



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

„Taktische Lagen als Herausforderung für den
Rettungsdienst – Die Komplexität taktischer
Einsatzlagen und deren Auswirkung auf das
Führungsverfahren“

verfasst von / submitted by

Pichler Christian, BSc.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it
appears on
the student record sheet:

UA 992 242

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Risikoprävention und Katastrophenmanagement

Betreut von / Supervisor:

Mag. Siegfried Jachs

I. DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich bei meiner Masterarbeit mit Rat und Tat unterstützt haben. Vor allem möchte ich mich bei Elisabeth Jauk ganz herzlich bedanken, die mich während des gesamten Studiengangs motiviert, angetrieben und unterstützt hat. Danke für alles!

Vielen Dank auch an meinem Betreuer Herrn Mag. Siegfried Jachs für die Unterstützung als Betreuer.

Weiters möchte ich mich bei meiner Studienkollegien Sandra Böhmer und bei allen meinen Kollegen und Freunden für die Unterstützung bei der Masterthesis bedanken.

Ebenso gebührt meinem Arbeitgeber, der Bezirksstelle Voitsberg-Köflach des Österreichischen Roten Kreuzes Landesverband Steiermark, für die Unterstützung großer Dank.

II. EIDESTÄTTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Masterthesis

- selbstständig verfasst habe
- andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt habe
- diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit völlig übereinstimmt.

Voitsberg, August 2021

III. INHALTSVERZEICHNIS

I.	DANKSAGUNG.....	2
II.	EIDESTÄTTLICHE ERKLÄRUNG	3
III.	INHALTSVERZEICHNIS	4
IV.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	7
V.	TABELLENVERZEICHNIS.....	10
VI.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	11
1	HINTERGRUND	13
2	HYPOTHESEN UND FORSCHUNGSFRAGEN.....	14
3	METHODEN UND AUFBAU DER ARBEIT	16
3.1	Literaturrecherche	16
3.1.1	Auswahl der Literatur, von Bildern und Grafiken	16
4	FÜHRUNGSVERFAHREN	17
4.1	Regelkreis der Führung	18
4.2	Führungsgrundsätze.....	19
5	Auftrag.....	21
6	LAGEFESTSTELLUNG - BEURTEILUNG DER LAGE.....	22
6.1	Erfassen des Auftrages	23
6.1.1	Handlungsvorgaben	24
6.1.2	Zeitvorgaben	25
6.1.3	Handlungseinschränkungen.....	27
6.1.4	Folgerungen.....	30
6.2	Definitionen.....	31
6.2.1	Unterschied terror-MANV und ziviler-MANV	31
6.2.2	Terroranschläge.....	33
6.2.3	Amoktaten.....	34
6.3	Gefahren- und Schadenslage	35

6.3.1	Erkennen von Polizeilagen	36
6.3.2	Verletzungsmuster bei Terroranschlägen und Amoktaten.....	38
6.3.3	Sichtungskategorien.....	41
6.3.4	Weitere Gefahren – der Second-Hit.....	43
6.4	Eigene Lage.....	45
6.4.1	Gemeinsame Einsatzleitung und Einsatzführung.....	45
6.4.2	Taktische Räume und Gliederung der Einsatzstelle	46
6.4.3	Einheitenstärke	48
6.4.4	Ausbildung, Schulung und Übungen des Rettungsdienstpersonals.....	49
6.5	Allgemeine Lage	52
6.5.1	Jahres- und Tageszeit und örtliche Verhältnisse.....	53
6.5.2	Öffentlichkeitsarbeit	53
6.5.3	Krankenhäuser als wichtige Akteure bei einem MANV	55
6.5.4	Exekutive	56
6.5.5	Feuerwehr	56
7	ENTSCHLUSSFASSUNG	57
7.1	Gefahren Erkennen und Umgang mit Gefahren	57
7.1.1	Das Aachener Modell im ÖRK Landesverband Steiermark	58
7.2	Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen beteiligten Einsatzorganisationen	62
7.3	Taktische Räume und Gliederung des Einsatzraumes	62
7.3.1	Zoneneinteilung	63
7.3.2	Bereitstellungsräume für bodengebundene Einheiten und Einheiten aus der Luft 69	
7.3.3	Medizinische Versorgung	71
7.3.4	Eingliederung der Krankenhäuser in das Einsatzkonzept des Rettungsdienstes.	75
7.4	Ausbildung und Schulung der Rettungskräfte	78
7.4.1	Übungen mit anderen Einsatzorganisationen.....	79
8	PLANUNG DER DURCHFÜHRUNG – BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN	80
8.1	Forschungsfrage 1:	80
8.2	Forschungsfrage 2:	82
8.3	Forschungsfrage 3:	83

8.4	Forschungsfrage 4:	84
9	ZUSAMMENFASSUNG – DIE AUFTRAGSERTEILUNG	86
9.1	Lage	86
9.2	Entschluss	87
9.3	Durchführung	88
9.4	Einsatzunterstützung.....	88
9.5	Führungsunterstützung.....	89
9.5.1	Einsatzleitung	89
9.5.2	Verbindung	90
10	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK	91
11	LITERATURVERZEICHNIS	92
12	KURZFASSUNG	97
13	ABSTRACT	98

IV. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Grundmuster Führungsverfahren (Quelle: SKKM 2007: 35)	17
Abbildung 2: Regelkreis der Führung (Quelle: SKKM 2007: 18).....	18
Abbildung 3: Erstellen des Lagebildes (Quelle: SKKM 2007: 20)	22
Abbildung 4: Erfassen des Auftrages (Quelle: SKKM 2007: 21)	23
Abbildung 5: Tätigkeitsabfolge und zeitliche Darstellung eines zivilen MANV-Ereignisses (Quelle: eigene Darstellung)	26
Abbildung 6: Tätigkeitsabfolge und zeitliche Darstellung eines Terror-MANV-Ereignisses (Quelle: eigene Darstellung)	26
Abbildung 7: Die Phasen des Mainzer Phasenmodels (Quelle: HÄFNER 2017)	27
Abbildung 8: Phasenmatrix auf Basis Gefährdung/Wahrscheinlichkeit (Quelle: HÄFNER 2017)	29
Abbildung 9: Beispiele für die Abgrenzung von Phasen (Quelle: HÄFNER 2017)	30
Abbildung 10: Schematische Darstellung der Beurteilung der Gefahren- und Schadenslage (Quelle: SKKM 2007: 23)	35
Abbildung 11: Opferzahl und Art terroristischer Anschläge in Europe von 1969 bis 2020 (Quelle: GENT 2020: 51)	38
Abbildung 12: Vorkommen und Wahrscheinlichkeit von Explosionsverletzungen (Quelle: GENT 2020: 52).....	39
Abbildung 13: Zeitlicher Ablauf von Explosionsverletzungen (Quelle: NEITZEL & LADEHOF 2015: 272)	40
Abbildung 14: Vorkommen und Wahrscheinlichkeit von Kollisionsverletzungen mit PKW (Quelle: GENT 2020: 53)	40
Abbildung 15: Vorkommen und Wahrscheinlichkeit von Messerstichverletzungen Quelle: GENT 2020: 54).....	41
Abbildung 16: Vorkommen und Wahrscheinlichkeit von Schussverletzungen Quelle: GENT 2020: 55).....	41
Abbildung 17: Verteilung der Sichtungskategorien (Datengrundlage: NEUMANN 2020: 178)..	42
Abbildung 18: Einsatzstelle Anschlag am Breitscheidplatz in Berlin; Gefahrenobjekt LKW rot eingezeichnet (Quelle: ERBE 2017: 17)	44
Abbildung 19: Schematische Darstellung der Beurteilung der eigenen Lage (Quelle: SKKM 2007: 24).....	45

Abbildung 20: Schematische Darstellung der taktischen Räume im Großeinsatz (Quelle: ÖRK 2017: 36).....	47
Abbildung 21: Einsatzstichworte bei Einsatzstichwort MANV (Quelle: ÖRK LV STMK 2020) ..	49
Abbildung 22: Übersicht über Lerninhalte der Online-Fortbildung Basismodul Terror- Amok- und Geisellagen (Quelle: ÖRK 2021)	49
Abbildung 23: Einsatztraining (Quelle: ASCHBACHER & KARLSEDER 2020: 17)	50
Abbildung 24: Rotkreuz Einsatzleiter App des Österreichische Roten Kreuzes, Landesverbandes Steiermark Menüpunkt Besonderer Ereignisse Terror-, Amok- Geisellagen	51
Abbildung 25: Schematische Darstellung der Beurteilung der allgemeinen Lage (Quelle: SKKM 2007: 26).....	52
Abbildung 26: Originaltweets der Polizei München während der Amoklage in München (Quelle: HANDL & REINTHALER: 2016)	54
Abbildung 27: Gefährdungsstufen des Aachener Modells (Quelle: DGUV 2017: 9).....	58
Abbildung 28: Schematische Darstellung einer taktischen Lage in einem Stadtviertel mit Zoneneinteilung (Quelle: WUCHER 2019:	63
Abbildung 29: Gefahrenbereiche bei einer taktischen Lage (Quelle: BOHNEN 2020: 415).....	64
Abbildung 30: Schematisches Beispiel für das Zonenmodell (Quelle: SKKM 2018: 37)	66
Abbildung 31: Gliederung des Einsatzraumes nach Zoneneinteilung (Quelle: HOSSFELD & HELM 2018: 20).....	67
Abbildung 32: Spontan gebildete, bereits abgesicherte Patientenablage (Quelle: MARTEN 2019: 195).....	68
Abbildung 33: Schematische Darstellung der Bereitstellungsräume rund um mehrerer Hot-Spots in einem Stadtgebiet (Quelle: SKKM 2018: 43)	69
Abbildung 34: Absicherung des Rettungsdienstes durch Polizeibeamten beim Terroranschlag in Berlin 2016 (Quelle: BESCH et al. 2017: 25).....	70
Abbildung 35: NAH-Bereitstellungsraum Oberschleißheim beim Amoklauf in München (Quelle: HOSSFELD et al. 2019: 24)	71
Abbildung 36: zu erwartende Patientengruppen im klinischen Management (Quelle: BIELER et al. 2018: 182).....	73
Abbildung 37: Verteilung der Sichtungskategorien je nach Waffenart (Quelle: JUNKEN et al. 2019: 306)	73

Abbildung 38: Verteilung der Sichtungskategorien je nach Waffenart (Quelle: JUNKEN et al. 2019: 306; LIPPAY 2021: 10)	74
Abbildung 39: Aufbau BHP-K im Klinikum Würzburg (Quelle: JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG 2018)	76
Abbildung 40: Triagebereich in der Krankenhauszufahrt (Quelle: LIPPAY 2021: 48)	77

V. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Einsatzkategorisierung Rotes Kreuz Landesverband Steiermark (Quelle: ÖRK LV STMK 2017: 9)	31
Tabelle 2: Beispiele für Terroranschläge in Europa zwischen 2004 – 2016 (Quelle: MARTEN 2019: 91).....	32
Tabelle 3: Gegenüberstellung von Parametern bei Zivilen-MANV und Terror-MANV (Datengrundlage: GOERTZ 2019: 259)	33
Tabelle 4: Amoktaten in Deutschland 2002 – 2018 (Quelle: MARTEN 2019: 109).....	34
Tabelle 5: Einteilung der Gefahrenbereiche nach Bedeutung und Zutritt (Quelle: MARTEN 2019: 163).....	36
Tabelle 6: Unterschied zwischen Meldebild und tatsächlichem Ereignis (Quelle: MARTEN 2019: 157).....	37
Tabelle 7: Analyse von Großschadensereignisse in Europa und der Türkei zwischen 1985 und 2017 (Datenquelle: JUNKEN et al. 2019: 305)	43
Tabelle 8: Verhältnis Patienten zu Einsatzkräften (Quelle: MARTEN 2019: 196)	48
Tabelle 9: Aachener Modell Stufe 0 (Quelle: ÖRK LV STMK 2021).....	59
Tabelle 10: Aachener Modell Stufe 1 (Quelle: ÖRK LV STMK 2021)	60
Tabelle 11: Aachener Modell Stufe 2 (Quelle: ÖRK LV STMK 2021)	60
Tabelle 12: Aachener Modell Stufe 3 (Quelle: ÖRK LV STMK 2021)	61
Tabelle 13: Zusammenfassung und Einteilung der Maßnahmen je nach Zone (Datengrundlage: BOHNEN 2020: 419; HOSSFELD 2015: 576).....	64
Tabelle 14: Das C-A-B-C-D-E- Schema (Datengrundlag: HOSSFELD 2015: 577).....	65

VI. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung	Erklärung
AVPU	Alert, Verbal, Pain, Unresponsive
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BHB	Behandlungsplatz
BHB-K	Behandlungsplatz-Krankenhaus
BMI	Bundesministerium für Inneres
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben
BStR	Bereitstellungsraum
EKO COBRA	Einsatzkommando COBRA
EL	Einsatzleiter
GCS	Glasgow Coma Scale
gPA	geschützte Patientenablagen
HFG	Handfunkgerät
KIT	Kriseninterventionsteam
MANV	Massenanfall von Verletzten
NAH	Notarzthubschrauber
OvD	Offizier vom Dienst
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
PA	Patientenablage
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung

RD	Rettungsdienst
RLS	Rettungsleitstelle
RTW	Rettungswagen
SanHiSt	Sanitätshilfsstelle
SK	Sichtungskategorien
SKKM	staatliches Krisen- und Katastrophenmanagement
TAG-Lage	Terror-, Amok- und Geisellagen
TCCC	Tactical Emergency Casualty Care
USBV	Unkonventionelle Spreng- und Brandvorrichtung

1 HINTERGRUND

In den letzten zehn Jahren stieg die Anzahl der Terroranschläge in Europa massiv an. Dies hatte zur Folge, dass eine neue Einsatzlage auch den zivilen Rettungsdienst in den betroffenen Ländern erreichte. In vielen Ländern wie zum Beispiel Frankreich, Belgien, England und Deutschland wurden Versorgungskonzepte und taktische Einsatzkonzepte, die man bis zu diesem Zeitpunkt nur aus Kriegsgebieten kannte, in die Einsatzkonzepte der zivilen Rettungsorganisationen integriert, um für den nächsten Anschlag bestmöglich vorbereitet zu sein. Vor allem in Deutschland liegen sehr viele Publikationen und Konzepte zu diesem Thema vor. Diese Publikationen behandeln nicht nur die einsatztaktische Komponente, sondern auch die medizinische und versorgungstechnische Komponente einer taktischen Lage. Eine der größten Herausforderungen für den Rettungsdienst bei einem Terroranschlag liegt darin, dass nicht wie gewohnt die lebensrettenden Maßnahmen Vorrang haben, sondern die polizeiliche Gefahrenabwehr. Erst wenn keine Gefahr mehr vom Täter oder vom Tatort ausgehen kann, können die rettungsdienstlichen Maßnahmen eingeleitet werden. Bei einem Terroranschlag wird von den Mitarbeitern des Rettungsdienstes ein Umdenken, welches sich gravierend von den bekannten Einsatzszenarien unterscheidet, bezüglich der Versorgungsmaßnahmen von Verletzten gefordert. Hier ist es wichtig, um auf mögliche Anschläge in der Zukunft vorbereitet zu sein, sich in Hinblick Einsatztaktik und Einsatztechnik vorzubereiten. Diese Vorbereitung kann nur als interdisziplinäre Ausbildung und Schulung, durch die einzelnen Einsatzorganisationen, entwickelt und geschult werden.

In Österreich wurde dieses Thema im Rettungsdienst immer etwas auf die Seite gedrängt, da die Bedrohungslage in Österreich für einen Terroranschlag nicht unbedingt groß war. In den Abendstunden des 2. November 2020 ereignet sich in Wien der schwerste Terroranschlag der letzten Jahre auf österreichischen Boden. Es wurden insgesamt 22 Menschen verletzt, davon 14 schwer. Vier Personen wurden dabei getötet (vgl. LIPPAY 2021: 8–14). In diesen Stunden voller Angst zeigte sich, dass auch Österreich nicht vor Terror geschützt ist und dass diese Gefahr auch bei uns Realität werden kann.

2 HYPOTHESEN UND FORSCHUNGSFRAGEN

Aus der Einleitung und dem erklärten Hintergrund zur bestehenden Arbeit ergeben sich die Formulierung der Hypothesen und der daraus resultierenden Forschungsfragen.

Hypothese 1:

Im Rahmen eines Massenanfalls von Verletzten (MANV) aufgrund eines Terroranschlages ist initial nicht immer das gewohnte Maß an individualmedizinischer Versorgung und bereits gelebter Einsatztaktik sichergestellt, da sich taktische Lagen meist durch ihre Einsatzdynamik gravierend von klassischen Großeinsätzen unterscheiden.

- **Forschungsfrage 1:**

Durch welche Charakteristika unterscheidet sich eine taktische Lage, vor allem ein Terroranschlag oder Amoklauf, von einem sonstigen Großeinsatz wie zum Beispiel einem Busunfall?

Hypothese 2:

Durch diese unterschiedlichen Einsatzarten ist nicht nur die taktische Führung des Rettungseinsatzes, sondern auch die Versorgung der Verletzten, eine andere.

- **Forschungsfrage 2:**

Muss der Einsatzleiter des Rettungsdienstes in einer taktischen Lage ein anderes Führungsverfahren anwenden als bei einem klassischen Großeinsatz?

Hypothese 3:

Aufgrund ihrer Komplexität und Dynamik müssen Führungskräfte und Rettungssanitäter anders auf taktische Lagen vorbereitet werden als auf klassische Großeinsätze wie Bus- oder Zugunfälle. Daher muss auch die Ausbildung für diese Sonderlagen konkreter und spezifischer aufgebaut werden.

- **Forschungsfrage 3:**

Bedarf es, aufgrund der Komplexität solcher Einsätze einer eigenen Schulung oder Ausbildung von Führungskräften und Sanitätern der Rettungsdienstorganisationen?

Hypothese 4:

Ein Massenanfall von Verletzten verlangt eine sehr enge abgestimmte Zusammenarbeit zwischen präklinischen Akteuren und den in der Aufnahme beteiligten Krankenhäusern. Vor allem bei einer größeren taktischen Lage macht es Sinn, die Krankenhausstrukturen, entweder vor dem Krankenhaus oder innerhalb des Gebäudes zu nutzen und einzusetzen.

- **Forschungsfrage 4:**

Müssen Krankenhäuser in die taktischen Überlegungen des Rettungsdienstes mit eingebunden werden?

Die Forschungsfragen werden in weiterer Folge im Kapitel 8, Planung der Durchführung, auf Grundlage der einzelnen vorangehenden Kapitel beantwortet.

3 METHODEN UND AUFBAU DER ARBEIT

Um die im vorigen Kapitel gestellten Forschungsfragen beantworten zu können, wurde die vorliegende Masterthesis nach dem Regelkreis der Führung und dem Führungsverfahren nach der Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz des Staatlichen Krisen- und Katastrophenmanagements des Bundesministeriums für Inneres aufgebaut. Die einzelnen Bausteine des Führungsverfahrens sind die Hauptkapitel der Arbeit.

3.1 Literaturrecherche

Ziel dieser Masterthesis ist es, die existierenden Konzepte anhand der vorhandenen Literatur hinsichtlich der zuvor genannten Forschungsfragen auszuwerten. Um das gewählte Thema zu bearbeiten, wurde eine Literaturrecherche zu bereits bestehenden Publikationen im deutschsprachigen Raum betrieben, da die verschiedenen angesprochenen Konzepte eng mit jenen in Österreich vergleichbar sind. Nicht nur über die Internetsuchmaschinen "google scholar", sondern auch mit der Suchmaschine der Universitätsbibliothek "yousearch" wurde mit Hilfe von folgenden Schlagwörtern nach Literatur gesucht:

- Taktische Lagen
- Rettungsdienst bei Terroranschlägen
- Terror-MANV
- Spezielle Einsatzlagen
- Terror Wien
- Terroranschlag Berlin
- Polizeilagen
- MANV

3.1.1 Auswahl der Literatur, Bildern und Grafiken

Die gefundene Literatur ist dann nach ihrer Aktualität sortiert und ältere Arbeiten, welche vor 2015 verfasst wurden, aussortiert worden. Die gefundenen wissenschaftlichen Arbeiten sind mit Einsatzberichten aus jüngster Vergangenheit von Terroranschlägen und Amokläufen aus Fachzeitschriften ergänzt worden und somit ein gewisser Praxisbezug hergestellt worden.

Um die einzelnen Schwerpunkte auch grafisch darzustellen, wird auf Daten- und Bildmaterial von vergangenen Einsätzen eingegangen.

4 FÜHRUNGSVERFAHREN

Das Führungsverfahren, auf welches hier nach der Richtlinie des Führens im Katastrophenfall nach dem Staatlichen Krisen- und Katastrophenmanagement des Bundesministeriums für Inneres eingegangen wird, ist ein Verfahren, an welchem sich Einsatzleiter im Einsatzfall orientieren sollen. Besondere Umstände wie z.B. Zeitdruck, Lage, oder mangelnde Informationen beeinflussen das Führungsverfahren maßgeblich. Jeder Einsatzleiter, egal ob im Katastropheneinsatz in Form einer klassischen Stabsarbeit oder in einem Akutereignis sollte natürlich nicht auf die Zweckmäßigkeit vergessen (vgl. SKKM 2007: 34).

Eine der wesentlichsten Aufgaben bei einem Großeinsatz oder MANV-Szenario ist es, möglichst rasche effektive Strukturen an der Einsatzstelle aufzubauen. Um diese Strukturen errichten zu können ist es allerdings

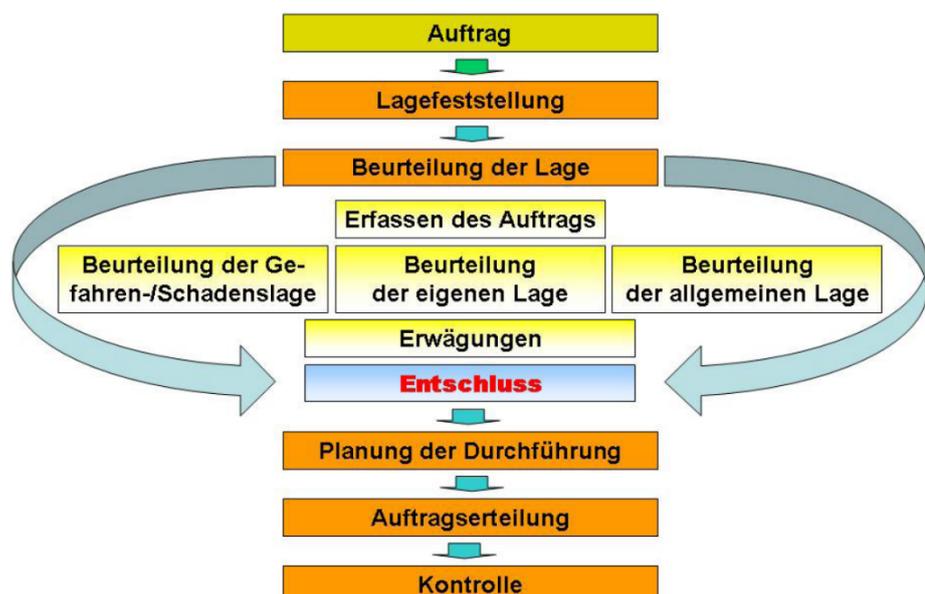


Abbildung 1: Grundmuster Führungsverfahren (Quelle: SKKM 2007: 35)

notwendig so früh wie möglich die Gefahrenlage vor Ort an der Einsatzstelle zu erkennen und die Einsatzschwerpunkte zu definieren (vgl. LADEHOF et al. 2015: 466).

Polizeieinsätze und große Polizeilagen können nicht standardisiert werden. Aufgrund einer hohen Einsatzkomplexität und einer situationsbezogenen Individualität der Lage ist ein Ablaufplan nur sehr schwer möglich. In solchen Einsatzlagen spielen die Erfahrung aus vergangenen Einsätzen und Übungen eine sehr große Rolle und können in den Führungsvorgang des laufenden Einsatzes mit eingebracht werden. Hier wird vor allem auf die Kommunikation und die taktische Beurteilung großen Wert gelegt. Bestehende Durchführungskonzepte sollten vom Einsatzleiter eher als eine Empfehlung oder als Angebot angesehen werden, die man an die jeweilige Einsatzlage anpassen oder verwerfen kann, da sie nicht zur Lage passen. In Abhängigkeit der polizeilichen Gefahrenbewertung ist das

klassische Führungsverfahren, vor allem der Regelkreis der Führung, nur teilweise umsetzbar. Eine Reihung von Bedürfnissen und das Erkennen der Probleme von Betroffenen, sowohl in medizinischer Sicht, als auch in Versorgungstechnischer Sicht des Rettungsdienstes, stehen im Vordergrund. Bei komplizierten und undurchsichtigen Einsätzen ist es notwendig, sich als Einsatzleiter auf die Grundelemente des Führungskreises zurück zu berufen. Vor allem alte, fest trainierte und standardisierte Befehlstaktiken, wie z.B. "führen von vorne" müssen bzw. sollten überdacht werden (vgl. MARTEN 2019: 152–153).

4.1 Regelkreis der Führung

Als Einsatzleiter ist es wichtig beim Eintreffen an der Einsatzstelle, egal ob Terror-MANV oder normaler MANV, ein strukturiertes Denkmuster abzuarbeiten, um mit der gegebenen Einsatzlage zurechtzukommen, Anweisungen erteilen zu können und auf eventuelle Lageänderungen gut

vorbereitet zu sein. Zu Beginn eines Einsatzes steht immer ein Auftrag oder der Einsatzbefehl. Hier muss zuerst der Auftrag klar erfasst werden, indem das Ziel, die Bedingungen und die Aufgaben klar ablesbar sein müssen. Durch

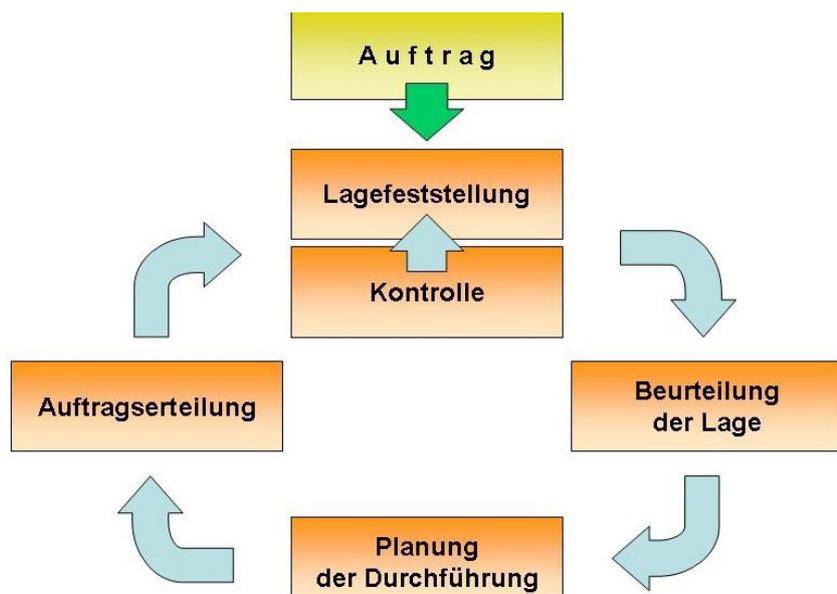


Abbildung 2: Regelkreis der Führung (Quelle: SKKM 2007: 18)

diesen Auftrag wird das

gesamte Führungsverfahren begonnen und mit einer ersten Lagefeststellung fortgefahren.

Bei der Lagefeststellung werden sämtliche vorliegende Informationen gesammelt, noch fehlende Informationen eingeholt und ergänzt. Ziel der Lagefeststellung ist es, einen Ist-Zustand zu erheben, der vor allem die eigene Lage und die Schadens- und Gefahrenlage abbildet (vgl. SKKM 2007: 17–21).

4.2 Führungsgrundsätze

Um eine optimale Führung gewährleisten zu können, gelten für Führungskräfte sämtlicher Einsatzorganisationen Führungsgrundsätze, welche als Leitfaden angesehen werden sollen.

- **Einheit der Führung**

Kräfte und Mittel werden unter der persönlichen Anordnungsbefugnis des Einsatzleiters eingesetzt.

- **Klares Ziel**

Klare Definition der Absichten des Einsatzleiters, um ein Ziel zu erreichen.

- **Einfachheit**

Bereits bestehende und bekannte Konzepte nutzen, um in komplexen Schadens- oder Gefahrenlagen arbeiten zu können.

- **Schwergewichtsbildung**

Jene Bereiche herausfiltern, von denen am meisten Gefahr ausgeht und diese mit sämtlichen verfügbaren Kräften und Mitteln bewältigen.

- **Reservenbildung**

Es ist wichtig, auf jede Art der Lageänderung reagieren zu können. Deswegen ist es notwendig, ständig weitere Einheiten in Reserve zu halten.

- **Handlungsfreiheit**

Der Einsatzleiter muss immer auf den Einsatzverlauf einwirken können.

- **Beweglichkeit**

Auf Lageänderung muss immer rasch und angemessen reagiert werden können.

- **Ökonomie der Kräfte**

Maximale Effizienz der eingesetzten Kräfte und Mittel in ihrem Handeln.

- **Verhältnismäßigkeit**

Verhältnis zwischen eingesetzten Kräften muss mit dem Einsatzerfolg übereinstimmen

Sie gelten auf allen Ebenen der Führung und sind, nicht nur in der Einsatzphase, laufend zu prüfen und wenn es verlangt wird umzusetzen (vgl. SKKM 2007: 11–14). Für taktische Lagen sind folgende Führungsgrundsätze besonders hervorzuheben und werden deshalb gesondert betrachtet:

- Vom Chaos zur Ordnung

Eine TAG-Lage ist nicht unbedingt von Anfang an ersichtlich. Mögliche äußere Rahmenbedingungen oder die Umstände vor Ort lassen vielleicht erst den Verdacht zu, dass es sich hierbei um eine TAG-Lage handelt. Sollte der Verdacht durch eine Einsatzorganisation aufkommen, müssen die anderen beteiligten Organisationen umgehend informiert werden (vgl. SKKM 2018: 29).

