe und Einsatzdauer könnten zusätzliche Mitarbeiter_innen für Kinderbetreuung, den Suchdienst etc. erforderlich sein. In jedem BIZ sollte außerdem ein Sanitätsdienst (Ambulanzdienst) eingerichtet werden, der an die Auslastung angepasst ist.

Bei Bedarf kann ein BIZ durch eine telefonische Beratungshotline oder eine Informationswebsite für Betroffene ergänzt werden.

7.12. Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen

Im Großeinsatz kann es zu Überlastung oder Überforderung des Einsatzpersonals kommen. Peers werden als Unterstützung des Einsatzleiters bzw. der Einsatzleiterin eingesetzt. Bei Bedarf bieten Peers während des Einsatzes Kolleg_innen-Gespräche (on-scene-support) an, um den Einsatzkräften eine direkte Unterstützung zu ermöglichen.

Peers stehen sowohl während des Einsatzes als auch nach dessen Abschluss für weitere Informationen und Gespräche zur Verfügung. Das Personal der Einsatzkräftenachsorge (SvE) besteht aus Peers und gegebenenfalls psychosozialen Fachkräften.

7.13. Sondereinheiten

Um nicht nur die medizinischen und psychosozialen Bedürfnisse der Betroffenen abzudecken, sondern auch deren Bedarf an Unterkunft, Verpflegung, Hygiene und weiteren Grundbedürfnissen, ist die Zusammenarbeit mit verschiedenen Rotkreuz-Einheiten erforderlich. Diese Sondereinheiten werden je nach Bedarf und Verfügbarkeit angefordert und in die bestehende Einsatzstruktur integriert. Die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Einheiten muss sichergestellt werden.

Der/die jeweilige Leiter_in der Einheit ist dem/der Einsatzleiter_in unterstellt und koordiniert seine/ihre Tätigkeiten in enger Abstimmung mit den anderen beteiligten Einheiten.

Beispielhafte Aufgaben der Sondereinheiten sind:

- Herstellung und Ausgabe der Verpflegung
- Planung, Koordinierung, Errichtung und Betrieb einer Unterkunft
- Betrieb von Rotkreuz-Drohnen zur Einsatz- und Führungsunterstützung

Das Personal und die Aufgaben der einzelnen Sondereinheiten sind in deren jeweiligen Definition festgelegt.

7.14. Transport

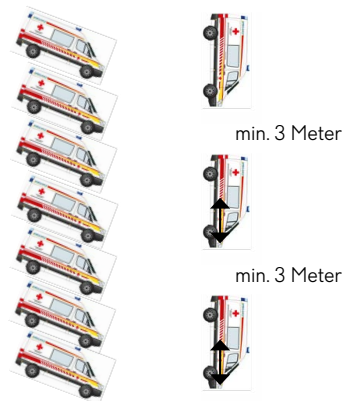
Dem Transport sind die folgenden Stellen zugeordnet:

7.14.01. KFZ-Sammelplatz

Der KFZ-Sammelplatz ist ein organisierter Bereich für bodengebundene Transportmittel und dient der geordneten Zu- und Abfahrt sowie dem Parken der Einsatzfahrzeuge.

Bei der Einrichtung des KFZ-Sammelplatzes sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

- ausreichend großer Platz, um das geordnete Abstellen aller Fahrzeuge zu ermöglichen
- genügend Abstand zwischen den Fahrzeugen, um den Zugang zu Material und Equipment (z. B. Fahrtrage, Tragstuhl) zu erleichtern
- ungehinderte Zu- und Abfahrten, idealerweise durch Einbahnsysteme, unterstützt durch die Exekutive oder die Feuerwehr
- jederzeitige Betriebsbereitschaft aller Fahrzeuge sicherstellen
- Aufsicht über die abgestellten Fahrzeuge gewährleisten



Schräg- bzw. Längsparkordnung

7.14.02. Verladestelle

Die Verladestelle dient der Übergabe von Patient_innen an die entsprechenden Transportmittel. Bei Bedarf, etwa zur Beförderung unverletzter Betroffener aus der Unverletzten-Betreuungsstelle oder dem Betroffeneninformationszentrum, kann eine zusätzliche Verladestelle eingerichtet werden. Die Koordination der Verladestellen obliegt dem/der Leiter_in Transport.

7.14.03. Hubschrauberlandeplatz

Der Hubschrauberlandeplatz ist der organisierte Bereich für alle am Einsatz beteiligten Luftrettungsmittel. Er ist in ausreichender Distanz zu anderen Einrichtungen unter Beachtung der flugbetrieblichen Anforderungen anzulegen. Nach Möglichkeit soll Personal mit flugbetrieblicher Erfahrung die Leitung übernehmen.

7.15. Material- und Meldestelle

Die Material- und Meldestelle ist für die Registrierung und Zuteilung von Personal und Material verantwortlich. Alle eintreffenden Kräfte, einschließlich externer Spezialkräfte, die für den Einsatz dem Roten Kreuz unterstellt werden, haben sich dort zu melden.

7.16. Informationsstelle

Eine Informationsstelle ist frühzeitig einzurichten, wenn absehbar ist, dass eine große Anzahl von Informationssuchenden, wie z. B. Angehörigen, an die Einsatzstelle kommen wird. Das Personal der Informationsstelle besteht aus Sanitäter_innen und Kriseninterventions-Mitarbeiter_innen und kann durch unterstützendes Personal, wie Schreibkräfte, verstärkt werden.

7.17. Pressestelle

Eine Pressestelle ist frühzeitig einzurichten, wenn mit einem entsprechenden Medieninteresse zu rechnen ist. Das Personal der Pressestelle besteht aus Rotkreuz-Mitarbeiter_innen, die über Kompetenzen im Umgang mit Medien verfügen. Ergänzend ist sicherzustellen, dass ein_e Rotkreuz-Mediensprecher_in benannt wird.

Abstimmungen mit den jeweils zuständigen S5-Stellen (Öffentlichkeitsarbeit/Medien) sind durchzuführen, um eine einheitliche Kommunikation nach innen und außen zu gewährleisten.

7.18. Aufbauorganisation im Hintergrund

Zur Unterstützung der Einsatzleitung vor Ort kann eine Aufbauorganisation im Hintergrund eingerichtet werden. Diese umfasst insbesondere Stellen wie Material- und Meldestellen für nachalarmierte Kräfte, Versorgungs- und Verteilerpunkte sowie weitere logistische und organisatorische Elemente.

Die Führung im Hintergrund wird durch eine dafür verantwortliche Kommandant_in wahrgenommen und erfolgt in enger Abstimmung mit der Einsatzleitung.

Die Bezirksstelle dient als zentrale Anlaufstelle für den Aufwuchs von Personal, Material und Infrastruktur bei Großeinsätzen. Hier erfolgen die Organisation der nachrückenden Kräfte, die administrative Erfassung sowie die Bereitstellung weiterer Einsatzmittel. Der Ablauf orientiert sich an standardisierten Alarm- und Einsatzplänen und wird in enger Abstimmung mit der Einsatzleitung durchgeführt.

Die Leitstelle wächst bei Großeinsätzen mit auf, um die erhöhte Zahl an Notrufen, Dispositionsentscheidungen und Koordinationsaufgaben bewältigen zu können. Dies umfasst insbesondere die Verstärkung durch zusätzliches Fachpersonal, die Erweiterung der technischen und organisatorischen Kapazitäten sowie die Anpassung der internen Abläufe an die Erfordernisse der Gesamtlage. Durch den gestuften Aufwuchs wird sichergestellt, dass auch bei dynamisch steigender Belastung eine durchgehende Einsatzfähigkeit der Leitstelle gewährleistet bleibt.

