

GROSSEINSATZ- MANAGEMENT RAHMENVORSCHRIFT

Beschlossen in der 237. Präsidentenkonferenz

am 09.06.2017



ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

Aus Liebe zum Menschen.

Version

Nr.	Datum	Anmerkung
1	09.06.2017	Beschluss der Präsidenten

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	5
2. Geltungsbereich	6
3. Ziel dieser Vorschrift	7
4. Allgemeines	7
Räumliche Gliederung	8
5.1. Einsatzraum	8
5.2. Schadensstelle(n)	8
5.3. Einsatzstelle(n).....	8
5.4. Einsatzabschnitt	8
5.5. Bereitstellungsraum.....	8
5.6. Platz der Einsatzleitung	8
6. Aufbauorganisation – Elemente	9
6.1. Gemeinsame Einsatzleitung.....	9
6.2. Der (provisorische) Einsatzleiter.....	9
6.3. RK-Einsatzleiter	9
6.3.1. Abschnittsleiter.....	10
6.3.2. Führungsunterstützung.....	10
6.4. Leitender Notarzt (LNA).....	10
6.5. Eingesetzte Kräfte.....	10
6.6. Material- und Meldestelle	11
6.7. Informationsstelle	11
6.8. Pressestelle	11
6.9. Patientensammelstelle	11
6.10. Unverletztenbetreuungsstelle	12
6.11. Transport.....	12
6.11.1. KFZ-Sammelplatz	12
6.11.2. Verladestelle.....	13
6.11.3. Hubschrauberlandeplatz	13
6.12. Sanitätshilfsstelle	13
6.12.1. Triagestelle.....	13
6.12.2. Behandlung.....	13
6.12.3. Sammelstelle Tote.....	14
6.13. Kriseninterventionsteam.....	15
6.14. Betroffeneninformationszentrum (BIZ).....	15
6.15. Stressverarbeitung nach belastenden Einsätzen.....	15
6.16. Sondereinheiten	16
7. Ablauforganisation	17
7.1. Alarmierung bei Großeinsätzen.....	17
7.2. Triageentscheidungen.....	17
7.2.1. Vorsichtung zur Ersteinschätzung der Betroffenen	17
7.2.2. Triage zur Festlegung der Priorität der Behandlung.....	18

7.2.3.	Triage zur Festlegung der Priorität des Abtransportes	19
7.3.	Dokumentation	20
7.4.	Beendigung eines Einsatzes	20
8.	Leitungsfunktionen und deren Aufgaben	21
8.1.	Provisorischer Einsatzleiter	21
8.2.	RK Einsatzleiter	22
8.3.	Leiter Material- und Meldestelle	23
8.4.	Leiter Informationsstelle	23
8.5.	Leiter Pressestelle	23
8.6.	Leiter Transport	23
8.6.1.	Leiter KFZ-Sammelplatz	24
8.6.2.	Leiter Verladestelle	24
8.6.3.	Leiter Hubschrauberlandeplatz	24
8.7.	Leiter Sanitätshilfsstelle	24
8.7.1.	Leitender Notarzt (LNA)	24
8.7.2.	Leiter Triage	25
8.7.3.	Leiter Behandlung	25
8.8.	Leiter Betreuung	26
8.8.1.	Leiter Unverletztenbetreuungsstelle	26
8.8.2.	Leiter Krisenintervention	26
8.8.3.	Leiter Betroffeneninformationszentrum	26
8.8.4.	Leiter Einsatzkräftenachsorge (SvE)	27
9.	Geplante Großeinsätze – Ambulanzdienst bei Großveranstaltungen	28
9.1.	Planung von Ambulanz-Großeinsätzen	28
9.2.	Einsatz	29
9.3.	Unterstützungstools für die Planung	29
10.	Grenzüberschreitende Einsätze	30
10.1.	Durch das Bundesrettungskommando geführte Großeinsätze ..	30
10.2.	Teilnahme von Rotkreuz-Einheiten(-Mitarbeiter/innen) im Einsatzverband mit anderen Einsatzorganisationen	31
11.	Gesundheit und Sicherheit	32
11.1.	Gefahrenzone	32
11.2.	Eigenschutz	32
12.	Einsatzkommunikation	34
12.1.	Taktische Sprechgruppen	34
13.	ANHANG – Aufbauvarianten	35
13.1.	Minimalvariante - Grafik	35
13.2.	Variante Teilausbau – Grafik	35
13.3.	Variante Vollausbau - Grafik	36
14.	ANHANG - Kennzeichnung	37
14.1.	Kennzeichnung Personal	37
14.2.	Beschilderung	37

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.

In den vergangenen Jahren wurden immer wieder geringfügige Anpassungen, z. B. im Patientenleitsystem oder in der psychosozialen Betreuung (KI, SvE) vorgenommen. Seit 2007 wurde die Rahmenvorschrift Großunfälle nicht mehr verändert.

Aufgrund der Erfahrung aus Übungen und Realeinsätzen konnte die Vorschrift nicht mehr an die veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden und es wurde daher eine neue „Rahmenvorschrift Großeinsatzmanagement“ erstellt.

Unabhängig davon, ob es ein Massenanfall von verletzten Personen ist, die eine umfangreiche medizinische und sanitätsdienstliche Versorgung benötigen, oder eine große Anzahl Unverletzte, die psychosoziale Unterstützung, Verpflegung oder Unterkunft brauchen – immer werden ähnliche Aufbau- und Ablauforganisationsstrukturen wirksam.

Diese neue RV setzt auf bewährten Konzepten auf, nimmt aber Rücksicht darauf, dass aufgrund der eigenen und der Kapazitäten der nachfolgenden Strukturen, ein Vollausbau einer Sanitätshilfsstelle nur im Ausnahmefall notwendig ist. Viel mehr wird darauf Wert gelegt, die vorhandenen Ressourcen so flexibel und modular zu verwenden, dass damit das Bestmögliche zur rechten Zeit und am rechten Ort für alle Betroffenen zur Verfügung gestellt werden kann.

Auch im Falle eines geplanten Großeinsatzes, z. B. Ambulanzdienst bei Großveranstaltungen wird auf diese Strukturen zurückgegriffen um den Einsatz erfolgreich abzuwickeln.

Die vorliegende Rahmenvorschrift legt die Grundlagen für Bewältigung eines Großeinsatzes fest. Diese gemeinsame Strategie und einheitliche Sprachregelung gewährleistet einen effizienten Einsatz von Personal und Material und ist Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit unterschiedlicher Einheiten im Großeinsatz.

2. Geltungsbereich

Diese Vorschrift gilt für das Österreichische Rote Kreuz und seine Landesverbände, sowohl für geplante als auch für ungeplante Großeinsätze.

Ein Großeinsatz liegt vor, wenn davon auszugehen ist, dass mindestens eine der untenstehenden, beispielhaft angeführten, Kriterien vorliegt:

- hohe Anzahl Betroffener (Personen, die durch das Ereignis direkt oder indirekt bedroht oder geschädigt sind)
- hohe Anzahl von eingesetztem Personal und Material
- Ereignis ist mit den regionalen Ressourcen nicht bewältigbar
- erhöhter Koordinationsbedarf
- besondere Art des Einsatzes/der Lage vor Ort/der Umfeldbedingungen
- die Führungselemente gemäß dieser RV werden eingesetzt, um das Ereignis zu bewältigen.

Die Unterscheidung eines Großeinsatzes zum Katastropheneinsatz ist lediglich durch die behördliche Definition der Katastrophensituation und deren Abwicklung in den jeweiligen Landesgesetzen gegeben. Ablauf- und Organisationsstrukturen aus dieser Vorschrift kommen auch im Katastropheneinsatz zur Anwendung.

Bei geplanten oder ungeplanten Großeinsätzen ist eine Einordnung in folgende Einsatzarten möglich

- Ungeplante Einsätze, bei denen eine große Anzahl verletzter/erkrankter Personen medizinisch/sanitätshilflich zu versorgen ist.
- Ungeplante 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, bereitgestellt werden soll.
- Geplante Einsätze, bei denen dafür vorzusehen ist, eine große Anzahl verletzter und/oder unverletzter Personen zu versorgen/betreuen (z.B. Ambulanzdienst bei Veranstaltungen)
- Sonstige Großeinsätze (z.B. Sucheinsätze, Evakuierungen, Unterstützung anderer BOS,...)

Bei einem Ereignis können auch Mischformen aus obigen Einsätzen zu bewältigen sein.

3. Ziel dieser Vorschrift

Ziel dieser Vorschrift ist es, einen koordinierten und effizienten Einsatz aller Rotkreuz-Ressourcen im Großeinsatz sicherzustellen, um für eine größtmögliche Anzahl von betroffenen Menschen das, in der Situation Bestmögliche, zu erreichen.

Dabei steht die Versorgung der Betroffenen – Personen, die durch ein Ereignis direkt oder indirekt bedroht oder geschädigt wurden – im Vordergrund. Zur Versorgung zählt die Gesamtheit aller Maßnahmen, mit dem Zweck, die Leistungen und Güter, die zur Abdeckung der grundlegenden Bedürfnisse der Betroffenen notwendig sind, sowie die erforderlichen Einsatzmittel aufzubringen, bereitzustellen und zu verteilen.