- Vom Komplizierten zum Einfachen

Auch wenn eine TAG-Lage auf den ersten Blick sehr komplex wirkt, müssen sich die Einsatzkräfte, und vor allem die Führungskräfte, auf die einzelnen Elemente des Einsatzes konzentrieren und diese für die einzelnen Einsatzkräfte erfassbar und verständlich machen (vgl. SKKM 2018: 30).

- Von der Einzelaktion zur Kooperation

Bei jedem Großeinsatz, aber vor allem bei einer taktischen Lage, müssen die einzelnen Einsatzleiter der am Einsatz beteiligten Organisationen in einer gemeinsamen Einsatzleitung zusammengebracht werden, um die einzelnen Entscheidungen anhand einer Risikoanalyse zu optimieren und zu planen. Jene Risikoanalyse muss gemeinsam mit allen Kommandanten der Einsatzorganisationen, aber hauptsächlich durch die Exekutive, gemacht werden (vgl. SKKM 2018: 30).

Alle anderen Führungsgrundsätze müssen selbstverständlich auch berücksichtigt werden und sich im Führungsverfahren des Einsatzleiters wiederfinden.

5 AUFTRAG

Der Auftrag, welcher das Führungsverfahren auslöst, wird durch die Zielvorgabe, der Festlegung der konkreten Aufgabe und der feststehenden Bedingungen um die Aufgabe zu erfüllen klar definiert. Die zu treffenden Maßnahmen, die sich aus dem Auftrag ableiten, sind in den meisten Fällen an vorgegebene behörden-, organisations-, und einrichtungsinternen Bestimmungen gebunden und geregelt (vgl. SKKM 2007: 19). „Bedarf es im Einsatzfall eines konkreten Auftrags und kann ein solcher nicht rechtzeitig eingeholt werden, so ist im Sinne der anzunehmenden Absicht des Vorgesetzten vorerst selbstständig zu handeln, dieser aber über das Vorgehen ehest in Kenntnis zu setzen“ (vgl. SKKM 2007: 19). Auf Grund der Tatsache, dass es bei nicht alltäglichen Lagen oder unübersichtlichen Lagen nicht immer von Anfang an eindeutig ist, wer was zu tun hat und was überhaupt zu tun ist, ist es besonders wichtig, dass sich der Einsatzleiter vor Ort bewusst dazu zwingen muss den Auftrag auszuwerten. Nur so kann er verständliche Aufträge an seine ihm unterstellten Einheiten weitergeben (vgl. LEVEN 2021: 36).

Im Fall dieser vorliegenden Arbeit ist der Auftrag ein Einsatz des Rettungsdienstes zu einer taktischen Polizeilage. Der Auftrag ist in diesem Fall ein disponierter Einsatz.

6 LAGEFESTSTELLUNG - BEURTEILUNG DER LAGE

Bei der Lagefeststellung werden sämtliche vorliegenden Informationen gesammelt, noch fehlende Informationen eingeholt und ergänzt. Ziel der Lagefeststellung ist es, einen Ist-Zustand zu erheben, der vor allem die eigene Lage und die Schadens- und Gefahrenlage abbildet (vgl. SKKM 2007: 17–21).

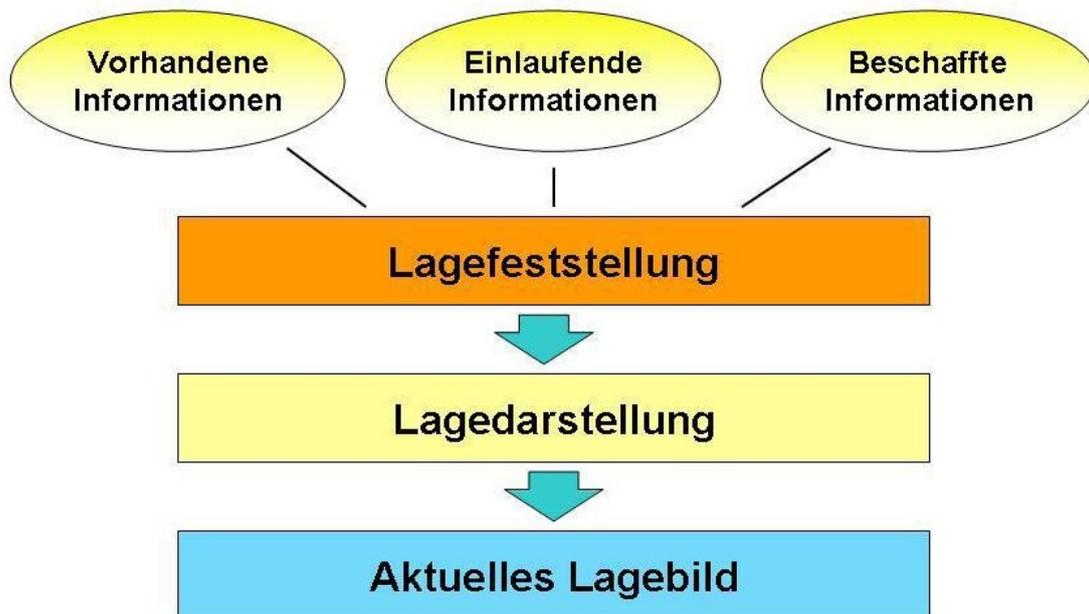


Abbildung 3: Erstellen des Lagebildes (Quelle: SKKM 2007: 20)

Wie bei jedem anderen Einsatz ist eine ausgeprägte Lageerkundung und Lagefeststellung auch bei polizeilichen Lagen entscheidend für den Einsatzverlauf. Allerdings ist eine ausgiebige, umfangreiche Lageerkundung aufgrund des Gefahrenpotentials nicht oder nur sehr schwer möglich. In diesem Fall muss sich der Einsatzleiter auf Rückmeldungen und Einschätzungen von anderen Einsatzkräften verlassen können, um diese in seinem Wirkungsbereich bewerten zu können. Es werden vor allem Einsatzkräfte der Polizei soweit an den Tatort vordringen um eine klare Lageerkundung durchzuführen. Hier ist allerdings darauf zu achten, dass vor allem bei medizinischen und feuerwehrtechnischen Belangen nicht immer richtige Meldungen durch Polizeikräfte an die jeweiligen zuständigen Einsatzleiter gemeldet werden. Soweit es die Sicherheitslage zulässt, sollten die Einsatzleiter der Feuerwehr und des Rettungsdienstes diese Erkundung selbst machen und sich ihr verschafftes Lagebild dann von Polizeikräften bestätigen lassen.

Bei Großeinsätzen und auch polizeilichen Großlagen hat die Leitstelle des Rettungsdienstes eine sehr wichtige und wesentliche Rolle. Vor allem in der Anfangsphase des Einsatzes liegen meist der Leitstelle mehr Informationen vor als dem Einsatzleiter der direkt vor Ort ist. Da nicht nur Notrufe die in der eigenen Leitstelle einlangen verwertet werden, sondern auch die Kommunikation zwischen den weiteren Leitstellen wie Polizei und Feuerwehr gerade bei Polizeilagen sehr verstärkt wird, hat der Leitstellendisponent ein besseres und umfangreicheres Lagebild vom Einsatzort (vgl. MARTEN 2019: 154–158).

6.1 Erfassen des Auftrages

Die erste Handlung, die man als Einsatzleiter tätigt, ist, seinen Auftrag, den man bekommen hat zu erfassen und auszuwerten. Hier muss man allerdings den Einsatz als Auftrag sehen, den man von seiner Leitstelle disponiert bekommen hat. Dies bedeutet, dass man den Einsatz oder das Einsatzstichwort, welches auf dem Datenterminal oder Rufpager erscheint in kurzer Zeit erfassen, begreifen und bereits im Kopf versuchen muss zu bewerten. Dies geschieht indem man Ziel, Aufgabe und Bedingung aus dem Auftrag herausarbeitet und die in der Abbildung 4 gestellten Fragen klärt.

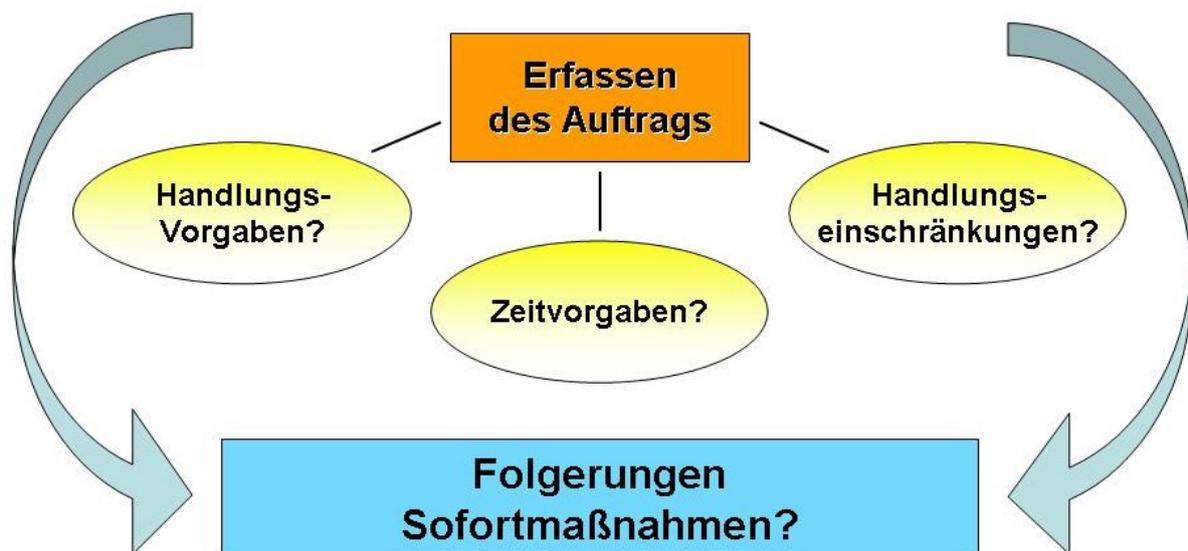


Abbildung 4: Erfassen des Auftrages (Quelle: SKKM 2007: 21)

Die Antwort dieser Fragen bringt in vielen Fällen bereits erste Sofortmaßnahmen mit sich. Benötige ich weitere Informationen oder kann ich mir mit den vorhandenen Informationen ein Lagebild machen? Muss ich in der Diensthierarchie auf Grund des Auftrages jemanden,

der über mir steht informieren oder alarmieren? Aufgrund der möglichen Komplexität des Auftrages kann es sein, dass eine Teilung und Priorisierung einzelner Aufgaben notwendig werden. Was muss zuerst wann und wo gemacht werden? (vgl. SKKM 2007: 21) „Der Einsatzleiter macht sich klar, was genau seine Aufgabe ist. Dieses Sich-Klar-Machen ist eine aktive (geistige) Handlung, die der Einsatzleiter bewusst und konzentriert vornehmen muss“ (LEVEN 2021: 37). Einer der wichtigsten Kernpunkte des Auftrages ist es, herauszufinden welches Ziel der vorgelegte Auftrag überhaupt hat. Ohne das tatsächliche Ziel oder der tatsächlichen Absicht, können keine weiteren Handlungen an die nachgeordneten Führungskräfte oder Einheiten erfolgen. Des Weiteren ist es wichtig, die wesentliche zu erbringende Leistung aus dem Auftrag herauszufiltern. Welche Leistung wird verlangt? Diese wesentliche Leistung kann abhängig von der Funktionsebene eine andere sein. Die wesentliche Leistung der Sanitätsmannschaften in einer Behandlungsstelle wird eine andere sein, als die eines Abschnittsleiters. Hier ist es wichtig, dass die jeweiligen Führungskräfte für ihren Tätigkeitsbereich durch die übergeordnete Führungskraft klare Anweisungen bekommen. Der erteilte Auftrag ergeht aus einer bestimmten Lage hervor. Diese Lage war Grundlage für den Auftrag und somit auch für die wesentliche Leistung. Um die Absichten der übergeordneten Führung verwirklichen zu können, ist es vor allem in dynamischen Lagen, wo sich sehr rasch die Lage ändern kann, notwendig, dass die untergeordneten Kräfte eine andere, als die wesentliche Leistung erbringen (vgl. LEVEN 2021: 37-38).

6.1.1 Handlungsvorgaben

Die Handlungsvorgaben sind sehr klar, mit den allgemein gültigen Rechtsbestimmungen des Sanitätergesetzes für den Rettungsdienst, definiert. Die gültigen Dienstvorschriften der Rettungsdienstorganisation ergänzen die rechtlichen Grundvoraussetzungen und schaffen organisationsinterne Handlungskonzepte. Hinzu kommt allerdings noch, dass es sich bei einer taktischen Lage um einen polizeilichen Einsatz und um einen Tatort handelt und somit der Zuständigkeitsbereich klar abgegrenzt ist.

6.1.2 Zeitvorgaben

Bei einem Akuteinsatz ist eine Zeitvorgabe, anders als bei einem geplanten Einsatz sehr schwierig zu definieren. Bei einem zivilen-MANV ist eine Zeitvorgabe für die Abarbeitung des Einsatzes leichter als bei einem Terror-MANV.

Einen zivilen-MANV, wie z.B. ein Busunfall mit 50 Fahrgästen kann man als abgeschlossenes Ereignis definieren. Der Unfall an sich ist beim Eintreffen der Einsatzkräfte und des Rettungsdienstes abgeschlossen. Möglicherweise wird die Feuerwehr Verletzte aus den Fahrzeugtrümmern retten müssen, damit der Rettungsdienst mit der Versorgung beginnen kann. Für den Rettungsdienst stellt zwar ein Busunfall mit 50 Verletzten auch eine Herausforderung dar, dennoch sind hier die bekannten Großeinsatzkonzepte vorhanden und eine entsprechende Versorgung und organisatorische Maßnahmen sind bekannt und werden regelmäßig geschult. In Hinblick auf die medizinische Versorgung sind auch Zeitvorgaben gesetzt. Prinzipiell sollte jeder Traumapatient innerhalb einer Stunde in ein geeignetes Krankenhaus transportiert werden.

Ganz anders ist es allerdings bei einer taktischen Lage. Hier kann es durchaus sein, dass anders als bei einem Busunfall die Rettungskräfte nicht direkt zu den Verletzten kommen oder die Verletzten durch die Feuerwehr auf direktem Weg in die danebenliegende Sanitätshilfsstelle gebracht werden. In so einem Einsatzszenario werden die Verletzten durch die Polizei an bestimmte, für die Rettungskräfte sichere Übergabepunkte gebracht. Eine Versorgung durch den Rettungsdienst kann aufgrund der möglichen vorherrschenden Gefahr nicht vor Ort durchgeführt werden, sondern erst in sicheren Behandlungsplätzen, die räumlich weit weg vom Schadensort liegen können. Ebenfalls darf nicht darauf vergessen werden, dass eine taktische Lage, egal ob Terroranschlag oder Amoklauf, nicht als abgeschlossene Handlung gesehen werden darf, nur weil Polizeikräfte Verletzte an den Rettungsdienst übergeben. Sowohl ein Terroranschlag, als auch ein Amoklauf können nach der primären Tat noch als dynamische Lage weiterlaufen, beziehungsweise kann die Örtlichkeit von der Polizei, aus Sicherheitsgründen, noch nicht für den Rettungsdienst freigegeben werden. Anders als im normalen Rettungsdienst bestimmt hier nicht der Patient das Handeln der Rettungskräfte, sondern die Lage an sich. Daher ist auch in Bezug auf die medizinische Versorgung der Verletzten hier eine andere Zeitspanne einzuplanen, als bei einer Verletztenversorgung unter normalen Bedingungen.

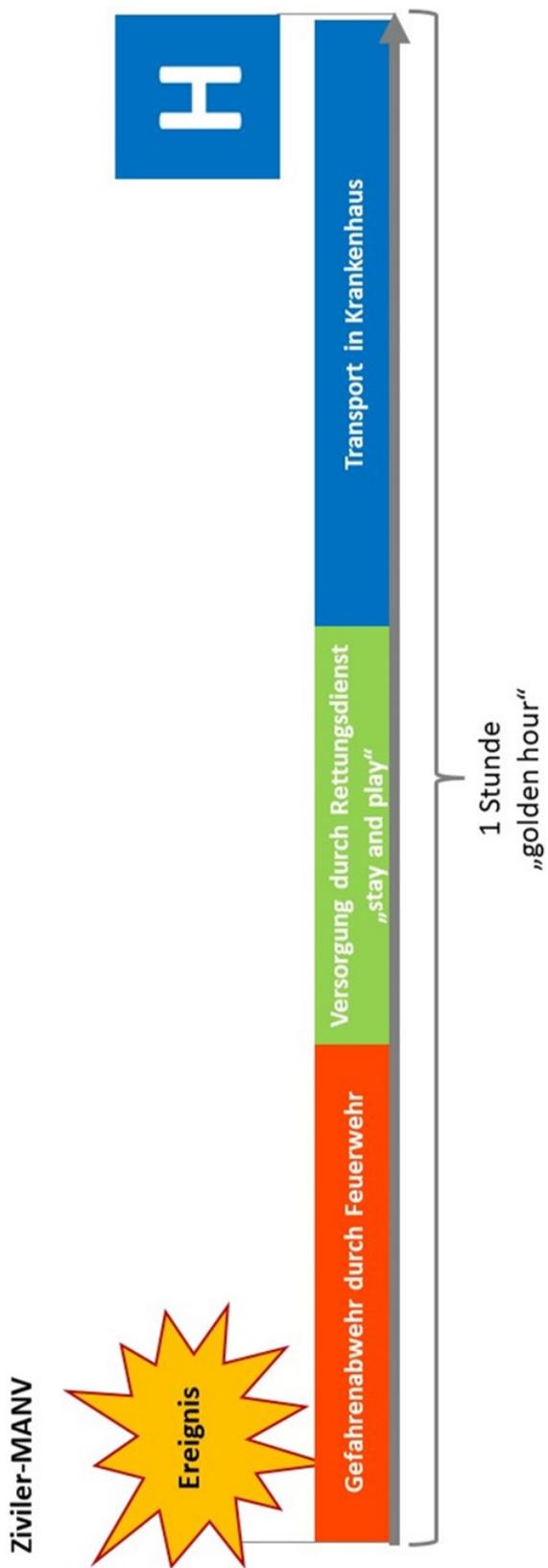


Abbildung 5: Tätigkeitsabfolge und zeitliche Darstellung eines zivilen MANV-Ereignisses (Quelle: eigene Darstellung)

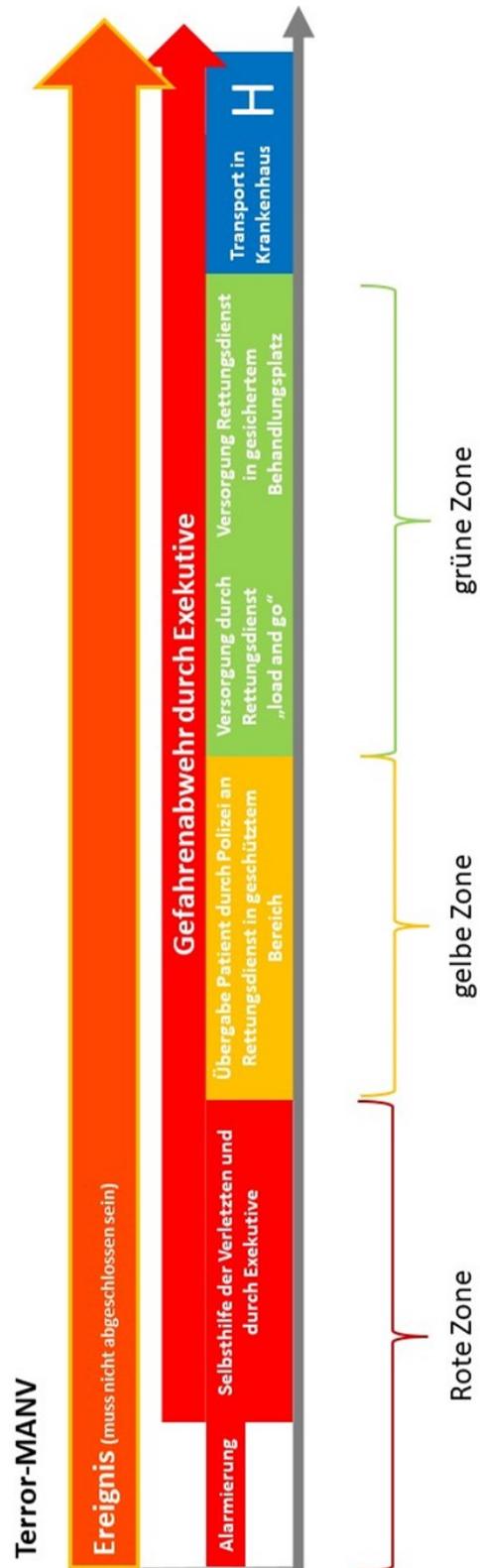


Abbildung 6: Tätigkeitsabfolge und zeitliche Darstellung eines Terror-MANV-Ereignisses (Quelle: eigene Darstellung)

6.1.3 Handlungseinschränkungen

In Bezug auf eine mögliche Handlungseinschränkung sind hier zwei Dinge zu erwähnen, die bei einer taktischen Lage den Auftrag des Einsatzleiters des Rettungsdienstes maßgeblich beeinflussen.

Zum einen liegt bei einem polizeilichen Großeinsatz, welcher ein Terroranschlag oder eine Amoklage definitiv ist, die ganzheitliche Einsatzführung bei der Polizei. Dies kann unter Umständen zu gewissen Einschränkungen führen, mit denen der Rettungsdienst bei einem normalen Großeinsatz nicht konfrontiert wird.

Zum anderen muss bei einer taktischen Lage, egal ob Terroranschlag oder Amoklage, die Sicherheit der Einsatzkräfte für den Einsatzleiter des Rettungsdienstes an oberster Stelle stehen. Um die Gefährdung der Einsatzkräfte an der Einsatzstelle bewertbarer zu machen, wurde in Deutschland das „Mainzer Phasenmodell“ entwickelt und eingesetzt. Das Mainzer Phasenmodell wurde geschaffen, um bei Einsatzlagen die Einsatzkräfte auf Gefahren zu sensibilisieren und nötigenfalls im Einsatzverlauf durch Lageänderungen einwirken zu können. Das Modell verfolgt drei konkrete Ziele:

1. Schutz von Einsatzkräften
2. Handlungssicherheit
3. organisationsübergreifendes Verhalten

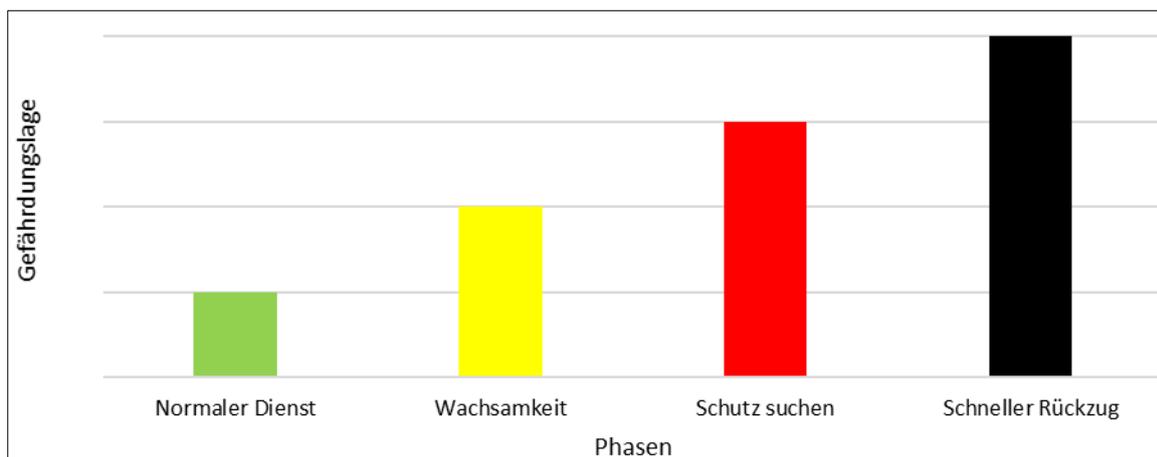


Abbildung 7: Die Phasen des Mainzer Phasenmodells (Quelle: HÄFNER 2017)

Das Phasenmodell lässt sich vielseitig einsetzen. Die Gefahren an den Einsatzstellen müssen nicht immer einen terroristischen Hintergrund haben. Durch das Modell können sich durch sehr einfache Weise auch andere Gefahrenpotentiale wie Unwetter und Gewalteinwirkungen

sehr konkret darstellen lassen und dadurch in die Einsatzplanung mit einfließen. Das Modell beschreibt nicht ein konkretes Ereignis, sondern zeigt den Einsatzkräften das mögliche Gefahrenpotential an einer Einsatzstelle auf. Aus diesem Gefahrenpotential lassen sich sehr genaue Verhaltensweisen ableiten, die jede Einsatzkraft kennen und im Bedarfsfall anwenden muss (vgl. HÄFNER 2017). Im Mainzer Phasenmodell werden 4 Phasen unterschieden durch welche ein Instrument für Führungskräfte geschaffen wurde, um Gefahrensituationen schnell und einfach erkennen und bestimmen zu können. Die Phasen werden, wie in Abbildung 7 ersichtlich, unterteilt. Diese sind aufsteigend gegliedert, können aber je nach Notwendigkeit auch übersprungen werden. Durch diese flexible Verwendung kann man auch großflächige Einsatzbereiche in verschiedene Phasen einteilen. Jede einzelne Phase löst bei einer Einstufung der Führungsebene ein anderes Verhalten der Einsatzkräfte aus.

Die erste Phase, auch "Phase Grün" genannt, beschreibt den normalen Dienst in einer normalen Einsatzsituation. In dieser Phase gibt es nur ein geringes Gefährdungspotential und die Rettungsdienstmitarbeiter arbeiten in gewohnter Art und Weise.

Steigt jedoch das Gefahrenpotential und es tritt potentielle Gesundheits- oder Lebensgefahr ein, wird die "Phase Gelb" ausgerufen. In dieser Phase verwenden Mitarbeiter des Rettungsdienstes ihre persönliche Schutzausrüstung (Helme, Einsatzjacken, etc.) und verbleiben gemäß den Anweisungen auf ihrer zugewiesenen Position, die Rettungsmittel werden besetzt und einsatzbereit gemeldet.

Sollte es sich bestätigen, dass es sich in der aktuellen Gefahrenlage tatsächlich um eine wahrscheinliche Lebens- oder Gesundheitsgefahr handelt, wird die "Phase Rot" angeordnet. Durch diese Entscheidung sind Rettungsdienstmitarbeiter aufgefordert, sich sofortigen Schutz zu suchen und müssen ihren Standort laufend der Einsatzleitung melden. Weitere Arbeitsanweisungen kommen nur noch von der Einsatzleitung. Dies hat den Vorteil, dass die Einsatzleitung immer genau weiß, welche Mitarbeiter sich wo aufhalten und was sie in diesem Moment machen und kann somit auch gegebenenfalls weitere Maßnahmen zum Schutz der Rettungsdienstmitarbeiter, wie z.B. Anforderung der Exekutive, veranlassen. Vor allem bei dynamischen, taktischen Lagen ist die "Phase Rot" anzuordnen.

Die Vierte und höchste Phase ist die "Phase Schwarz". Jene Phase wird dann angeordnet, wenn eine akute Lebensgefahr für Einsatzkräfte sehr wahrscheinlich ist. Diese Phase kann nur durch die oberste Führungsebene ausgerufen werden und hat die Folge, dass sich sämtliche

Einsatzkräfte in sichere Bereiche zurückziehen müssen und dadurch sämtliche Versorgungsmaßnahmen abgebrochen werden müssen (vgl. HÄFNER 2019: 21-22).

Die nachfolgende Phasenmatrix zeigt eine schematische Darstellung der einzelnen Phasenabgrenzungen. Wenn man dieses Modell anwendet, müssen sämtliche beteiligten Führungskräfte aller eingesetzten Einsatzorganisationen damit vertraut sein. Es wird empfohlen, dass bei Übungen und der Erstellung von Einsatzkonzepten exemplarisch Beispiele durchgemacht werden, wie in Abbildung 8 gezeigt wird.

Die Matrix beinhaltet 3 Ebenen die sich wie folgt darstellen:

- Die Eintrittswahrscheinlichkeit gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Phase eintreten kann. Hier kann man sehr deutlich sehen, dass sowohl die Phasen Gelb und Rot schon mit einer sehr geringen Eintrittswahrscheinlichkeit zur Anwendung kommen können.
- Die zweite Dimension die die Phasenmatrix aufspannt zeigt eine Gefahrenunterscheidung. Die Matrix reicht von "keine zu erwartende Gefahr" bis hin zu "konkrete Lebensgefahr"
- für die dritte Dimension, die aus der Matrix nicht direkt ablesbar ist, muss eine stationäre Lage mit einer räumlich abgrenzbaren Gefahr gegeben sein. Die dritte Dimension dient als Ergänzung zum HEIKAT-Modell (vgl. HÄFNER 2017).

konkrete Lebensgefahr	Phase Grün	Phase Rot	Phase Rot	Phase Schwarz
potentielle Lebensgefahr	Phase Grün	Phase Gelb	Phase Rot	Phase Rot
potentielle Gesundheitsgefahr	Phase Grün	Phase Gelb	Phase Gelb	Phase Rot
keine zu erwartende Gesundheitsgefahr	Phase Grün	Phase Grün	Phase Grün	Phase Grün
	Unwahrscheinlich < 5%	Möglich < 20%	Wahrscheinlich < 50%	Sehr wahrscheinlich >50%

Abbildung 8: Phasenmatrix auf Basis Gefährdung/Wahrscheinlichkeit (Quelle: HÄFNER 2017)

	Phase Grün	Phase Gelb	Phase Rot	Phase Schwarz
Wetter	keine Besonderheiten	Hagel, Sturm, Starkregen, Glätte	schwerer Sturm, Blitze, Gewitter	
Gewalt	keine Gewalt im Einsatzgebiet	überschaubare Schlägerei	unüberschaubar, viele Beteiligte	gezielte Gewalt gegenüber Helfern
Waffen	keine Waffen bekannt	mgf. Anwesenheit Hieb-/Stichwaffen	mgf. Anwesenheit Schusswaffen	Einsatz von Waffengewalt

Abbildung 9: Beispiele für die Abgrenzung von Phasen (Quelle: HÄFNER 2017)

6.1.4 Folgerungen

Auf Grundlage der Auswertung des Auftrages durch den Einsatzleiter ergeben sich verschiedene Folgerungen für den Verlauf des Einsatzes und für weitere Tätigkeiten des Einsatzleiters. Zweck ist es, durch das Führungsverfahren einen greifbaren und schlüssigen Entschluss zu fassen, um entsprechende Aufträge an untergeordnete Einsatzkräfte weitergeben zu können.