8. Ablauforganisation

Um das Ziel der bestmöglichen Versorgung der Betroffenen zu erreichen, ist es notwendig, bereits in der Erstphase die Weichen für einen erfolgreichen Ablauf zu stellen. Ein rascher Überblick über das Ereignis (Lageerkundung) und die Beurteilung der Situation (Lagebeurteilung) bilden die Grundlage für das weitere Vorgehen. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die Sicherheit der Einsatzkräfte zu legen. Diese ist im Sinne des Führungskreislaufs fortlaufend zu evaluieren. Selbstschutz steht dabei immer vor Fremdschutz.

In der Erstphase sollte der Fokus darauf liegen, die unmittelbaren Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen und entsprechend zu agieren. Dabei ist von großer Bedeutung, auf den Aufbau umfangreicher Strukturen weitestgehend zu verzichten, um die Versorgung nicht zu verzögern und flexibel auf Lageentwicklungen reagieren zu können.

Im Zuge der Beurteilung ist auch die Erfordernis der Organisation von Unterbringungsstrukturen zu evaluieren. Dies erfolgt primär durch zusätzlich zugeführte personelle Ressourcen. So kann eine kontinuierliche Versorgung und Betreuung der Betroffenen sichergestellt werden. Der geplante Aufwuchs dieser Kapazitäten soll sicherstellen, dass bei einem länger dauernden Einsatz auch gegen Ende des Einsatzes noch ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen.

Die Abwicklung eines Großeinsatzes verläuft typischerweise in mehreren Phasen, die jeweils eigene Schwerpunkte aufweisen. Die nachfolgende Darstellung beschreibt einen idealtypischen Ablauf, wobei jederzeit Überschneidungen oder Abweichungen möglich sind. Entscheidend ist, dass der dargestellte Prozess flexibel auf die tatsächliche Lage angepasst wird.

8.01. Mögliche Phasen eines Großeinsatzes

Phase 0: Alarmierung bei Großeinsätzen

Die Alarmierung erfolgt in der Regel durch die Rettungsleitstellen und folgt einem Alarmplan bzw. einer Ausrückeordnung. Dabei gelten folgende Grundsätze:

- großzügige und großflächige Alarmierung
- Mindestalarmierung eines Rettungsmittels je erwartetem kritischen Patienten bzw. je erwarteter kritischer Patientin sowie die Entsendung einer Einsatzleitung
- planbare Aufträge (z. B. Sanitätseinsätze) werden zurückgestellt, alle disponiblen Einheiten (außer Einsätze mit kritischen Patient:innen) werden sofort in Bereitschaft versetzt
- Aktivierung der Alarmpläne
- Information der Krankenhäuser

Phase 1: Ersteintreffende Einheit

Mit dem Eintreffen der ersteintreffenden Einheit beginnt die Bewältigung des Einsatzes. Die Einheit teilt sich unmittelbar in zwei klar definierte Rollen, um Führung und Erstmaßnahmen parallel sicherzustellen, als Hilfsmittel kommt die Checkliste „LaDaS 0“ (Anhang) zum Einsatz. Bereits auf der Anfahrt verschaffen sich die Mitglieder der Einheit einen Überblick über Art und Ausmaß der Lage, mögliche Gefahrenquellen, sichtbare Betroffene sowie Zugangs- und Zufahrtswege. Ein besonderes Augenmerk ist auf Indizien für eine lebensbedrohliche Einsatzlage zu legen. Werden solche Indizien erkannt, sind sie klar zu benennen, der Leitstelle oder einer vorgesetzten Stelle rückzumelden und in der weiteren Lagebeurteilung zum weiteren Vorgehen konsequent zu berücksichtigen.

Unmittelbar nach dem Eintreffen setzt die Einheit eine kurze Sichtmeldung an die Leitstelle ab („Hier ... / Es handelt sich um ... / Ich sehe ...“). Eine Person der Einheit übernimmt die Rolle der provisorischen Einsatzleitung und sorgt für sichtbare Kennzeichnung. In weiterer Folge koordiniert diese Person die ersten taktischen Maßnahmen und legt rasch eine erste Patientensammelstelle fest. Danach erfolgt die unmittelbare Abstimmung mit anderen Organisationen bzw. Behörden an der Einsatzstelle. Dazu gehört auch das Anstoßen eines geordneten KFZ-Sammelplatzes bzw. das Vorbereiten der geordneten Zu- und Abfahrt, nach Möglichkeit unterstützt durch Exekutive oder Feuerwehr sowie das Festlegen einer geeigneten Sammelstelle für Unverletzte.

Sobald der Ort der Patientensammelstelle festgelegt ist, beginnt die zweite Person unmittelbar mit der Versorgung von Patient_innen, indem sie insbesondere die Patientensammelstelle praktisch anstößt und Betroffene durch einen klaren Aufruf steuert („Winken und Rufen“) und danach mit der Erstversorgung unter Einbindung gefähiger Personen beginnt.

Erst wenn ausreichend Personal verfügbar ist, beginnt die eigentliche Vorsichtung der Betroffenen.

Nachdem ein grober Überblick hergestellt ist, erfolgt durch den/die provisorische_n Einsatzleiter_in eine strukturierte Lagemeldung gemäß Checkliste LaDaS.

Mit dem Eintreffen weiterer Kräfte werden diese kurz instruiert und vorrangig zur Betreuung von Patient_innen bzw. zur Stabilisierung der eingerichteten Bereiche eingesetzt, bis die reguläre Führungsstruktur vollständig wirksam ist.

Phase 2: Führungskraft als Einsatzleiter_in

Mit dem Eintreffen eines/einer ausgebildeten Einsatzleiter_in beginnt die zweite Phase, in der die Rolle des/der RK-Einsatzleiter_in an diese_n übergeht.

Übergabe an den/die Einsatzleiter_in

Die Person, die bisher die provisorische Einsatzleitung innehatte, gibt die Lageinformationen, bisherige Maßnahmen und offene Punkte an den/die nun eingetroffene RK-Einsatzleiter_in weiter. Diese Übergabe erfolgt möglichst persönlich und strukturiert, damit keine Informationen verloren gehen.

Einteilung von Räumen und Aufgaben

Nach der Übergabe legt die RK-Einsatzleiter_in weitere Räume fest (z. B. Betroffeneninformationszentrum, Behandlungsplatz) und benennt Personen für relevante Leitungsfunktionen (z. B. Leiter_in Patientensammelstelle, Leiter_in Informationsstelle). Dabei wird auch das weitere Vorgehen definiert, um die Versorgung der Betroffenen kontinuierlich zu gewährleisten.

Phase 3: Aufwuchs

Sollte sich die Lage so entwickeln, dass deutlich mehr Kräfte und Führungsaufgaben erforderlich sind, werden diese bei der Leitstelle angefordert.

Der/die bereits eingesetzte RK-Einsatzleiter_in kann einzelne Führungsaufgaben an weitere Fachkräfte delegieren, wenn die Lage größer oder komplexer wird. Dies geschieht vorzugsweise mit einem strukturierten Auftrag, damit jede neue Führungsperson ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten kennt.

Mit zunehmendem Kräfteaufkommen und steigender Komplexität legt der/die RK-Einsatzleiter_in mehrere Einsatzabschnitte fest und setzt entsprechende Abschnittsleiter_innen ein. Jeder Abschnitt erhält eine eindeutige Bezeichnung sowie eine räumlich oder thematisch abgegrenzte Zuständigkeit (z. B. „Unterbringung“, „Verpflegung“, „Schadensstelle Nord“, „Transport“).