Zur Erreichung dieses Zieles sind die Landesverbände verpflichtet, auf Basis dieser Rahmenvorschrift, entsprechende Alarmpläne zu erstellen und Durchführungsbestimmungen zu erlassen.

4. Allgemeines

Die vorliegende Vorschrift ist so aufgebaut, dass zu Beginn die räumliche Gliederung im Einsatz definiert wird.

Daran anschließend werden Elemente, ihr Aufbau und die Qualifikation des Personals beschrieben, die im Großeinsatz eingesetzt werden können. Diese Elemente sind der „Werkzeugkasten“ des Einsatzleiters.

Nicht immer ist es notwendig alle verfügbaren Elemente einzusetzen, es soll nur das zum Einsatz kommen, was zum erfolgreichen Ablauf beitragen kann.

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.

Räumliche Gliederung

5.1. Einsatzraum

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

5.2. Schadensstelle(n)

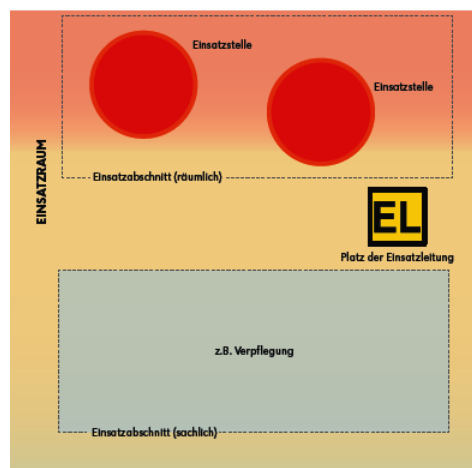
Schadensstelle ist die Örtlichkeit, an der ein Schaden eingetreten ist. Wenn an der Schadensstelle Gefahr droht, sind Spezialkräfte und Experten beizuziehen.

5.3. Einsatzstelle(n)

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

5.4. 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.

5.5. Bereitstellungsraum

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

5.6. Platz der Einsatzleitung

Örtlich festgelegter Bereich, an dem die gemeinsame Einsatzleitung arbeitet.

6. Aufbauorganisation – Elemente

Ist durch eine entsprechend hohe Anzahl an Verletzten und/oder Erkrankten und mangelnden Transportkapazitäten nicht sichergestellt, dass alle kritischen Patienten sofort versorgt und innerhalb von 60 Minuten (ab Eintreffen am Einsatzort) in ein geeignetes Krankenhaus gebracht werden können, so sind Versorgungsstrukturen vor Ort einzurichten.

Nicht immer ist es notwendig, alle Elemente aufzubauen und zu besetzen, wichtig ist vielmehr, dass der richtige Patient, mit dem richtigen Transportmittel in das richtige Krankenhaus transportiert wird und nach Möglichkeit Sekundärverlegungen aus Krankenhäusern auf Grund ungeeigneter Zuteilung, vermieden werden. Darstellung unterschiedlicher Aufbauvarianten – siehe Anhang.

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 Betreuungsstrukturen möglichst rasch aufzubauen.

Abhängig davon, ob Verletzte, Unverletzte oder beide Gruppen zu versorgen sind, können Einsatzelemente gemeinsam genutzt werden oder müssen dafür eigens installiert werden. In jedem Fall gibt es einen alleinverantwortlichen Einsatzleiter, dem beide Bereiche unterstellt sind.

6.1. Gemeinsame Einsatzleitung

Sind am Einsatz mehrere BOS (Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben) beteiligt, so ist eine gemeinsame Einsatzleitung zu bilden. Gegebenenfalls sind auch „zivile“ Ansprechpersonen oder Experten (z. B. ÖBB, betroffene Firmenleitung, etc.) in die Einsatzleitung aufzunehmen. Ist zu erwarten, dass Führungsaufgaben komplexer werden, wird ein Stab gebildet. Die Zusammensetzung des Stabes orientiert sich an den Notwendigkeiten.



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

Element des Roten Kreuzes in der Einsatzleitung ist der RK-Einsatzleiter. Es ist sicherzustellen, dass auch bei Abwesenheit des RK-Einsatzleiters jederzeit ein beauftragter Vertreter des Roten Kreuzes in der Einsatzleitung zur Verfügung steht.

6.2. Der (provisorische) Einsatzleiter

Solange bis der zuständige Einsatzleiter am Einsatzort eintrifft, übernimmt der Kommandant der ersteintreffenden taktischen Einheit diese Funktion, beispielsweise kann dies der bestgeeignete Mitarbeiter des ersteintreffenden Rettungsmittels sein. Dem provisorischen Einsatzleiter kommt eine besonders verantwortungsvolle Rolle zu: von seinen Entscheidungen hängt der erfolgreiche Verlauf des weiteren Einsatzes maßgeblich ab!

6.3. RK-Einsatzleiter

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

6.3.1. Abschnittsleiter

Wenn erforderlich (z. B. räumlich auseinanderliegende Einsatzstellen oder sachlich zusammenhängende Bereiche – z.B. Verpflegung) sind, zusätzlich zum RK-Einsatzleiter, direkt unterstellte Leiter für einzelne Einsatzabschnitte vorzusehen.

6.3.2. Führungsunterstützung

Die Führungsunterstützung ist für den Einsatzleiter und andere Führungskräfte jenes Element, das bei komplexen Einsätzen im Hintergrund administrative und unterstützende Aufgaben übernimmt, wie z.B.

- Unterstützung in der Kommunikation (intern/extern)
- Unterstützung bei Dokumentation und Führung des Einsatztagebuchs
- Lageführung und Lagedarstellung

Diese Aufgaben werden, je nach Dimension und Komplexität des Ereignisses, durch einzelne Personen am Ort des Großeinsatzes, durch eine Mobile Leitstelle und/oder durch einen Einsatzstab übernommen.

Das Personal besteht aus Mitarbeitern mit der Kompetenz von Führen der Lagekarten und Assistenzpersonal (Schreibkräfte)

6.4. Leitender Notarzt (LNA)

Wird eine Sanitätshilfsstelle eingerichtet und ist eine größere Anzahl von ärztlichem Personal zu koordinieren ist, so wird ein Leitender Notarzt eingesetzt.



Der Leitende Notarzt ist die oberste medizinische Instanz während eines Einsatzes, bei dem Verletzte zu versorgen sind. Er arbeitet eng mit dem Leiter SanHiSt zusammen und berät ihn in medizinischen Belangen. Ihm unterstehen alle Ärzte am Einsatzort. Der Leitende Notarzt muss neben einer aufrechten Notarztberechtigung gem. ÄrzteG auch über eine gültige LNA Berechtigung verfügen, im regionalen System des Rettungsdienstes tätig sein und die geltenden bundeslandspezifischen Voraussetzungen für LNA erfüllen.

6.5. Eingesetzte Kräfte

Je nach Art und Umfang des Einsatzes sind unterschiedliche Rotkreuz-Kräfte und Kräfte anderer (Einsatz-)Organisationen beteiligt. Die Landesverbände sind verpflichtet, dafür zu sorgen, dass das eingesetzte RK-Personal über die erforderlichen Qualifikationen (Ausbildung und Erfahrung) verfügt.

Spezielle Rotkreuzeinheiten (z.B. Suchhunde, Dekontamination,...) werden je nach Bedarf und Verfügbarkeit angefordert. Alle Rotkreuzeinheiten haben sich in die aufgebaute Struktur einzufügen und die Kommunikation und Zusammenarbeit sicherzustellen.

RK-Personal kann entweder in im Voraus zusammengestellten taktischen Einheiten oder nach Erfordernis formiert und zum Einsatz gebracht werden. Beispielsweise Sanitätstrupp (mobil/stationär, mit oder ohne Arzt), ambulante Versorgungsstellen, Versorgungstrupps (z.B. Teeausgabe, Decken,...) oder basismedizinische Versorgung. Für den regionalen aber insbesondere für den überregionalen Einsatz sind im Österreichischen Roten Kreuz unterschiedliche Rotkreuz-Hilfseinheiten in einer eigenen Vorschrift definiert.

6.6. Material- und Meldestelle

Sie dient der Registrierung und Zuteilung des Personals und Materials. Bei der Material- und Meldestelle haben sich alle eintreffenden Kräfte zu melden. Dies betrifft auch Spezialkräfte, die nicht aus dem Roten Kreuz kommen und für diesen Einsatz diesem unterstellt werden.



6.7. Informationsstelle

Eine Informationsstelle ist frühzeitig einzurichten, wenn davon auszugehen ist, dass eine große Anzahl von Informationssuchenden (Angehörige,...) an die Einsatzstelle kommen wird. Das Personal an der Informationsstelle besteht aus Sanitätern und Kriseninterventionsmitarbeitern und kann durch unterstützendes Personal (z.B. Schreibkräfte) verstärkt werden.



6.8. Pressestelle

Die Pressestelle wird frühzeitig eingerichtet, wenn von einem entsprechenden Medieninteresse auszugehen ist. Das Personal an der Pressestelle besteht aus Rotkreuz-Mitarbeitern mit der Kompetenz im Umgang mit Medien.