Das Resultat des erfassten Auftrages sollten drei Fragen sein:

1. Welche Informationen benötige ich noch, um zu einer Entscheidungsfindung zu gelangen?
2. Welche Parameter, z.B. Raum, Zeit, Kräfte sind für die Lagebeurteilung wichtig und zu priorisieren?
3. Zu welchem Zeitpunkt muss welche Entscheidung gefällt werden?

Mit diesen Fragen kann der Einsatzleiter nach einem gut erfassten Auftrag in das Führungsverfahren starten (vgl. LEVEN 2021: 38–39).

6.2 Definitionen

In diesem Kapitel wird zunächst eine kurze Übersicht gezeigt, was die größten Unterschiede zwischen einer taktischen Lage und einer zivilen MANV-Lage sind. Im Anschluss werden die zwei bekanntesten Formen einer taktischen Lage, ein Terroranschlag und eine Amoktat klarer definiert und mit ein paar Beispielen nähergebracht.

6.2.1 Unterschied terror-MANV und ziviler-MANV

Zu Beginn muss erst definiert werden, um was es sich bei einem Großeinsatz oder Massenanfall von Verletzten, auch MANV genannt, genau handelt. Alle jene Einsätze, bei denen es zu einer großen Anzahl an Verletzten oder Erkrankten kommt, werden als Großeinsatz bezeichnet. Im Österreichischen Roten Kreuz Landesverband Steiermark werden Einsätze in drei Kategorien, Einsatz klein, Einsatz mittel und Großeinsatz, eingeteilt. Die Tabelle 1 schlüsselt die drei Kategorien noch einmal auf. Da je nach Einheiten- und Personalstärke und somit je nach Ressourcenstärken, jede Bezirksstelle des Roten Kreuzes dies für sich anders definieren kann, hat man sich auf eine einheitliche Definition auf Grundlage der alarmierten Rettungsmittel festgelegt (vgl. ÖRK LV STMK 2017: 7–9).

Tabelle 1: Einsatzkategorisierung Rotes Kreuz Landesverband Steiermark (Quelle: ÖRK LV STMK 2017: 9)

Bezeichnung	Einheitenstärke	Führung
Einsatz „klein“	1 Rettungsfahrzeug	Keine Einsatzleitung
Einsatz „mittel“	2-4 Rettungsfahrzeuge	Einsatzleiter Rettungsdienst
Großeinsatz	Ab 5 Rettungsfahrzeugen	Einsatzleitung Sanitätsdienst

Die Bezeichnung „MANV“ für Großeinsätze wird vor allem in Deutschland verwendet. Aber auch bei uns in Österreich und in der Steiermark wird langsam vom Großeinsatzmanagement zu einem MANV-Konzept gewechselt. MANV-Einsätze kann man, je nach auslösendem Ereignis, weiter differenzieren in beispielsweise Brand- oder Gefahrstoffeinsätze, internistische Einsätze, eine große Anzahl an zu betreuenden Personen oder eben bei polizeilichen Großlagen wie einem Terroranschlag oder Amoklauf (vgl. NEUMANN 2020: 176–177). Ein Terror-MANV oder einfach T-MANV sind Großeinsätze die durch eine Gewalttat ausgelöst werden und nicht durch einen Brand oder einen Unfall zustande gekommen sind. Dennoch kann sich das erste Meldebild als „gewöhnliche“ Ursache darstellen, wie die Tabelle

2 zeigt. Hier werden von vergangenen Terror- und Amoktaten die ersten Meldungen mit der tatsächlichen Lage vor Ort verglichen.

Tabelle 2: Beispiele für Terroranschläge in Europa zwischen 2004 – 2016 (Quelle: MARTEN 2019: 91)

Ort	Datum	Anlass	Meldebild	Opfer	MANV
Madrid	11.03.2004	Terroranschlag (Sprengsätze)	Zugunfall	191 Tote 2000 Verletzte	ja
Paris	13.11.2015	Terroranschlag (Mehrorttat mit Schusswaffen und Sprengsätzen)	Gasexplosion, Schüsse	124 Tote 683 Verletzte	ja
Nizza	14.07.2016	Terroranschlag (Amokfahrt)	Verkehrsunfall	86 Tote 300 Verletzte	ja
Ansbach	24.07.2016	Terroranschlag (Sprengsatz)	Gasexplosion	1 Toter 15-20 Verletzte	ja
Berlin	19.12.2016	Terroranschlag (Amokfahrt)	Verkehrsunfall	12Tote 48 Verletzte	ja

Terroranschläge stellen Einsatzkräfte, egal ob Rettungsdienst, Polizei oder Feuerwehr, aufgrund der unberechenbaren Gefahrensituationen an der oder den Schadensstellen, schwerer Verletzungsmuster und einer hohen Anzahl an Verletzten vor neue Herausforderungen die es nun zu bewältigen gilt. Laut der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sind sehr wenig deutsche Krankenhäuser für Verletzungen wie aus einem Kriegsgebiet ausgestattet, hingegen können die Krankenhäuser sehr gut mit zivilen MANV nach z.B. einer Massenkarambolage zurechtkommen. Die lange Zeit des Friedens in Europa hat das qualitative und quantitative Niveau der Versorgung von Kriegsverletzungen herabgesenkt (vgl. ZEDNICEK & GOERTZ 2018: 25–26). Die letzten Untersuchungen von terroristischen Anschlägen brachten sehr eindeutige Ergebnisse, dass in Hinblick auf die Einsatztaktik und auch auf Verletzungsmuster in quantitativer und qualitativer Sicht reagiert werden muss. Folgende Unterschiede ergeben sich aus den Analysen zwischen einem MANV ziviler Art und einem Terror-MANV (vgl. GOERTZ 2019: 257). Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht diese Unterschiede nach Goertz 2019.

Tabelle 3: Gegenüberstellung von Parametern bei Zivilen-MANV und Terror-MANV (Datengrundlage: GOERTZ 2019: 259)

Parameter	Ziviler-MANV	Terror-MANV
Alarmierung	Konkrete Schilderung des Geschehens (z.B. Verkehrsunfall mit Reisebus, Massenkarambolage, entgleister Zug)	Unklare Situation vor Ort, kein genaues Meldebild, sehr viele Notrufe mit unklarem Meldebild; Möglicherweise ähnliches Meldebild wie bei zivilen MANV
Patientenanzahl	Leichter einschätzbar; Abhängig von Szenario Patientenanzahl ca. laut Planungsgröße	Abhängig von Tathergang und Tatwerkzeug (Bomben, etc.) deutlich größere Anzahl an Schwerverletzten, Verschiebung der Planungsgrößen
Verletzungen	„Gewohnte“ Verletzungen für den Rettungsdienst	Verletzungen ähnlich wie Kriegsverletzungen; für den Rettungsdienst und auch Krankenhäuser eher noch unbekannt
Einsatzort	Ein klar definierter, abgrenzbarer Einsatzort	Multiple Angriffe bewusst zeitversetzt an verschiedenen Orten möglich; Einsatzort kann ein großer Bereich sein; nicht klar abgrenzbar
Ereignis- und Einsatzdauer	Schadensereignis relativ kurz; Einsatzdauer für Rettungsdienst sehr abgrenzbar	Großer Spielraum je nach Art des Anschlages (Minuten bis Stunden) Anschlagart hat Auswirkungen auf Einsatzdauer
Einsatzdynamik	Nach Ende der Unfallursache keine Ereignisdynamik vor Ort Einsatzkräfte können Einsatz abarbeiten	Möglichkeit eines Second-Hits besteht immer
Sicherheit an der Einsatzstelle	Gefahrenzone anhand des Geschehens deutlich abgrenzbar und absehbar	Gefahrenzone deutlich größer als (Stadtteil, oder ganze Gebäude)

6.2.2 Terroranschläge

Das Wort "Terror" hat seinen Ursprung im Lateinischen und bedeutet so viel wie "Furcht" oder "Schrecken" (vgl. MÜLLER 2012: 9-10). Terroranschläge werden ausgeübt, um gewisse Ziele zu erreichen. Prinzipiell soll durch einen Terroranschlag eine psychologische Wirkung erreicht werden, um Angst und Schrecken in der Bevölkerung zu erzeugen. Dies geschieht durch brutale Gewalt an ausgewählten Orten und zu bestimmten Zeiten mit großem Symbolwerten für eine Gesellschaft wie z.B. Innenstadtbereiche, Bahnhöfe, Flughäfen, U-Bahnen Großveranstaltungen oder Tourismuszentren. Ziel von Terroranschlägen, vor allem im islamistischen Terrorismus, ist es, so viele Menschen wie möglich zu verletzen, zu

verunsichern und vor allem Angst und ein Gefühl der Unsicherheit zu verbreiten. Bei den Anschlägen in Paris und in Madrid wurde ein hoher logistischer Aufwand betrieben, um solche Terroranschläge durchzuführen und eine dementsprechende große Wirkung zu erzielen. Bei den Anschlägen in Deutschland variierten die Tatmittel. Hierfür wurde eher ein geringerer Aufwand betrieben und die Taten wurden mit unterschiedlichen Tatmitteln verübt, die für die Terroristen leicht verfügbar waren (vgl. MARTEN 2019: 82-92).

6.2.3 Amoktaten

Die Bedeutung des Begriffs "Amok" kommt aus dem Malaiischen und lässt sich zu dem Wort "amuk" zurückführen und bedeutet so viel wie "zornig" oder auch "rasend" (vgl. BESCH et al. 2017: 16–18). Durch Amoktaten werden bestimmte oder willkürliche Personen durch Schuss- und oder Stichwaffen, Sprengmittel oder anderen Gegenständen, die als Waffen eingesetzt werden, verletzt oder getötet. Ziel ist es auch hier eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit zu bekommen. Meist finden Amoktaten an privaten Arbeitsstätten, Bildungseinrichtungen, Einkaufszentren, Krankenhäusern, staatlichen Gebäuden, Schulen oder auf der offenen Straße statt. Vor allem an geschlossenen Tatorten (Gebäude) ist mit einer sehr hohen Opferanzahl zu rechnen. Die oft als sehr impulsiv wahrgenommen Taten sind das Ziel einer sehr genauen und lang durchgeführten Planung des Täters. Bei sehr vielen Amoktaten ist die Tat bis die Rettungskräfte am Einsatzort eintreffen bereits beendet und der Täter hat sich selbst gerichtet. Dennoch müssen sich Einsatzkräfte genau auf das Gegenteil einstellen und abwarten bis dies von der Exekutive bestätigt wurde (vgl. MARTEN 2019: 92–109).

Tabelle 4: Amoktaten in Deutschland 2002 – 2018 (Quelle: MARTEN 2019: 109)

Ort	Datum	Anlass	Meldebild	Opfer	MANV
Erfurt	26.04.2002	Amoktat mit Schusswaffe	Schießerei	17 Tote 2 Verletzte	ja
Winnenden	11.03.2009	Amoktat mit Schusswaffe	Schießerei in Schule	16 Tote 32 Verletzte	ja
München	22.07.2016	Amoktat mit Schusswaffe	BMA, Schusswaffengebrauch	9 Tote 32 Verletzte	ja
Düsseldorf	09.03.2017	Amoktat mit Hiebwaffe	Amoktat	10 Verletzte	ja
Münster	07.04.2018	Amokfahrt	Verkehrsunfall	3 Tote 25 Verletzte	ja

6.3 Gefahren- und Schadenslage

Als Einsatzleiter muss man sich entweder bereits auf Anfahrt zum Einsatzort oder in der ersten Phase nach Eintreffen am Einsatzort so rasch wie möglich ein Bild über die Schadenslage machen. Wie bereits beschrieben müssen die Informationen, welche in der Leitstelle eingehen nicht unbedingt mit denen zusammenpassen, die man vor Ort vorfindet. Umso wichtiger ist es, sich vor Ort ein klares Lagebild zu verschaffen und wenn dies, aufgrund einer möglichen Selbstgefährdung, nicht möglich ist, die fehlenden Informationen bei anderen Einsatzkräften die bereits vor Ort sind einzuholen.

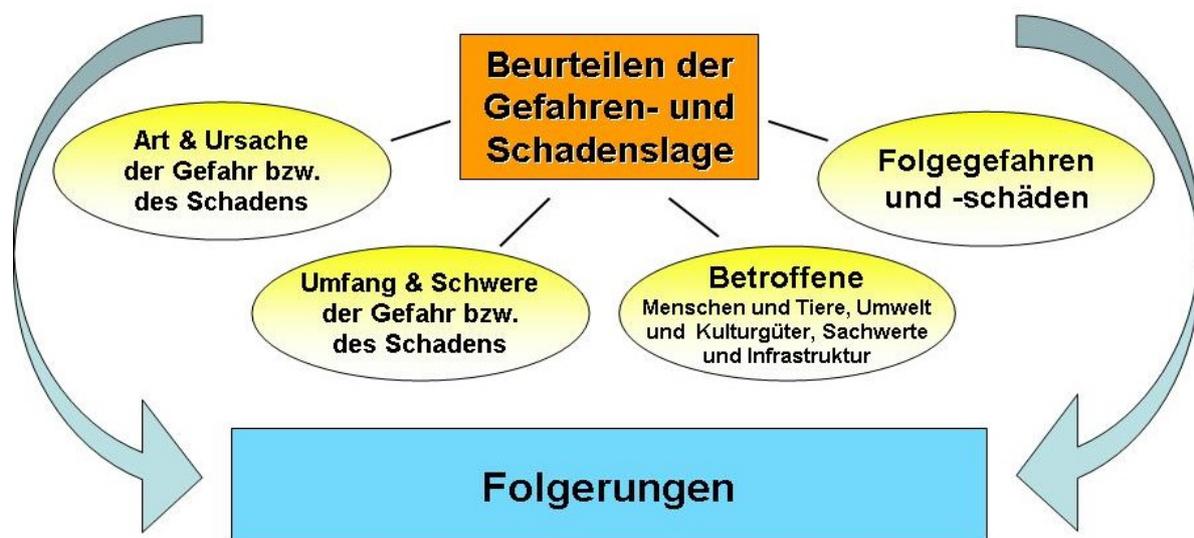


Abbildung 10: Schematische Darstellung der Beurteilung der Gefahren- und Schadenslage (Quelle: SKKM 2007: 23)

Daraus muss eine Beurteilung der Schadenslage erfolgen, um eine fundierte Rückmeldung an die Leitstelle zu machen und um die Einsatzlage richtig interpretieren zu können. Auf Grundlage einer fundierten Lageerkundung und den daraus erkannten Gefahrenquellen erfolgt die Beurteilung der Lage um daraus einen Entschluss zu fassen (vgl. MARTEN 2019: 158–159).

Die Gefahrenlage ist neben den materiellen oder personellen Ressourcen der größte Faktor, der die Versorgung der Verletzten und betroffenen Personen maßgeblich beeinflusst. Das Großeinsatzmanagement sieht zur Abarbeitung einer Lage mit einem Massenansturm an Verletzten vor, dass der Gesamteinsatz in Phasen unterteilt wird. In der Chaosphase, welche direkt nach dem auslösenden Ereignis beginnt, ist auf Grund der mangelnden Informationen über Gefahrenlage, Opferanzahl, Lage und Auslöseereignis eine Unübersichtlichkeit

vorherrschend. In dieser Phase ist eine rasche Erstmeldung der ersteintreffenden Einsatzkräfte relevant für den Einsatzverlauf. Hier gilt es allerdings zu beachten, dass Täter genau diese Chaosphase nutzen könnten, um weitere Taten in Form eines Second-Hits auszulösen (vgl. BESCH et al. 2017: 83).

Nachfolgende Merkmale erschweren die Beurteilung der Gefahrenlage bei Polizeilagen massiv.

- die Anzahl von Verletzten und Toten
- Unbekannte Ursache des Schadens
- Unbekannte Täteranzahl
- mobile Einsatzlage
- Art der verwendeten Waffen

Hinzu kommen noch mehrere übereinstimmende Fehlinformationen von Zeugen oder falsch weitergeleitete Informationen von Beamten. Dadurch kommt es immer wieder zu mehreren gesichteten Tätern obwohl es sich im Nachhinein herausstellt, dass es sich nur um einen Täter handelte (vgl. MARTEN 2019: 159). In die Beurteilung der Lage fließt auch eine mögliche Gliederung des Gefahrenbereiches mit ein. Prinzipiell wird die Beurteilung der möglichen Gefahrenbereiche durch die Polizei vorgenommen. Die Polizei unterscheidet allerdings nur in "sicher" und "unsicher". Die Übergangsbereiche zwischen den zwei Bereichen wird als "teilsicher" bezeichnet (vgl. MARTEN 2019: 161–167).

Tabelle 5: Einteilung der Gefahrenbereiche nach Bedeutung und Zutritt (Quelle: MARTEN 2019: 163)

Bedeutung		Zutritt
unsicher	Möglicher Aufenthaltsbereich des Täters; hohes Risiko	Polizeikräfte
teilsicher	Durch Polizei absicherbare Zone, erhöhtes Risiko	Kurzer Aufenthalt nach Polizeifreigabe möglich
sicher	Normales Risiko	Aufenthaltsbereich der Rettungskräfte

6.3.1 Erkennen von Polizeilagen

Das Entscheidende bei Polizeilagen ist, dass jene so früh wie möglich als solche erkannt werden. Es kann sein, dass in der Leitstelle Notrufe eingehen, die aber nicht als Polizeilage interpretiert werden, wie die Tabelle 2 zeigt. Feuerwehr und Rettungsdienst werden zum Einsatzort mit dem Notruf entsprechenden Einsatzstichworten alarmiert und es stellt sich erst vor Ort heraus, dass es sich, wie in der nachfolgenden Tabelle 6 beschrieben, nicht um das

vermeintliche Einsatzstichwort handelt. Hier sind die Einsatzkräfte des ersten eintreffenden Einsatzmittel gefordert, um eine rasche Lagefeststellung zu machen und somit nachrückende Kräfte und vor allem die Leitstelle zu informieren, dass es sich um eine Polizeilage handelt (vgl. MARTEN 2019: 156 - 157). Rolf-Dieter Erbe, Einsatzleiter des Berliner Feuerwehr- und Rettungsdienstes beschreibt folgend das Lagebild beim Anschlag am Berliner Breitscheidplatz 2016.

„[...] Für die ersten Einsatzkräfte stellte sich das Ereignis wie ein Verkehrsunfall dar. Lange Zeit hatte man auch gehofft, dass es ein Unglück ist, dass der eingeschlafene LKW-Fahrer die Kontrolle verloren hätte. Dann gab es aber durch die Polizei die Gewissheit, es handle sich um einen Anschlag [...]“ (ERBE 2017: 18).

Oft werden, vor allem bei einer Amoklage in einem Gebäude, Feuerwehr und Rettungsdienst zuerst alarmiert, da durch Verletzte oder andere Betroffene die Rauchmelder aktiviert werden, um so Hilfe zu holen. Bei den Amoklagen in München, San Bernadino, Kölner Hauptbahnhof und Düsseldorf wurde jeweils zuerst die Feuerwehr auf Grund einer ausgelösten Brandmeldeanlage (BMA) entsandt. Beim Amoklauf in München entsandte der Leitstellendisponent aus Instinkt die Polizei mit, da fast zeitgleich zum ersten BMA-Einsatz ein zweiter dazu kam. Eine ausgelöste Brandmeldeanlage kann aber auch für die Täter nützlich sein. So kann es sein, dass die Täter die Brandmeldeanlage auslösen, damit die Personen im Gebäude aus den Räumen in die Gänge gelangen und somit ein leichteres Ziel für die Attentäter darstellen (vgl. MARTEN 2019: 158).

Tabelle 6: Unterschied zwischen Meldebild und tatsächlichem Ereignis (Quelle: MARTEN 2019: 157)

Einsatzort	Einsatz	Ursprüngliches Meldebild
Anspach	Sprengstoffexplosion	Gasexplosion
Berlin Breitscheidplatz	Terroranschlag	Verkehrsunfall
Düsseldorf	Amoktat	Brandmeldeanlage
Paris	Sprengstoffexplosion	Gasexplosion

Dennoch liegt es auch in der Verantwortung der Leitstelle bei Notrufen auf gewisse Faktoren zu achten:

1. Orte mit hoher Symbolwirkung
2. Ereignisse bei Großveranstaltungen
3. Notrufe bei Schusswaffen oder Sprengstoffen

4. Untypische Einsatzorte, untypische Einsatzzeiten

Ebenfalls sind einzelne eingehende Notrufe bei Großeinsätzen, bei denen normalerweise viel mehr emotionale Notrufe in die Leitstelle eingehen, ein Indikator für Polizeilagen (vgl. MARTEN 2019: 156-157).

6.3.2 Verletzungsmuster bei Terroranschlägen und Amoktaten

Terrorismus ist in Europa nichts neues. Bereits in den 70er und 80er Jahren gab es zahlreiche Anschläge durch z.B. die IRA oder die Rote-Armee-Fraktion mit Fahrzeugbomben oder unkonventionellen Spreng- und Brandvorrichtungen (USBV). Ab 2011 wurden diese klassischen Anschlagformen auch durch Einzeltäter mit Fahrzeugen oder Messern ergänzt, da diese Tatmaterialien leichter zu beschaffen sind als große Sprengstoffmengen. Dennoch kann durch diese Anschlagform auch eine große Wirkung erzielt werden (vgl. GENT 2020: 50). Terroranschläge oder Amoklagen werden in den meisten Fällen mit besonderen Verletzungsmustern durch z.B. Explosionsstoffe oder Kriegswaffen in Verbindung gebracht. Zudem kommt auch noch der Faktor Zeit und die große Anzahl an Verletzten oder getöteten

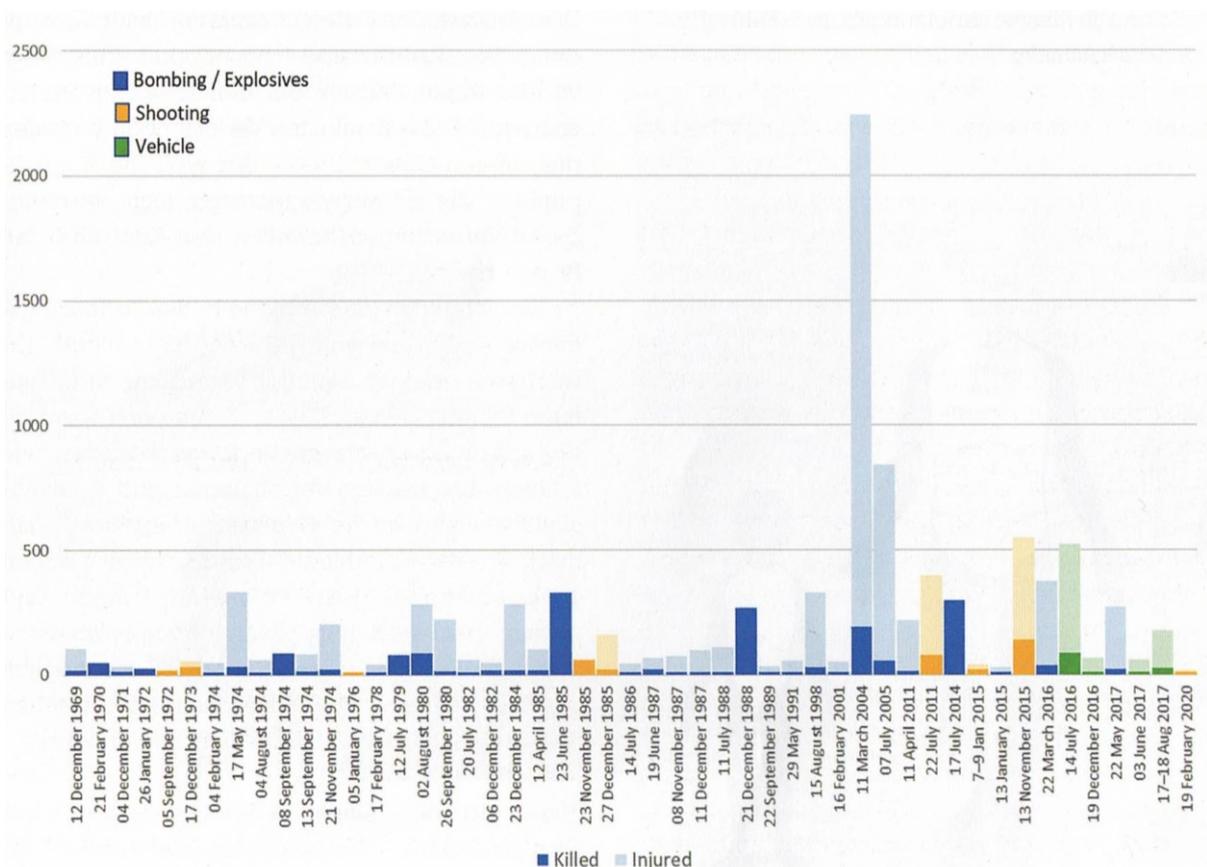


Abbildung 11: Opferzahl und Art terroristischer Anschläge in Europe von 1969 bis 2020 (Quelle: GENT 2020: 51)

Personen hinzu (BIELER et al. 2018: 177). Nicht nur bei zivilen MANV-Ereignissen, sondern vor allem bei Terror-MANV stimmt das Verhältnis zwischen notwendiger Versorgung der Verletzten und den vorhandenen materiellen Ressourcen nicht. In diesem Fall wird ein großes Augenmerk auf eine Triage der betroffenen Patienten gelegt um somit seine vorhanden knappen Ressourcen bestmöglich auf die Vielzahl von Patienten verteilen zu können (vgl. GOERTZ 2019: 261).

Die Verletzungen, die bei einem Terroranschlag auftreten können, haben ein deutlich komplexeres Schadensausmaß am Körper als jene bei einem zivilen MANV. Das häufigste Problem bei Anschlägen sind die oftmals lebensbedrohlichen Blutungen, die bei fast einem Viertel der zu Grunde liegenden Daten, vorliegen. Beim Anschlag am 22. Mai 2017 in Manchester gab es 116 Verletzt, 63 davon waren schwerverletzt oder vital bedroht (vgl. ZEDNICEK & GOERTZ 2018: 26–28). Einer der Ärzte aus dem Krankenhaus „Manchester Royal Infirmary“ in Manchester schilderte die Lage vor Ort. „Hospitals were on the brink of being overwhelmed by the extraordinary number of people with critical injuries in the aftermath of the attack“ (vgl. ZEDNICEK & GOERTZ 2018: 26).

Terroranschläge mit Bomben als Tatwerkzeug waren in der Vergangenheit die klassischen

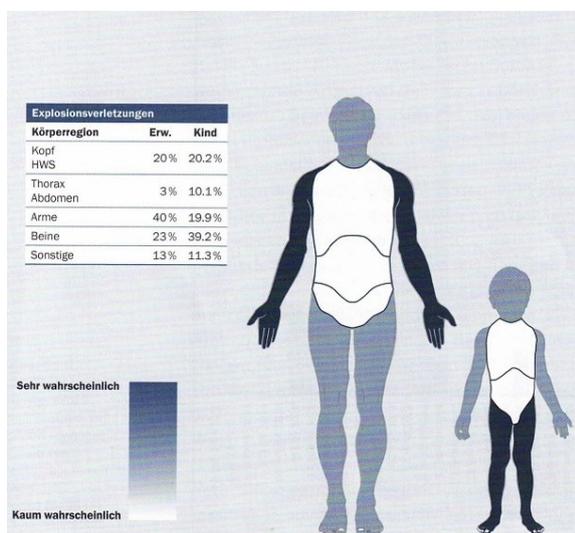


Abbildung 12: Vorkommen und Wahrscheinlichkeit von Explosionsverletzungen (Quelle: GENT 2020: 52)

Anschlagsformen. Die Anschlagorte waren oft belebte Stadtviertel oder öffentliche Orte, um einen großen Schaden und eine hohe Opferzahl zu erwirken. In die Krankenhäuser gelangten nur selten primäre Explosionsverletzungen, da diese in den meisten Fällen tödlich ausgehen und somit aus Sicht des Rettungsdienstes nicht mehr in ein Krankenhaus transportiert werden müssen. Um eine noch schädlichere Wirkung zu erzielen, werden viele Sprengstoffe noch mit Splittern, wie z.B. Nägel, verstärkt. Wie aus der

Abbildung 12 zu entnehmen ist, werden hauptsächlich die Arme, der Kopf- und Halsbereich sowie die unteren Extremitäten verletzt (vgl. GENT 2020: 51-52). Explosionsverletzungen führen eine Kombination aus einem mechanischem und einem thermischen Trauma mit sich. Oftmals wurden Sprengstoffe bewusst biologisch oder chemisch kontaminiert, z.B. mit HIV oder Hepatitis, um so eine größere psychische Wirkung in späterer Folge zu erzielen (vgl. Di

MICOLI & BIELER 2015: 270-273). Die Verletzungsmuster richten sich je nach Sprengmittel und Ort der Detonation. Auf einer freien Fläche nimmt die Explosionswirkung exponentiell mit der Entfernung ab, in geschlossenen Räumen kann sich die Wirkung durch die Reflexion der Druckwellen sogar verstärken (vgl. BIELER et al. 2018: 179). Allgemein ist bei Explosionsverletzungen wichtig, dass sich die Rettungskräfte nicht von offensichtlichen Verletzungen ablenken lassen, sondern auf die klassischen Explosionsverletzungssymptome konzentrieren (vgl. DI MICOLI & BIELER 2015: 270-273).