Übersteigt die Lage eine gewisse Komplexität oder ist über längere Zeit eine hohe Koordinationsleistung erforderlich, kann der/die Einsatzleiter_in entscheiden, dass ein Führungsstab gemäß Rahmenvorschrift Stabsdienst eingerichtet wird.

Mit dem Stab können auch weitere Kräfte bspw. aus anderen Landesverbänden in den Einsatz eingebunden werden. Parallel wird die Kommunikation sowohl mit rückwärtigen Stellen (Leitstellen, Behörden, Krankenhäusern) als auch innerhalb des Einsatzraums (Funkgruppen, Verbindungsoffizier_innen zu anderen Organisationen) intensiviert. Ziel ist es, alle Informationen strukturiert zusammenzuführen und die Entscheidungsfindung des RK-Einsatzleiters bzw. der RK-Einsatzleiterin zu unterstützen.

Übergänge zwischen den Phasen

Die geschilderten Phasen sind nicht statisch, sondern gehen fließend ineinander über und richten sich nach dem Umfang (z. B. Anzahl Betroffener, Änderung der Lage) und der Komplexität des Einsatzes (z. B. mehrere Schadensstellen, Koordination mit verschiedenen Organisationen). So kann es beispielsweise sein, dass ein Stab bereits in der Phase 2 eingerichtet wird oder ein geplanter Aufwuchs gar nicht nötig ist, sofern sich die Lage als weniger umfangreich herausstellt. Wichtig ist, dass Verantwortlichkeiten dabei stets eindeutig geregelt bleiben. Jeder Phasenübergang und damit Übergang der Einsatzleitung muss klar kommuniziert werden, damit alle Beteiligten über die neue Struktur informiert sind und ihre Aufgaben entsprechend wahrnehmen können.

Phase 4: Einsatzende und Rückbau

Der/die RK-Einsatzleiter_in ist bis zum Abschluss des Einsatzes für die gesamte Abwicklung verantwortlich. Der Einsatz gilt erst dann als beendet, wenn alle Betroffenen (verletzt oder unverletzt, sowie deren Angehörige) soweit erforderlich versorgt oder betreut worden sind.

Bei einer Gesamteinsatzleitung mit anderen Organisationen wird das Einsatzende gemeinsam abgestimmt.

Die Beendigung eines Großeinsatzes beginnt mit dem Abschluss der operativen Maßnahmen, sobald kein akuter Handlungsbedarf mehr besteht und alle Betroffenen ausreichend versorgt sind. Die verantwortliche Einsatzleitung überprüft in diesem Zusammenhang, ob alle wichtigen Aufgaben erledigt wurden und leitet die Organisation des Einsatzendes ein.

Nach dem Abschluss der aktiven Phase erfolgt die Übergabe allfällig noch offener Punkte an die Leitstelle oder nachfolgende Organisationen. Dieser Schritt ist vor allem dann relevant, wenn die Lage zwar stabilisiert, aber noch ein eingeschränkter Bedarf an nachgelagerter Betreuung oder technischen Maßnahmen besteht. Dabei werden die wichtigsten Erkenntnisse und Dokumentationen an die zuständigen Stellen weitergegeben, damit sie über wesentliche Details informiert bleiben und neue Maßnahmen einleiten können, falls nötig. Alle relevanten Dokumentationen (z. B. Abrisse der Personenleittasche (PLT), Listen aus der SanHiSt, Einsatztagebuch) sind zusammenzuführen und zu archivieren, ggf. ist ein schriftlicher Bericht zu erstellen.

Nach dem Einsatz erfolgt die geordnete Demobilisation der Mitarbeiter_innen, um einen reibungslosen Übergang in den regulären Betrieb sicherzustellen.

Die psychosoziale Betreuung der Einsatzkräfte wird durch Peers (SvE Einsatzabschluss) sowie durch Angebote für Kurz- und Nachbesprechungen sichergestellt.

Phase 5: Nachbereitung

Die Evaluierung eines Großeinsatzes ist unerlässlich, um mögliche Optimierungspotenziale der Organisation zu erkennen und die Einsatzkonzepte weiterzuentwickeln. Der Hauptzweck einer systematischen Evaluierung besteht darin, konkrete Verbesserungsmaßnahmen zu erarbeiten, die zu einer optimierten Vorbereitung und Durchführung künftiger Einsätze beitragen. Insbesondere die Qualität der Führung, die Zusammenarbeit verschiedener Einheiten und die Ressourcennutzung können durch eine gründliche Nachbearbeitung nachhaltig gesteigert werden. Nach jedem Großeinsatz ist zumindest ein Einsatzbericht auf Basis der LaDaS Dokumente zu erstellen. Größere Einsätze sind durch den durchführenden Landesverband systematisch zu evaluieren (z. B. mit Hilfe der Critical Incident Technique (CIT)). Die Evaluierungsergebnisse werden dem zuständigen Referenten bzw. der zuständigen Referentin im GS zur Verfügung gestellt.

8.02. Sichtungentscheidung

Bei einer großen Anzahl verletzter Personen in kurzer Zeit müssen durch Vorsichtung und Sichtung die Prioritäten für verschiedene Schritte im Versorgungsablauf festgelegt werden.

Folgende Prioritäten sind zu setzen:

- Priorität der Rettung (Vorsichtung)
- Priorität der Behandlung (Sichtung)
- Priorität des Abtransports

Je nach Erfordernis können Vorsichtung und Sichtung sowohl an der Schadensstelle, an den Übergabestellen mit anderen Einsatzorganisationen, an der Patientensammelstelle oder an einem eigens dafür festgelegten Platz (Sichtungsstelle) bzw. am Behandlungsplatz erfolgen. Angepasst an den tatsächlichen Bedarf, die örtlichen Gegebenheiten und die verfügbaren Ressourcen werden eine oder mehrere Sichtungsstellen möglichst nahe bei der Schadensstelle, jedoch außerhalb des Gefahrenbereichs, eingerichtet.

8.02.01. Vorsichtung zur Ersteinschätzung der Betroffenen

Die Vorsichtung erfolgt primär zur Festlegung der Rettungspriorität und kann an der Schadensstelle, an einer Übergangsstelle oder im Bereich der Patientensammelstelle zur Ersteinschätzung bzw. Weiterleitung zur Sichtungsstelle eingesetzt werden. Mit Hilfe der Vorsichtung können insbesondere kritische Patient_innen schnell identifiziert werden.

Aufgaben der Vorsichtung:

- Trennung der Betroffenen in Abhängigkeit ihres Zustandes
- Durchführung von Sofortmaßnahmen
- Kennzeichnung der Betroffenen mit der Personenleittasche und dem Kärtchen „dringend“ zur Festlegung der Rettungspriorität
- Dokumentation der Ergebnisse der Vorsichtung sowie der durchgeführten Sofortmaßnahmen

Die Einstufung „tot“ wird von Sanitäter_innen nur bei Vorliegen sicherer Todeszeichen gemäß geltender Sanitätshilfe-Lehrmeinung vorgenommen.

Während der Vorsichtung werden außer dem Freimachen der Atemwege und der Stillung starker Blutungen keine weiteren medizinischen oder sanitätshilflichen Maßnahmen ergriffen.

Ist die Schadensstelle keine Gefahrenzone, soll die Vorsichtung bereits dort erfolgen. Eine mobile Gruppe, in der Regel bestehend aus Sanitäter_innen, einem Arzt bzw. einer Ärztin und entsprechenden Spezialkräften (z. B. Feuerwehr, Bergrettung), legt vor Ort die Rettungspriorität unter Berücksichtigung medizinischer und technischer Erwägungen fest.