6.9. Patientensammelstelle

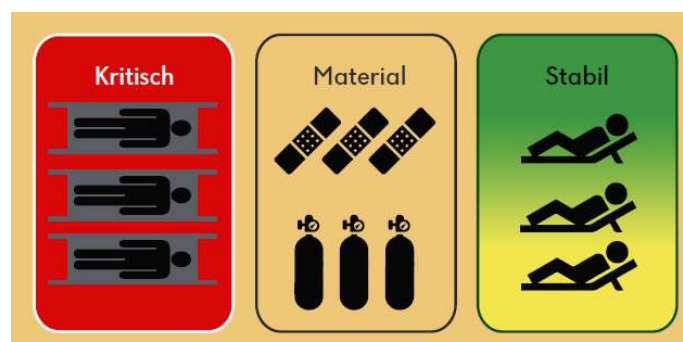
Die Patientensammelstelle ist die Örtlichkeit an der häufig der erste Kontakt zwischen Betroffenen und Rettungskräften hergestellt wird. Es wird sofort eine Vorsichtung der Patienten und die Einteilung in kritisch oder stabil, unverletzt oder tot durchgeführt. Hier wird den Patienten ein Mindestmaß an Basisversorgung (Freimachen der Atemwege, Stillung starker Blutungen) geboten. Abhängig von den vorhandenen Ressourcen kann an der Patientensammelstelle auch eine Versorgung/Behandlung stattfinden und die Patienten unmittelbar abtransportiert werden.

Unverletzte Personen werden an die Unverletztenbetreuungsstelle weitergeleitet. Gegebenenfalls wird die Dringlichkeit von speziellen Behandlungen an der Patientensammelstelle festgelegt.

Häufig ergibt sich die Örtlichkeit der Patientensammelstelle durch einen Übergabepunkt, wobei dieser gemeinsam zwischen Feuerwehr, ggf. Spezialkräften und Rettungsdienst festzulegen ist.

Die Patientensammelstelle soll unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte eingerichtet werden:

- außerhalb der Gefahrenzone mit entsprechendem „Sicherheitsabstand“ zu derselben
- klare Gliederung von kritischen und stabilen Patienten (räumliche Trennung)
- räumlich sinnvolle Konzentration der Hilfsmaßnahmen ermöglichen, Wege zur Versorgung der Patienten verkürzen
- Die Patientensammelstelle wird zu Beginn mit dem Material der ersten Fahrzeuge eingerichtet.



6.10. Unverletztenbetreuungsstelle

Sind unverletzte Personen vor Ort zu betreuen, wird eine Unverletztenbetreuungsstelle festgelegt, der alle unverletzten, betroffenen Personen zugewiesen werden. Sie ist die Schnittstelle zwischen medizinisch/sanitätsdienstlicher Versorgung und den Betreuungsstrukturen. Das Personal an der Unverletztenbetreuungsstelle besteht aus Kriseninterventionsmitarbeitern und Sanitätern.



Die Unverletztenbetreuungsstelle soll in ausreichendem Abstand zum Schadensplatz errichtet werden und für unverletzte Personen leicht erreichbar sein. Je nach Rahmenbedingungen (Wetter, Verfügbarkeit fester Unterkünfte, Anzahl der Betroffenen, voraussichtliche Dauer des Einsatzes,...) kann die Unverletztenbetreuungsstelle im Freien, in Zelten oder festen Unterkünften eingerichtet werden. Häufig ist ein größerer Raum für die Datenerfassung und Betreuung ausreichend.

6.11. Transport

Dem Transportraum sind zugeordnet:



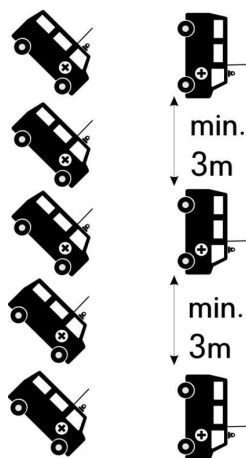
6.11.1. KFZ-Sammelplatz

Ein KFZ-Sammelplatz ist ein organisierter Sammelplatz der bodengebundenen Transportmittel und ist einzurichten, um ein geordnetes Zu- und Abfahren, bzw. Parken der Einsatzfahrzeuge zu gewährleisten.



Der KFZ-Sammelplatz soll unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte eingerichtet werden:

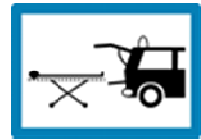
- Ausreichend großer Platz um geordnetes Abstellen aller Fahrzeuge ermöglichen
- Ausreichend Abstand zwischen den Fahrzeugen - leichte Zugänglichkeit für Material und Equipment im Fahrzeug (auch Fahrtrage, Tragstuhl)
- Ungehinderte Zu- und Abfahrten (z.B. Einbahnsystem, unterstützt durch Exekutive und/oder FF)
- Inbetriebnahme aller KFZ jederzeit sicherstellen
- Aufsicht über die Fahrzeuge muss gewährleistet sein



Schräg- bzw. Längsparkordnung

6.11.2. Verladestelle

An der Verladestelle werden die Patienten an die entsprechenden Transportmittel zum Abtransport übergeben. Sind auch unverletzte Betroffene zu transportieren, z.B. von der Unverletztenbetreuungsstelle oder aus dem Betroffeneninformationszentrum, so kann auch dort eine Verladestelle eingerichtet werden. Die Koordination beider Stellen obliegt dem Leiter Transport.



6.11.3. Hubschrauberlandeplatz

Der Hubschrauberlandeplatz dient als organisierter Bereich für alle Luftrettungsmittel, die am Einsatz beteiligt sind. Er ist in ausreichender Distanz zu anderen Einrichtungen, unter Beachtung der Anforderungen an einen Hubschrauberlandeplatz anzulegen. Als Leiter ist nach Möglichkeit Personal mit flugbetrieblicher Erfahrung einzuteilen.



6.12. Sanitätshilfsstelle

Die SanHiSt ist ein flexibles Organisationskonzept zur Bewältigung einer großen Anzahl medizinisch/sanitätshilflich zu versorgender Personen. Je nach Ort, Witterung, Tageszeit, Anzahl an Verletzten und Ressourcen können die Bereiche der SanHiSt aus einem dafür festgelegten Platz im Freien, festen Unterkünften oder Zelten bestehen. Es obliegt dem Einsatzleiter, aufgrund der Lage zu entscheiden, ob, wie und mit welchen Strukturen er die SanHiSt betreibt. Dabei steht nicht die Errichtung von Zelten oder Zuweisung von Räumen im Vordergrund, sondern die Sicherstellung eines klar strukturierten und allen Einsatzkräften bekannten Ablaufs, zur bestmöglichen Versorgung aller Betroffenen.



6.12.1. Triagestelle

Die Aufgabe der Triagestelle ist die Triage und Priorisierung von betroffenen Personen und die Zuteilung auf die nachfolgenden Versorgungs- und Betreuungsstrukturen.



Bei einer großen Anzahl verletzter Personen, die in einer kurzen Zeit einer Behandlung zugeführt werden müssen, muss durch die Triage die Priorität für verschiedene Schritte im Versorgungsablauf gesetzt werden. Dies ist insbesondere notwendig, sobald die Anzahl der Betroffenen die verfügbaren Ressourcen übersteigt. Das Personal an den Triagestellen besteht aus Ärzten (nach Verfügbarkeit) und Sanitätern, bevorzugt Notfallsanitätern.

6.12.2. Behandlung

Die Behandlung ist in unmittelbarer Nähe zur Triagestelle einzurichten. Sie muss ausreichend groß sein um die Behandlungsstellen unterzubringen.

Aufgabe der Behandlung ist es, notwendige medizinische und sanitätshilfliche Versorgung durchzuführen und die Transportfähigkeit des Patienten herzustellen.

Die Behandlung soll unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte eingerichtet werden:

- möglichst kurze Wege von der Triagestelle zur Behandlung
- der Abtransport – Zugang zur Verladestelle – soll ohne Umwege erreichbar sein.

Die Zuteilung zu den einzelnen Behandlungsstellen erfolgt aufgrund der getroffenen Triageentscheidung.

Die Behandlung der Patienten an den Behandlungsstellen erfolgt unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- fokussierte Zusammenarbeit von Ärzten und Sanitätern
- rasche Erstellung der medizinischen Diagnose und ggf. Anpassung der Triageentscheidung
- Durchführung lebensrettender Maßnahmen
- Patienten sind zu versorgen und transportfähig zu machen
- alle gesetzten Maßnahmen sind zu dokumentieren

Behandlungsstelle I „Sofortbehandlung“

An der Behandlungsstelle I werden lebensrettende Maßnahmen gesetzt. Das Personal an der Behandlungsstelle I besteht aus Ärzten und Notfallsanitätern und ggf. Rettungssanitätern.



Behandlungsstelle II „Dringende Behandlung“

An der Behandlungsstelle II erfolgt die Behandlung und Herstellung der Transportfähigkeit von schwer verletzten bzw. erkrankten Personen. Das Personal an der Behandlungsstelle II besteht aus Ärzten, Rettungs- und Notfallsanitätern.