Abbildung 13: Zeitlicher Ablauf von Explosionsverletzungen (Quelle: NEITZEL & LADEHOF 2015: 272)

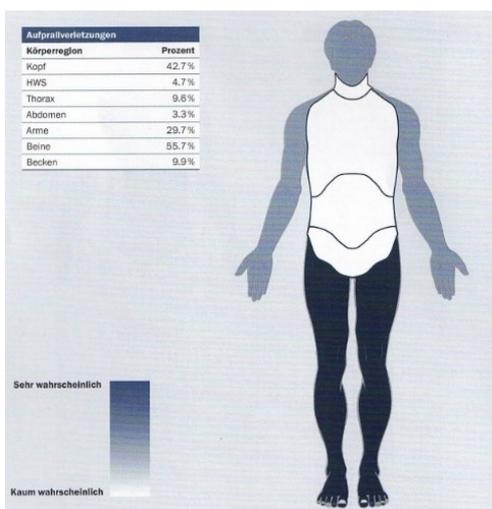


Abbildung 14: Vorkommen und Wahrscheinlichkeit von Kollisionsverletzungen mit PKW (Quelle: GENT 2020: 53)

Eine neue Anschlagform ist der Einsatz von Fahrzeugen wie z.B. ein Pick-Up oder ein LKW als Tatwerkzeug. Diese neue Form eines Anschlages wurde auch bereits in Europa mehrere Male ausgeführt wie z.B. in Berlin 2016, Nizza 2016 oder in Barcelona 2016. Wie aus der Abbildung 14 ersichtlich, sind die häufigsten Verletzungen bei Fahrzeugkollisionen Verletzungen der unteren Extremitäten, der Arme und des Kopfes. Stark blutende Wunden sind eher die Seltenheit. Dem Rettungsdienst stehen nur wenige Maßnahmen

präklinisch zu Verfügung, um diese Verletzungen behandeln zu können. Hier ist die Gefahr von inneren Blutungen die größte Gefahr und deshalb müssen diese Opfer so schnell als möglich im Krankenhaus operiert werden (vgl. GENT 2020: 52).

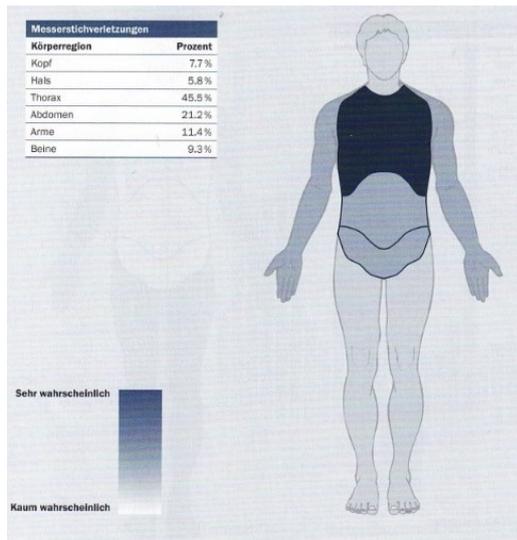


Abbildung 15: Vorkommen und Wahrscheinlichkeit von Messerstichverletzungen Quelle: GENT 2020: 54)

Messerstichanschläge oder Anschläge mit vergleichsweise ähnlich gefährlichen Werkzeugen wie z.B. Äxten kommen mittlerweile auch öfters vor wie z.B. der Anschlag am Düsseldorfer Hauptbahnhof 2019. Wie aus der Abbildung 15 ersichtlich sind die meisten Verletzungen Thoraxverletzungen und Abdomenverletzungen (vgl. GENT 2020: 52-53). Eine besondere Form der penetrierenden Verletzungen ist die Stichverletzung, welche ein Trauma darstellt. Hierbei wird durch einen enormen Kraftaufwand die

Haut durch einen Gegenstand durchstoßen und darunterliegende Strukturen geschädigt. Durch verschiedene Faktoren wie z.B. Klingenbreite, Stichrichtung oder Spitze der Waffe sind verschiedene Verletzungen zu erwarten (vgl. SEFRIN 2017: 71).

Opfer mit Thoraxverletzungen und Gefäßverletzungen durch Einschüsse werden in den meisten Fällen, vor Eintreffen in ein geeignetes Krankenhaus mit einer entsprechenden chirurgischen Versorgung, vor Ort versterben (vgl. NEITZEL & KOLLIG 2015: 266).

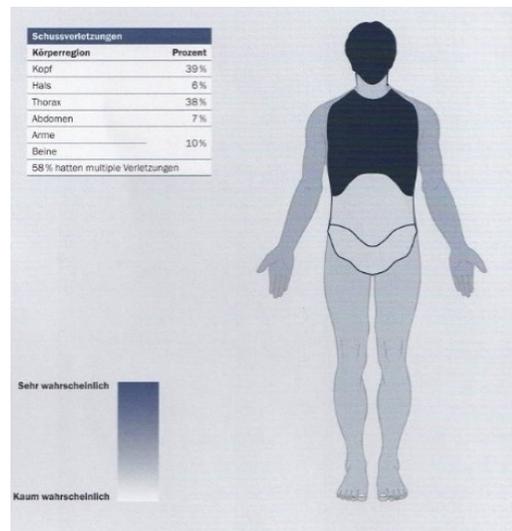


Abbildung 16: Vorkommen und Wahrscheinlichkeit von Schussverletzungen Quelle: GENT 2020: 55)

6.3.3 Sichtungskategorien

Neben den Verletzungsmustern, wie im vorigen Kapitel beschrieben, ist vor allem die Zahl der Verletzten ein enorm wichtiger Faktor, um einen Einsatz abarbeiten zu können. Es macht einen enormen Unterschied ob es sich um 10-20 oder um 50 oder sogar über 100 Patienten handelt. Sehr viele Einsatzkonzepte der Rettungsdienste sind nicht unbedingt auf das auslösende Ereignis geplant, sondern auf die Anzahl der möglicherweise zu versorgenden Patienten. Auf Basis dieser möglichen Verletztenanzahl und des Ereignisses werden die verschiedenen Alarmstufen ausgerufen und somit neben den entsprechenden Einheiten des

Rettungsdienstes, die für die jeweilige Alarmstufe definiert sind, auch die Krankenhäuser vorinformiert. Eine korrekte Anzahl an Toten, Verletzten und zu betreuenden Personen kann erst nach Einsatzende genannt werden. Dennoch muss in der ersten Phase die Patientenzahl so genau wie möglich durch eine Sichtung bestimmt werden.

Nicht nur aus medizinischer Sicht ist eine Sichtung sämtlicher Patienten wichtig, sondern auch um eine genaue Lagedarstellung zu gewinnen. Eine relativ genaue Lagedarstellung der Verletztenanzahl ist auf Hinblick der Ressourcenplanung äußerst wichtig. Im Falle einer taktischen Lage, wie zum Beispiel bei einem Terroranschlag, muss eine Lagedarstellung der Verletzten sehr zügig stattfinden (vgl. MÜLLER 2012: 65). Die Notfall- und Katastrophenmedizin hat sich in den letzten Jahren aufgrund der geänderten weltpolitischen Lage auf neue Herausforderungen einstellen müssen. Um ein regionales und behördenübergreifendes

Katastrophenmanagement betreiben und planen zu können ist es wichtig, eine funktionierende Einsatzplanung als Grundbaustein zu haben (vgl. JUNKEN et al. 2019: 299). In der 7. Sichtungs-Konsensus-Konferenz am 12.10.2017 des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenschutz einigten sich die Konferenzteilnehmer auf einen Verteilungsschlüssel der einzelnen

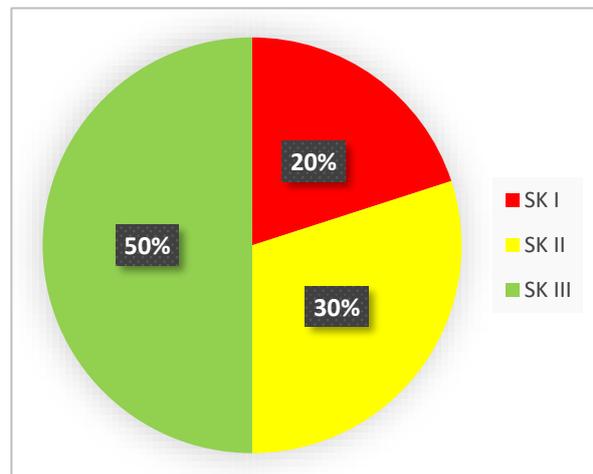


Abbildung 17: Verteilung der Sichtungskategorien (Datengrundlage: NEUMANN 2020: 178)

Sichtungskategorien von 20/30/50% (SK I/II/III) (vgl. ERBE 2017: 7). Junken et al. analysierten ob es bei Terroranschlägen und anderen Großschadensereignissen zu einer anderen Verteilung der Sichtungskategorien kam. Es wurden Schadensereignisse in Europa und der Türkei im Zeitraum zwischen 1985 und 2017 untersucht. Die Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse, aus der hervorgeht, dass bei Naturkatastrophen am meisten Todesopfer zu beklagen sind. Bei Terroranschlägen hat die Analyse ergeben, dass man im Allgemeinen mit einem Verteilungsschlüssel von 14/15/39% rechnen kann. Somit ist man zu dem Ergebnis gekommen, dass die Verteilung der einzelnen Sichtungskategorien bei Terroranschlägen nahe an die Planungsgrößen des BBK kommen (vgl. JUNKEN et al. 2019: 300-305).

Tabelle 7: Analyse von Großschadensereignisse in Europa und der Türkei zwischen 1985 und 2017 (Datenquelle: JUNKEN et al. 2019: 305)

Ereignis	Waffe/Ursache	SK I (%)	SK II (%)	SK III (%)	EX (%)	Anzahl der Ereignisse
Natur	Median	3	-	81	11	7
	Erdrutsch	-	-	-	67	2
	Erdbeben	-	-	-	17	2
	Sandsturm	-	-	66	6	1
	Tornado	3	0	97	1	2
Terror	Median	14	15	39	5	219
	Bombe und Schusswaffe	18	-	-	11	6
	Schusswaffe	13	9	67	15	15
	Amokfahrt	21	42	30	7	6
	Bombe	12	10	43	4	185
Unfall	Median	10	17	55	2	9
	Zugentgleisung	21	9	67	15	2
	Brand	2	19	70	10	2
	Flugzeugabsturz	11	36	40	4	4
	Reizgas	0	0	100	0	1
Panik	Median	7	48	48	0,4	1
	Massenpanik	7	48	48	0,4	1

6.3.4 Weitere Gefahren – der Second-Hit

Die Gefahr, dass Einsatzkräfte durch einen "Second Hit" verletzt oder gar getötet werden, besteht immer. Daher muss, so empfehlen es auch erfahrene Rettungsdienstmitarbeiter aus Israel, die Dauer des Aufenthaltes am Einsatzort so kurz wie möglich sein. Die Strategie "clear the scene" muss von jeder Einsatzkraft bei einer taktischen Lage befolgt werden (vgl. RUPPERT & HINKELBEIN 2018: 263). Ein Second Hit muss nicht, wie man vielleicht annehmen möchte, mit Sprengstoff oder automatisierten Waffen ausgeübt werden. Viel öfter werden hierfür Alltagsgegenstände wie Äxte, Messer, oder auch Fahrzeuge verwendet (vgl. DOMBROWSKI 2019: 31). Das Prinzip "Zünde eine Bombe, beobachte was sie tun, um dann daraus zu lernen" kannte die deutsche Bundeswehr bis dato nur aus den Einsätzen in Afghanistan. Mittlerweile hat das Prinzip der Terroristen auch auf der ganzen Welt Einzug gehalten. Beim Anschlag auf den Boston Marathon wurde genau auf der einzigen freien Fläche, wo die Verletzten versorgt werden konnten, eine Kochtopfbombe platziert. Glücklicherweise detonierte diese Bombe nicht und wurde nach ihrem Auffinden sofort entschärft. Wenn man nach Europa blickt, gibt es ähnliche Beispiele. Man möchte sich nicht das Bild ausmalen was passieren hätte können, wenn der LKW am Berliner Breitscheidplatz, Abbildung 18, mit Sprengstoff beladen gewesen

wäre (vgl. DOMBROWSKI 2019: 29). Der Berliner Anschlag auf den Weihnachtsmarkt am Breitscheidplatz wurde wie ein ziviler MANV abgearbeitet, da es in der ersten Phase wie ein gewöhnlicher Verkehrsunfall aussah.

Daher befand sich auch sämtliches Einsatzpersonal, wie in Abbildung 18 zu sehen, in der Gefahrenzone, da man nicht nachgedacht hatte, ob sich auf der Ladefläche des LKW's noch eine Bombe befinden hätte können (vgl. HENKE et al. 2017:59). Beim Terroranschlag am 15. März 2019 in Christchurch bestand das größte Problem der Lageeinschätzung darin, dass der Täter bei seiner Verhaftung angab, dass noch weitere acht Attentäter in der Stadt unterwegs sein würden. Dies hatte zur Folge, dass die

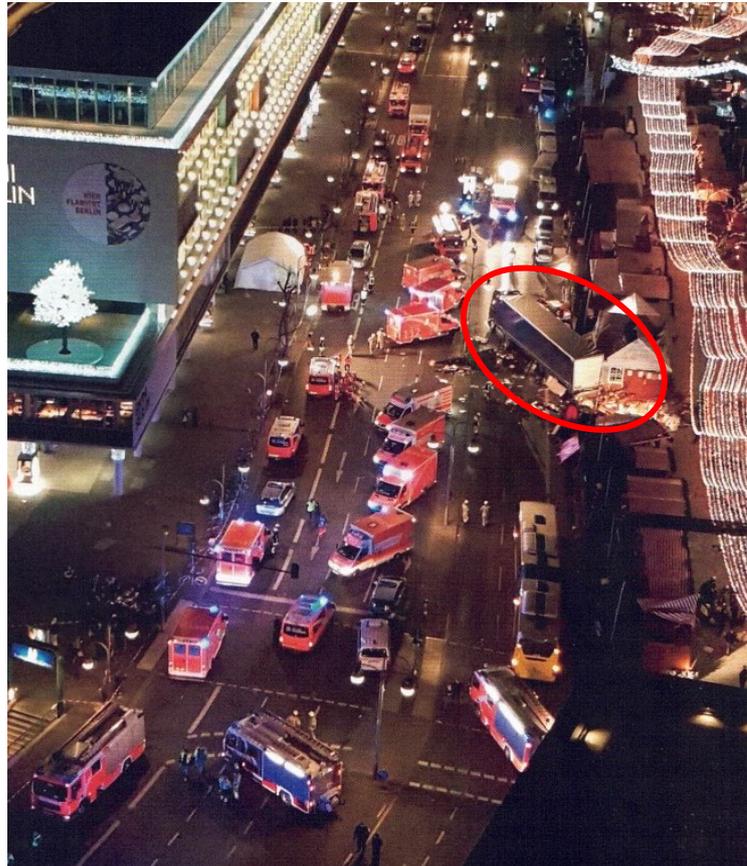


Abbildung 18: Einsatzstelle Anschlag am Breitscheidplatz in Berlin; Gefahrenobjekt LKW rot eingezeichnet (Quelle: ERBE 2017: 17)

Rettungskräfte noch länger als geplant in einem sehr großen Sicherheitsabstand zu den Tatorten warten mussten aufgrund der großen Gefahr eines Second-Hits, welcher gezielt auf die Rettungskräfte abzielt. Zum Glück konnten keine weiteren Täter oder Sprengfallen in der Stadt gefunden werden. Lediglich die Sprengfallen im Auto des Täters wurden gefunden und entschärft (vgl. ELLIS 2021: 18-19). Auch beim Axtangriff am Düsseldorfer Hauptbahnhof am 9. März 2017 war die Gefahrenlage mit der Sicherung des Täters nicht abgeschlossen. Auch hier ging die Polizei nach Verhaftung des Täters lange Zeit von mehreren Tätern aus und somit war die Gefahr eines Second-Hits sehr lange spürbar (vgl. MARTEN & JEPSEN 2021: 24).

6.4 Eigene Lage

Nicht nur die Beurteilung der Schadenslage ist wichtig, sondern auch die Beurteilung der eigenen Lage, die vor allem unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der eigenen Kräfte wichtig ist (vgl. SKKM 2007: 24).

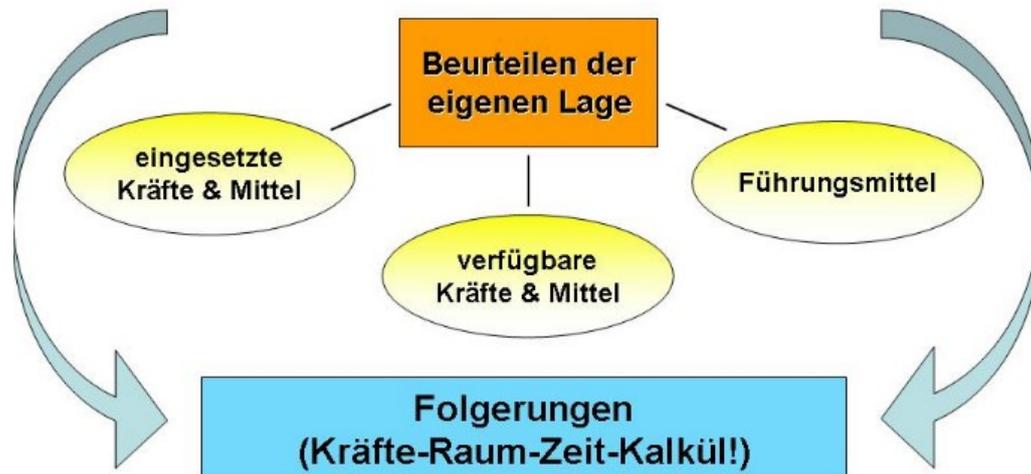


Abbildung 19: Schematische Darstellung der Beurteilung der eigenen Lage (Quelle: SKKM 2007: 24)

Die Einsatzberichte und die zahlreichen Berichte von Augenzeugen vom Berliner Terroranschlag zeigen, dass es im ersten Moment nicht leicht ist zu realisieren, um welches Szenario es sich handelt. Auch für geschulte Einsatzkräfte war es nicht leicht, den Terroranschlag vom "zivilen MANV" zu unterscheiden. In diesem Fall ist es nicht nur einsatzrelevant, sondern mitunter auch lebensnotwendig seinen Schwerpunkt als eintreffendes Rettungsmittel auf die Lagebeurteilung zu legen und den Kontakt mit der Polizei so früh wie möglich herzustellen. Dieser Kontakt zur Polizei ist deshalb so notwendig, weil bei einem Terror-MANV eine ganz andere Einsatztaktik gefordert wird als bei einem zivilen MANV (vgl. LADEHOF et al. 2018: 462).

6.4.1 Gemeinsame Einsatzleitung und Einsatzführung

Erfordert ein Akutereignis den Einsatz mehrerer Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben, ist es notwendig eine gemeinsame Einsatzleitung zu bilden, um den Einsatz, unter Berücksichtigung der verschiedenen Schwerpunktbildungen, zu führen. Das Hauptziel der gemeinsamen Einsatzleitung ist es, die Kommunikations- und Abstimmungsmöglichkeiten direkter zu gestalten (vgl. ÖRK 2017: 9).

Die Gesamteinsatzleitung bei einer TAG-Lage hat die Exekutive. Die jeweiligen Einsatzleiter der beteiligten Einsatzorganisationen müssen so schnell es möglich ist, eine Verbindung zu den jeweiligen Einsatzleitern aufnehmen, um aufgrund der Dynamik der Lage bestmöglich reagieren zu können (vgl. HÖFNER et al. 2015: 422). Eine enge koordinierte Zusammenarbeit und ein laufender Informationsaustausch sind bei taktischen Lagen so früh wie möglich sicherzustellen. Um diesen Informationsaustausch sicherzustellen ist es notwendig, dass Verbindungsoffiziere der jeweiligen Einsatzorganisation entsandt werden. Folgende Punkte müssen in der gemeinsamen Einsatzleitung oder über die Verbindungsoffiziere des Rettungsdienstes mit der Polizei festgelegt werden und an das Rettungsdienstpersonal übermittelt werden:

- Bereitstellungsräume
- Gefahrenzonen
- Übergabebereiche von Verletzten an den Rettungsdienst
- medizinische Versorgungsbereiche
- Betreuungsbereiche

Jene Punkte müssen sowohl den Polizeikräften als auch den Mitarbeitern des Rettungsdienstes bekannt sein. Hier ist allerdings darauf zu achten, dass die jeweiligen eingesetzten BOS die angesprochenen und definierten Bereiche auch gleich bezeichnen, um mögliche Mitarbeitergefährdungen frühzeitig abwenden zu können (vgl. ÖRK LV STMK 2016: 10-21).

6.4.2 Taktische Räume und Gliederung der Einsatzstelle

Eines der wichtigsten Grundprinzipien für einen Einsatzleiter ist es Ordnung in die Schadensstelle zu bekommen, um den Überblick über das Schadensgebiet zu bekommen und um im Einsatzverlauf auch den Überblick zu behalten. Somit ist eine Ordnung der Schadensstelle so früh wie möglich anzustreben. Die Ordnung und Einteilung in taktische Räume sollte im besten Fall bereits durch das ersteintreffende Fahrzeug vorgenommen werden (vgl. NEUMANN & HOMANN 2020: 308). Um diese Ordnung in die Schadenstelle zu bekommen wird der verfügbare Platz, abhängig von der Örtlichkeit des Schadensereignisses, in einzelne taktische Räume unterteilt. Wie in Abbildung 20 ersichtlich, unterteilt man den

Arbeitsort in die Schadensstelle, den Triagebereich, den Behandlungsraum und den Raum für den Abtransport.

„Schadensstelle ist die Örtlichkeit, an der ein Schaden eingetreten ist. Wenn an der Schadensstelle Gefahr droht, sind Spezialkräfte und Experten beizuziehen“ (ÖRK 2017: 8). Im Schadensplatz selbst würden nur die Einsatzkräfte der Feuerwehr arbeiten. Somit würde die Gefahrenzone hier abgegrenzt sein und der Wirkungsbereich der Rettungskräfte klar definiert sein. Bei dieser Darstellung in Abbildung 20 und auch allgemein in Schulungen für Führungskräfte wird davon ausgegangen, dass diese Form der Einsatzraumgliederung in einem sicheren Bereich für die Rettungskräfte aufgebaut werden kann. Die einzige Gefahr geht hier von der Schadensstelle selbst aus.

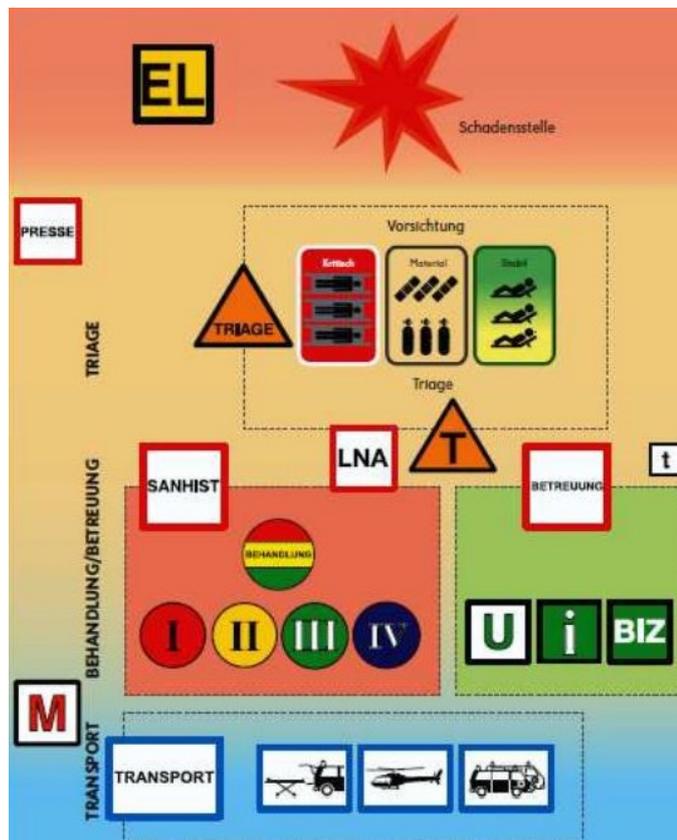


Abbildung 20: Schematische Darstellung der taktischen Räume im Großeinsatz (Quelle: ÖRK 2017: 36)

„Die Aufgabe der Triage ist die Triage und Priorisierung von Betroffenen und die Zuteilung auf die nachfolgenden Versorgungs- und Betreuungsstrukturen“ (ÖRK 2017: 13).

„Die Behandlung ist in unmittelbarer Nähe zur Triage einzurichten. Sie muss ausreichend groß sein um die Behandlungsstellen unterzubringen“ (ÖRK 2017: 13). Dieses Konzept sieht, als sehr starres Konstrukt, auch nicht vor, dass der Behandlungsraum aufgrund einer möglichen Lageänderung geändert oder verlegt werden muss.

Der Transportraum beinhaltet neben der Verladestelle, in der die Patienten an die entsprechenden Transportmittel übergeben werden, auch den Hubschrauberlandeplatz und den KFZ-Sammelplatz für bodengebundene Transportmittel (ÖRK 2017: 12-13). Bei einem angenommenen Bus- oder Zugunfall werden diese taktischen Räume sehr nahe an der Schadensstelle installiert, um somit einen möglichst leichten Patiententransport für die

Rettungskräfte oder die Mitarbeiter der Feuerwehr innerhalb der taktischen Räume zu ermöglichen. Lediglich die Bereitstellungsräume der Rettungswagen und auch der Notarztwägen können weiter weg von der Schadenstelle definiert werden. Der Gefahrenbereich in diesem gedachten Szenario wäre direkt der verunfallte Bus oder Zug.

6.4.3 Einheitenstärke

Bei einer taktischen Lage, wie einem bestätigten Terroranschlag oder einer Amoklage, sind alle verfügbaren Kräfte zu alarmieren, in Bereitschaft zu setzen und primär in bereits definierte Bereitstellungsräume aufzuteilen und vorrücken zu lassen. Des Weiteren können überregionale Einheiten angefordert werden und im Bedarfsfall dann eingesetzt werden. Diese überregionale Alarmierung von Einheiten sollte bereits in der Gefahrenabwehrplanung in vordefinierten Prozessen geregelt werden (vgl. BESCH et al. 2017: 56). Erfahrungen aus vorangegangenen großen Polizeilagen zeigten, dass es im Gegensatz zu einem normalen Rettungseinsatz, bei einer taktischen Lage der Fall sein kann, dass aufgrund der Lage eine höhere Anzahl an Einsatzkräften pro Patienten notwendig ist. Hierbei fließen vor allem die Notwendigkeit der Sicherung der Einsatzstelle, die Sicherung der Behandlungsstellen und die Betreuung mit ein. In Tabelle 8 wird dieses Verhältnis von Patienten und Einsatzkräften aus vorangegangenen Polizeilagen angeführt (vgl. MARTEN 2019: 196).

Tabelle 8: Verhältnis Patienten zu Einsatzkräften (Quelle: MARTEN 2019: 196)

	Patienten (Tote und Verletzte)	Einsatzkräfte nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr	Verhältnis
Geiselnahme Köln	13	120	1:9
Amoktat Düsseldorf	10	70	1:7
Amoktat Erfurt	37	191	1:5
Terroranschläge Paris	683	1.300	1:4

Im Landesverband Steiermark des Österreichischen Roten Kreuzes entscheidet die Rettungsleitstelle Steiermark aufgrund der eingehenden Einsatzinformationen durch die Notrufe, welches Einsatzstichwort sie für den Einsatz vergibt und somit welche MANV-Stufe, Abbildung 21, auslöst. Je nachdem welche MANV-Stufe ausgelöst wird, werden auch die hinterlegten Einheiten und auch die entsprechenden Führungsebenen alarmiert.

MANV Massenfall an Verletzten	MANV1 🚑	MANV Stufe 1: 6-10 Personen
	MANV2 🚑	MANV Stufe 2: 11-29 Personen
	MANV3 🚑	MANV Stufe 3: 30-49 Personen
	MANV4 🚑	MANV Stufe 4: ab 50 Personen

Abbildung 21: Einsatzstichworte bei Einsatzstichwort MANV (Quelle: ÖRK LV STMK 2020)

6.4.4 Ausbildung, Schulung und Übungen des Rettungsdienstpersonals

Die Grundausbildung im Österreichischen Roten Kreuz, Landesverband Steiermark ist die Ausbildung zum Rettungssanitäter laut Sanitätergesetz. Diese Ausbildung beinhaltet auch den Themenblock Großeinsatzmanagement. In diesem Themenblock finden sich die Grundkenntnisse aus dem Bereich Großeinsatzmanagement wieder.

Seit dem Jahr 2018 wird auf der Lernplattform des Österreichischen Roten Kreuzes eine Online-Fortbildung zum Thema „Basismodul Terror-, Amok- und Geisellagen“, welche für jeden Mitarbeiter im Rettungsdienst zugänglich ist, angeboten. Ziel dieses Kurses ist es, die grundlegenden Informationen zu einem Einsatz unter schwierigen Rahmenbedingungen zu vermitteln und innerhalb aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Österreichischen Roten Kreuzes bundesweit zu normieren. Die nachfolgende Grafik zeigt die Hauptpunkte der Online-Fortbildung auf der Lernplattform des Österreichischen Roten Kreuzes.