Die Vorsichtung kann von jedem/jeder Sanitäter_in durchgeführt werden und führt zur Entscheidung, ob die Patient_innen kritisch oder stabil, unverletzt oder tot sind. Stehen ausreichend Ärzt_innen zur Verfügung, sollen sie auch die Vorsichtung übernehmen, um Sanitäter_innen für die Patientenbehandlung freizustellen.

Einstufung	(Vor-)Sichtungskategorie
x-ABCDE-> kritisch	I
nicht gefährlich	II
gefährlich	III
unverletzt	U

8.02.02. Sichtung zur Festlegung der Priorität der Behandlung

In der oder den Sichtungsstellen erfolgt die Sichtung und Zuteilung zu einer Sichtungskategorie durch einen Arzt bzw. eine Ärztin. Sollten zu Beginn zu wenige Ärzt_innen verfügbar sein, sodass deren Einsatz in der Sichtungsstelle die ärztliche Versorgung im Behandlungsbereich gefährden würde, kann die Sichtung durch Sanitäter_innen, vorzugsweise Notfallsanitäter_innen (NFS), gemäß einem festgelegten Algorithmus durchgeführt werden.

Die Sichtung ist unter minimalem Zeitaufwand durchzuführen – als Richtwert gilt eine Minute pro Patient_in. Spätestens bei Ankunft an der Triagestelle muss die Personenleittasche (PLT) am Patienten bzw. an der Patientin befestigt werden.

Jede Sichtsungsentscheidung oder -änderung ist zu dokumentieren.

8.02.03. Sichtung zur Festlegung der Priorität des Abtransportes

Die Sichtung für den Abtransport erfolgt in der Regel durch einen Arzt bzw. eine Ärztin in der jeweiligen Sichtungskategorie. Nach Feststellung der Transporttauglichkeit sind die Transportpriorität, das geeignete Transportmittel (z. B. ob eine NA-Begleitung erforderlich ist) sowie die erforderliche Krankenhauskategorie (z. B. Neurochirurgie, Gefäßchirurgie, Verbrennungszentrum) festzulegen.

Sollte ein Missverhältnis zwischen notwendigen Transporten und den verfügbaren Transportkapazitäten oder den Aufnahmekapazitäten der Krankenhäuser bestehen, entscheidet der Leitende Notarzt bzw. die Leitende Notärztin (LNA) in Absprache mit dem/der Leiter_in Transport über die Transportpriorität.

Die Entscheidung über die Reihenfolge des Abtransportes wird durch die Kennzeichnung von „a“ (hohe Transportpriorität) und „b“ (niedrige Transportpriorität) auf der Personenleittasche dokumentiert.

Betreuungssichtung durch psychosoziale Kräfte

So wie bei der medizinischen Sichtung kann es sinnvoll sein, frühzeitig eine „Betreuungssichtung“ vorzunehmen, bei der unverletzte oder nur leicht verletzte Personen erfasst und nach Betreuungsbedarf eingestuft werden. Die Kennzeichnung „Unverletzt“ oder „Betreuung“ am PLT hilft dabei, Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf (z. B. Kinder, ältere Personen, traumatisierte Zeug_innen) rasch zu erkennen.

8.03. Dokumentation

Auch bei Großeinsätzen und Katastrophen ist die Patientendokumentation gemäß SanG durchzuführen und ebenso ist für die Betreuung eine lückenlose Eingangs- und Ausgangsdokumentation sicherzustellen. Dazu sind alle Betroffenen sowohl bei Beginn der Versorgung als auch beim Verlassen des Systems zu registrieren. Dies bedingt, dass sichergestellt werden muss, dass die Personenleittaschen von Unverletzten letztlich beim/bei der Leiter_in Transport abgegeben werden.

Als Hilfsmittel dient in erster Linie das Personenleitsystem. Zusätzlich geführte Listen und die Dokumentation der Behandlung (Einsatzprotokoll, Notarztprotokoll, ...) können die Datenerfassung ergänzen.

Die Registrierung der eingesetzten Rotkreuz-Kräfte erfolgt vor Ort in der Material- und Meldestelle. Dokumentationen der Leitstellen oder separate Erfassungssysteme der LV können diese Angaben ergänzen.

Dokumentation spielt in jedem dieser Teilbereiche eine entscheidende Rolle. Um den Prozessablauf im Nachhinein nachvollziehbar zu machen, ist es erforderlich, alle relevanten Schritte und Entscheidungen so weit als möglich zu protokollieren. Nur so kann gewährleistet werden, dass sich während des Einsatzes getroffene Maßnahmen und mögliche Veränderungen in der Lage abschließend auswerten lassen und in künftige Planungen einfließen können.

9. Leitungsfunktionen und deren Aufgaben

Die Bewältigung eines Großeinsatzes erfordert flexibles, auf die Situation abgestimmtes Vorgehen. Damit trotz des situationsangepassten Vorgehens das Ziel „der bestmöglichen Versorgung für die größte Anzahl an Betroffenen zur richtigen Zeit“ erreicht wird, braucht es eine klar strukturierte Führung. Dies ist Aufgabe der eingesetzten Führungskräfte. Führungsgrundsätze stellen die Leitlinien des Handelns aller Leitungsfunktionen dar.

Leitungsfunktionen werden immer hierarchisch von oben nach unten besetzt. So wird nach dem/der Einsatzleiter_in bei Erfordernis zuerst der/die Leiter_in Behandlung bzw. Leiter_in Betreuung eingesetzt und diese_r setzt, nur bei Bedarf, untergeordnete Leitungsfunktionen ein. Auch eine direkte Unterstellung einzelner Leitungspositionen unter den/die Einsatzleiter_in ist möglich, z. B. wenn eine Informationsstelle eingerichtet wird, es aber keine weiteren Betreuungsstrukturen und damit keine_n Leiter_in Betreuung gibt, dem/der diese unterstellt wäre.

Die Landesverbände haben dafür zu sorgen, dass das eingesetzte Personal über die erforderlichen Qualifikationen (Ausbildung und Erfahrung) verfügt. Für Führungskräfte (Leitungspositionen) ist mindestens eine Führungskräfteausbildung Ebene 1 (Gruppenkommandant_in) gefordert. Ausgenommen ist der/die RK-Einsatzleiter_in, diese_r verfügt über eine Führungskräfteausbildung mindestens Ebene 2 (Zugskommandant_in). Zusätzliche Ausbildungsanforderungen sind bei der jeweiligen Position explizit angeführt.