Behandlungsstelle III „Spätere (ambulante) Behandlung“

In der Behandlungsstelle III werden jene Personen gesammelt und versorgt, die leicht verletzt sind und einer einfachen medizinischen/sanitätshilflichen bzw. bedürfnisorientierten psychosozialen Betreuung bedürfen. Das Personal an der Behandlungsstelle III besteht aus Rettungs- und Notfallsanitätern, ggf. Ärzten und ggf. Kriseninterventionsmitarbeitern.



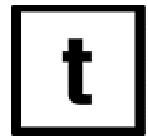
Behandlungsstelle IV „Betreuende (abwartende) Behandlung“

Diese Stelle wird nur eingerichtet, wenn die Kapazität der anderen Behandlungsstellen ausgeschöpft ist. An der Behandlungsstelle IV liegt das Hauptaugenmerk in betreuender Behandlung und ggf. Schmerzstillung. Das Personal an der Behandlungsstelle IV besteht aus Rettungs- und Notfallsanitätern und Ärzten.



6.12.3. Sammelstelle Tote

An dieser sind Verstorbene, nach ärztlicher Feststellung des eingetretenen Todes und Registrierung bis zur Übergabe an die Exekutive oder den Abtransport durch die Bestattung pietätvoll zu sammeln.



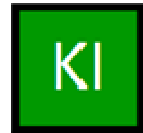
Die Überbringung der Todesnachricht an Angehörige wird ausschließlich durch die Exekutive durchgeführt. Diese kann durch Kriseninterventionsmitarbeiter begleitet werden.

Personen, die an der Schadensstelle bereits sichere Todeszeichen aufweisen und/oder von einem Arzt für tot erklärt worden sind, sind der Exekutive mitzuteilen und für weitere Erhebungen pietätvoll an Ort und Stelle zu belassen, sofern sie Rettungsarbeiten nicht behindern.

Für die Sammelstelle Tote wird kein Leiter des Roten Kreuzes eingesetzt, da dieser Bereich in die Verantwortung der Exekutive fällt und das Rote Kreuz lediglich unterstützend tätig wird.

6.13. Kriseninterventionsteam

Mitarbeiter der Krisenintervention können - als kleinste Einheit der psychosozialen Betreuung – im Großeinsatz flexibel eingesetzt werden und betreuen unverletzte bzw. leicht verletzte Betroffene, Angehörige, Zeugen oder Ersthelfer.



Je nach Anzahl der Betroffenen kann ein Einsatz mit einem oder mehreren Teams abgewickelt werden. So wie bei der Versorgung von Verletzten, muss auch bei der Betreuung auf das Schadensausmaß entsprechend reagiert und Personal, Material und Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden.

Einzelne KI-Teams können im Großeinsatz beispielsweise an der Informationsstelle, an der Unverletztenbetreuungsstelle, im Bereich der Behandlung von Leichtverletzten (III), als Begleitung bei der Überbringung von Todesnachrichten mit der Exekutive, bei der Identifizierung von Verstorbenen, bei der Information (Angehörige), im Betroffeneninformationszentrum oder zur Betreuung von Angehörigen im Krankenhaus, am Wohnort oder bei Bestattungsunternehmen eingesetzt werden. Das Personal der KI-Teams besteht aus Kriseninterventionsmitarbeitern und ggf. psychosozialen Fachkräften.

6.14. 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 von Nöten ist und/oder eine zentrale Informationsweitergabe an größere Gruppen erforderlich sein könnte.



Ein BIZ muss in ausreichender Distanz zum Schadensort errichtet werden und über Hauptverkehrswege und/oder Anbindung an den öffentlichen Verkehr gut zu erreichen sein. Im Bedarfsfall soll der Zugang zum BIZ durch die Exekutive einfach abzusperrbar sein.

Die räumlichen Erfordernisse hängen vom Einsatzgeschehen ab. Auch für das BIZ sollen, so wie für die SanHiSt, nur die Strukturen aufgebaut werden, die für die Bewältigung notwendig sind. In einer ersten Ausbaustufe kann bereits ein größerer Raum genügen. Im Idealfall stehen bereits vordefinierte Räumlichkeiten zur Verfügung. Allerdings sollte darauf geachtet werden, dass auf unvorhersehbare Entwicklungen des Einsatzes mit einem Ausbau flexibel reagiert werden kann. Dementsprechend orientiert sich auch der Personalbedarf am Ausmaß des Ereignisses.

Das Personal im Betroffeneninformationszentrum besteht aus Kriseninterventionsmitarbeitern und psychosozialen Fachkräften. Für die organisatorische Einsatzabwicklung werden vor allem Mitarbeiter zur Datenerfassung und zum Datenabgleich eingesetzt.

Je nach Ausbaustufe und Dauer können Mitarbeiter für Kinderbetreuung, Suchdienst,... benötigt werden. In jedem BIZ sollte außerdem ein Sanitätsdienst (Ambulanzdienst) eingerichtet werden, welcher der Auslastung angepasst ist.

Ein BIZ kann bei Bedarf durch eine telefonische Beratungshotline und/oder eine Informationswebsite für Betroffene ergänzt werden.

6.15. Stressverarbeitung nach belastenden Einsätzen

Im Großeinsatz kann es zu Überlastung oder Überforderung des Einsatzpersonals kommen. Peers sind als Unterstützung des Einsatzleiters zu sehen. Peers unterstützen bei der Bereitstellung von geeigneten Pausen- und Übergaberäumen und Verpflegung der Einsatzkräfte. Nach Bedarf werden

Kollegengespräche (on-scene-support) während des Einsatzes angeboten. Sowohl bei, als auch nach dem Einsatzabschluss stehen Peers für weitere Informationen und Gespräche zur Verfügung. Das Personal der Einsatzkräftenachsorge (SvE) besteht aus Peers und ggf. psychosozialen Fachkräften.

6.16. Sondereinheiten

Um nicht nur die medizinischen und psychosozialen Bedürfnisse der Betroffenen abzudecken, sondern auch deren Bedürfnis nach Unterkunft, Verpflegung, Hygiene,... ist die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Rot-Kreuz-Einheiten gefordert. Diese Einheiten werden je nach Bedarf und Verfügbarkeit angefordert und gliedern sich in die aufgebaute Struktur ein. Die Kommunikation und Zusammenarbeit ist sicherzustellen.

Der jeweilige Leiter der Einheit ist dem Einsatzleiter unterstellt. Er koordiniert seine Tätigkeiten in Zusammenarbeit mit anderen Einheiten.

Aufgaben können beispielsweise sein:

- Beschaffung und Ausgabe von Bekleidung und Gebrauchsgegenständen und Hygieneartikeln
- Errichten und Betreiben von Notunterkünften
- Beschaffung, Zubereitung und Ausgabe von Lebensmitteln

Das Personal ist in der Definition der jeweiligen Einheit festgelegt.

7. Ablauforganisation

Um das Ziel – bestmögliche 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) sind die Grundlage für das weitere Vorgehen.

Gerade in der Erstphase ist es wichtig, nur die notwendigsten Strukturen aufzubauen um die Versorgung der Patienten nicht zu verzögern. Der Aufbau hat in Absprache mit den anderen Einsatzorganisationen zu erfolgen.

7.1. Alarmierung bei Großeinsätzen

Die Alarmierung erfolgt durch die Rettungsleitstellen und folgt einem Alarmplan/einer Ausrückeordnung, wobei als Grundsatz der Alarmierung gilt:

- großzügig und großflächig alarmieren
- Mindestalarmierung ist ein Rettungsmittel je erwartetem kritischen Patienten und die Entsendung einer Einsatzleitung
- planbare Aufträge (z.B. Sanitätseinsätze) werden rückgereiht, alle disponierbaren Einheiten (bis auf Einsätze mit kritischen Patienten) werden sofort in Bereitschaft versetzt
- Alarmpläne aktivieren
- Krankenhäuser informieren.

7.2. Triageentscheidungen

Bei einer großen Anzahl verletzter Personen in kurzer Zeit muss durch Vorsichtung und Triage die Priorität für verschiedene Schritte im Versorgungsablauf gesetzt werden.

Folgende Prioritäten müssen festgelegt werden:

- Priorität der Rettung
- Priorität der Behandlung
- Priorität des Abtransports

Je nach Erfordernis können die Vorsichtung und die Triage sowohl an der Schadensstelle, an den Übergabestellen mit anderen Einsatzorganisationen, an der Patientensammelstelle oder an einem eigens dafür festgelegten Platz (Triagestelle) bzw. im Behandlungsraum erfolgen. Angepasst an den tatsächlichen Bedarf, örtliche Verhältnisse und Angebot an Ressourcen werden eine oder mehrere Triagestellen möglichst nahe bei der Schadensstelle, aber außerhalb des Gefahrenbereiches eingerichtet.

7.2.1. Vorsichtung zur Ersteinschätzung der Betroffenen

Die Vorsichtung erfolgt primär zur Festlegung der Rettungspriorität an der Schadensstelle, an einer Übergangsstelle oder im Bereich der Patientensammelstelle für die Ersteinschätzung bzw. Weiterleitung zur Triagestelle zur Anwendung. Mit Hilfe der Vorsichtung können insbesondere kritische Patienten schnellstmöglich identifiziert werden.