01 Erkennen 	02 Was macht das Rote Kreuz?	03 Was mache ich?	04 Zusammenfassung
Erkennen In diesem Kapitel wird gezeigt, wann Sie von einem Anschlag ausgehen müssen.	Was macht das Rote Kreuz? Lernen Sie, welche Aufgaben das Rote Kreuz als eine der Hilfsorganisationen in einem TAG-Einsatzfall hat.	Was mache ich? Lernen Sie, wie Sie sich als Mitarbeiter oder Mitarbeiterin im Falle eines TAG-Geschehens verhalten.	Zusammenfassung Die wichtigsten Punkte für Rotkreuz-Mitarbeiter und -Mitarbeiterinnen zusammengefasst, mit einer Selbstüberprüfung.

Abbildung 22: Übersicht über Lerninhalte der Online-Fortbildung Basismodul Terror- Amok- und Geisellagen (Quelle: ÖRK 2021)

In der Führungskräfteausbildung des Österreichischen Roten Kreuzes, Landesverband Steiermark wird das Thema TAG-Lagen oder taktische Lagen nicht in einem eigenen Themenblock behandelt, sondern wird in den Modulen „Gefahren an der Einsatzstelle“ und im Modul „Großeinsatz und Schnittstellen im Einsatz“ durch Vertreter der Polizei nähergebracht.

Eine weitere wichtige und gute Schulungs- und Ausbildungsmöglichkeit zum Thema taktische Lagen ist die „XVR-Schulung“. Diese Planspielsoftware ist ein wichtiges Tool in der Führungskräfteausbildung im Rettungsdienst. Durch die Computersimulation können angehende Führungskräfte praxisnahe Erfahrungen in den Bereichen Großeinsatzmanagement und Schnittstellenmanagement sammeln, die im Regeldienstbetrieb nicht oft vorkommen (vgl. REICH et al. 2012: 9).



Abbildung 23: Einsatztraining (Quelle: ASCHBACHER & KARLSEDER 2020: 17)

Eine weitere Form der Schulung und Ausbildung von Einsatzkräften sind Übungen. Für diese realistische Übungen bedarf es jedoch einen hohen Vorbereitungsaufwand und Personaleinsatz. Vor allem bei Übungen zu Themen wie Terroranschlägen oder Amoklagen spielt die Wirkung in der Öffentlichkeit eine große Rolle und wird auch aus diesen Gründen nur sehr selten abgehalten. Im Jahr 2017 gab es in Graz eine Vollübung mit einer Amoklage.

Neben den üblichen eingesetzten Führungsinstrumenten, objektspezifischen Einsatzplänen und Handlungskonzepten, steht dem Rotkreuz-Einsatzleiter im Landesverband Steiermark ein App zu Verfügung. Das App „Einsatzleiter Rettungsdienst“ beinhaltet, neben den üblichen Checklisten für Großeinsätze, auch eine Art Checkliste für Terror-, Amok- und Geisellagen wie in der Abbildung 24 ersichtlich.

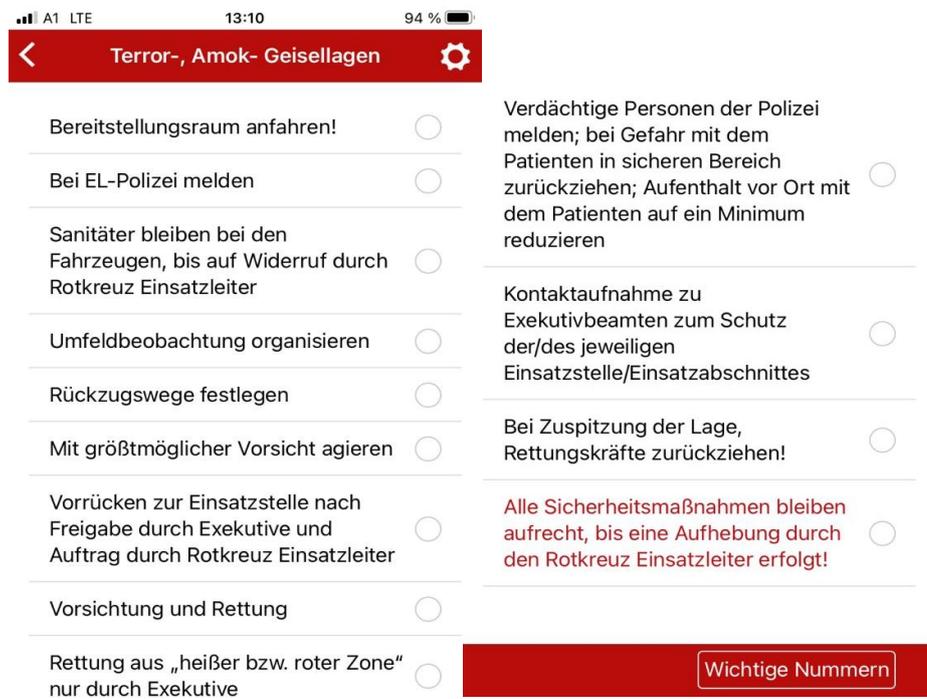


Abbildung 24: Rotkreuz Einsatzleiter App des Österreichische Roten Kreuzes, Landesverbandes Steiermark Menüpunkt Besonderer Ereignisse Terror-, Amok- Geisellagen

Die Checkliste ist prinzipiell chronologisch aufgebaut und sehr allgemein gehalten. Dennoch wird auch hier der Fokus auf die Sicherheit des Rettungsdienstpersonals gelegt. Ein sehr wichtiger Punkt, der sehr oft auch im Regeldienstbetrieb außer Acht gelassen wird, ist nämlich die Festlegung eines Rückzugweges oder Exit-Strategie, ist hier als eigenen Punkt definiert. Jeder einzelne Punkt verlangt allerdings auch von den Rettungskräften, dass sie wissen was gemeint ist.

All jene oben genannten Ausbildungen, Fortbildungen und Tools sind Werkzeuge, die dem Einsatzleiter im Rettungsdienst und den einzelnen Rettungssanitätern im Österreichischen Roten Kreuz, Landesverband Steiermark für die Bewältigung einer taktischen Lage zu Verfügung stehen.

6.5 Allgemeine Lage

Nicht nur die Schadenslage und die eigene Lage sind zu beurteilen, sondern auch die allgemeine Lage ist unter folgenden Faktoren zu beurteilen:

- Jahres- und Tageszeit
- Wetterlage
- örtliche Verhältnisse
- Beeinträchtigung der Infrastruktur
- Verhalten der Öffentlichkeit

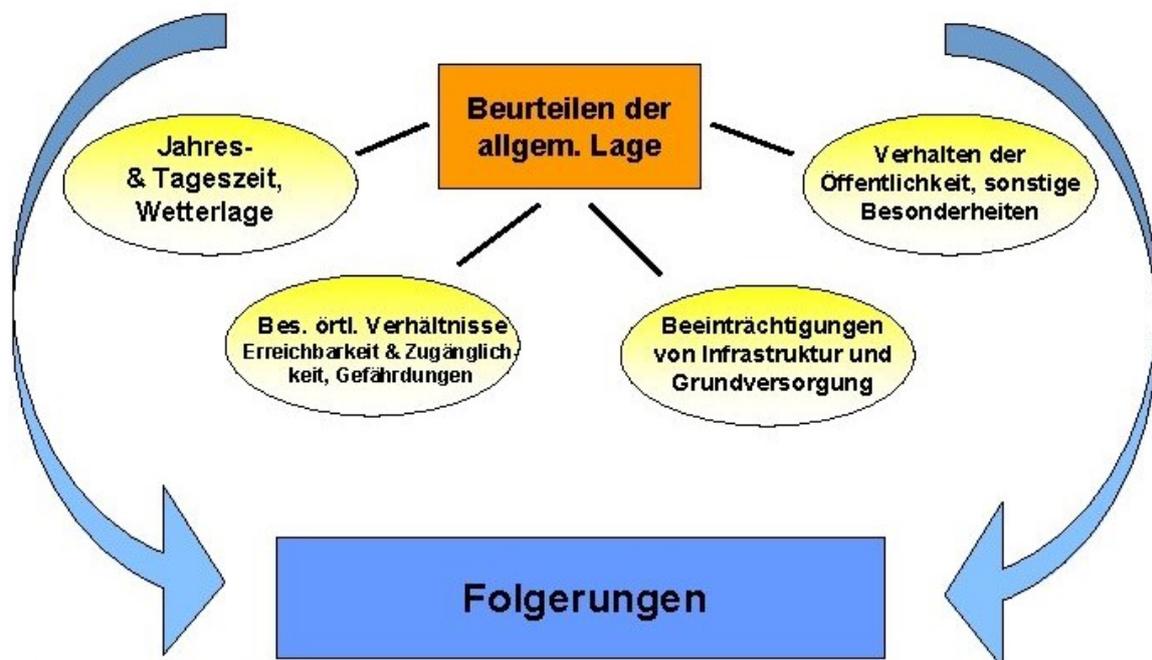


Abbildung 25: Schematische Darstellung der Beurteilung der allgemeinen Lage (Quelle: SKKM 2007: 26)

Vor allem in der Beurteilung der allgemeinen Lage ist nicht nur der Ist-Zustand wichtig zu erheben, sondern vor allem auch wie sich die allgemeine Lage mit der Einsatzdauer verändern kann oder wird und wie sich dies auf einen Einsatz auswirken kann. Daraus sind wiederum einzelne Folgerungen zu schließen, die dann im Einsatzverlauf berücksichtigt werden müssen (vgl. SKKM 2007: 26–27). Diese allgemeine Lage kann man als Einsatzorganisation nur sehr schwer beeinflussen. Dennoch lassen sich einige Punkte, z.B. das Verhalten der Öffentlichkeit, steuern.

6.5.1 Jahres- und Tageszeit und örtliche Verhältnisse

Die Jahres- und Tageszeit spielen in einem Einsatzszenario wie bei einem Terroranschlag oder eine Amoklage nicht unbedingt eine wesentliche Rolle. Dennoch sind die Auswirkungen eines Anschlages oder einer Amoktat unterschiedlich, zu welcher Tageszeit sie verübt werden. Auch die örtlichen Verhältnisse spielen nicht nur für die Schwere eines Terroranschlages eine Rolle, sondern vor allem für die Einsatzkräfte. Ein Massenansturm von Verletzten aufgrund eines Terroranschlags in einem ländlichen Gebiet, also keinem Ballungsraum, kann für das Management vor Ort durch eine geringere Ressource an Personal und Material zu einem Problem werden (vgl. Ventzke et al. 2019: 25).

6.5.2 Öffentlichkeitsarbeit

Ein weiterer wichtiger Aspekt der bei großen Polizeilagen nicht außer Acht gelassen werden darf, ist die Öffentlichkeitsarbeit. Mittlerweile ist die Rolle der Öffentlichkeitsarbeit so enorm, dass es den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würde. Deswegen wird zur Vollständigkeit nur kurz auf dieses Thema eingegangen.

Eine von allen Pressesprechern aller beteiligten Einsatzorganisationen gut abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit ist bei großen und komplexen Polizeilagen sehr wichtig. Vor allem bei taktischen Lagen können Informationen, die entweder falsch sind oder zum falschen Zeitpunkt an die Öffentlichkeit gelangen den gesamten Einsatz negativ beeinflussen, Einsatzkräfte vor Ort gefährden oder sogar Panik in der Bevölkerung verursachen (vgl. MÜLLER-TISCHER 2018:30). Hauptziel ist es, die Öffentlichkeit über die Geschehnisse zu informieren, vor allem wenn es um Maßnahmen geht, die für das öffentliche Leben wichtig sind wie Absperrungen, Kontrolle und verkehrsbeeinträchtigende Maßnahmen (vgl. SKKM 2018: 35). Es sollte dennoch immer bedacht werden, dass sobald ein Strafdelikt die mögliche Ursache des Einsatzes ist, die Pressearbeit der Exekutive obliegt (vgl. MÜLLER-TISCHER 2018: 30). Sowohl für die Feuerwehr, als auch für den Rettungsdienst ist es wichtig, dass sie jeweils einen Presseoffizier als Verbindungsoffizier in eine gemeinsame Pressestelle entsenden, um zu garantieren, dass die Öffentlichkeitsarbeit einheitlich abläuft (vgl. SKKM 2018: 35). Wichtig ist, dass die einzelnen Pressesprecher der jeweiligen Einsatzorganisationen Informationen ausschließlich aus ihrem Bereich an die Medien und an die Öffentlichkeit weitergeben. So wird die Arbeit der Exekutive nicht gravierend behindert und es passiert nicht, dass Informationen weitergegeben werden,

die nicht an die Öffentlichkeit kommen sollen. Bei Amok- und Terrorlagen müssen die einzelnen Pressesprecher der Einsatzorganisationen auch Statements mit der Exekutive abstimmen, die aus ihrem eigenen Fachbereich stammen. Diese Art der Pressearbeit kann sehr gut bei verschiedenen Übungen gemeinsam mit der Polizei geübt werden, um im Ernstfall richtig zu agieren und nicht durch falsche Informationen dem Täter zu nützen und in der Bevölkerung Panik zu verbreiten (vgl. MÜLLER-TISCHER 2018: 30-32).

Wie wichtig gute Öffentlichkeitsarbeit bei einer TAG-Lage ist, zeigt das Beispiel der Amoklage in München am 22.07.2016. Neben den klassischen Medien wie Radio, Fernsehen oder Printmedien werden heutzutage vor allem Soziale Medien wie Facebook, Instagram oder Twitter sehr häufig genutzt. Jene Kurznachrichtendienste können zwar für einen laufenden Polizeieinsatz gefährlich werden, da Falschmeldungen sehr schnell die Bevölkerung erreichen, dennoch kann die Polizei die Nachrichtendienste auch gut zu ihren Gunsten der Informationsweitergabe an die Öffentlichkeit nutzen (vgl. MARTEN 2019: 219). Die Abbildung 26 zeigt Originaltweets der Polizei München, die während des Amoklaufs in München von der Öffentlichkeitsabteilung der Münchner Polizei veröffentlicht wurden. In der Anfangsphase des Amoklaufs im Münchner Olympia-Einkaufszentrum waren sehr viele Falschmeldungen teilweise durch Fernsehjournalisten, als auch durch Passanten in Umlauf gekommen, welche zu Panik in der Bevölkerung führten. Die Polizei München wirkte dem infolge entgegen indem sie sehr aktiv und frühzeitig durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit mithilfe der Kurznachrichtendienste Falschmeldungen zu stoppen versuchte und der Bevölkerung gezielt richtige und bestätigte Informationen weitergab. Vor allem die gravierenden Unterschiede zwischen Terror- und Amoklage wurden hier von der Polizei sehr deutlich

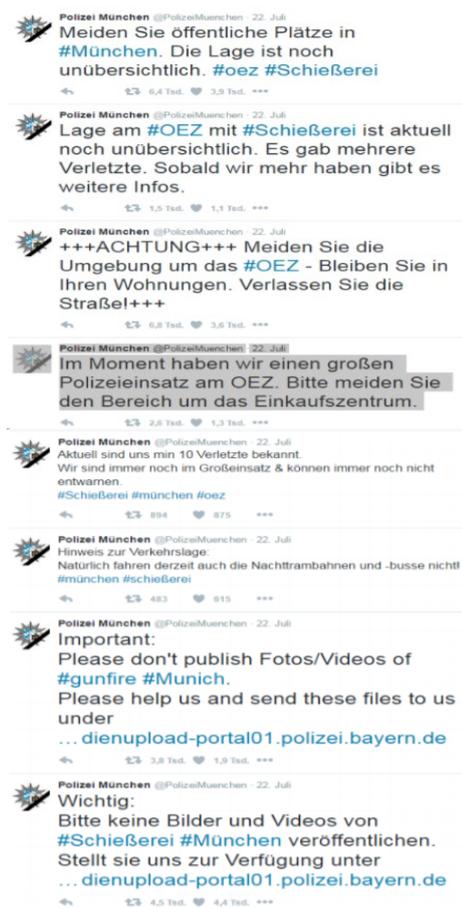


Abbildung 26: Originaltweets der Polizei München während der Amoklage in München (Quelle: HANDL & REINTHALER: 2016)

aufgeklärt (vgl. MARTEN 2019: 219-220). Dies alles zeigt sehr deutlich, dass neben der klassischen Aufgabe in der Gefahren- und Schadensbewältigung der Einsatzkräfte, ein neues

Handlungsfeld in Form der Öffentlichkeitsarbeit essentiell geworden ist. Der Umgang der Öffentlichkeit mit einem Akutereignis kann den Einsatz maßgeblich beeinflussen.

6.5.3 Krankenhäuser als wichtige Akteure bei einem MANV

Ein wichtiger Akteur in der erfolgreichen Bewältigung eines Großschadensereignisses ist die stationäre und ambulante Behandlung in Krankenhäusern (vgl. SCHOLTES et al. 2018:290).

Eine wichtige unterstützende Aufgabe der Rettungsleitstelle ist es, entweder im Vorfeld oder nach Rücksprache mit dem Einsatzleiter vor Ort eine Erhebung der Versorgungskapazitäten in den Spitälern durchzuführen. Hier ist das primäre Ziel, die möglichen OP-Kapazitäten oder Intensiveinheiten für Soforteingriffe und die mögliche Anzahl an Behandlungsplätzen, für ambulante Versorgungen, abzufragen. Die Spitalsalarmierung erfolgt im Bundesland Steiermark durch die Rettungsleitstelle Steiermark (RLS) des Rotes Kreuz in drei Stufen:

1. Erhebung:

Die Rettungsleitstelle verständigt sämtliche Krankenhäuser im Einsatzbereich über den anlaufenden Großeinsatz und bittet um Rückmeldung der Versorgungskapazitäten. In dieser Stufe sind die Krankenhäuser informiert, jedoch noch nicht alarmiert, da noch keine definitiven Patientenzahlen vorliegen. Die von den einzelnen Krankenhäusern zurückgemeldeten Kapazitäten werden über die Rettungsleitstelle an den Einsatzleiter vor Ort weitergegeben.

2. Alarmierung:

Auf Grundlage der ersten Rückmeldung des Einsatzleiters werden die Krankenhäuser verständigt, auf wie viel der vorher gemeldeten Kapazitäten zugegriffen wird. Ist die Zahl höher als die gemeldeten Kapazitäten werden entferntere Spitäler nachalarmiert. Reicht dies auch nicht aus, müssen die Spitäler ihre internen Alarmpläne auslösen, um mehr Kapazitäten zu erreichen.

3. Transportbeginn:

Die anzufahrenden Krankenhäuser werden über die Rettungsleitstelle über den Transportbeginn verständigt, um sich auf die eintreffenden Patienten vorbereiten zu können.

Unabhängig davon, ob Krankenhäuser im Rahmen des Ereignisses Patienten aufgenommen haben, sind alle über das Einsatzende zu informieren (vgl. ÖRK LV STMK 2017: 33-34).

6.5.4 Exekutive

Die Ziele der Sicherheitsexekutive sind sehr klar definiert. Das TAG-Ereignis muss so schnell wie möglich beendet werden, um somit weitere Verletzte zu verhindern. Die Exekutive muss deklarieren, dass es sich um einen Anschlag handelt, um so rasch wie möglich neue Maßnahmen setzen zu können. Währenddessen muss der Risikomanagement-Prozess eingeleitet werden. Weiters müssen sämtliche Verletzte durch die Polizei auf mögliche Waffen, Sprengsätze oder andere gefährliche Gegenstände durchsucht werden (vgl. SKKM 2018: 32).

6.5.5 Feuerwehr

Die Ziele der Feuerwehr bei einer möglichen taktischen Lage sind nicht viel anders als bei jedem anderen Einsatz. Hierbei geht es um die technische, personelle und infrastrukturelle Unterstützung der beteiligten Einsatzorganisationen. Vor allem für die Expertise und die Beurteilung bezüglich Gebäudesicherheit, Brandbekämpfung und mögliche Dekontamination ist die Feuerwehr ein wichtiger Ansprechpartner (vgl. SKKM 2018: 33).

7 ENTSCHLUSSFASSUNG

Auf Grundlage der Lagebeurteilung und des eigentlichen Auftrages muss der Einsatzleiter einen Entschluss fassen, um den Auftrag, angepasst an die Lage, erfüllen zu können. Hierzu muss er Entscheidungen treffen und legt unter anderem einzusetzende Kräfte und Mittel fest, um das Ziel, die Erfüllung des Auftrages, zu erreichen. Der Einsatzleiter sollte seinen Entschluss sehr knapp und prägnant formulieren. Enthalten sollte dieser die Punkte wer macht wann was und wie und warum mit welchem Ziel. Mit der Entschlussfassung des Einsatzleiters ist die Beurteilung der Lage abgeschlossen (vgl. SKKM 2007: 28). Mit dem Entschluss trifft der Einsatzleiter die Entscheidung wie und wann verfügbare Kräfte den Einsatz bewältigen werden und wo sich welche Einsatzschwerpunkte befinden. Der Entschluss kann als Wegweiser gesehen werden, an den sich die Einsatzkräfte aber auch die Führungskräfte auf den verschiedenen Ebenen richten sollen (vgl. LEVEN 2021: 106). Bei einem unübersichtlichen Einsatz oder einer komplexen Lage, ist der Entschluss des Einsatzleiters auch für den Verlauf des Einsatzes von großer Bedeutung. Diese Tragweite muss dem Einsatzleiter, welcher die Fachkenntnisse und den Mut haben muss diesen zu fassen, bewusst sein. Nur der Entschluss alleine ist noch nicht ausreichend, um einen Einsatz erfolgreich abzuschließen. Der Entschluss kann erstmal als eine Art grob formulierte Idee angesehen werden. Dieser Grobplan muss erst durch genaue Anweisungen durch den Einsatzleiter an die unterstellten Kräfte weitergegeben werden (vgl. LEVEN 2021: 47-48).

7.1 Gefahren Erkennen und Umgang mit Gefahren

Einer der wichtigsten Punkte bei jedem Einsatz sämtlicher Einsatzorganisationen ist es, vor Ort an der Einsatzstelle mögliche Gefahren zu erkennen und ausfindig zu machen und sich selber nicht in Gefahr zu bringen. Dies kann mit Hilfe der GAMS-Regel, welche bereits in der Ersten-Hilfe gelehrt wird, sehr einfach gemacht werden.

- **Gefahr** erkenn
- **Abstand** Halten
- **Menschenrettung** wenn möglich durchführen
- **Spezialkräfte** anfordern

Diese Herangehensweise lässt sich auch bei bedrohlichen Lagen anwenden (vgl. HOSSFELD 2015: 575).

Eine weitere Möglichkeit, um an Einsatzstellen eine Gefahr oder eine Person zu erkennen von der eine Gefahr ausgehen könnte, wäre die ALERT-Regel. Bei Anschlägen oder Amoklagen kann man mit der ALERT-Regel Personen, die vielleicht als verletzte Person in den Zuständigkeitsbereich des Rettungsdienstes kommen, einschätzen. Auf folgende Gesichtspunkte ist bei verdächtigen Personen zu achten:

- Allein und nervös
- Lockere Kleidung
- Elektronik (sichtbar)
- Rumpf steif wirkend
- Trigger - Hände fest geschlossen

Diese Merkmale können Hinweis für eine Tatverdächtige Person sein (vgl. MARTEN 2019: 177). Prinzipiell wird im Auftrag, der über eine Leitstelle an die anrückenden Einheiten geschickt wird, bereits auf mögliche Gefahren aufmerksam gemacht. Eine weitere Möglichkeit, um Einheiten des Rettungsdienstes auf Gefahren oder gefährliche Personen an der Einsatzstelle aufmerksam zu machen wird im nächsten Kapitel vorgestellt.

7.1.1 Das Aachener Modell im ÖRK Landesverband Steiermark

Das Österreichische Rote Kreuz Landesverband Steiermark entwickelte im Zusammenhang mit der Onlineschulung „Gewalt im Rettungsdienst“ im Jahr 2020 ein Konzept um Gefahrensituationen besser einstufen und bewerten zu können und Einsatzkräfte und Führungskräfte eine Art Leitfaden zur Verfügung zu stellen. Hier wurde auf das „Aachener Modell“ zurückgegriffen und dieses nach eigenen Anforderungen, die für den Landesverband Steiermark passen, angepasst und erweitert.

Das Aachener Modell zur Reduzierung von Bedrohungen und Übergriffen am Arbeitsplatz ist ein strukturiertes und stufenartiges Modell, um

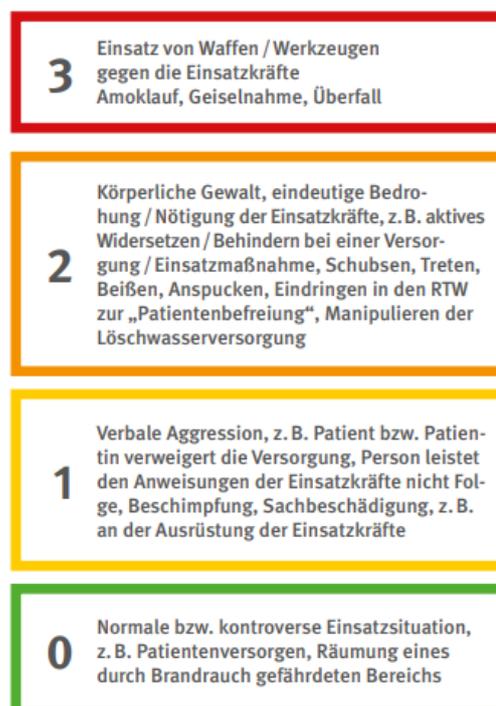


Abbildung 27: Gefährdungstufen des Aachener Modells (Quelle: DGUV 2017: 9)

Gewalt am Arbeitsplatz mit einer verhältnismäßigen Art entgegen zu wirken. Das Modell unterstützt alle beteiligten Akteure dahingehend, dass Gefährdungsstufen erkannt und bewertet werden können, Lösungsmöglichkeiten und Handlungsempfehlungen in bedrohlichen Situationen abzuleiten und Voraussetzungen für ein gewaltfreies Arbeiten der Einsatzkräfte schafft. Es lassen sich prinzipiell vier Stufen daraus ableiten (vgl. DGVU 2017: 9).

Im Landesverband Steiermark des Österreichischen Roten Kreuzes wird im Jahr 2021 das Aachener Modell eingeführt. Wie beim Mainzer Phasenmodell, welches im Kapitel 6.1.3 beschrieben ist, ist es auch hier im Aachener Modell Ziel, das Gefährdungspotential eines Einsatzes, aus dem sich durchaus gewisse Handlungseinschränkungen ergeben, bereits durch die Leitstelle einzustufen.

Mit der Einsatzdisposition bekommen die Mitarbeiter des Rettungsdienstes bereits vorab die Information, wie der Disponent anhand des eingegangenen Notrufs die Gefahrensituation vor Ort einschätzt und sie einer der 4 Stufen zuordnet. Vor Ort können dann die Rettungskräfte oder, wenn vor Ort, der Einsatzleiter die Gefahrenstufe nach oben oder nach unten korrigieren. Jede Stufe definiert verschiedenen Maßnahmen die entweder vor Ort während des Einsatzes oder nach dem Einsatz durchzuführen sind. Nachfolgend werden die verschiedenen Stufen aufgeschlüsselt und im Detail erklärt.

Einsätze der Stufe 0 beschreiben normale Einsatzsituationen, ohne besonderes Gefahrenpotential.

Tabelle 9: Aachener Modell Stufe 0 (Quelle: ÖRK LV STMK 2021)

Normale Einsatzsituation	
0	Einsatzdurchführung
0	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anwendung der für den jeweiligen Fall geeigneten Kommunikationsstrategie ▪ Bewusstsein zur Konfliktentstehung und -vermeidung im Blick behalten ▪ Interkulturelle Kompetenzen anwenden ▪ Aufmerksamkeit im Team für die Situation
	Einsatznachbesprechung
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn notwendig, Nachbesprechung im Team

In der Stufe 1, bei Einsatzsituationen mit verbalen Aggressionen, handelt es sich um Einsätze bei denen Patienten oder Patientinnen verbal aggressiv die Versorgung durch Rettungskräfte verweigern oder die Einsatzkräfte verbal bedroht oder beschimpft werden.

Tabelle 10: Aachener Modell Stufe 1 (Quelle: ÖRK LV STMK 2021)

Einsatzsituation mit verbaler Aggression		
	Einsatzdurchführung	Einsatznachbesprechung
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anwendung der für den jeweiligen Fall geeigneten Kommunikationsstrategie ▪ Bewusstsein zur Konfliktentstehung und -vermeidung im Blick behalten ▪ Interkulturelle Kompetenzen anwenden ▪ Fluchtmöglichkeiten im Blickfeld haben ▪ Grenzen von nicht duldbarem Verhalten aufzeigen ▪ Im Ernstfall sofort „Stillen Notruf“ über HFG absetzen oder direkte ▪ Anforderung Exekutive 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachbesprechung im Team ▪ Dokumentation ▪ Unfallmeldung wenn Sanitäter verletzt wurde ▪ Meldung an OVD

Einsätze der Stufe 2, also Einsatzsituation mit Gewalt oder verbaler und körperlicher Bedrohung der Einsatzkräfte, werden als solche eingestuft, wenn ein aktives Widersetzen gegenüber der Exekutive vorliegt oder Rettungskräfte bei einer Versorgung behindert werden. Ebenfalls fließen hier Handgreiflichkeiten gegen Einsatzpersonal wie Schubse, Spucken, Treten oder Beißen mit ein. Ebenfalls wird ein Einsatz als Stufe 2 eingestuft, wenn ein gewaltsames Eindringen in den Rettungswagen oder das gewaltsame Verlassen des Rettungswagens vorliegt.

Tabelle 11: Aachener Modell Stufe 2 (Quelle: ÖRK LV STMK 2021)

Einsatzsituation mit Gewalt oder verbaler und körperlicher Bedrohung der Einsatzkräfte		
	Einsatzdurchführung	Einsatznachbesprechung
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsatzbereich nur mit Fluchtmöglichkeit oder Exekutive voraus betreten ▪ Rückmeldung über Einsatzlage an RLS ▪ Anwendung der für den jeweiligen Fall geeigneten Kommunikationsstrategie ▪ Im Ernstfall sofort „Stillen Notruf“ über HFG absetzen oder direkte ▪ Anforderung Exekutive ▪ Eigenschutz geht vor Fremdschutz ▪ Befreiung und Rückzug aus der Übergriffssituation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachbesprechung im Team ev. Mit beteiligten Einsatzkräften ▪ Dokumentation ▪ Unfallmeldung wenn Sanitäter verletzt wurde ▪ Meldung an OVD ▪ Psychosoziale Versorgung sicherstellen

Die Stufe 3, Einsatzsituationen mit Einsatz von Waffen oder Gegenständen mit Verletzungspotential gegen die Einsatzkräfte, stellt die höchste Stufe des Modells dar. In diese Kategorie fallen vor allem Einsätze bei denen ein Verbrechen oder eine psychische Störung des Täters vorliegt und Terror-, Amok- und Geisellagen, bei denen die Rettungskräfte einer direkten Gefahr ausgesetzt sind.