Allgemeine Aufgaben:

- Einschätzen, ob Indizien für eine lebensbedrohliche Einsatzlage vorliegen
- persönliche Kennzeichnung anlegen
- die Stelle aufbauen (örtliche Struktur festlegen) und organisieren
- die notwendigen Leiter_innen einsetzen
- das erforderliche Personal und Material anfordern
- das zur Verfügung stehende Personal einteilen
- Ablösen planen, anfordern und durchführen
- Dokumentation sicherstellen
- Kommunikation und Koordination mit über- bzw. untergeordneten Leitungsfunktionen halten

9.01. Provisorische_r Einsatzleiter_in

- auf eigene Sicherheit achten (PSA – persönliche Schutzausrüstung)
- auf Gefahren achten – GAMS
- unmittelbar nach dem Eintreffen ist eine kurze Sichtmeldung an die Leitstelle abzusetzen:
 - „Hier XY...“
 - „Es handelt sich um ...“ (z. B. Sturz eines Autobusses in ein Bachbett) und
 - „Ich sehe ...“ (z. B. noch keine Einsatzkräfte und der Bus ist voll besetzt)
- Kennzeichnungslatze anlegen
- Festlegen der Patientensammelstelle
- mit anderen Einsatzkräften vor Ort Kontakt aufnehmen

- Festlegen des Wagenhalteplatzes
- Festlegen einer Sammelstelle für Unverletzte
- im Anschluss erfolgt eine Lagemeldung, welche die nachstehenden Punkte enthalten soll:
 - Gefahren-/Schadenslage
 - Gefahren
 - Details zum Ereignis
 - Betroffenen- /Verletztetenzahl (grobe Schätzung)
 - Spezialkräfte/Rettungshinweise
- eigene Lage
- allgemeine Lage
 - Geländegegebenheiten
 - Infrastruktur
 - Wetter
- Informationen für nachfolgende Mannschaften
 - Zufahrt
 - Sammelplatz
 - besondere Hinweise
- nachrückende Kräfte einweisen
- Einsatzleitung an eintreffende_n Einsatzleiter_in übergeben

9.02. RK-Einsatzleiter_in



- operative und taktische Führung und Koordination aller unterstellten RK-Kräfte
- Einteilung eines Assistenten bzw. einer Assistentin, Anforderung von Führungsunterstützung, Verbindungsoffizier_in, ...
- Verbindung zu den EL anderer Einsatzorganisationen
- Lageerkundung und Beurteilung durchführen
- Lagedarstellung
- Entschluss und Planung der Durchführung
- Aufträge erteilen
- Kontrolle der Auftragsdurchführung
- Personal und Material anfordern
- Dokumentation sicherstellen
- vorausschauende Einsatzplanung, Organisation der Ablöse durchführen
- Einsatz abschließen, wenn alle RK-Kräfte ihre Aufgaben erledigt haben

Ihm/ihr sind unmittelbar unterstellt:

- Abschnittsleiter_in
- Behandlung
- Betreuung
- Führungsunterstützung
- Material- und Meldestelle
- Pressestelle
- Transport
- Rotkreuz-Einheiten

9.03. Leiter_in Behandlung

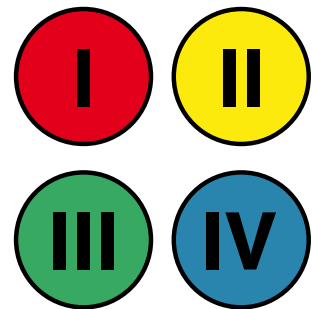


Der/die Leiter_in Behandlung untersteht dem/der Einsatzleiter_in

- Festlegung und Organisation der einzelnen Sichtungskategorien (Notwendigkeit, Ort, Aufbau, Größe)
- Zuteilung des Personals zu den Sichtungskategorien
- Koordination zwischen den einzelnen Sichtungskategorien
- Organisation der Registrierung aller Patient_innen und Dokumentation aller durchgeführten Maßnahmen (Patientenleittasche)
- Sicherstellung des Transfers der Patient_innen innerhalb der Sichtungskategorien und zur Verladestelle
- räumliche Struktur der Behandlung in Absprache mit dem/der Leiter_in Sichtung

9.03.01. Leiter_in Sichtungskategorie I – III (IV)

- teilt seinem/ihrer Personal die Aufgaben zu
- fordert Personal und Material an
- meldet freie Kapazitäten bzw. Engpässe an den/die Leiter_in Behandlung
- überwacht die Dokumentation
- veranlasst Verlegungen von Patient_innen in die anderen Sichtungskategorien bzw. zur Verladestelle in Absprache mit dem Arzt bzw. der Ärztin



9.03.02. Arzt bzw. Ärztin in der Sichtungskategorie

- stellt medizinische Diagnosen und behandelt Verletzte/Erkrankte in Zusammenarbeit mit Sanitäter_innen
- stellt die Transportfähigkeit der Patient_innen in Zusammenarbeit mit Sanitäter_innen her
- überprüft laufend Sichtungsentscheidungen und passt diese ggf. an
- legt Transportpriorität in Absprache mit dem/der LNA und dem/der Leiter_in Transport
- dokumentiert die durchgeführten Maßnahmen

9.03.03. Leiter_in Sichtung



Der/die Leiter_in Sichtung untersteht dem/der Leiter_in Behandlung.

- Festlegung und Organisation der Triagestelle(n)
- Koordination mit Patient_innensammelstelle und Vorsichtung an den Schadensstellen
- Koordination und Einsetzen mobiler Rettungstrupps zur Vorsichtung
- Kontakt zu den Bereichen Behandlung und Transport halten, um taktische Informationen für die Sichtung an die Sichtungsärzt_innen weiterzugeben
- verantwortlich für die Dokumentation der Sichtung, Führung von Betroffenenendatenlisten inkl. Registrierung Verstorbener und Weiterleitung an EL und Informationsstelle
- Sicherstellung des Transfers der Patient_innen von der Schadensstelle zu den Sichtungskategorie in Absprache mit dem/der Leiter_in Behandlung
- Festlegung und Kennzeichnung der Sammelstelle Tote in Absprache mit der Exekutive

9.04. Leiter_in Betreuung

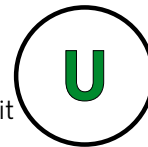
Der/die Leiter_in Betreuung organisiert und koordiniert die Elemente der Betreuung. Er/sie klärt den Bedarf an Betreuungsstellen (ist eine Unverletzten-Betreuungsstelle einzurichten, ist ein BIZ notwendig?) in Zusammenarbeit mit dem/der Einsatzleiter_in.



Das Personal besteht aus Kriseninterventions-Mitarbeiter_innen, psychosozialen Fachkräften und Assistenzpersonal (Dokumentation, Kinderbetreuung, Sanitätsdienst, ...).

9.04.01. Leiter_in Unverletzten-Betreuungsstelle

- Vorbereitung und Kontrolle der Betroffenen Datenerfassung
- Information der Betroffenen über die Abläufe und Notwendigkeit weiterer Maßnahmen
- Vorbereitung der Familienzusammenführung



9.04.02. Leiter_in Krisenintervention

- Sicherstellung der psychosozialen Betreuung von Betroffenen
- Koordination der eingesetzten Teams an unterschiedlichen Stellen innerhalb der Einsatzstellen (Informationsstelle, Sichtungskategorie III)
- Koordination der eingesetzten Teams an unterschiedlichen Stellen außerhalb der Einsatzstellen (Krankenhaus, Betroffeneninformationsstelle, Bestattung, Exekutive, Flughafen, Informationszentrum, Privathaushalte, ...)