Aufgaben:

- Vorsichtung und Trennung der Patienten in kritisch oder stabil, unverletzt oder tot
- Sofortmaßnahmen durchführen

- Kennzeichnung der Betroffenen mit der Personenleittasche zur Festlegung der Rettungspriorität an der/den Schadensstelle/n unter Verwendung der Personenleittasche und des Kärtchens „dringend“
- Dokumentation des Ergebnisses der Vorsichtung und der durchgeführten Sofortmaßnahmen

Ist die Schadensstelle keine Gefahrenzone, soll die Vorsichtung bereits dort durchgeführt werden. Eine mobile Gruppe, in der Regel bestehend aus Sanitäter, Arzt und Rettungsspezialist (Feuerwehr, Bergrettung,..), legt dort – unter Berücksichtigung von medizinischen und rettungstechnischen Erwägungen - die Rettungspriorität fest.

Die Vorsichtung kann von jedem Sanitäter angewendet werden und führt zu der Entscheidung kritisch oder stabil, bzw. unverletzt oder tot. Stehen ausreichend Ärzte für die Behandlung der Patienten und die Triage zur Verfügung, sollen diese auch die Vorsichtung durchführen. Die Durchführung durch Sanitäter spielt die, zu Beginn geringe Anzahl zur Verfügung stehender Ärzte, für die Aufgabe der Patientenbehandlung frei.

Patient gefährlich	ja	nein
suffiziente Atmung	ja	nein
stillbare starke Blutung	ja	nein

Einstufung	Kriterium	Vorsichtung an der Schadensstelle	Vorsichtung am Patientensammelstelle
unverletzt	Gefährliche Person, die keine Beschwerden oder Schmerzen angibt und keine sichtbaren Verletzungen aufweist und nicht desorientiert wirkt	Am PLS kennzeichnen, zur Unverletztenbetreuungsstelle schicken	Am PLS kennzeichnen, zur Unverletztenbetreuungsstelle schicken
kritisch		hohe Priorität der Rettung aus der Schadensstelle,	Seite - kritisch
stabil		Niedrige Priorität	Seite - stabil
tot	Sichere Todeszeichen gemäß Sanitätshilfe	Kennzeichnung mit Anhänger „VERSTORBEN“ – keine Bergung	Kennzeichnung mit Anhänger „VERSTORBEN“ => Sammelstelle Tote

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

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

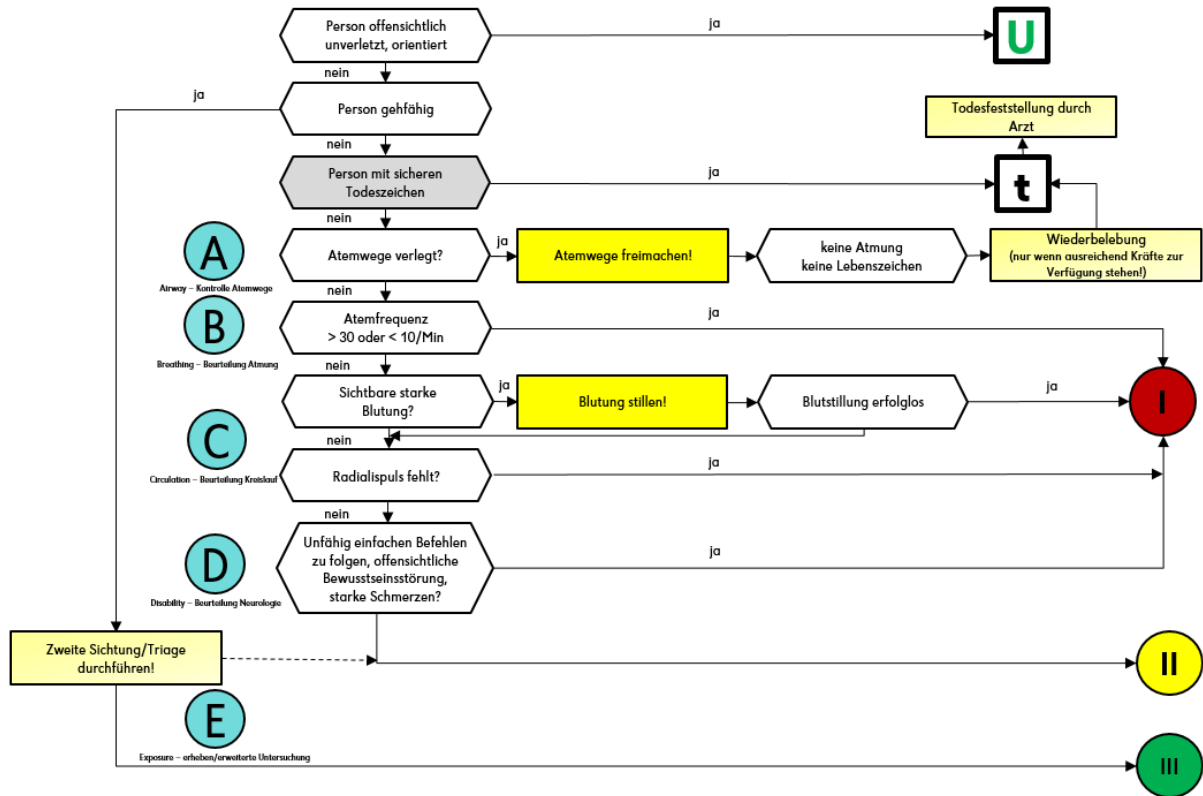
7.2.2. Triage zur Festlegung der Priorität der Behandlung

In der oder den Triagestelle/n erfolgt die Triage und Zuteilung zu einer Triagegruppe durch einen Arzt, vor der Zuweisung zu einer Behandlungsstelle. Stehen zu Beginn zu wenige Ärzte zur Verfügung, sodass die ärztlichen Tätigkeiten an Patienten im Bereich Behandlung, durch Einsatz eines Arztes in der Triagestelle gefährdet wären, kann die Triage durch Sanitäter, bevorzugt NFS, gemäß Algorithmus durchgeführt werden. Die Triage



ist unter minimalem Zeitaufwand durchzuführen – Richtwert ist eine Minute pro Patient. Spätestens bei der Ankunft an der Triagestelle muss am Patienten die Personenleittasche (PLT) befestigt werden.

Jede Triageentscheidung/Änderung ist zu dokumentieren.



Die Triageentscheidung ist innerhalb der Behandlungsstellen immer durch die behandelnden Ärzte zu kontrollieren und ggf. zu korrigieren/aktualisieren und den vorhandenen personellen und materiellen Ressourcen anzupassen. (Beispiel: Ist die Behandlungskapazität des Behandlungsraum I erschöpft und es ist trotz Nachforderung keine adäquate Behandlung aller Patienten sicherzustellen, hat dort eine Umtrigierung von entsprechenden Patienten auf IV zu erfolgen.)

7.2.3. Triage zur Festlegung der Priorität des Abtransportes

Die Triage für den Abtransport soll in der Regel durch einen Arzt in der jeweiligen Behandlungsstelle erfolgen. Nach Feststellung der Transporttauglichkeit ist die Transportpriorität, das geeignete Transportmittel (NA Begleitung erforderlich?) und die erforderliche Krankenhauskategorie (Neurochirurgie, Gefäßchirurgie, Verbrennungszentrum,...) festzulegen. Besteht ein Missverhältnis zwischen notwendigen Transporten und Transportkapazitäten, bzw. Aufnahmekapazitäten der Krankenhäuser, so ist die Transportpriorität vom LNA in Absprache mit dem Leiter Transport zu treffen.

Durch die Kennzeichnung von „a“ für hohe Transportpriorität und „b“ für niedrige Transportpriorität auf der Personenleittasche wird die Entscheidung der Reihenfolge für den Abtransport festgehalten.

7.3. Dokumentation

Auch bei Großeinsätzen und Katastrophen ist die Patientendokumentation gemäß SanG durchzuführen! Ebenso ist im Bereich der Betreuung eine lückenlose Eingangs- und Ausgangsdokumentation sicherzustellen.

Dazu sind alle Betroffenen sowohl bei Beginn der Versorgung als auch beim Verlassen zu registrieren.

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.

7.4. Beendigung eines Einsatzes

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

Bei einer Gesamteinsatzleitung mit anderen Organisationen wird das Einsatzende mit diesen abgesprochen.

Nach der Beendigung ist dafür zu sorgen, dass die Leitstelle, die Krankenhäuser und ggf. Behörden davon in Kenntnis gesetzt werden. Die Dokumentationen (Abrisse der PLT, Listen aus der SanHiSt, Einsatztagebuch,...) sind zusammenzuführen und zu archivieren, ggf. ist ein schriftlicher Bericht zu erstellen.

Die Mannschaften vor Ort werden vom Einsatzende informiert und rücken geordnet ab. Für die fachliche Aufarbeitung des Einsatzes ist es sinnvoll, zeitnah eine Nachbesprechung für alle Beteiligten anzubieten.

Die psychosoziale Betreuung der Mitarbeiter wird durch Peers (SvE Einsatzabschluss) und das Angebot von weiterer Betreuung (Kurzbesprechung, Nachbesprechung) sichergestellt.