Tabelle 12: Aachener Modell Stufe 3 (Quelle: ÖRK LV STMK 2021)

Einsatzsituationen mit Einsatz von Waffen oder Gegenständen mit Verletzungspotential gegen die Einsatzkräfte	
Einsatzdurchführung	Einsatznachbesprechung
<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ OVD-Bezirk und OVD-Land alarmieren ▪ Eigenschutz geht vor Fremdschutz ▪ Sichere Bereitstellungsräume festlegen ▪ EL einsetzen (KdoKFZ) und mit Mannschaften entsenden ▪ Einsatzbereich nur mit Fluchtmöglichkeit oder Exekutive voraus betreten ▪ Rückmeldung über Einsatzlage an RLS für Warnung/Instruktionen an anrückende Kräfte ▪ Alle Maßnahmen nur in Absprache mit der Exekutive durchführen <ul style="list-style-type: none"> - Fluchtweg sichern - Schutz durch Exekutive - Fahrzeug nicht verlassen - HFG am Sanitäter - RTW-Besatzung bleibt zusammen ▪ Sanitäter zur Umfeldbeobachtung einsetzen ▪ Bei Gefahr Rückzug aus dem Gefahrenbereich, auch ohne Anordnung des EL ▪ S.a. Einsatzkonzept TAG-Lage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachbesprechung im Team und mit Führungskräften der beteiligten Einsatzkräfte ▪ Psychosoziale Versorgung sicherstellen ▪ Dokumentation und Einsatzbericht ▪ Unfallmeldung wenn Sanitäter verletzt wurde

Mit der Einführung des Aachener Modells wurden einheitliche Parameter gefunden, um Einsätze im Landesverband Steiermark nach ihrer Gefährdung für Rettungssanitäter einstufen zu können. Es bietet nicht nur eine Art Checkliste, woran alles direkt an der Einsatzstelle gedacht werden muss und welche Maßnahmen bei welcher Stufe getroffen werden müssen, sondern bietet vor allem den Führungskräften eine Handlungsempfehlung woran nach dem Einsatz in einer Nachbearbeitungsphase vor allem in Hinblick auf eine Nachbesprechung gedacht werden soll (vgl. ÖRK LV STMK 2021). Das Modell wird bereits in der Führungskräfteausbildung Teil 1 im Bildungs- und Einsatzzentrum des Landesverbandes Steiermark unterrichtet und gelehrt.

7.2 Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen beteiligten Einsatzorganisationen

In den letzten Jahren hat sich die Art und Weise, wie Terror verbreitet wird grundsätzlich geändert. Die Tat ist nicht nur durch einen gezielten Anschlag getan, sondern es handelt sich heutzutage immer mehr um eine fortgesetzte Tat. Dies bedeutet, dass der oder die Täter den eigenen Tod in Kauf nehmen und ihre Tat solange fortsetzen, bis sie selbst getötet werden, was wiederum bedeutet, dass die medizinische Versorgung möglicher Verletzten gleichzeitig mit der Neutralisierung der Täter oder der Gefahr einhergeht. Um durch dieses Vorgehen Rettungskräfte nicht bewusst in Gefahrenzonen zu bringen, muss bei taktischen Lagen eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben gewährleistet sein (vgl. WURMB et al. 2018: 576). Führung und Kommunikation bei taktischen Lagen ist essentiell für einen reibungslosen Einsatzverlauf. Um diesen reibungslosen Ablauf gewährleisten zu können, ist es notwendig die verschiedenen Führungsstrukturen der beteiligten Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben zu kennen und jene in die einzelnen Alarmpläne mit einzuarbeiten. Der Rettungsdienst und auch die Feuerwehr hat in der Regel ihre Führungsstrukturen vor Ort eingerichtet und die Polizei bewältigt Einsätze durch eine rückwärtige Führungsstruktur. Diese Unterschiede müssen im Vorfeld eingearbeitet und auch geübt werden. Auf Grund der verschiedenen Führungsformen von Polizei und Rettungsdienst ist es notwendig, eine funktionierende und gut zusammenarbeitende Führungsstruktur aufzubauen und in den jeweiligen Bereichen Verbindungspersonen zu installieren. Jene Verbindungspersonen sind natürlich auch ausreichend zu kennzeichnen. Um im Einsatzfall besser vorbereitet zu sein, empfiehlt es sich, dass sich die jeweiligen Verbindungspersonen kennen (vgl. WURMB et al. 2018: 582-584).

7.3 Taktische Räume und Gliederung des Einsatzraumes

Wie bei jedem Großeinsatz muss auch bei einer taktischen Lage eine Gliederung der Einsatzstelle erfolgen, um den Einsatz erfolgreich abschließen zu können. Auch bei taktischen Lagen spielt eine Gliederung des Einsatzraumes eine wesentliche Rolle. Bei Terrorlagen ist es notwendig, die Einsatzstelle in drei unterschiedliche Gefährdungszonen einzuteilen. Hierzu gibt es mehrere Varianten, welche aber alle das Gleiche beschreiben. Nämlich eine Einteilung der Einsatzstelle in sichere und unsichere Bereiche.

7.3.1 Zoneneinteilung

Bei jedem größeren Einsatz, sei es ein Verkehrsunfall, ein Zugunglück oder ein Brand eines (Wohn)-gebäudes, wird es eine der ersten Maßnahmen des Rettungsdienstes sein, zusammen mit der Feuerwehr bzw. der Polizei den Gefahrenbereich festzulegen. Mit der Festlegung dieses Bereiches wird auch die Entscheidung getroffen, welche Einsatzorganisation wo zuständig ist. Bei einem Verkehrsunfall mit Beteiligung von Gefahrgut oder bei einem Wohnhausbrand wird die Feuerwehr direkt an der Schadenstelle arbeiten. Bei einer taktischen Lage, ganz egal in welcher Größe, wird die Exekutive direkt an der Schadenstelle, in diesem



Abbildung 28: Schematische Darstellung einer taktischen Lage in einem Stadtviertel mit Zoneneinteilung (Quelle: WUCHER 2019:

Fall sogar Tatort, agieren und nicht der Rettungsdienst (vgl. RUPPERT & HINKELBEIN 2018: 263). Der Unterschied der allerdings zwischen einem Wohnhausbrand und einer taktischen Lage in Bezug auf eine klare Abgrenzung der Gefahrenbereiche besteht darin, dass taktische Lagen sich über eine sehr große Fläche ausbreiten können und der Gefahrenbereich sich nicht wie gewohnt um beispielsweise ein brennendes Haus ausbreitet, sondern sich möglicherweise auf ein ganzes Stadtviertel ausdehnen kann, wie in Abbildung 28 dargestellt wird.

Es wird entweder von der heißen, warmen und kalten Zone (rote, gelbe oder grüne Zone) gesprochen oder laut Polizei von sicherer und unsicherer Zone. Egal welche Bezeichnung man verwendet, es muss für alle Beteiligten klar sein, was damit gemeint ist. Eine Zoneneinteilung kann nur die Exekutive vornehmen, da sie in den meisten Fällen über die nötigen Informationen verfügt. Für alle Beteiligten muss allerdings auch klar sein, dass die Zoneneinteilung nur eine Momentaufnahme ist und sich, je nach Art des Ereignisses, jederzeit ändern kann. Mit dieser Einteilung ist auch klar definiert, welche Einsatzorganisation für welchen Bereich verantwortlich ist und wer wo agieren wird. Für den Rettungsdienst bleibt

nur die grüne, oder sichere Zone um eine adäquate Patientenversorgung durchzuführen (vgl. LADEHOF et al. 2018: 466). Die Abbildung 29 stellt solch eine Zoneneinteilung vereinfacht dar und die Tabelle 13 stellt eine Zusammenfassung der Zoneneinteilung mit den daraus resultierenden Maßnahmen dar.

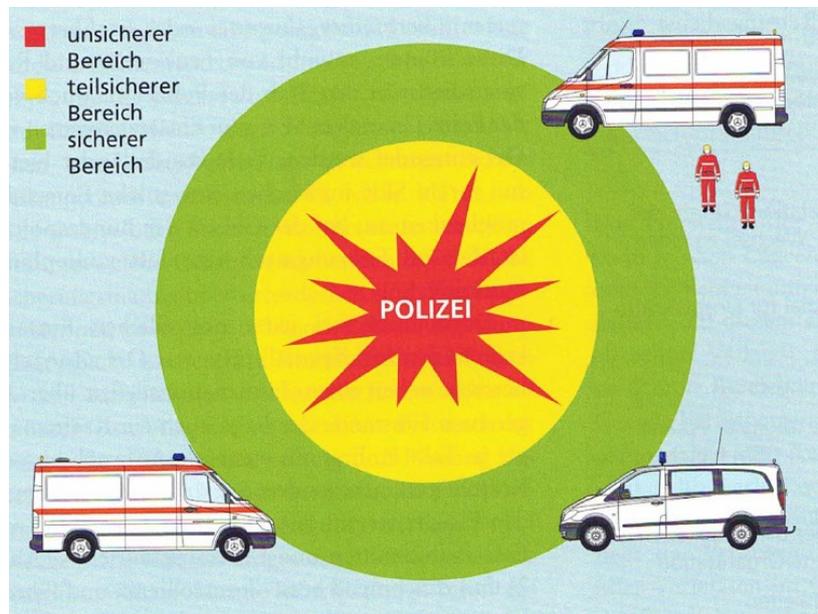


Abbildung 29: Gefahrenbereiche bei einer taktischen Lage (Quelle: BOHNEN 2020: 415)

Tabelle 13: Zusammenfassung und Einteilung der Maßnahmen je nach Zone (Datengrundlage: BOHNEN 2020: 419; HOSSFELD 2015: 576)

Lage	Konsequenz	Kennzeichnung	Versorgung/Maßnahmen
Unmittelbare Gefährdung	Unsichere Zone/ Gefahrenbereich	rot/heiß	„care under fire“ Erreichung des taktischen Ziels durch Neutralisierung des Täters durch die Polizei Patientenrettung aus diesem Bereich durch Polizei, ggf. Eigenrettung oder Anleitung zu dieser Äußere lebensbedrohliche Blutungen mittels Kompression oder Tourniquet stoppen
Keine unmittelbare Gefährdung	Teilsicher, je nach Bedrohung nur Einsatzkräfte der Polizei	gelb/warm	„Tactical field care“ Alle Maßnahmen von aktueller Bedrohungslage abhängig
Gefährdung auszuschließen	Sichere Zone/ Bereich	grün/kalt	„Tactical field care“ Strukturierte notfallmedizinische Versorgung gemäß aktuellen Leitlinien

In der unsicheren bzw. roten Zone besteht direkte oder unmittelbare Bedrohung bzw. Gefahr. Aufgrund der extremen Eigengefährdung bei der Verletztenversorgung dürfen in diesem

Bereich nur Polizeikräfte arbeiten. Eine Rettung der Verletzten Personen aus diesem Bereich wird dem eigentlichen taktischen Ziel der Polizei, das Eliminieren des Täters oder die Beseitigung der Gefahrenquelle, nachgereiht.

In der sogenannten gelben Zone ist man noch einer Gefährdung ausgesetzt, allerdings befindet man sich nicht mehr im direkten Gefahrenbereich. Da man sich hier nicht in völliger Sicherheit fühlen kann, ist es abzuwiegen, ob man eine Versorgung der Patienten anstrebt oder nicht. Die gelbe Zone kann jederzeit, zum Beispiel bei einem active shooter oder bei einem school shooting, wiederum zur roten Zone werden und man befindet sich somit wiederum im akuten Gefahrenbereich. Die Verletztenversorgung in diesem Bereich sollte somit nur die lebenserhaltenden Maßnahmen gemäß der C-A-B-C-D-E-Schemas abgearbeitet werden und so rasch es geht in den sicheren Bereich abtransportiert werden.

Tabelle 14: Das C-A-B-C-D-E- Schema (Datengrundlag: HOSSFELD 2015: 577)

Primary Assessment (Ersteinschätzung)		Behandlung
< C >	Critical bleeding - Lebensbedrohliche, äußere Blutungen?	- Tourniquet - Beckengurt - Druckverband
A Airway	Airway (Atemweg) - Ansprechbar? - Freie Atemwege? - Atemgeräusche?	- Atemwege freimachen - Absaugbereitschaft - Atemwegssicherung
B Breathing	Breathing (Belüftung) - Atemfrequenz - Gestaute Halsvenen - Thoraxwunden schließen	- Sauerstoffgabe - Assistierte oder kontrollierte Beatmung
C Circulation	Cirulation (Kreislauf) - Pulse tasten - Rekapillierungszeit - Haut	- Lagerung - Zugang und Volumengabe
D Disability	Disability (neurologische Defiziete) - Pupillenkontrolle - Grobmotorik - GCS/AVPU	
E Exposure	Exposure (Exposition) - Körpertemperatur - Weitere Verletzungen - Weitere Symptome	- Wärmeerhalt

In der sicheren oder grünen Zone kann man davon ausgehen, dass keine Bedrohung durch den Täter mehr vorherrscht. In diesem sicheren Bereich kann man mit seiner Standardversorgung

der Verletzten beginnen und den Opfern notfallmedizinische Hilfe zukommen lassen (vgl. EICHEN et al. 2018: 450-452).

Auch in Österreich wird diese Zonen-Bezeichnung verwendet und ein Zonenmodell, wie in Abbildung 30 dargestellt, abgeleitet. Das Einsatzkommando COBRA (EKO COBRA), eine Spezialeinheit der österreichischen Polizei, trainiert dieses Zonen-Modell regelmäßig mit dem Rettungsdienst und der Feuerwehr, da jede Einsatzorganisation auf Grundlage ihrer Handlungsfähigkeit und dem Gefährdungspotential in ihrer möglichen Zone arbeiten kann. Ein Zonen-Modell kann vor allem in der Anfangsphase für Ordnung in das vorherrschende Chaos bringen und somit den Führungsgrundsatz "Vom Chaos zur Ordnung" erfüllen. In Hinblick auf die Größe der einzelnen Zonen, ist es notwendig, dass ein Mittelweg gefunden wird. Zu große Zonen sind schwer zu kontrollieren und zu beherrschen. Daher macht es mehr Sinn, vor allem bei mobilen Lagen mehrere Zonen als "Hot-Spots" zu definieren, die innerhalb des großen Zonen-Modells untergebracht sind.

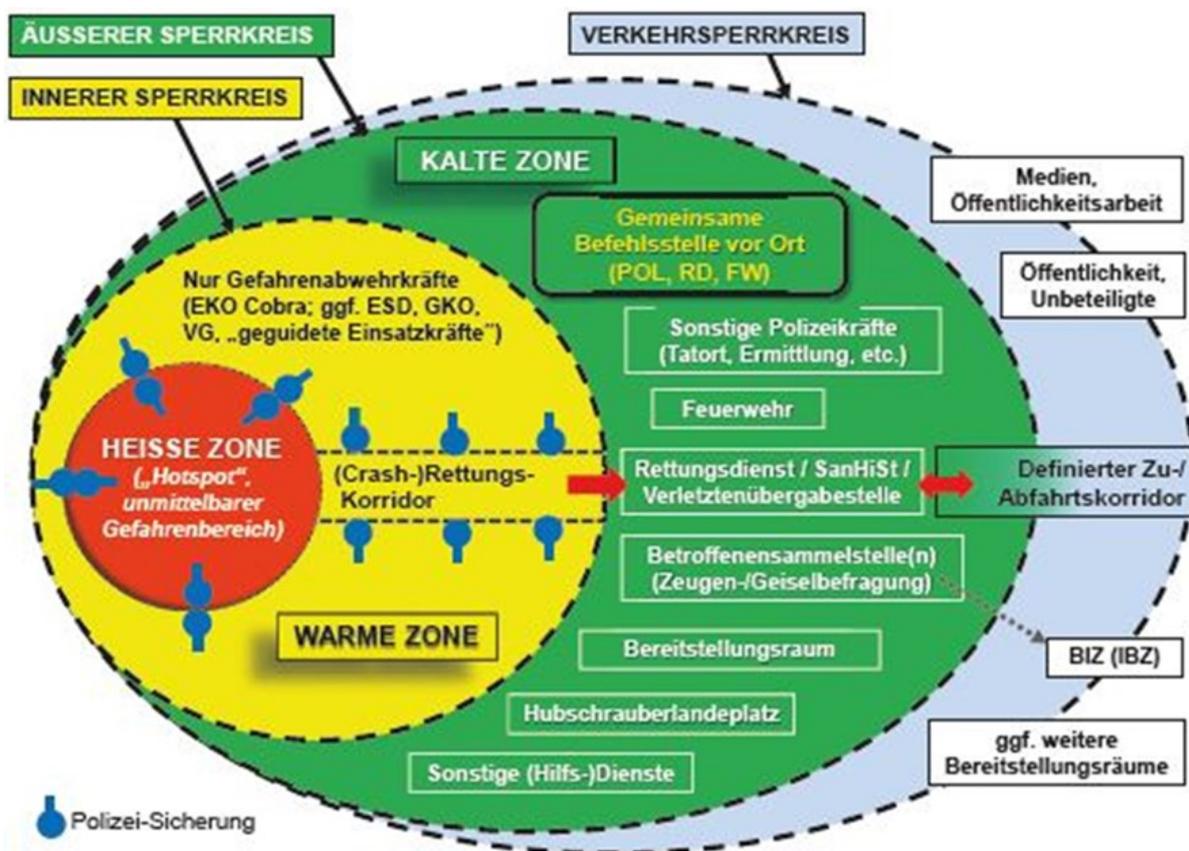


Abbildung 30: Schematisches Beispiel für das Zonenmodell (Quelle: SKKM 2018: 37)

Zusätzlich zu den bereits oben genannten heißen und kalten Zonen wird im Zonen-Modell der Abbildung 30 ein Verkehrskreis, welcher außerhalb der kalten oder sicheren Zone führt,

gezeigt. Dieser Verkehrskreis dient dazu, den Öffentlichen- und Individualverkehr abzuleiten oder umzuleiten. Auch integriert ist ein definierter Zu- bzw. Abfahrtskorridor für Einsatzfahrzeuge (vgl. SKKM 2018:36-40). An der Grenze zwischen teilsicherem und sicherem Bereich sollte nach Möglichkeit eine sogenannte geschützte Patientenablage (gPA) eingerichtet werden.

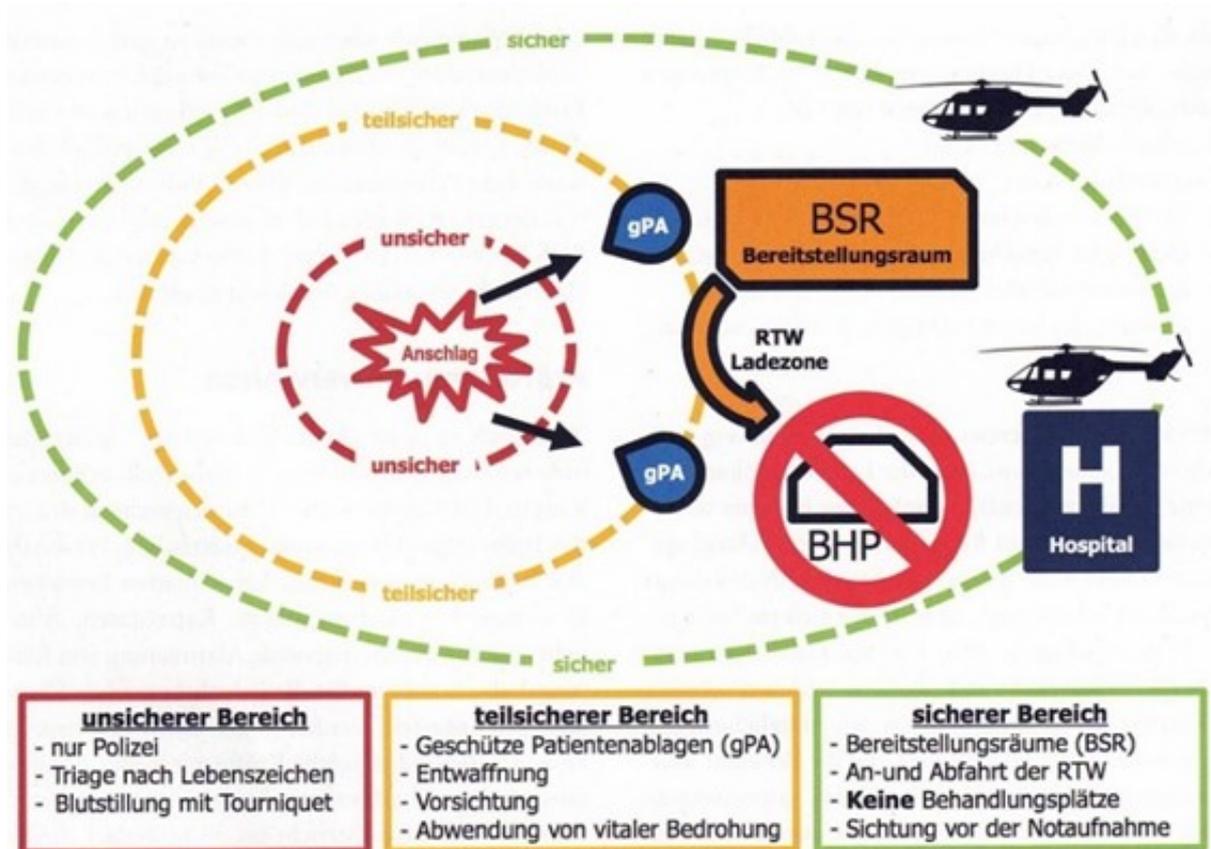


Abbildung 31: Gliederung des Einsatzraumes nach Zoneneinteilung (Quelle: HOSSFELD & HELM 2018: 20)

Dies ist der definierte Übergabebereich der verletzten oder betroffenen Personen, die von der Polizei an den Rettungsdienst übergeben werden. Im Idealfall sind diese geschützten Patientenablagen in Gebäuden oder anderen geschützten Bereichen. Von dort aus werden die Verletzten oder Betroffenen dann zu den jeweiligen Behandlungsplätzen, die weit abseits des Gefahrenbereiches liegen, transportiert (vgl. HOSSFELD & HELM 2018: 21–22). Aus der Abbildung 31 ist klar ersichtlich, dass sich auch innerhalb der grünen Zone kein Behandlungsplatz befindet.

In den meisten Fällen bilden sich sogenannte "spontane Patientenablagen" noch bevor der Rettungsdienst an der Einsatzstelle eintrifft. In diesen spontanen Patientenablagen helfen sich Betroffene gegenseitig mit Erste Hilfe Maßnahmen bis der Rettungsdienst mit der eigentlichen

notfallmedizinischen Versorgung beginnen kann. Für den eintreffenden Rettungsdienst ist es in Folge wichtig zu entscheiden, ob sich diese Patientenablage in einem Gefahrenbereich befindet und verlegt werden muss oder ob sich die Patientenablage im sicheren Bereich befindet und vor Ort belassen werden kann. Egal ob es sich um einen sicheren oder unsicheren Bereich handelt, die Aufenthaltsdauer sollte in solchen Lagen so kurz wie möglich sein (vgl. MARTEN 2019: 195).



Abbildung 32: Spontan gebildete, bereits abgesicherte Patientenablage (Quelle: MARTEN 2019: 195)

Bei einem Großeinsatz oder Massenansturm an Verletzten ist es für den Rettungsdienst Standard einen Behandlungsplatz, eine Sanitätshilfsstelle oder zumindest eine gut strukturierte Patientenablage aufzubauen. In einer taktischen Lage kann man keinen Behandlungsplatz wie gewohnt an der Einsatzstelle aufbauen, da Behandlungsplätze schwer zu schützende, weiche Ziele darstellen. Bei einer taktischen Lage muss mit der Strategie *"clear the scene and load and go"* gearbeitet werden (vgl. HOSSFELD & HELM 2018: 22).

7.3.2 Bereitstellungsräume für bodengebundene Einheiten und Einheiten aus der Luft

Ein weiteres wichtiges, taktisches Element für den Rettungsdienst bei einer Großeinsatzlage sind Bereitstellungsräume, sowohl für bodengebundene Einheiten als auch für Einheiten aus der Luft.

„Unter Bereitstellungsraum versteht man einen Ort außerhalb der Einsatzstelle, zu welchem die Einsatzkräfte maximal vorrücken dürfen und wo sie auf weitere Aufträge warten“ (ÖRK LV STMK 2017: 41).

Wie der Landesverband Steiermark des Österreichischen Roten Kreuzes in seiner Dienstvorschrift definiert hat, sind Bereitstellungsräume außerhalb der Einsatzstelle, bzw. außerhalb des Schadensortes um dort seine Kräfte zu bündeln und zu sammeln.

Bei einem Terroranschlag oder einer Amoktat ist es wahrscheinlich notwendig, dass man weitere Einheiten des Rettungsdienstes aus anderen Bereichen als Verstärkung der bereits eingesetzten Einheiten zusammenzieht. Hier ist zu beachten, dass sämtliche Kräfte nicht zum eigentlichen Einsatzort durch die Leitstelle geschickt werden, sondern abseits des Schadensortes, in einem sicheren Bereich, mehrere Bereitstellungsräume gebildet werden.

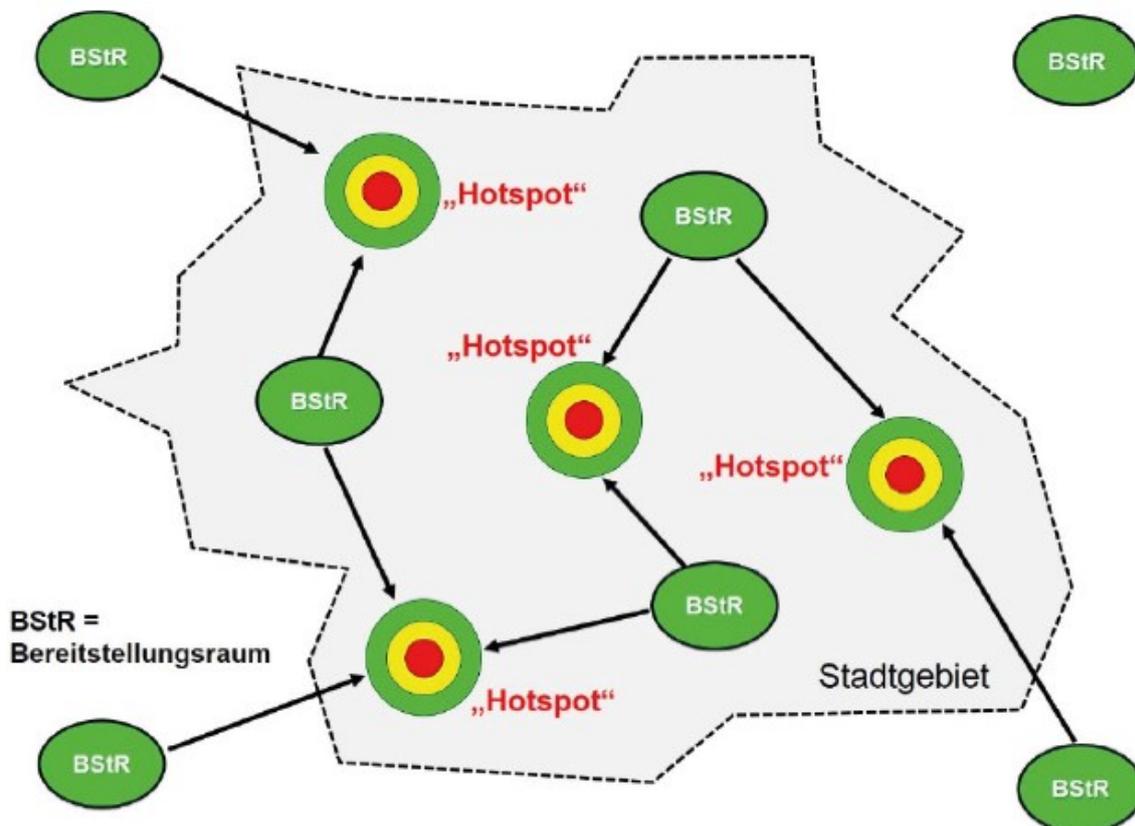


Abbildung 33: Schematische Darstellung der Bereitstellungsräume rund um mehrerer Hot-Spots in einem Stadtgebiet (Quelle: SKKM 2018: 43)

Dadurch kann auch eine Reservebildung gewährleistet werden. Ein einziger Bereitstellungsraum, wo sämtliche Einheiten des Rettungsdienstes auf Abruf bereitstehen, wäre ein zu großes Ziel für einen Second-Hit. Jene Bereitstellungsräume, aber auch die Behandlungsplätze, sollten nach Absprache mit der Polizei durch Exekutivbeamten abgesichert werden (vgl. HOSSFELD 2015: 577).