9.04.03. Leiter_in Betroffeneninformationszentrum

- Organisation und Kontrolle der Datenerfassung der zu betreuenden Personen
- Versorgung von Angehörigen und indirekt Betroffenen (z. B. Zeug_innen) mit gesicherten Informationen
- Planung, Vorbereitung und Durchführung von Familienzusammenführungen
- Zugang zur medialen Berichterstattung für Angehörige und indirekt Betroffene ermöglichen
- Abschirmung von Medien organisieren
- Kinderbetreuung organisieren
- bei Bedarf Weiterleitung von Betroffenen an entsprechende Stellen (KH, KI, Nachbetreuungszentrum, ...)
- Weitervermittlung an Nachsorgeeinrichtungen



Dokumentation

- organisatorische Führung der Dokumentation
- Erfassung der Personen im BIZ
- Zusammenführung und Abgleich mit den Daten aus der Informationsstelle und der Unverletzten-Betreuungsstelle
- Abgleich mit den Daten der Exekutive, der SanHiSt und Krankenhäuser

Medienraum

- permanente Sichtung der medialen Berichterstattung über den Einsatz (TV, Radio, online, ...)
- Information über die Berichterstattung an die Betroffenen

Kinderbetreuung

- inhaltliche und organisatorische Leitung der Kinderbetreuung
- Schaffen von kindgerechten Beschäftigungsmöglichkeiten
- fachliche Information der Eltern oder Bezugspersonen über den Umgang mit Kindern in belastenden Situationen

Krisenintervention im BIZ

- fachliche und organisatorische Leitung der KI im BIZ
- Abstimmung des Personalbedarfs mit dem/der Leiter_in der mobilen Krisenintervention
- Einteilung der Teams im BIZ

9.04.04. Leiter_in Einsatzkräftenachsorge (SvE)

- fachlicher und organisatorischer Aufbau aller Maßnahmen der Stressverarbeitung von Einsatzkräften
- Beratung der EL über möglicherweise notwendige Verbesserung der Rahmenbedingungen und Informationsgabe
- Begleitung des geordneten Einsatzabschlusses durch den/die Einsatzleiter_in



9.05. Leiter_in Transport

Der/die Leiter_in Transport ist für die Abwicklung aller Transporterfordernisse eines Einsatzes verantwortlich. Die gesamte Transportorganisation kann neben dem Transport von Verletzten auch für den Transport unverletzter Betroffener, den Transport von Personal oder auch für Materialtransporte tätig werden.



- Organisation und Kennzeichnung von KFZ-Sammelplatz, Verladestelle, Hubschrauberlandeplatz und Bereitstellungsraum
- Übersicht über die zur Verfügung stehenden Transportmittel führen
- die ungehinderte Zu- und Wegfahrt im Transportbereich (unterstützt durch die Exekutive und Feuerwehr) gewährleisten
- Aufgaben der Material- und Meldestelle übernehmen, bis eine eigene Material- und Meldestelle eingerichtet wird
- Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser mit dem Bedarf abgleichen und ggf. weitere Kapazitäten erheben und alarmieren (lassen)
- Rettungsfahrzeuge und Hubschrauber zu den Zielspitälern, in Absprache mit dem/der LNA zuweisen
- Transporte von Unverletzten zum BIZ organisieren

9.05.01. Leiter_in KFZ-Sammelplatz

- sorgt für eine platzsparende Aufstellung der Fahrzeuge
- Trennung der Fahrzeuge in „einsatzbereit“ und „nicht einsatzbereit“ (Material entnommen)
- Weitergabe der Transportaufträge an die Fahrzeuge



9.05.02. Leiter_in Verladestelle

- Koordination des Patiententransfers durch Anforderung von Rettungsmitteln aus dem KFZ-Sammelplatz
- Übernahme der Patient_innen durch Personal der Rettungsmittel aus den Sichtungskategorien
- Überwachung, dass der/die richtige Patient_in dem richtigen Transportmittel zugeordnet wird
- Sammeln der Abrisse der Patientenleittaschen vor dem Abtransport



9.05.03. Leiter_in Hubschrauberlandeplatz

- Absperrung und Absicherung des Hubschrauberlandeplatzes veranlassen
- für eine platzsparende Aufstellung der Hubschrauber sorgen
- Weitergabe der Transportaufträge an die Hubschrauber
- Überwachung, dass der/die richtige Patient_in dem richtigen Hubschrauber zugeordnet wird



9.06. Leiter_in Material- und Meldestelle

- Übersicht über das Personal führen
- das eingesetzte Material dokumentieren
- Personal und Material nach Anforderung zuteilen
- frühzeitiges Erkennen von Engpässen und Nachbeschaffung nach Auftrag durch den/die Einsatzleiter_in
- Kontakt mit den Leitungsfunktionen halten, um weiteren Bedarf abzustimmen
- Organisation des Bereitstellungsraums übernehmen



9.07. Leiter_in Informationsstelle

- Angehörige und indirekt Betroffene (z. B. Zeug_innen) mit notwendigen (gesicherten) Informationen versorgen
- Angehörige und indirekt Betroffene registrieren
- Sammlung und Abgleich von Betroffenenendaten aus der Behandlung und dem Betroffeneninformationszentrum mit den Daten von Angehörigen
- Daten an EL (Führungsunterstützung) und Leiter_in Betreuung weitergeben
- bei Bedarf Weiterleitung von Betroffenen an entsprechende Stellen (KH, BIZ, KI, ...)



9.08. Leiter_in Pressestelle

- Presse- und Medienvertreter_innen mit Informationen versorgen
- Interviewanfragen mit dem/der Einsatzleiter_in abstimmen und koordinieren
- dafür sorgen, dass Foto- und Filmaufnahmen unter Wahrung der Intimsphäre Betroffener und ohne Behinderung der Einsatzkräfte erstellt werden
- Abstimmung mit Pressesprecher_innen anderer BOS
- ggf. eine Pressekonferenz in Abstimmung mit anderen BOS organisieren
- Berichte und Medien für Off- und Online-Medien (auch Social Media) vorbereiten und nach Freigabe durch den EL verteilen



10. Grenzüberschreitende Einsätze

Das Österreichische Rote Kreuz führt sowohl geplante als auch ungeplante Großeinsätze durch. Diese Einsätze erfolgen aufgrund seines statutarischen Mandates auf Anfrage einer nationalen Rotkreuz-Gesellschaft oder von Behörden im benachbarten Ausland bzw. im europäischen Raum (supranational). Sie können auch auf Grundlage bilateraler Verträge der Republik Österreich stattfinden. Dabei hält sich das Österreichische Rote Kreuz an die nationalen Einsatzvorschriften, berücksichtigt die internationalen Rotkreuz-Regeln und nutzt die Mechanismen des EU-Zivil- und Katastrophenschutzes (EUCPM).

Für die Einsatzplanung und operative Abwicklung ist das Bundesrettungskommando (BRKdo) des ÖRK verantwortlich.

Alltagseinsätze wie z. B. die Durchführung einzelner grenzübergreifender Rettungs- oder Sanitätseinsätze sind von diesen Ausführungen nicht betroffen, brauchen aber in der Regel bilaterale grenzüberschreitende Vertragsregelungen der beteiligten Staaten.

10.01. Durch das Bundesrettungskommando geführte grenzüberschreitende Großeinsätze

Grundsätzlich wird die Einsatzentscheidung zur Durchführung eines grenzüberschreitenden Einsatzes durch den Bundesrettungskommandanten bzw. die Bundesrettungskommandantin (BRKdt) in Absprache mit der Geschäftsleitung des Generalsekretariates getroffen.

Einsatzleiter_in

Das BRKdo stellt/bestimmt den/die Einsatzleiter_in (im internationalen Kontext Team Leader) vor Ort, der/die an den Bundesrettungskommandanten bzw. die Bundesrettungskommandantin berichtet. Als Einsatzleiter_in kann ein_e Mitarbeiter_in des Generalsekretariats oder eines Landesverbands eingesetzt werden. Zur administrativen Führungsunterstützung soll eine Assistenz beigestellt werden.

Verbindungsoffizier_in

Das BRKdo kann zudem eine_n Verbindungsoffizier_in (Liaison Officer/LO) in den Einsatz entsenden, der/die dem/der Einsatzleiter_in unterstützend beigestellt wird. Der/die Verbindungsoffizier_in stellt den Kontakt zu lokalen Behörden (LEMA – Local Emergency Management Authority), zur nationalen Rotkreuz-Gesellschaft und den nationalen Behörden her. Er/sie stellt den Informationsaustausch sicher und bietet Hilfestellung bei der Organisation gemeinsamer Aktivitäten. Wird die Einsatzleitung vor Ort von einem/einer Vertreter_in eines LV und nicht durch das GS durchgeführt, so ist in jedem Fall ein LO aus dem GS zu entsenden.