8. Leitungsfunktionen und deren Aufgaben

Die Bewältigung eines Großeinsatzes erfordert flexibles, auf die Situation abgestimmtes Vorgehen. Damit trotz dem situationsangepassten Vorgehen das Ziel „der bestmöglichen Versorgung für die größte Anzahl an Betroffenen zur richtigen Zeit“ (frei nach Bowers) 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 Einsatzleiter bei Erfordernis zuerst der Leiter SanHiSt bzw. Leiter Betreuung eingesetzt und dieser setzt, nur bei Bedarf, untergeordnete Leitungsfunktionen ein. Auch eine direkte Unterstellung einzelner Leitungspositionen unter den Einsatzleiter ist möglich. Z. B. wenn eine Informationsstelle eingerichtet wird, es aber keine weiteren Betreuungsstrukturen und damit keinen Leiter Betreuung gibt, dem 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) gefordert. Ausgenommen ist der RK Einsatzleiter, dieser verfügt über eine Führungskräfteausbildung mindestens Ebene 2 (Zugskommandant). Zusätzliche Ausbildungsanforderungen sind bei der jeweiligen Position explizit angeführt.

Allgemeine Aufgaben:

- Persönliche Kennzeichnung anlegen
- die Stelle aufbauen (örtliche Struktur festlegen) und organisieren
- die notwendigen Leiter 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

8.1. Provisorischer Einsatzleiter

- auf eigene Sicherheit achten (PSA – persönliche Schutzausrüstung)
- auf Gefahren achten – GAMS (siehe Ausbildungsmappe Sanitätshilfe)
- 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)
- Lagemeldung - nach dem Verschaffen eines groben Überblickes erfolgt eine Lagemeldung welche die nachstehenden Punkte enthalten soll:
 - Gefahren-/Schadenslage
 - Gefahren
 - Details zum Ereignis
 - Betroffenen- /Verletztanzahl (grobe Schätzung)
 - Spezialkräfte/Rettungshinweise

- Eigene Lage
- Allgemeine Lage
 - Geländegegebenheiten
 - Infrastruktur
 - Wetter
- Informationen für nachfolgende Mannschaften
 - Zufahrt
 - Sammelplatz
 - Besondere Hinweise
- mit anderen Einsatzkräften vor Ort Kontakt aufnehmen
- Patientensammelstelle einrichten
- Unverletztenbetreuungsstelle einrichten
- KFZ-Sammelplatz einrichten
- Einsatzleitung an eintreffenden Einsatzleiter übergeben

8.2. RK Einsatzleiter

- Operative und taktische Führung und Koordination aller unterstellten RK Kräfte
- Einteilung eines Assistenten, Anforderung von Führungsunterstützung, Verbindungsoffizier,...
- 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 sind unmittelbar unterstellt:

- Abschnittsleiter
- Betreuung
- Führungsunterstützung
- Material- und Meldestelle
- Sanitätshilfsstelle
- Pressestelle
- Sondereinheiten
- Transport

8.3. Leiter 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 Einsatzleiter
- Kontakt mit den Leitungsfunktionen halten um weiteren Bedarf abzustimmen
- Organisation des Bereitstellungsraums übernehmen



8.4. Leiter Informationsstelle

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



8.5. Leiter Pressestelle

- Presse- und Medienvertreter mit Informationen versorgen
- Interviewanfragen mit dem Einsatzleiter abstimmen und koordinieren
- Dafür sorgen, dass Foto- und Filmaufnahmen unter Wahrung der Intimsphäre Betroffener und ohne Behinderung der Einsatzkräfte erstellt werden
- Abstimmung mit Pressesprechern anderer BOS
- Ggf. eine Pressekonferenz in Abstimmung mit anderen BOS organisieren
- Berichte und Medien für Offline und Online Medien (auch social media) vorbereiten und nach Freigabe durch den EL verteilen



8.6. Leiter Transport

Der Leiter 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, Hubschrauber-Landeplatz 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 LNA zuweisen

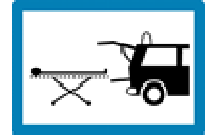
8.6.1. Leiter KFZ-Sammelplatz

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



8.6.2. Leiter Verladestelle

- Koordination des Patiententransfers durch Anforderung von Rettungsmitteln aus dem KFZ-Sammelplatz
- Übernahme der Patienten durch Personal der Rettungsmittel aus den Behandlungsstellen
- Überwachung, dass der richtige Patient dem richtigen Transportmittel zugeordnet wird
- Sammeln der Abrisse der Patientenleittaschen vor dem Abtransport



8.6.3. Leiter Hubschrauberlandeplatz

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



8.7. Leiter Sanitätshilfsstelle

Der Leiter Sanitätshilfsstelle organisiert und führt die Sanitätshilfsstelle. Er klärt den Bedarf an medizinisch/sanitätshilflicher Versorgung mit dem Einsatzleiter.

SANHIST

Das Personal der SanHiSt besteht aus Ärzten, Notfallsanitätern und Rettungssanitätern und kann ergänzt werden mit Personal aus Sondereinheiten, Kriseninterventionsmitarbeitern und/oder Assistenzpersonal (Dokumentation).

Der RK Einsatzleiter kann entsprechend der Dimension des Einsatzes gleichzeitig Leiter SanHiSt, bzw. Leiter Betreuung sein. Sind mindestens zwei Einsatzstellen abzuarbeiten ist die Funktion des Einsatzleiters auf jeden Fall gesondert wahrzunehmen.

8.7.1. Leitender Notarzt (LNA)

Wird eine Sanitätshilfsstelle eingerichtet und ist eine größere Anzahl von ärztlichem Personal zu koordinieren ist, so wird ein Leitender Notarzt eingesetzt.

LNA

Der Leitende Notarzt ist die oberste medizinische Instanz während eines Einsatzes, bei dem Verletzte zu versorgen sind. Er arbeitet eng mit dem Leiter SanHiSt zusammen und berät ihn und den Einsatzleiter in medizinischen Belangen. Ihm unterstehen alle Ärzte am Einsatzort.

- Gefahrenlage aus medizinischer Sicht abschätzen
- Medizinische Behandlung überwachen
- Massenmedizinische Aspekte, entsprechend den verfügbaren Ressourcen berücksichtigen, insbesondere die Errichtung einer Behandlungsstelle IV

- Ärzte gemäß Qualifikation in Absprache mit der Material- und Meldestelle anfordern
- Anweisungen über medizinische Einschränkungen/Notwendigkeiten im Rahmen der technischen Rettung
- Laufende Verteilung der Aufgaben und Einsatzbereiche auf ärztliche Kollegen (Zuteilung zu den Behandlungen) in Absprache mit dem Leiter Behandlung, Kontrolle der medizinischen und sanitätshilflichen Maßnahmen
- Überwachung der medizinischen Dokumentation
- Unterstützung des Einsatzleiters bei medizinischen Fragestellungen
- Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser mit dem Bedarf abgleichen und ggf. weitere Kapazitäten erheben und alarmieren (lassen)
- Festlegung der Transportprioritäten und -ziele in Absprache mit dem Leiter Transport

8.7.2. Leiter Triage

Der Leiter Triage untersteht dem Leiter SanHiSt.

- Festlegung und Organisation der Triagestelle(n)
- Koordination mit Patientensammelstelle 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 Triage an die Triageärzte weiterzugeben.
- Verantwortlich für die Dokumentation der Triage, Führung von Betroffenenendatenlisten inkl. Registrierung Verstorbener und Weiterleitung an EL und i
- Sicherstellung des Transfers der Patienten von der Schadensstelle zu den Behandlungsstellen in Absprache mit dem Leiter Behandlung
- Festlegung und Kennzeichnung der Sammelstelle Tote in Absprache mit der Exekutive



8.7.3. Leiter Behandlung

- Festlegung und Organisation der einzelnen Behandlungsstellen (Notwendigkeit, Ort, Aufbau, Größe)
- Zuteilung des Personals zu den Behandlungsstellen
- Koordination zwischen den einzelnen Behandlungsstellen
- Organisation der Registrierung aller Patienten und Dokumentation aller durchgeführten Maßnahmen (Patientenleittasche)
- Sicherstellung des Transfers der Patienten innerhalb der Behandlungsstellen und zur Verladestelle SanHiSt-Strukturen in Absprache mit den Leiter Triage



Leiter Behandlungsstelle I – III (IV)

- teilt seinem Personal die Aufgaben zu
- fordert Personal und Material an
- meldet freie Kapazitäten bzw. Engpässe an den Leiter Behandlung
- überwacht die Dokumentation
- veranlasst Verlegungen von Patienten in die anderen Behandlungsstellen bzw. zur Verladestelle in Absprache mit dem Arzt

Arzt in der Behandlungsstelle

- stellt medizinische Diagnosen und behandelt Verletzte/Erkrankte in Zusammenarbeit mit Sanitätern
- stellt die Transportfähigkeit der Patienten in Zusammenarbeit mit Sanitätern her
- überprüft laufend Triageentscheidungen und passt diese ggf. an
- legt Transportpriorität in Absprache mit dem LNA und dem Leiter Transport fest
- dokumentiert die durchgeführten Maßnahmen

8.8. Leiter Betreuung

Der Leiter Betreuung organisiert und koordiniert die Elemente der Betreuung. Er klärt den Bedarf an Betreuungsstellen (ist eine Unverletztenbetreuungsstelle einzurichten, ist ein BIZ notwendig?) in Zusammenarbeit mit dem Einsatzleiter.