Abbildung 34: Absicherung des Rettungsdienstes durch Polizeibeamten beim Terroranschlag in Berlin 2016 (Quelle: BESCH et al. 2017: 25)

Bei einem Großschadensereignis haben Rettungshubschrauber eine große Bedeutung. Durch die schnell zugeführte Ressource eines Notarztes und vor allem durch den raschen Abtransport von Schwerverletzten sind Rettungshubschrauber in der Bewältigung von Großschadensereignissen nicht mehr wegzudenken. Anders ist es allerdings bei einer taktischen Lage. Bei einem Terroranschlag oder Amoklauf ist das Gefahrenpotential zu hoch um Rettungshubschrauber direkt vor Ort einzusetzen. Zivile Luftrettungsmittel haben keinen ballistischen Schutz und sind somit bei Start und Landung ein sehr leichtes Ziel welches weiter großen Schaden anrichten kann. Dennoch sollte nicht auf die Ressource von Rettungshubschraubern verzichtet werden. Um eine Verteilung der Patienten, aufgrund der hohen Anzahl von Schwerverletzten, auf überregionale Krankenhäuser und Spezialkliniken zu erreichen, müssen Rettungshubschrauber als sekundäres Transportmittel eingesetzt werden. Hier empfiehlt es sich einen eigenen Bereitstellungsraum für Rettungs- und

Intensivtransporthubschrauber einzurichten. Dieser Bereitstellungsraum muss in einer sicheren Entfernung zum Anschlagort sein und sollte, wenn möglich die Erfordernisse von mehreren Luftrettungsmitteln, wie zum Beispiel Tankmöglichkeiten, erfüllen. Es eignen sich hierfür zum Beispiel kleinere Flugplätze in sicherer Entfernung zum Ereignisort (vgl. SCHOLL 2018: 152-153). Sollte sich kein Flugplatz oder ähnliche Einrichtung im möglichen Einsatzradius befinden, kann jede geeignete ebene Großfläche als Bereitstellung für die Luftrettung in Betracht gezogen werden. Wenn dadurch keine Start- und Landeüberwachung durch einen Tower möglich ist, übernimmt der Pilot des ersten Rettungshubschraubers die Start- und Landekoordination am Boden (vgl. HOSSFELD et al. 2019:22-24).



Abbildung 35: NAH-Bereitstellungsraum Oberschleißheim beim Amoklauf in München (Quelle: HOSSFELD et al. 2019: 24)

7.3.3 Medizinische Versorgung

Bei jedem Einsatz, egal ob taktische Lage oder Routineeinsatz, hat die Sicherheit der Rettungskräfte am Einsatzort oberste Priorität. Vor allem auf Hinblick eines möglichen Second-Hits müssen die Rettungskräfte vorbereitet sein. Aber auch vom primären Tathergang können Sekundärgefahren wie Brände, instabile Infrastrukturen oder austretende Gase ausgehen (vgl. LADEHOF 2015: 112). Die Unterschiede zwischen der Individualmedizin und der rettungsmedizinischen Einsatztaktik bei taktischen Lagen kommen aus der Gefahrenlage des

Rettungsdienstpersonals, der erschwerten Zugänglichkeit von Verletzten, der Verletzungsarten, sowie dem Verhältnis zwischen Ressourcen und Versorgungsbedarf zustande. Dies zeigt sich vor allem bei Explosionsverletzungen sehr deutlich, wo die präklinische Versorgung vor Ort auf ein Minimum zu reduzieren ist. Hier steht die Stillung von lebensbedrohlichen Blutungen im Vordergrund, eine erweiterte notfallmedizinische Versorgung wie der Rettungsdienst es gewohnt ist, kann nur in abgesicherten Behandlungsplätzen erfolgen, welche sich in einem sicheren Abstand zum Tatort befinden, wie in Abbildung 34 gezeigt wird. In den aktuellen notfallmedizinischen Guidelines wird das Prinzip "stay and play" angewandt. Dies bedeutet, dass der Verletzte soweit vor Ort stabilisiert wird, um den Transport in ein geeignetes Krankenhaus zu überleben. Bei einer taktischen Lage kann dieses Prinzip aus Sicherheitsgründen nicht angewandt werden. Hier gelten die Versorgungsprinzipien "Load and go", "scoop and run" oder "save and go". Jene Prinzipien stellen den Transport, weg von der Einsatzstelle, aufgrund der nicht vorhandenen Sicherheit der Rettungskräfte und der Betroffenen, in den Vordergrund. Bekannte Versorgungsmethoden werden in den Hintergrund gestellt und müssen zeitlich später in einem sicheren Bereich durchgeführt werden (vgl. BESCH et al. 2017: 84–87). Durch standardisierte Versorgungsalgorithmen und einer einheitlichen Sprache und Kommunikation zwischen Polizei, Rettungsdienst und Krankenhaus kann die Versorgungsqualität der Verletzten verbessert und somit die Zahl der Verstorbenen nach einem Terroranschlag reduziert werden (vgl. BIELER et al. 2018: 181). Aus chirurgischer Sicht kann man die Verletzten nach einem Terroranschlag in 4 Gruppen unterteilen.

1. Unmittelbare lebensbedrohliche Verletzung
2. potentielle lebensbedrohliche Verletzung
3. typische Verletzungsmuster bei Schuss und Explosion
4. leichte Verletzungen ohne direkte Schuss- und Explosionswirkung

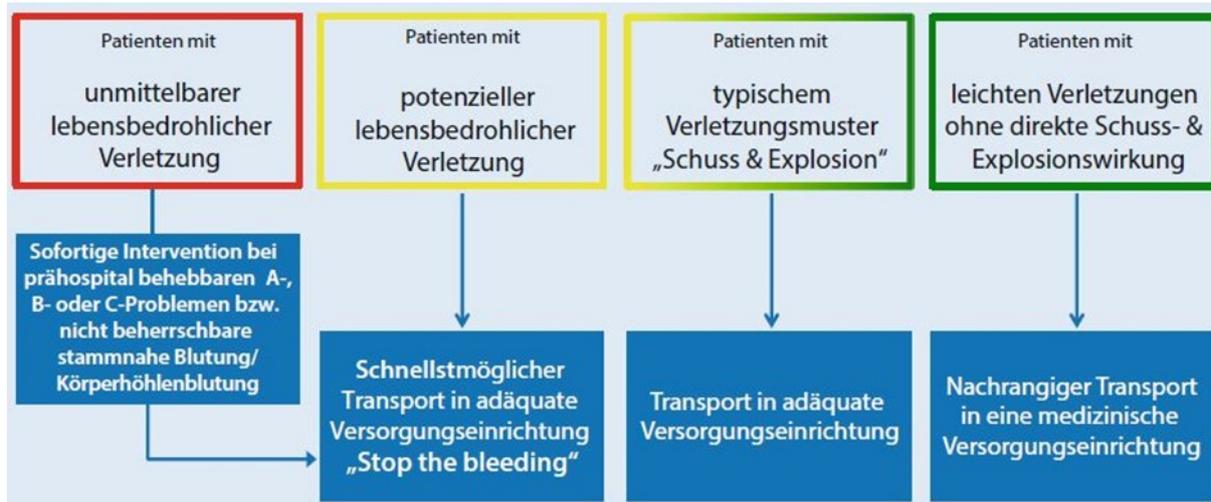


Abbildung 36: zu erwartende Patientengruppen im klinischen Management (Quelle: BIELER et al. 2018: 182)

Um die Gesamtleletalität der Opfer nach einem Terroranschlag reduzieren zu können, ist es wichtig, dass am Anfang diejenigen Verletzten gefunden werden, welche stammbnahe oder intrakavitäre Blutungen aufweisen (vgl. ebd.: 180-130). Unfallchirurgen in Deutschland raten dazu, dass die präklinische Versorgungsstrategie bei Terroranschlägen von Grund auf neugestaltet werden sollte. Nach einem Terroranschlag steht in der Versorgung im

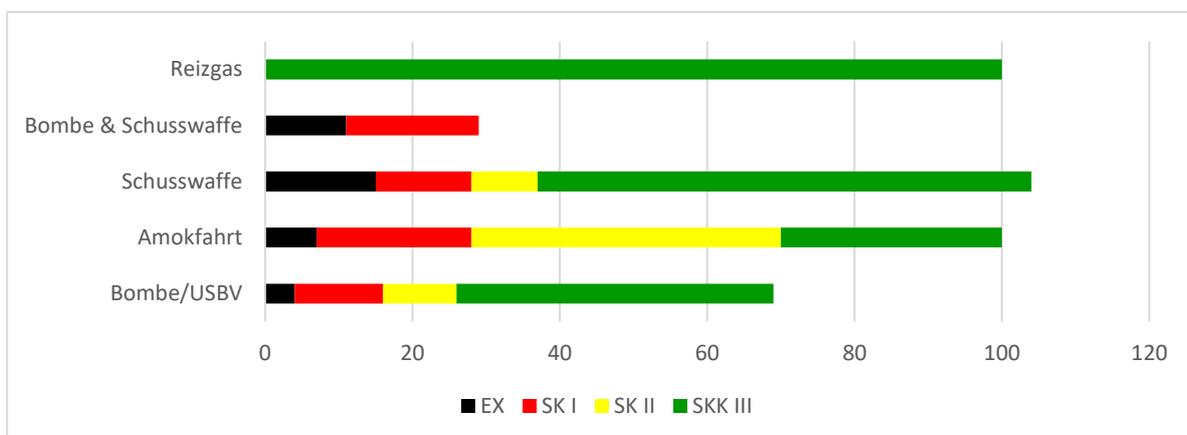


Abbildung 37: Verteilung der Sichtungskategorien je nach Waffenart (Quelle: JUNKEN et al. 2019: 306)

Krankenhaus nicht mehr die Individualmedizin, mit dem bestmöglichen Ergebnis für den einzelnen Patienten, im Vordergrund, sondern die Lebensrettung so vieler Patienten wie möglich und das funktionelle Ergebnis. Und dieser Wechsel hin zur Kriegsmedizin muss auch in der Präklinik durch den Rettungsdienst angewandt werden. Kriegsmedizin ist eine Medizin, die mit absolut reduzierten Mitteln betrieben wird und somit auch mit einem reduzierten Niveau durchgeführt werden kann (vgl. ZEDNICEK & GOERTZ 2018: 28–29). Wenn man sich die Art des Anschlages, also die Art der er eingesetzten Waffe, ansieht, ändert sich die Verteilung der Sichtungskategorien. Man kann somit nicht bei einem Terroranschlag pauschal von der

gleichen Verteilung von Patienten rechnen, wie bei einem anderen Großeinsatz. Hier ist es wichtig, die Art des Anschlages mit einzuberechnen. Die Abbildung 37 zeigt die verschiedenen Arten von Anschlügen und deren Auswirkungen auf die Verletzungsmuster der Patienten.

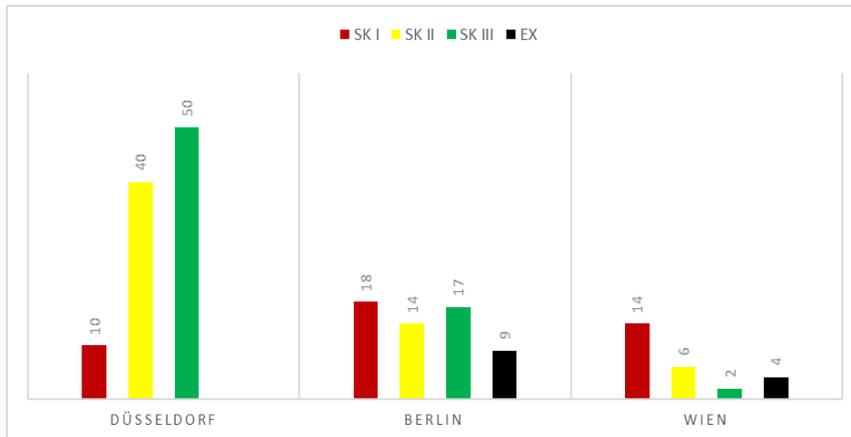


Abbildung 38: Verteilung der Sichtungskategorien je nach Waffenart (Quelle: JUNKEN et al. 2019: 306; LIPPAY 2021: 10)

Die Planungsgrößen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenschutz stellt somit zwar ein gutes Fundament, um Einsatzpläne und Einsatzkonzepte für solche Szenarien planen

zu können, dennoch müssen die einzelnen Ereignisse im Akutfall separat bewertet werden (vgl. JUNKEN et al. 2019: 306). Die Weiters zeigt die Abbildung 38 eine Aufstellung der Sichtungskategorien nach Beendigung verschiedener Terroranschläge oder Amoklagen in den vergangenen Jahren.

7.3.4 Eingliederung der Krankenhäuser in das Einsatzkonzept des Rettungsdienstes

Neben den einzelnen Einsatzorganisationen spielen bei einer taktischen Lage, wie zum Beispiel einem Terroranschlag oder einer Amoktat, auch andere Akteure in der Versorgung der Opfer eine wesentliche Rolle. Ein Terrorlage bringt nicht nur für den Rettungsdienst und die Exekutive Probleme mit sich, sondern auch für die Krankenhäuser. Ein Massenansturm von Verletzten, egal ob durch einen Terroranschlag oder durch sonstige Szenarien, erfordert zusätzlich zum Regeldienstbetrieb nicht nur materielle, sondern auch personelle Ressourcen eines Krankenhauses (vgl. KIPPNICH et al. 2019: 428). In diesem Kapitel wird darauf eingegangen wie wichtig Krankenhäuser in einer taktischen Lage sind und warum sie nicht nur als „Endpunkt“ für Patienten angesehen werden dürfen, sondern Teil eines Einsatzkonzeptes sein müssen und auch dementsprechend in die Planungen mit eingebunden werden sollten.

Bei den Terroranschlägen in den vergangenen Jahren wurden immer öfters Kliniken und kleine Krankenhäuser von Patienten, die entweder durch den Rettungsdienst eingeliefert wurden oder auch privat kamen, nahezu überrollt. Um solch einen gewaltigen Patientenzustrom von teils Schwerverletzten zu managen, bedarf es immer mehr eines konkreten Planes der Krankenhäuser um auf solche Situationen bestmöglich vorbereitet zu sein (vgl. VENTZKE & KEMMING 2019: 240). Dieser Plan sollte nicht nur die innerklinische Vorbereitung regeln und vorgeben, sondern auch die Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus regeln. Hier kann man zwischen zwei möglichen Krankenhäusern unterscheiden. Zum einen Krankenhäuser, die räumlich sehr nahe zum Einsatzort liegen und zum anderen Krankenhäuser, die räumlich weiter weg sind, aber doch noch als primäres Zielkrankenhaus des Rettungsdienstes angefahren werden.

Ein Krankenhaus, welches sich räumlich sehr nahe am Einsatzort befindet, aber sicher nicht alle Verletzten aufnehmen kann, sollte in das Versorgungskonzept des Rettungsdienstes mit aufgenommen werden. Aus den vergangenen Großlagen kann man sehen, dass sehr viele, vor allem leicht verletzte Personen, selbständig das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen werden. Hinzu kommen auch noch jene Verletzte, die durch die Rettungskräfte gebracht werden. Die meisten Ambulanzen und Notaufnahmen sind für so einen Patientenandrang nicht gerüstet. Eine Möglichkeit, um den erwartenden Patientenandrang kontrollieren zu können, wäre es einen Behandlungsplatz als Puffer vor dem Krankenhaus zu installieren um dort als Schnittstelle zwischen Rettungsdienst, Privatpersonen und Krankenhaus fungieren zu

können (vgl. VENTZKE & KEMMING 2019: 240). Prof. Dr. Thomas Wurmb, Leiter der Abteilung Notfall- und Katastrophenmedizin am Universitätsklinikum Würzburg sagte bei einer Großen Übung im Oktober 2018 folgendes:

„Es kann aber auch Situationen geben, in denen aus Sicherheits- oder Logistikgründen ein Aufbau eines Behandlungsplatzes in der Nähe des Schadensraums nicht möglich oder nicht sinnvoll ist. Stattdessen kann es besser sein, diese Sichtung und erste Patientenversorgung direkt ins Krankenhaus zu verlegen“

In der Regel werden Behandlungsplätze (BHP) oder Sanitätshilfsstellen (SanHiSt) direkt oder in unmittelbarer Nähe eines Einsatzortes aufgebaut und betrieben. Sollte aus bestimmten Gründen oder auf Grund der Art des Schadensereignisses, zum Beispiel eine taktische Lage, der Einsatzort nicht sicher sein, ist es sinnvoll den Behandlungsplatz oder die Sanitätshilfsstelle direkt im oder direkt vor dem Krankenhaus, zum Beispiel Rettungszufahrt, zu installieren. Somit kann man sämtliche Strukturen voll für einen Behandlungsplatz-Klinik (BHP-K) als erweitertes taktisches Element, nutzen (vgl. KIPPNICH et al. 2019: 429).



Abbildung 39: Aufbau BHP-K im Klinikum Würzburg (Quelle: JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG 2018)

Ein Behandlungsplatz, welcher einem Krankenhaus vorgelagert wird oder innerhalb des Krankenhauses betrieben wird, muss durch geschultes Personal gemanagt werden. Vor allem ein kontrollierter Zu- und Abstrom von Patienten, Betroffenen,

Unverletzten oder auch von Besuchern des Krankenhauses muss gelenkt werden. In so einem Einsatzfall darf der Zugang zum Krankenhaus nur mehr über einen Eingang, nämlich über die Notfallaufnahme oder über den Rettungseingang erfolgen. In Hannover hat sich hier die Zusammenarbeit mit der Freiwilligen Feuerwehr als sehr nützlich gezeigt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Feuerwehr haben hier die Aufgabe, den Patientenstrom zu lenken und zu kontrollieren (vgl. RUPPERT & HINKELBEIN 2018: 267-268).

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der hier hinzukommt, ist, dass ein Krankenhausgelände oder auch nur das Krankenhausgebäude besser zu schützen ist als ein so genanntes „weiches Ziel“, wie z.B. ein freistehender Behandlungsplatz nahe dem Einsatzort. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der vom Rettungsdienst und vom Krankenhaus nicht außer Acht gelassen werden darf, ist, dass auch ein geregeltes Abladen der Patienten in der Rettungszufahrt oder der Rettungsgarage des Krankenhauses stattfindet. In so einem Szenario ist es durchaus möglich, dass mehrere Rettungsfahrzeuge gleichzeitig das Krankenhaus erreichen. Hier würde es Sinn machen, einen Mitarbeiter des Rettungsdienstes als „Ablade-Koordinator“ einzusetzen, um ein geregeltes Abladen der Rettungsfahrzeuge in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus zu ermöglichen. Neben dem innerklinischen Management der Notaufnahme oder der Rettungszufahrt als Behandlungsplatz ist es notwendig auch eine Versorgung der Rettungswägen durch das Krankenhaus zu gewährleisten. Bei einem Massenansturm von Verletzten bleibt dem Rettungsdienst oft nicht die Zeit zum Stützpunkt zurückzukehren und ihre Rettungswägen wieder vollständig aufzufüllen, um dann wieder an die Einsatzstelle zurückzufahren. Vor allem im ländlichen Raum ist mit weiten Fahrstrecken zu rechnen und daher sinnvoll das Verbrauchsmaterial der Rettungswägen gleich in der Notaufnahme wieder aufzufüllen. Diese Bereitstellung von Verbrauchsmaterial für den Rettungsdienst sollte im Notfallplan des Krankenhauses berücksichtigt werden und natürlich mit dem Rettungsdienst abgesprochen und auch geübt werden (vgl. HOSSFELD & HELM 2018: 172-173).



Abbildung 40: Triagebereich in der Krankenhauszufahrt (Quelle: LIPPAY 2021: 48)

7.4 Ausbildung und Schulung der Rettungskräfte

Das richtige Vorgehen bei Anschlags- oder Amoklagen sollte standardmäßig in den Fortbildungsplan der im Einsatz beteiligten Einsatzorganisationen integriert werden. Vor allem auf die Sensibilisierung der Einsatzkräfte bezüglich Gefahrenpotential bei taktischen Lagen und auf die notwendige, organisationsübergreifende, enge Zusammenarbeit muss eingegangen werden (vgl. MARTEN 2019: 49). Sowohl Rettungsdienstkräfte als auch Feuerwehr- und Polizeikräfte sind stärker in der taktischen Verwundetenversorgung befähigt werden und eine dementsprechende Ausbildung nach bereits bestehenden Standards bekommen. Weiters wäre es sinnvoll, wenn in der Ersten-Hilfe-Ausbildung der breiten Bevölkerung die Themen von stark blutenden Wunden nach solchen Ereignissen näher gebracht werden um mehr Zivilisten zum Handeln nach einem Anschlag zu ermutigen. Nicht nur die richtige Ausbildung fehlt in manchen Bereichen, sondern auch das richtige Material. Denn auch ohne passendes Material kann der bestausgebildetste Rettungsdienstmitarbeiter einem Verletzten keine adäquate Versorgung zukommen lassen. Hier wird vor allem darauf hingewiesen, dass Tourniquets, die in der S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung zwar angeführt werden, dennoch noch zu wenige auf den Einsatzmitteln vorhanden sind. In diesem Zusammenhang wäre es ratsam, wenn sämtliche Polizisten im Außendienst mit Tourniquets standardmäßig ausgestattet werden um im Fall der Fälle genügend in der ersten Phase vor Ort zu haben. Ebenfalls wäre es ratsam, auf den einzelnen Rettungsmittel, egal ob Rettungswägen oder Krankentransportmittel, fertiggepackte Taschen mit Material für mindestens 5 Patienten vorzulagern (vgl. NEITZEL 2018: 566).

Ein für sehr viele Einsatzorganisationen strategischer Schritt ist die Nutzung von computergestützten Simulationssystemen in der Ausbildung für Einsatzkräfte und Führungspersonal. Vor allem die Faktoren Zeit, Kosten und Qualität zeigen bei einem Simulationstraining klar die Vorteile auf. Aufgrund des reduzierten Zeitaufwandes fallen nicht nur Kosten in der Vorbereitungs- und Nachbereitungszeit weg, sondern die Teilnehmer können eine Simulation öfters in kürzer Zeit wiederholen. Durch diese Trainingsmöglichkeit können Einsatzkräfte Szenarien immer und immer wieder wiederholen und somit mehr Lerninhalt mitnehmen (vgl. REICH et al. 2012: 2). Jegliche Form von Einsatztraining oder Übungen sollten so oft es geht mit dem gesamten Rettungsdienstpersonal, egal welche Funktion die Mitarbeiter haben, beübt werden. Zu Beginn einer Schulung eines neuen Einsatzkonzeptes, wäre es jedoch von Vorteil, wenn zuerst die Führungskräfte der

Organisation geschult werden. Mit dem Schulungsprinzip "von oben nach unten" kann das neu erlernte Wissen und die Methodik dann an die restlichen Mitarbeiter weitergegeben werden. Sollte es während der Einschulung der Mitarbeiter zu einem Einsatz nach dem entsprechenden Einsatzkonzept kommen, können Führungskräfte die richtigen Anweisungen bereits an die Rettungsdienstmitarbeiter weitergeben (vgl. MARTEN 2019: 51).

7.4.1 Übungen mit anderen Einsatzorganisationen

Egal ob Einsatzübungen oder Planspiele mit taktischen Lagen als Übungsthema, können diese ohne Einbindung der Polizei keinen Übungseffekt bringen und werden in einem realen Einsatz zu gravierenden, aber eigentlich vermeidbaren Fehlern führen (vgl. DOMBROWSKI 2019: 30). Durch Übungen werden verschiedene Probleme aufgezeigt. Zum Beispiel können hier die Probleme bei Schnittstellen als Fehlerquellen, z.B. zwischen Rettungsdienst und Polizei, besser erkannt werden (vgl. LATKA & LAKER 2021: 31). Um eine reibungslose, koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen beteiligten Einsatzorganisationen gewährleisten zu können, muss bereits im Vorfeld eine BOS-übergreifende Schulung stattfinden. In den USA und auch in Deutschland wurde diese Thematik bereits verstärkt in den Lehrplänen für Organisatorische Leiter im Rettungsdienst und Leitende Notärzte aufgenommen und angewendet (vgl. HÖFNER et al. 2015: 422).

8 PLANUNG DER DURCHFÜHRUNG – BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN

Nachdem der Einsatzleiter seinen Entschluss gefasst hat, muss die Durchführung des Entschlusses geplant werden. Dies ist unbedingt notwendig, um dem Einsatz eine Organisationsstruktur zu geben und somit eine Einteilung in sachlicher und räumlicher Hinsicht zu ermöglichen, damit auch ein Auftrag an die Dienstmannschaft erteilt werden kann (vgl. SKKM 2007: 29). Das Einsatzkonzept, welches nach der Lagebeurteilung und der Entschlussfassung besteht, wird in den meisten Fällen noch keine detaillierten Angaben beinhalten, das heißt die Einsatzkräfte wissen noch nicht welche Aufgaben sie konkret erledigen werden (vgl. LEVEN 2021: 107).

In dieser Arbeit wurden das Führungsverfahren und der Regelkreis der Führung als Grundstruktur angesehen. Mit der Entschlussfassung im Kapitel 7 wurden die Themen der Beurteilung der Lage, Kapitel 6, neu aufgerollt und mögliche Lösungsansätze, um einen Einsatz bei einer taktischen Lage abzuarbeiten, erläutert. Die Beantwortung der einzelnen, am Beginn der Arbeit, gestellten Forschungsfragen werden nun in diesem Kapitel als „Planung der Durchführung“ erklärt.

8.1 Forschungsfrage 1:

Durch welche Charakteristika unterscheidet sich eine taktische Lage, vor allem ein Terroranschlag oder Amoklauf, von einem sonstigen Großeinsatz wie zum Beispiel einem Busunfall?

Großeinsätze nach Terroranschlägen oder Amoktaten haben nicht unbedingt deutliche Charakteristika wie beispielsweise das unterschiedliche Vorgehen bei Herzinfarktpatienten und Patienten mit Oberschenkelfraktur. Dennoch sind die einzelnen Elemente des Großschadensmanagements in der Bewältigung eines Massenfalls von Verletzten nach einem Terroranschlag verschieden.

Bereits bei der Alarmierung der Einheiten wird man merken, dass, obwohl man vielleicht von einem Brand oder einer Gasexplosion ausgehen könnte, dennoch mehr Kräfte eingesetzt werden als man es gewöhnlich bei diesen Einsatzstichworten kennt. Beim Eintreffen der

ersten Einheiten wird die Rettungskräfte ein sehr unüberschaubares Lagebild erwarten, wenn man überhaupt bis zur die Schadensstelle zufahren kann. Bei einem Großeinsatz, bei z.B. einem Busunfall, wird die Schadensstelle übersichtlicher sein und die Rettungskräfte werden auch in den meisten Fällen an den Schadensort zufahren können, um dort ihre Behandlungsstelle in den gewohnten Konzepten und Strukturen aufbauen zu können. Aufgrund der Gefahrenlage vor Ort und den hoffentlich definierten, vorhin erläuterten Zonen, werden die Rettungskräfte nach einem Terroranschlag oder einer Amoklage diese gewohnten Konzepte nicht durchführen können. Der Behandlungsraum wird sich in der sicheren Zone befinden, der durchaus räumlich weit weg von der Schadensstelle sein kann. Die vorgefundenen Verletzungen werden auch nicht mit den „üblichen“ Verletzungen, welche im Rettungsdienst vorkommen, vergleichbar sein und die Anzahl der Verletzten und Betroffenen Personen wird auch eine deutlich andere sein, als die gewohnte.

Ein weiterer Parameter, der sich bei einer taktischen Lage verändern wird, ist die Ereignis- und Einsatzdauer. Anders als bei einem zivilen MANV muss das Ereignis, welches den Einsatz auslöst, noch nicht abgeschlossen sein, während die verschiedenen Einsatzorganisationen bereits ihre Arbeit aufnehmen. Ähnlich wie bei einem Großbrand werden die verschiedenen Einsatzkräfte während des Ereignisses agieren müssen. Dies kann aber nur passieren, wenn die Einsatzkräfte und hier vor allem jene der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr nur dort agieren, wo es die Sicherheitslage zulässt. Aufgrund dessen wird sich auch die Einsatzdauer länger gestalten als gewohnt.

Auch die mittlerweile gelebten und erprobten taktischen Konzepte, welche man aus dem Großeinsatzmanagement kennt, müssen neu erarbeitet werden. Nicht nur bei einem Amoklauf, sondern auch bei einem Terroranschlag kann es sein, dass sich der Schadensort räumlich viel weiter entfernt befindet als die Rettungskräfte, aufgrund der Gefahrenlage, zufahren können. Somit dehnt sich das ursprüngliche Raumkonzept des Großschadensfalls deutlich. Mitunter ergeben sich auch neue, wichtige taktische Räume, wie ein von der Polizei gesicherter Übergabepunkt, Zu- und Abfahrtskorridore durch Sperrzonen und Behandlungsplätze in den Notaufnahmen der Krankenhäuser.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass sehr viele der typischen Merkmale eines klassischen, zivilen MANV in die Einsatzkonzepte für taktische Lagen miteinfließen wird. Dennoch darf nicht unterschätzt werden, dass die gewohnten Handlungsabläufe nicht eins zu

eins übertragen werden können, sondern, aufgrund der möglichen Gefahrenlage, welche für die Einsatzkräfte in so einer Lage herrscht, großzügiger gedacht und geplant werden muss.

8.2 Forschungsfrage 2:

Muss der Einsatzleiter des Rettungsdienstes in einer taktischen Lage ein anderes Führungsverfahren anwenden als bei einem klassischen Großeinsatz?

Prinzipiell kann man diese Frage mit nein beantworten, dennoch kommt es auf die Einsatzlage an, wie sich die einzelnen Elemente des Führungsverfahrens verändern. Diese Änderungen machen sich bei einer taktischen Lage vor allem in Hinblick auf die Komplexität des Einsatzes, unter Berücksichtigung der Gefahrenlage, der möglichen Anzahl von Verletzten und somit auch auf den zeitlichen Faktor bemerkbar.