Einsatzpersonal und Material

Das zu entsendende Einsatzpersonal und Material wird von den Landesverbänden, gemäß Anforderung und Absprache, gestellt und dem BRKdo unterstellt. Dies kann in Form von taktischen Einheiten (RKEs) oder Einzelpersonen erfolgen. Je nach Einsatzziel ist die zusätzliche Entsendung weiterer Einsatzelemente des Generalsekretariats oder von Landesverbänden möglich.

Ablauf

- Kenntnis eines Ereignisses im benachbarten Ausland – Kontaktaufnahme durch national Rotkreuz-Gesellschaft, Behörde (BM.I, BMeiA, LV, ...)
- grundsätzliche Einsatzentscheidung durch Entscheidungsträger_in
- Alarmierung und Einsetzen der Führungsunterstützung für das BRKdo (Umfang gem. Beschreibung)
- Erstellung Lagebild (durchgängig bis Einsatzabschluss) und Entscheidung über Art und Umfang des Einsatzes durch das ÖRK
- Voralarmierung der infrage kommenden LV – Abfrage von Personal- und Materialverfügbarkeiten
- Entscheidung über Einsatz eines Einsatzleiters bzw. einer Einsatzleiterin durch ÖRK oder durch eine_n Vertreter_in LV, Entscheidung über Entsendung eines LO; Briefing;
- Fertigstellung der Einsatzplanung und einsatzrelevanten Informationen (ggf. schriftlicher Befehl)
- Einsatzbefehl an Landesverbände

10.02. Teilnahme von Rotkreuz-Einheiten(-Mitarbeiter_innen) im Einsatzverband mit anderen Einsatzorganisationen

Diese spezielle Einsatzform ergibt sich aus der Teilnahme von Rotkreuz-Einheiten und -Personal in Einsatzverbänden und Modulen von anderen Einsatzorganisationen (z. B. Search and Rescue – SAR-Einheit mit Feuerwehr). Aus versicherungsrechtlichen Gründen ist bei diesen Einsätzen aufgrund des statutarischen Mandats der Auftrag ebenfalls durch das ÖRK zu erteilen. Für einen derartigen Einsatz ist jedenfalls die Zustimmung der nationalen Gesellschaft im Zielland notwendig. Diese wird durch das ÖRK abgeklärt und eingeholt.

Für Personal, Material, Versorgung, die Einhaltung aller rechtlichen sowie internen und externen (RK-) Vorschriften und insbesondere die Beachtung der Rotkreuz-Grundsätze ist der jeweilige Landesverband verantwortlich. In Absprache mit dem jeweiligen Landesverband kann vom ÖRK ein_e Verbindungs-offizier_in entsendet werden.

11. Gesundheit und Sicherheit



11.01. Gefahrenzone

Jede Einsatzstelle ist sorgfältig im Hinblick auf Gefahren zu beurteilen. Die Gefahrenevaluierung muss regelmäßig im Zuge der Lagebeurteilung mitgedacht werden. Sobald eine (erste) Einschätzung der Sicherheitslage durchgeführt wurde, ist eine Rückmeldung an die Leitstelle mit dem Hinweis auf die Gefährdung durchzugeben. Die Absicherung einer Gefahrenzone dient sowohl dem Selbstschutz der Einsatzkräfte als auch dem Schutz der Betroffenen. Jede Absicherung muss in ausreichender Entfernung vom Gefahrenbereich vorgenommen werden.

Die eintreffenden Einsatzfahrzeuge sichern den Gefahrenbereich mit eingeschaltetem Blaulicht und eingeschalteter Warnblinkanlage ab. Bei der Aufstellung der Fahrzeuge ist neben der Windrichtung auch die Fahrbahneigung zu beachten (austretendes flüssiges Gefahrgut kann zum Fahrzeug fließen). In manchen Situationen (Gefahrgutunfall) ist eine Absperrung notwendig. Nur wenn keine Exekutive oder Feuerwehr anwesend ist, wird die Absperrung durch den Rettungsdienst außerhalb jeglicher Gefahrenbereiche durchgeführt.

Eine Rettung von Betroffenen aus einer Gefahrenzone darf nur dann durchgeführt werden, wenn keine Gesundheitsgefahr besteht! Die Versorgung der Betroffenen ist außerhalb des Gefahrenbereichs durchzuführen.

11.02. Eigenschutz

Gefährdungen, die zu Unfällen führen können, sind primär durch technische und organisatorische Maßnahmen auszuschalten. Wo dies nicht möglich ist, müssen Personen zusätzlich durch persönliche Schutzausrüstung geschützt werden. Persönliche Schutzausrüstung ist immer auf die vorhandenen Risiken abzustimmen. Je nach Arbeitsaufgabe sind die Mitarbeiter_innen mit der entsprechenden Ausrüstung auszustatten.

Gefährliche Stoffe – Gefahrgut

Eine Besonderheit stellen Unfälle mit Gefahrgut dar, das auf unterschiedliche Art schädigend auf Menschen einwirken kann. Unter Gefahrgut versteht man Substanzen mit einer oder mehreren der folgenden Eigenschaften:

- explosionsgefährlich
- brandgefährlich
- gesundheitsgefährdend
- ansteckungsgefährlich
- radioaktiv

Ist davon auszugehen, dass Gefahrstoffe ausgetreten sind, hat die Anfahrt zum Einsatzort entsprechend vorsichtig zu erfolgen. Vor Ort ist jedenfalls die GAMS-Regel zu befolgen.

Bei einem Gefahrgutunfall ist die Kommunikation mit den Spezialkräften (Feuerwehr) unabdingbar. An der Unfallstelle und der unmittelbaren Umgebung gilt striktes Rauchverbot und das Verbot zu essen oder zu trinken (Gefahr der Aufnahme giftiger Substanzen).

12. Einsatzkommunikation

Für die Bereitstellung ausreichender Kommunikationsmittel ist Vorsorge zu treffen.

Die Kommunikation unter den Einsatzkräften erfolgt durch:

Zeichen:

- Wegweiser zum Einsatzort
- Kennzeichnung der einzelnen taktischen Elemente
- taktische Zeichen (auf Lagekarten)

akustisch:

- Lautsprecher, Megaphon oder Zuruf
- Melder_innen (allenfalls Feldtelefon)

Funk:

- Bei einem gemeinsamen Einsatz von Rettungsorganisationen mit unterschiedlichen Funksystemen ist die Möglichkeit der Herstellung von Querverbindungen zu schaffen.
- Für die konkrete Abwicklung des Funkbetriebes anlässlich eines Großeinsatzes sind die Richtlinien des jeweiligen Landesverbandes zu berücksichtigen.

Die Funkkommunikation im Großeinsatz stellt eine besondere Herausforderung dar, da verschiedene Einsatzorganisationen auf unterschiedlichen Ebenen kommunizieren müssen. Je nach technischem Funksystem können dadurch auch technische Engpässe an den Einsatzstellen entstehen. Die Funkkommunikation ist auf das absolut notwendige Minimum zu beschränken und der Einhaltung der Funkordnung / Funkdisziplin kommt eine besondere Bedeutung zu.

Kommunikationsebenen sind einzuhalten und neben Funkkontakt auf der gleichen Ebene sind nur unmittelbar überstellte oder unterstellte Ebenen anzusprechen.