Das Personal besteht aus Kriseninterventionsmitarbeitern, psychosozialen Fachkräften und Assistenzpersonal (Dokumentation, Kinderbetreuung, Sanitätsdienst,...).

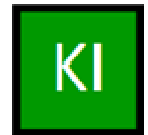
8.8.1. Leiter Unverletztenbetreuungsstelle

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



8.8.2. Leiter Krisenintervention

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



8.8.3. Leiter Betroffeneninformationszentrum

- Organisation und Kontrolle der Datenerfassung der zu betreuenden Personen
- Versorgung von Angehörigen und indirekt Betroffenen (z.B. Zeugen) 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 Unverletztenbetreuungsstelle
- 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
- Organisation des Infrastrukturaufbaus, verantwortlich für einwandfreie Funktionsfähigkeit

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 Leiter der mobilen Krisenintervention
- Einteilung der Teams im BIZ

8.8.4. Leiter 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 Einsatzleiter

9. Geplante Großeinsätze – Ambulanzdienst bei Großveranstaltungen

Bei Veranstaltungen kann auf eigenen Wunsch des Veranstalters oder auf Grund eines Bescheides durch die zuständige Behörde die Vorhaltung eines Sanitätsdienstes notwendig sein. Veranstaltungsrecht ist Ländersache. Im Zuge eines behördlichen Bewilligungsverfahrens für eine Veranstaltung kann ein Vertreter des lokalen Rettungsdienstes als Sachverständiger beigezogen werden.

Die wichtigste Aufgabe des Ambulanzdienstes ist es, den normalen Betrieb des regionalen Regelrettungsdienstes sicherzustellen. Dies erfolgt durch Behandlung und ggf. auch dem Transport (siehe länderspezifische Regelungen) aller Patienten einer Veranstaltung durch die Kräfte des Ambulanzdienstes, sodass kein zusätzliches Patientenaufkommen durch den Regelrettungsdienst bewältigt werden muss. Die Ablauf- und Organisationsstrukturen unterscheiden sich nur unwesentlich von ungeplanten Einsätzen.

9.1. Planung von Ambulanz-Großeinsätzen

Die Planung des Ambulanzeinsatzes kann nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Größendimension: Erreiche ich Betroffene in der Veranstaltungsstätte in einer entsprechenden Zeit (Hilfsfrist innerhalb der Veranstaltungsstätte)?
- Mengendimension: Kann ich die zu erwartenden Betroffenen in einer adäquaten Zeit und Qualität versorgen?

Um diese Fragen beantworten zu können sind für die Planung Grundinformationen erforderlich:

- Räumliche Gestaltung des Veranstaltungsortes
- Informationen zum Ablauf der Veranstaltung (Dauer, Aktivitäten,...)
- Informationen zur internen Organisation der Veranstaltung (Anwesenheit und Aufgabe von Ordnerdienst, Feuerwehr, Exekutive, sonstige Organisationen, ...).
- Interne Kommunikation zwischen den beteiligten Organisationen
- Voraussichtliche Wetterlage
- Publikum und Publikumsverhalten
- Risikoeinschätzung des Veranstalters oder anderer Beteiligter (VIP, Gefährdungspotential, Gewaltbereitschaft,..)
- Welche Spitalsinfrastruktur und welches regelrettungsdienstliche Umfeld sind im Veranstaltungsnahbereich gegeben?
- Für welchen Einsatzbereich wird die vor Ort befindliche Mannschaft zuständig sein? (Hinweis: Nur die ausschließliche Veranstaltungsfläche – z.B. ab Eingangstor – zu betrachten wird in den meisten Fällen zu wenig sein. Auch Anstellbereiche oder Zufahrtsbereiche sind eigentlich Teil der Veranstaltung! Zur Einschätzung könnte der Tätigkeitsbereich eines Ordnerdienstes oder der Polizei oder anderer vor Ort tätigen Organisationen herangezogen werden).

Eine umfassende Einsatzplanung ist nur möglich, wenn alle benötigten Informationen (z.B. Veranstaltungssicherheitskonzept des Veranstalters,...) vorliegen und mit allen Beteiligten abgestimmt sind. Aus all diesen Informationen muss eine Richtzahl erarbeitet werden: Wie viele Patienten in welcher Qualität werden im Verlauf des Einsatzes erwartet?

9.2. Einsatz

Die Ziele einer umfassenden Einsatzplanung für die bereitgestellten Rotkreuz-Kräfte sind somit folgende:

- Rasche Reaktion auf Notfallmeldungen und Erreichung des Patienten innerhalb eines akzeptablen Zeitraumes. In allen Bereichen der Großveranstaltung, z.B. Tribünen, Backstage-Bereich, usw. sowie in den Ein- und Ausgangsbereichen sind Sanitätsposten in ausreichender Anzahl vorzusehen. Diese Posten/Trupps haben die Aufgabe der Erstversorgung des Patienten vor Ort und gegebenenfalls qualitativer Transport zu einem Hilfsplatz/Ambulanzraum zur weiteren Behandlung durchzuführen oder zu veranlassen.
- Je nach Anforderung (Größe, Witterung, örtliche Verhältnisse) ist die Einrichtung eines oder mehrerer Hilfsplätze/Ambulanzräume erforderlich. Dort soll eine möglichst vollständige Betreuung (medizinische/sanitätshilfliche) der Betroffenen sichergestellt werden.
- Aufgrund der Struktur (Alter, Gruppenzugehörigkeit) der Besucher kann die Einrichtung einer Betreuungsstelle sinnvoll sein.
- Für eine Verbringung von erstversorgten Patienten in ein geeignetes Krankenhaus sind ausreichend Transportkapazitäten vorzuhalten. Auch innerhalb des Veranstaltungsbereiches können Transporte notwendig sein. Die Sicherung der Zu- und Abfahrten der Rettungsmittel ist ebenfalls im Vorfeld zu klären.
- Die erforderlichen Materialressourcen für die Versorgung von Besuchern und ggf. Verpflegung der eigenen Mitarbeiter ist einzuplanen.

Bei Großereignissen sind mögliche Eskalationen („Fall 2“-Szenarien) mitzubeurteilen. Die ersten taktischen Schritte für Eskalationen sind jedenfalls vorzubereiten. Dies können beispielsweise die Festlegung von Sammelplätzen für Sanitätstrupps, eingesetzte Fahrzeuge und nachrückende Kräfte sein, sowie abweichende Funktionszuteilungen.

9.3. Unterstützungstools für die Planung

Für die Planung des Kräfteansatzes gibt es unterschiedliche Planungshilfen, die den derzeitigen Stand der Technik darstellen.

Abhängig von ev. Vorschriften und gesetzlichen Regelungen legt der jeweilige Landesverband fest, welche Planungshilfen verwendet werden.

Ist aufgrund länderspezifischer Bedingungen eine andere Planungshilfe notwendig, so obliegt es dem jeweiligen Landesverband die Aufnahme in die Planung. Die Anwendung der Planungshilfen erfordert viel Erfahrung in der Planung und Leitung von Ambulanzdiensten und Übung im Umgang mit diesen Werkzeugen. Insbesondere die Auslegung und Bewertung der Ergebnisse kann nur durch eine erfahrene rettungsdienstliche Einsatzführungskraft durchgeführt werden. Wichtig dabei ist festzustellen, dass die Ergebnisse lediglich Anhaltspunkte geben, die im Führungs- und Planungsverfahren entsprechend verifiziert oder ggf. abgeändert werden müssen.

10. Grenzüberschreitende Einsätze

Das Österreichische Rote Kreuz führt planbare und nichtplanbare Großeinsätze - aufgrund seines statutarischen Mandates - auf Anforderung der jeweiligen nationalen Rotkreuz-Gesellschaft oder von Behörden, im benachbarten Ausland und im europäischen Raum (supranational), oder aufgrund von bilateralen Verträgen der Republik Österreich, unter Beachtung der gültigen Vorschriften für den nationalen Einsatz, in Kenntnis der gültigen internationalen Rotkreuz-Vorschriften und der Mechanismen für den Zivil- und Katastrophenschutz der Europäischen Union (EUCPM) durch.

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

Alltagseinsätze, 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!

10.1. Durch das Bundesrettungskommando geführte Großeinsätze

Grundsätzlich wird die Entscheidung darüber durch den Bundesrettungskommandanten (BRKdt.), in Absprache mit der Geschäftsleitung, getroffen (Bei Abwesenheit des BRKdt. gilt die Vertretungsregelung).

Einsatzleiter

Das BRKdo stellt/bestimmt den Einsatzleiter (Team Leader) vor Ort, der an den Bundesrettungskommandanten berichtet. Als Einsatzleiter kann ein Mitarbeiter des Generalsekretariats oder eines Landesverbands eingesetzt werden. Zur administrativen Führungsunterstützung soll eine Assistenz beigestellt werden.

Verbindungsoffizier

Das BRKdo kann zudem einen Verbindungsoffizier (Liaison Officer/LO) in den Einsatz entsenden, der dem Einsatzleiter unterstützend beigestellt wird. Der Verbindungsoffizier stellt den Kontakt zu lokalen Behörden (LEMA - Local Emergency Management Authority), zur nationalen Rot-Kreuz-Gesellschaft und den nationalen Behörden her. Er stellt den Informationsaustausch sicher und bietet Hilfestellung bei der Organisation gemeinsamer Aktivitäten. Wird die Einsatzleitung vor Ort von einem Vertreter 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 (RKHEs oder Sondereinheiten) 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 Rot-Kreuz-Gesellschaft, Behörde (BM.I, BMeiA, LV,...)
- Grundsätzliche Einsatzentscheidung durch Entscheidungsträger
- 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 in Frage kommenden LV – Abfrage von Personal- und Materialverfügbarkeiten
- Entscheidung über Einsatz eines Einsatzleiters durch ÖRK oder durch einen Vertreter LV, Entscheidung über Entsendung eines LO; - Briefing;
- Fertigstellung der Einsatzplanung und einsatzrelevanten Informationen (ggf. schriftlicher Befehl)
- Einsatzbefehl an Landesverbände

10.2. Teilnahme von Rotkreuz-Einheiten(-Mitarbeiter/innen) im Einsatzverband mit anderen Einsatzorganisationen

Diese spezielle Einsatzform ergibt sich aus der Teilnahme von Rotkreuzeinheiten 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 der Auftrag ebenfalls durch das ÖRK – aufgrund des statutarischen Mandats – zu erteilen. Für einen derartigen Einsatz im supranationalen Raum 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 Verbindungsoffizier entsendet werden.

11. Gesundheit und Sicherheit

11.1. Gefahrenzone

Jede Einsatzstelle ist sorgfältig im Hinblick auf Gefahren zu beurteilen. Sobald eine erste Einschätzung der Lage 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 Fahrbahnneigung 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.

11.2. Eigenschutz

Gefährdungen, die zu Unfällen führen können, werden primär durch technische und organisatorische Maßnahmen auszuschalten versucht. 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 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 die GAMS Regel zu befolgen:

- Gefahr erkennen – Erkundung - Rückmeldung
- Absperrung durchführen, absichern
- Menschenrettung unter Berücksichtigung des Selbstschutzes durchführen
- Spezialkräfte nachfordern, wenn notwendig: Selbstschutzmaßnahmen, Sofortdekontamination, schneller Transport

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 (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!

12.1. Taktische Sprechgruppen

Bezeichnung	Verwendung
Führungsgruppe	Kommunikation der Führungsebene innerhalb der SanHiSt
Schadensraumgruppe	Kommunikation der einzelnen Teilbereiche (mittlere Führungsebene) innerhalb der SanHiSt
Transportraumgruppe	Kommunikation mit an- und abrückenden Fahrzeugen bzw. Fahrzeugen an der Einsatzstelle
Verbindungsgruppe (Organisationsübergreifende Kommunikation, Verbindung zur rückwärtigen Leitstelle)	Kommunikation zwischen den Einsatzleitern bzw. Einsatzleitungen der am Einsatz beteiligten BOS

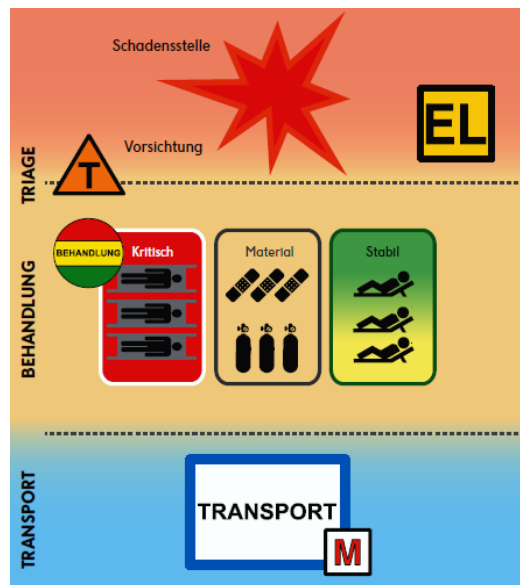
Die Anzahl der mit Funkgeräten auszustattenden Leitungsfunktionen hängt stark von der Größe des Einsatzes und deren räumlichen Anordnung ab. Die Kommunikation am Einsatzort sollte so wenig wie möglich über Funk abgewickelt werden – wo räumlich möglich, ist der direkte persönliche Kontakt vorzuziehen.

13. ANHANG – Aufbauvarianten

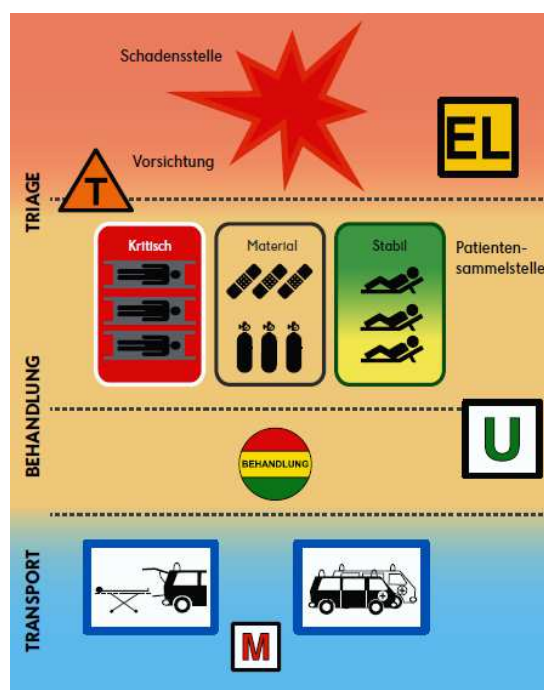
13.1. Minimalvariante - Grafik

In der Anfangsphase wird die Material- und Meldestelle in den KFZ-Sammelplatz integriert. Wenn erforderlich, können vorgelagerte Bereitstellungsräume eingerichtet werden.

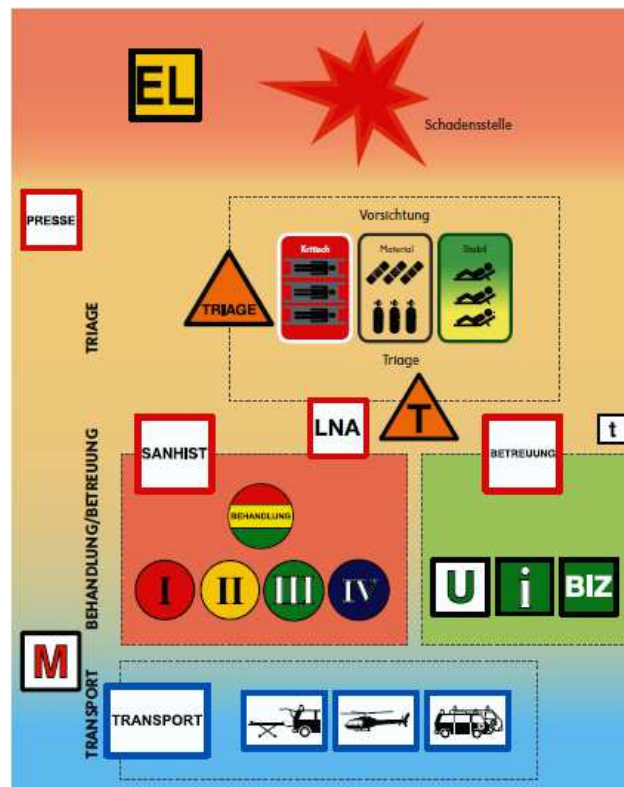
In der Mehrzahl der Fälle wird der Einsatz ohne den Aufbau weiterer Behandlungselemente abzuwickeln sein und der Transport der Patienten direkt von der Patientensammelstelle erfolgen können.



13.2. Variante Teilausbau – Grafik



13.3. Variante Vollausbau - Grafik



Dies sind lediglich Beispiele für verschieden ausgeprägte Aufbauvarianten. Selten ist es notwendig, alle verfügbaren Elemente einzusetzen, es soll nur das zum Einsatz kommen, was zum erfolgreichen Ablauf beitragen kann!

14. ANHANG - Kennzeichnung

14.1. Kennzeichnung Personal

Eine detaillierte Beschreibung der Beschriftung ist in der Umsetzungsrichtlinie zur Bekleidungs Vorschrift geregelt. Eine Kennzeichnung in Form einer Weste oder eines Überwurfs wird ausschließlich vom Leiter der jeweiligen Einheit verwendet. Jedwede Kennzeichnungen, die im Kontext des Einsatzes keine Auswirkungen haben, sind zu unterlassen.

14.2. Beschilderung

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

- Allgemein
Quadratische Schilder (40 x 40 cm)

- Bereich Transport
Rechteckige Schilder mit der Größe 40 x 50 cm.

- Bereich Behandlung
Runde Schilder mit 40 cm Durchmesser.

- Bereich Triage
Gleichseitige dreieckige Schilder (50 cm)