Je nach Größe des Ereignisses und räumlichen Ausdehnung der Strukturen vor Ort können mehr oder weniger Sprechgruppen oder Frequenzen zum Einsatz kommen.

Alternativen bei Systemausfällen

Technische Probleme oder Ausfälle eines Funknetzes können jederzeit auftreten. In solchen Fällen sind alternative Kommunikationsmethoden unverzichtbar. Dies kann den Einsatz von Melder_innen umfassen, die Informationen direkt übermitteln, oder den Rückgriff auf Feldtelefone, welche sich insbesondere bei ortsfesten Strukturen bewährt haben. Daneben lassen sich auch drahtgebundene Kommunikationswege, Lautsprecherdurchsagen oder digitale Lösungen (z. B. Messenger-Systeme) nutzen. Entscheidend ist, dass bereits im Vorfeld festgelegt wird, wie und wann auf Ausweichmethoden umgeschaltet werden soll, damit auch bei Störungen oder Ausfall einzelner Systeme die Kommunikation im Einsatz aufrechterhalten bleibt.

12.01. Taktische Sprechgruppen

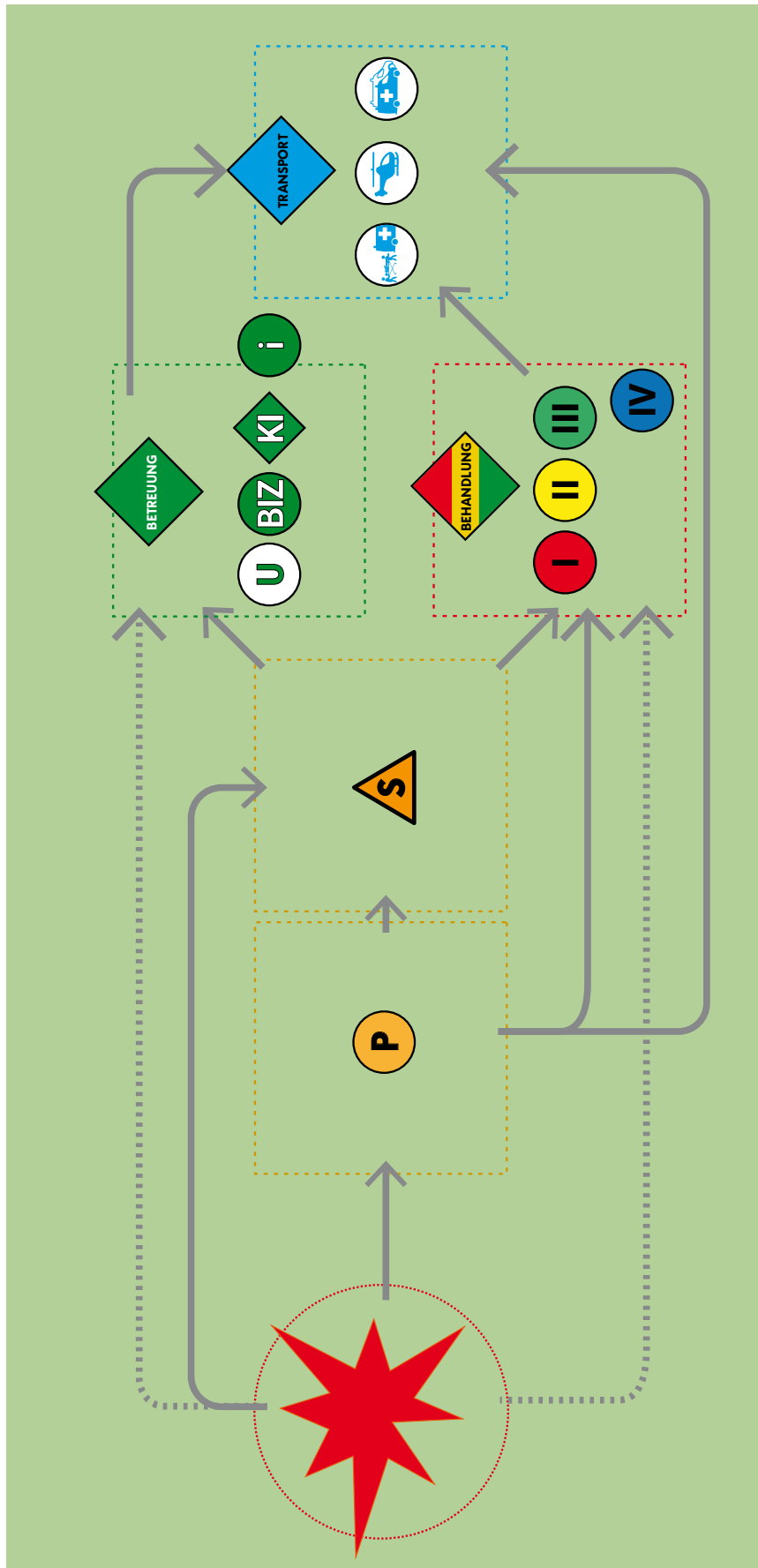
Bezeichnung	Verwendung
Führungsgruppe	Kommunikation der Führungsebene innerhalb des Großeinsatzes
Schadensraumgruppe	Kommunikation der einzelnen Teilbereiche (mittlere Führungsebene)
Transportraumgruppe	Kommunikation mit an- und abrückenden Fahrzeugen bzw. Fahrzeugen an der Einsatzstelle
Verbindungsgruppe	organisationsübergreifende Kommunikation, Verbindung zur rückwärtigen Leitstelle

Die Anzahl der mit Funkgeräten auszustattenden Leitungsfunktionen hängt stark von der Größe des Einsatzes und deren räumlichen Anordnung ab. Die Kommunikation am Einsatzort sollte so wenig wie möglich über Funk abgewickelt werden – wo räumlich möglich, ist der direkte persönliche Kontakt vorzuziehen.

Sprechgruppen sind abhängig von den örtlichen Gegebenheiten (urban / rural) einzurichten. Dabei ist darauf zu achten, dass die Leitstelle freigehalten wird, um Überlastungen im Funkverkehr zu vermeiden.

13. ANHANG - Betroffenenfluss

Beispiel für mögliche Betroffenenflüsse im Großeinsatz



14. ANHANG – Kennzeichnung

14.01. Kennzeichnung Personal

Die Kennzeichnung von Leitungsfunktionen erfolgt durch Warnwesten mit weißer Grundfarbe. Auf dem Rücken der Warnweste wird das jeweilige Symbol gemäß der vorliegenden Vorschrift angebracht. Zusätzlich oder alternativ zum Symbol kann die jeweilige Funktion (z. B. Betreuung, Behandlung etc. – ohne den Zusatz „Kdt.“ oder „Leiter“) in schwarzer Schrift ausgeschrieben werden.

Zur Kennzeichnung ausgebildeter Einsatzleiter_innen ist eine leuchtorange Warnweste vorgesehen. Diese ist vorne und hinten jeweils mit zwei vertikalen silbernen Reflexstreifen sowie mit zwei horizontalen, rundumlaufenden Reflexstreifen ausgestattet, wobei der obere silbern und der untere silber-schwarz kariert ist. Auf dem Rücken befindet sich zudem ein ÖRK-Symbol.



14.02. Beschilderung

Werden Piktogramme für die Kennzeichnung verwendet, dann gelten die in dieser Rahmenvorschrift festgelegten Spezifikationen:

- quadratische Schilder (40 × 40 cm)
- runde Schilder mit 40 cm Durchmesser
- gleichseitige dreieckige Schilder (50 cm)

15. PRIOR



www.rotekreuz.at/vorschriften

16. LADAS



www.rotekreuz.at/vorschriften