Nicht nur die vorhandene Gefahrensituation wie z.B. nach einem Bombenanschlag ist für die Rettungskräfte eine Belastung, sondern auch die ständig vorhandene potentielle Gefahr eines weiteren Anschlages auf die Rettungskräfte. Diese Gefahren wirken auf den Einsatzleiter sehr wohl anders als bei einem herkömmlichen Großeinsatz z.B. nach einem Bus- oder einem Zugunfall. Die Gefahrenlage bestimmt das gesamte Einsatzkonzept des Einsatzleiters und muss auf die vorherrschende Gefahrenlage angepasst werden und unterscheidet sich somit maßgeblich von den Konzepten, welche standardmäßig in Moment gelebt werden. Auch die mögliche Anzahl an Verletzten, Toten und zu betreuenden Personen nach einem Terroranschlag kann die üblichen Planungsgrößen des Rettungsdienstes bei weitem übersteigen. Dies wirkt sich in der Folge auch auf die einzelnen Krankenhäuser aus, die üblicherweise als Transportziel bei einem Massenanfall an Verletzten gesehen werden. Ebenfalls wirkt sich nicht nur die Anzahl der Verletzten auf die medizinische Versorgung aus, sondern auch die Verletzungsmuster die sich deutlich von jenen unterscheiden werden, welche der Rettungsdienst sonst gewohnt ist zu versorgen.

Unter Berücksichtigung aller oben genannten Faktoren kann gesagt werden, dass sich das Führungsverfahren in seinen Grundelementen nicht ändert. Dennoch werden die äußeren Einflüsse einer taktischen Lage die gewohnten Einsatzkonzepte massiv beeinflussen. Viele der genannten Punkte kann man auch nicht im klassischen Führungsverfahren abhandeln, da die

Zeit nicht vorhanden sein wird. Hier muss man als Einsatzleiter auf seine Erfahrung vertrauen und gewisse Entscheidungen im Kommandantenverfahren durchführen.

8.3 Forschungsfrage 3:

Bedarf es, aufgrund der Komplexität solcher Einsätze einer eigenen Schulung oder Ausbildung von Führungskräften und Sanitätern der Rettungsdienstorganisationen?

Das Thema rund um taktische Lagen im Rettungsdienst, also Massenanfälle von Verletzten nach Terroranschlägen oder Amokläufen, hat auf Grund seiner Komplexität betreffend Sicherheit von Mitarbeitern eine Dimension erreicht, dass es nicht einfach ein kleiner Bestandteil innerhalb einer allgemeinen Ausbildung oder Schulung zum Thema Großeinsatzmanagement sein kann.

Das Thema Großeinsatzmanagement ist bereits Thema in der allgemeinen Ausbildung zum Rettungssanitäter im Roten Kreuz. Hier wird verdeutlicht, dass es vor allem auf das ersteintreffende Fahrzeug an der Einsatzstelle darauf ankommt, dass die ersten wichtigen Schritte und welche Handlungen gesetzt werden. Diese erste Phase eines jeden Einsatz ist maßgeblich entscheidend für den gesamten Verlauf und Ausgang des Einsatzes. Dies spielt natürlich auch bei taktischen Lagen eine wesentliche Rolle. Dennoch ist es auch wichtig, dass zukünftige Rettungssanitäter nicht nur von Busunfällen oder Verkehrsunfällen mit mehreren Verletzten hören, sondern auch von der potentiellen Möglichkeit, dass sie zu einem Brandeinsatz alarmiert werden, der sich schlussendlich als Terroranschlag herausstellt.

Auch in der Führungskräfteausbildung muss man diesem Thema mehr Aufmerksamkeit zukommen lassen. Zukünftige Führungskräfte müssen mit den möglichen Gefahren konfrontiert werden, die bei solchen Einsatzlagen auf ihre Mitarbeiter und sich selber einwirken können und vor allem müssen sie Methoden und einfache Konzepte kennenlernen, wie z.B. das Zonenmodell, um den Einsatzort so sicher wie möglich gestalten zu können. Dies ist wichtig um den Einsatz erfolgreich zu beenden und damit nicht nur die Führungskräfte, sondern auch die Rettungssanitäter, welche an vorderster Front Schwerverletzte versorgen müssen, gesund und unversehrt nach dem Einsatz nach Hause kommen.

Regelmäßige Übungen mit sämtlichen Einsatzorganisationen und anderen Akteuren, wie z.B. Krankenhäuser, öffentliche Verkehrsbetriebe oder andere Infrastruktureinrichtungen, welche

bei einem Einsatz im Rahmen einer taktischen Lage vor Ort tätig werden, sind essentiell um Einsatzkonzepte auszuprobieren, kennen zu lernen und schließlich für einen Realeinsatz zu verinnerlichen. Übungen die im Zusammenhang mit Terroranschlägen oder Amokläufen abgehalten werden, können in der Bevölkerung vielleicht Angst verbreiten. Dies mag durchaus ein Grund sein solche Übungen nicht alle Monate durchzuführen. Dennoch gibt es bereits sehr gute Computersimulationen oder andere Simulationen, um dieses Thema auch in Lehrsälen sehr gut zu beüben. In dieser Form kann man auch einzelne Personengruppen, wie z.B. nur die Führungsebene der Einsatzorganisationen beüben.

Alles in allem kann man festhalten, dass dem Thema der taktischen Lagen im Rettungsdienst deutlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss als es zum heutigen Stand der Fall ist. Bei diesem Thema geht es mehr denn je um die Sicherheit der Einsatzkräfte und somit auch um die eigenen Mitarbeiter. Daher ist es besonders wichtig dieses Thema möglichst genau zu bearbeiten, dem Thema in Ausbildungen, Schulungen und Übungen genügend Zeit zur Verfügung zu stellen und die Mitarbeiter gut auf diese anspruchsvollen Einsatzlagen vorzubereiten.

8.4 Forschungsfrage 4:

Müssen Krankenhäuser in die taktischen Überlegungen des Rettungsdienstes mit eingebunden werden?

Krankenhäuser werden vom Rettungsdienst immer als Endpunkt des Einsatzes gesehen. Der Rettungsdienst fährt zu einem Einsatzort, an dem ein oder mehrere verletzte oder erkrankte auf Hilfe warten. Der oder die Verletzten oder erkrankten Personen werden vom Rettungsdienst versorgt und in das, den Verletzungen oder Erkrankungen entsprechende Krankenhaus transportiert und dort an die Ärzte übergeben. Dies ist ebenfalls bei einer MANV-Lage so. Bei einer MANV-Lage wie z.B. einem Busunfall werden vor Beginn des Abtransportes die freien Kapazitäten in den jeweiligen Krankenhäusern erhoben und je nach Rückmeldung die Krankenhäuser mit vorangekündigten Patienten beschickt.

In einer taktischen Lage wird dies für vor allem jene Krankenhäuser, die sich räumlich sehr nahe zum Einsatzort befinden, anders sein. In diesem Fall muss das Krankenhaus in die taktischen Überlegungen des Einsatzleiters Rettungsdienst mit aufgenommen werden.

Konkret wird das Krankenhaus sogar zu einem taktischen Raum des Einsatzkonzeptes des Rettungsdienstes. Da ein Krankenhaus kein weiches Ziel darstellt und somit leichter zu schützen ist, werden die räumlichen Strukturen des Krankenhauses vom Rettungsdienst genutzt. Es gibt zwei Möglichkeiten wie dies geschehen kann. Zum Ersten kann ein Behandlungsplatz vor dem Krankenhaus durch Mitarbeiter des Rettungsdienstes aufgebaut werden und gemeinsam mit dem Krankenhauspersonal betrieben werden, um eine Art Puffer zu bilden. Jene Patienten, die schwer verletzt sind, können gleich in das Krankenhaus gebracht werden, um die richtige medizinische Versorgung zu bekommen. Patienten, die nicht gleich beispielsweise notoperiert werden müssen, können vor dem Krankenhaus im Behandlungsplatz medizinisch versorgt werden. Jene Patienten würden dann später, sobald die Kapazitäten des Krankenhauses es erlauben oder ein Weitertransport in ein anderes Krankenhaus organisiert wurde, die passende Versorgung bekommen. Zum Zweiten wäre es auch denkbar, dass der Behandlungsplatz im Krankenhaus, z.B. im Bereich der Notaufnahme aufgebaut werden könnte. Dies hätte auch den Vorteil, dass es noch leichter wäre, den Behandlungsplatz-Klinik zu schützen, indem vor dem Eingang jeder Patient noch einmal auf möglichen Sprengstoff oder gefährliche Gegenstände durchsucht wird.

Egal welche dieser beiden Möglichkeiten gewählt wird, sie müssen mit dem jeweiligen Krankenhaus nicht nur abgesprochen, sondern auch regelmäßig geübt werden, um im Einsatzfall rasch die vorhandenen Strukturen entsprechend auf- oder umzubauen.

9 ZUSAMMENFASSUNG – DIE AUFTRAGSERTEILUNG

Auf Grundlage der Lagebeurteilung und der Entschlussfassung erfolgt der Auftrag und somit die Umsetzung des Plans der Durchführung. Als Grundlage für das Führungsverfahren der nachgeordneten Kräfte muss der Auftrag alle Vorgaben beinhalten, damit diese den Auftrag auch umsetzen können. Hier sind vor allem das zu verfolgende Ziel, die zu erfüllenden Aufgaben und die vorgegebenen Bedingungen die wichtigsten Bestandteile (vgl. SKKM 2007: 31).

Mit der Auftragserteilung beendet der Einsatzleiter sein Führungsverfahren. Nach dem Regelkreis der Führung wird dieses Führungsverfahren laufend evaluiert und gegebenenfalls auf Lageänderungen neu angepasst.

9.1 Lage

Die Gefahrenlage richtet sich nach der Art der Tat. Ein Terroranschlag, z.B. ein Bombenanschlag, löst eine stationäre Lage aus, die sich meist nur auf einen Ort beschränkt. In diesem Fall darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass es durchaus sein kann, dass zeitversetzt weitere Anschläge verübt werden. Diese Anschläge können als Second-Hit direkt an die verschiedenen Einsatzkräfte gerichtet sein, um so mehr Schaden anzurichten. Bei einem Amoklauf kann sich der Schadensort, also auch die Gefahrenzone für die Rettungskräfte räumlich weiter ausdehnen. In beiden Fällen ist es wichtig, so frühzeitig wie möglich einen Lageüberblick zu gewinnen und in Absprache mit der Polizei die ersten Sicherheitsmaßnahmen, wie die Definition der einzelnen Bereiche, in die Wege zu leiten.

In Hinblick auf die eigenen Einsatzkräfte ist es notwendig sowohl in der Grundausbildung zum Rettungssanitäter als auch in der Ausbildung zur Führungskraft das Thema der taktischen Lagen viel stärker behandelt werden, als bisher. Aufgrund der Tatsache, dass sich taktische Lagen nicht mit einem gewöhnlichen Massenansturm an Verletzten vergleichen lassen, ist es erforderlich dieses Thema in der Ausbildung gesondert zu behandeln. Die besonderen Umstände die taktische Einsatzlagen mitbringen, vor allem in Hinblick auf Gefahrenzonen, Eigensicherung und Verletzungsmuster, ist es unverzichtbar in der Ausbildung einen besonderen Fokus zu legen. Nicht nur die eigenen Kräfte des Rettungsdienstes müssen auf taktische Lagen vorbereitet werden, sondern auch andere wichtige Akteure, die im Rahmen

einer taktischen Lage in den Einsatz involviert sind. Hier sind vor allem die verschiedenen Krankenhäuser gemeint. Bei einer taktischen Lage dürfen die Krankenhäuser nicht als Endpunkt in der Rettungskette angesehen werden, sondern als Behandlungsstelle, die die Polizei sichern kann. So werden aus den Notaufnahmen und Ambulanzen Behandlungsstellen gemacht, die in einem normalen Großeinsatzmanagement vor Ort an der Einsatzstelle aufgebaut werden. Diese Behandlungsplätze dienen als geschützte Pufferzone, um den Patientenansturm auf das Krankenhaus besser koordinieren zu können. Entweder in sicheren, vom Tatort weit entfernten Behandlungsstellen oder am Behandlungsplatz im Krankenhaus wird es möglich sein, Verletzte adäquat zu versorgen. Auch die Versorgung der verletzten Personen wird für den Rettungsdienst nicht nach den gewohnten Versorgungsschemata ablaufen können. Ebenso ist es im Bereich der medizinischen Versorgung erforderlich, dass umgedacht wird. In einer taktischen Lage bestimmt nicht der Patient das Handeln der Rettungskräfte, sondern die Lage bestimmt das Handeln.

9.2 Entschluss

Hauptaufgabe der Einsatzkräfte ist es, die Sonderlage wie bei jedem andern MANV-Szenario zu ordnen, also beherrschbar zu machen, um für die Opfer eine mögliche Individualversorgung in absehbarer Zeit wieder herzustellen. Um dieses Ziel zu erreichen müssen die Polizeikräfte in der heißen Zone die Verletzten nach ihren Vorgaben versorgen und dem Rettungsdienst in der kalten Zone übergeben und dies auf dem schnellsten aber vor allem auf dem sichersten Weg (vgl. HÖFNER et al. 2015: 423). Die angesprochene Zoneneinteilung ist in Absprache mit der Exekutive so früh wie möglich durchzuführen. Je früher im Einsatz klar ist, wie weit der Rettungsdienst an die Schadensstelle vorrücken kann, desto sicherer ist es für die Einsatzkräfte des Rettungsdienstes. In der roten oder auch heißen Zone halten sich keine Einsatzkräfte der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr auf. Eine der wichtigsten Aufgaben des Rettungsdienstes bei einer taktischen Lage ist es, in Zusammenarbeit mit der Polizei und nötigenfalls auch mit der Feuerwehr, durch die Organisation der Einsatzstelle den geordneten Patientenfluss sicherzustellen. Damit dies gelingt, sind Patientenübergabepunkte mit der Polizei zu definieren. Dies bedeutet, dass die Polizei, in Absprache mit dem Rettungsdienst, Übergabepunkte an der Schnittstelle zwischen gelber und grüner Zone definieren muss. Von diesen Punkten müssen die Verletzten nach dem Prinzip "load and go" durch den Rettungsdienst zu den gesicherten Behandlungsplätzen in der grünen Zone gebracht werden.

Eine Versorgung ist nur auf lebensbedrohliche Maßnahmen zu beschränken. Sollte die Gefahrenabwehr abgeschlossen und somit die Sicherheit des Rettungsdienstes sichergestellt sein, kann der Schwerpunkt auf die medizinische Versorgung der Opfer verlagert werden (vgl. BESCH et al. 2017: 83–84).

9.3 Durchführung

Bei einer Terror-, Amok- oder Geisellage sind die wichtigsten taktischen Punkte, auf welche in der ersten Phase geachtet werden müssen, die taktische Raumordnung nach dem Zonenmodell, die Beseitigung der Gefahrenquelle oder das Verhindern weiterer Gefahren sowie die Erstversorgung an Verletzten. Diese Punkte müssen durch die ersteintreffenden Einsatzkräfte in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich, durchgeführt werden (vgl. HÖFNER et al. 2015: 414).

9.4 Einsatzunterstützung

Um die Einsatzkräfte der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr nicht in Gefahr zu bringen, muss die Versorgung von verletzten Personen in einem sicheren Bereich erfolgen. Gegebenenfalls ist es erforderlich den Bereich durch die Polizei zu sichern und kontrollieren zu lassen. Verletzte Personen werden in der roten Zone von ausgebildeten Rettungssanitätern der Polizei erstversorgt und an vorher definierten, gesicherten Übergabepunkten an den Rettungsdienst übergeben. Jene Übergabepunkte befinden sich im Zonenmodell an der Grenze zwischen gelber und grüner Zone, also zwischen teilsicherem und sicherem Bereich. An diesen Übergabepunkten wird die verletzte Person nicht vollständig versorgt, sondern es werden lediglich Maßnahmen gesetzt um lebensbedrohliche Verletzungen zu stabilisieren. Die Verletzungen werden anders sein, als man sie aus dem Regelrettungsdienst kennt. Es werden vermehrt starke Blutungen, Amputationen von Extremitäten, Schussverletzungen oder großflächige Thoraxverletzungen sein. Die verletzte Person wird anschließend durch einen gesicherten Korridor zu den weiteren Behandlungsplätzen gebracht. Diese Behandlungsplätze können in der sicheren Zone angesiedelt werden oder in den Notaufnahmen der nahegelegenen Krankenhäuser eingerichtet werden. In den

Krankenhäusern dienen die vorgeschalteten Behandlungsplätze als eine Art Puffer, um den Krankenhausbetrieb aufgrund der möglichen Überflutung an Verletzten nicht zu gefährden.

Aufgrund der Schwere eines solchen Anschlages muss mit einer Vielzahl an Verletzten gerechnet werden. Daher ist es unverzichtbar so früh wie möglich Reserveeinheiten zu alarmieren und in den zu stellen. Bei nachrückenden Einheiten ist darauf zu achten, dass nicht nur ein einziger großer Bereitstellungsraum angefahren wird, sondern, dass sich die nachrückenden Einheiten strategisch auf mehreren Bereitstellungsräumen ringförmig um die Einsatzstelle und um die Sperrzonen positionieren. Dadurch kann die Gefahr deutlich verringert werden, dass Einheiten gezielt durch einen Second-Hit in Gefahr gebracht werden. Diese Einheiten müssen nicht unbedingt für die Bewältigung der taktischen Lage in den Einsatz geschickt werden, sie werden auch für die entstehenden Interhospitaltransporte zwischen den Krankenhäusern eingesetzt. Ebenfalls werden die nachrückenden Einheiten die Aufgaben des Regelrettungsdienstes übernehmen, da die lokalen Kräfte dies nicht zusätzlich bewältigen können.

9.5 Führungsunterstützung

In einer taktischen Lage, sei es ein Terroranschlag oder eine Amoktat, wird der Einsatzleiter des Rettungsdienstes den Einsatz nicht alleine führen. Er ist vor allem auf den Einsatzleiter der Polizei angewiesen, um den Einsatz des Rettungsdienstes an die taktische Einsatzplanung der Exekutive anpassen zu können. In so einem Szenario muss ehest eine gemeinsame Einsatzleitung gebildet werden, damit auf möglichst kurzem, direktem Weg die verschiedenen Informationen zu den jeweiligen befehlsgebenden Stellen gelangen.

9.5.1 Einsatzleitung

Die Einsatzleitung und somit auch die Gesamtverantwortung des gesamten Einsatzes liegen bei der Exekutive. Jedoch nur durch die Zusammenarbeit aller am Einsatz beteiligten Einsatzorganisationen, kann eine solche Einsatzlage erfolgreich beendet werden (vgl. HÖFNER et al.2015: 423). Die gemeinsame Einsatzleitung, bestehend aus allen Einsatzleitern der beteiligten Einsatzorganisationen muss unter Berücksichtigung der Sicherheitslage am Schadenplatz und unter Berücksichtigung der Führungsgrundsätze den Einsatz leiten und

koordinieren. Um dies bereits im Vorfeld besser trainieren und abstimmen zu können, sollten regelmäßige Planspielübungen auf der Führungsebene der Einsatzorganisationen abgehalten werden.

9.5.2 Verbindung

Jede Einsatzorganisation, die am Einsatz beteiligt ist, muss einen Verbindungsoffizier zur jeweiligen Leitstelle der anderen Einsatzorganisation entsenden, um eine lückenlose Zusammenarbeit gewährleisten zu können. Diese Zusammenarbeit ist vor allem bei taktischen Einsätzen so wichtig, da es jederzeit zu Lageänderung, welche die Sicherheit der verschiedenen Einsatzkräfte betrifft, kommen kann.

10 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK

Die Herausforderung bei taktischen Einsatzlagen besteht darin, dass man vorhandene Einsatzkonzepte für MANV-Lagen mit der Komponente der taktischen Medizin verknüpfen muss, um den Einsatz erfolgreich abschließen zu können. Um dies erreichen zu können, sind die geltenden Einsatzkonzepte an eine mögliche taktische Lage anzupassen.

Auch innerhalb der Einsatzorganisation muss das Verständnis für die Komplexität taktischer Lagen entwickelt werden. Damit einhergehend muss auch in der Grundausbildung von Rettungskräften und in der Ausbildung zukünftiger und in den Fortbildungen bestehender Führungskräfte das Thema taktische Lagen stärker zum Inhalt werden. Einen Terroranschlag oder einen Amoklauf kann man nicht einfach mit bestehenden Einsatzkonzepten von MANV-Einsätzen abarbeiten. Um eine TAG-Lage bewältigen zu können, ist die unmittelbare Reaktion der verschiedenen Einsatzleiter auf die Bedrohung, auf die taktische Raumordnung, die Versorgung der Verletzten und der Schutz der eigenen Einsatzkräfte entscheidend. Um nicht nur in der Theorie neue Einsatzkonzepte und Zonenmodelle kennen zu lernen, muss dieses Theoriewissen auch regelmäßig bei Übungen mit den einzelnen Einsatzorganisationen trainiert werden. Dadurch können auch die Einsatzorganisationen untereinander lernen und eine gemeinsame Sprache und Strategie entwickeln um in Zukunft bei Bedrohungslagen besser zusammen zu arbeiten. Dies kann aber nur gelingen, wenn nicht nur Führungskräfte, sondern auch einfache Rettungssanitäter sich mit der Materie beschäftigen, die Komplexität von taktischen Einsatzlagen kennen und wissen bis wohin reicht mein Wirkungsbereich und wo ist es für mich als Mitarbeiter des Rettungsdienstes zu gefährlich.

Wie man leider am Terroranschlag in Wien am 2. November 2020 sehen konnte, ist diese Art von Einsatz nicht mehr nur ein Übungsszenario, sondern wurde schneller als man dachte auch in Österreich zur Realität. Aus diesem Grund ist es nun an der Zeit, taktische Einsatzlagen auch als Rettungsdienstorganisation in Österreich ernst zu nehmen. Nicht nur zum Schutz der Bevölkerung, sondern auch zum Schutz der eigenen Mitarbeiter.

11 LITERATURVERZEICHNIS

ASCHBACHER H. & KARLSEDER M. (2020): XVRSIM Einsatz im ÖRK Landesverband Steiermark. – Graz.

BESCH F., BÖRNER S., GRAGER A. & HENRICH V. (Hrsg.) (2017): Spezielle Einsatzlagen: Maßnahmen bei Anschlag, Amok, Räumung und Evakuierung, Suizid und Personensuche. – Landsberg am Lech.

BIELER D., KOLLIG E., ACHATZ G., FRIEMERT B. & FRANKE A. (2018): Typische Verletzungen durch terrorassoziierte Ereignisse und ihre Implikationen für die Erstversorgung. – In: Trauma und Berufskrankheit (20), 177-187.

BOHNEN R. (2020). Besondere Bedrohungslagen: (Amok, Terror, Geiselnahme). – In: KNICKMANN A., PIEPHO T. & OBERKINKHAUS J. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik. – Edewecht, 414–464.

BRAUN P. & FRÖHLICH C. (2018): Einsatzorganisationen beim MANV: Eine Übersicht. – In: Im Einsatz 25 (April), 27-31.

DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) (Hrsg.) (2017): Prävention von und Umgang mit Übergriffen auf Einsatzkräfte der Rettungsdienste und Feuerwehr. – Berlin.

DI MICOLI M. & BIELER D. (2015): Explosionsverletzungen. – In: NEITZEL C. & LADEHOF K. (Hrsg.): Taktische Medizin: Notfallmedizin und Einsatzmedizin. – Berlin, 269-294.

DOMBROWSKI C. (2019): Die erste Bombe lockt, die zweite tötet: Der Second Hit. – In: Taktik Medizin 2 (2), 28-31.

EICHEN P.M., HOLZBACH S. & BLOMEYER R. (2018): Einsatztaktik und notfallmedizinisches Management in der Initialphase eines School Shootings. – In: Notfall und Rettungsmedizin (21), 447-456.

ELLIS C. (2021): Der Anschlag in Christchurch. Die Bedeutung der Ersteintreffenden Einsatzkräfte. – In: Taktik Medizin 4 (1), 16-21.

ERBE R.-D. (2017): Anschlag auf den Weihnachtsmarkt 2016. – In: Im Einsatz 24 (5), 16-20.

GENT A. (2020): Verletzungsmuster bei Anschlägen und Gewalttaten. Untersuchungen aus Großbritannien. – In: Taktik Medizin 3 (4), 50-55.

GOERTZ S. (2019): Massenansturm von Verletzten durch islamistischen Terrorismus. Neue quantitative und qualitative Herausforderungen für Rettungskräfte, Polizei und Krankenhäuser. – In: JOST J., HANSEN S. & KRAUSE J. (Hrsg.): Jahrbuch Terrorismus 2017/18. – Opladen et al. (= Jahrbuch Terrorismus, Band 8), 251-308

HÄFNER M. (2017): Mainzer Phasenmodell. Schutz für Einsatzkräfte in potenziellen Gefahrenlagen. <http://mainzer-phasenmodell.de> (15.08.2021).

HÄFNER M. (2019): Das Mainzer Phasenmodell – Führungsinstrument für mögliche Gefährdungslagen. – In: Bevölkerungsschutz (4), 20-22.

HENKE T., FREUND F., WIEPRICH D., HELM M., BERGOLF M. & BYHAHN C. (2017): Der Terroranschlag von Berlin – Die Vorgeschichte, der Einsatz und die Konsequenzen aus präklinischer Sicht. Eine Betrachtung aus der ersten Reihe. – In: Der Notarzt (33), 54-60.

HÖFNER J., LADEHOF K. & STOCKER J. (2015): Besondere Einsatzlagen – Amok. – In: NEITZEL C. & LADEHOF K. (Hrsg.): Taktische Medizin. Notfallmedizin und Einsatzmedizin. – Berlin, 413-432).

HOSSFEL B., ADAMS H. A., (2017): Zusammenarbeit von Rettungskräften und Sicherheitsbehörden bei bedrohlichen Lagen. Ergebnisse eines nationalen Konsensusgesprächs. – In: Anästhesie und Intensivmedizin 5 (Oktober), 573-583.

HOSSFELD B. & HELM M. (2018a): Rolle der Notaufnahme in Krisen. – In: SCHOLTES K., WURMB T. & RECHENBACH P. (Hrsg.): Risiko- und Krisenmanagement im Krankenhaus. Alarm- und Einsatzplanung. – Stuttgart, 169-174.

HOSSFELD B. & HELM M. (2018b): Organisationsübergreifend und interprofessionell in „bedrohlichen Lagen“: Was muss beachtet werden? – In: Rettungsdienst Jahrgang (41), 169-174.

HOSSFELD B., RUPPERT M. & HELM M. (2019): Die Rolle von Rettungshubschraubern in „bedrohlichen Lagen“: Was muss beachtet werden? – In: Taktik Medizin 2 (2), 22-24.

JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG (2018): Training für den Ernstfall. <https://www.uni-wuerzburg.de> (22.08.2021). - Würzburg

JUNCKEN K., HELLER A.R., CWOJDZINSKI D., DISCH A.C. & KLEBER C. (2019): Verteilung der Sichtungskategorien bei Terroranschlägen mit einem Massenansturm von Verletzten. Analyse

und Bewertung der Ereignisse in Europa von 1985 bis 2017. – In: Der Unfallchirurg 122 (4), 299-308.

KIPPNICH M., KIPPNICH U., MARKUS C., DIETZ S., BRAUN R., PIERAGS G. & WURMB T. (2019): Der Behandlungsplatz innerhalb eines Krankenhauses als mögliches taktisches Werkzeug zur Bewältigung eines Massenanfalls von Patienten. – In: Der Anästhesist (68), 428-435.

LADEHOF K., REDMER D., NEITZEL C., OFFTERDINGER M. & KANZ K.G. (2018): Einsatztaktik beim Massenanfall in Bedrohungslagen.- In: Notfall + Rettungsmedizin (21), 462-468.

LATKA E. & LAKER S. (2021): Amoklauf an einer Schule. Simulation offenbart Kommunikationsschwächen. – In: Taktik Medizin 4 (1), 28-31.

LEVEN F.-J. (2021): Stabsarbeit bei Großveranstaltungen. Planung – Durchführung – Nachbereitung von sanitätsdienstlichen Großeinsätzen. – Edewecht.

LIPPAY C. (2021): Terroranschlag in Wien. 9 Minuten zwischen Notruf und Sicherstellung. – In: Taktik Medizin 4 (1), 8-14.

MARTEN D. (2019): Feuerwehr in Polizeilagen. Einsatz bei Gewaltereignissen. Besondere Gefahrenlagen. – Stuttgart.

MARTEND. & JEPSEN J. (2021): Bewältigung von Amoklagen. Der Axtangriff am Düsseldorfer Hauptbahnhof. – In: Taktik Medizin 4 (1), 22-27.

MÜLLER S. (Hrsg.): Notarzt und Rettungsassistent beim Terroranschlag. – Edewecht (=SEGmente Vol. 11).

MÜLLER-TISCHER J. (2018): Öffentlichkeitsarbeit in Polizeilagen. Gute Absprachen sind extrem wichtig. – In: Im Einsatz 25 (Juni), 30-32.

NEITZEL C. & KOLLIG E. (2015): Schussverletzungen. – In: NEITZEL C. & LADEHOF K. (Hrsg.): Taktische Medizin. Notfallmedizin und Einsatzmedizin. – Berlin, 252-268.

NEITZEL C. (2018): Versorgung von Notfallpatienten in Bedrohungslagen. – In: Notfall + Rettungsmedizin (21), 560-567.

NEUMANN S. (2020): Arten von MANV-Einsätzen und Planungsverteilung. – In: KNICKMANN A., PIEPHO T. & OBERKINKHAUS J. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik. – Edewecht, 176-235.

NEUMANN S. & HOFMANN K. (2020): Ordnung von Raum und Personal. – In: KNICKMANN A., PEIPHO T. & OBERKINKHAUS J. (Hrsg.): Handbuch für Organisatorische Leiter und Leitenden Notarzt. Planung, Führung, Taktik. – Edewecht, 306-312.

ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz) (Hrsg.) (2021): Basismodul Terror- Amok- und Geisellagen. <https://kurse.rotekreuz.at> (22.08.2021). – Wien.

ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz) (Hrsg.) (2017): Großeinsatzmanagement Rahmenvorschrift. – Wien.

ÖRK LV STMK (Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark) (Hrsg.) (2016): Zusammenarbeit bei polizeilichen Einsätzen. Handbuch. – Graz.

ÖRK LV STMK (Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark) (Hrsg.) (2017): Großeinsatzmanagement. Dienstvorschrift IV. – Graz.

ÖRK LV STMK (Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark) (Hrsg.) (2020): Mitarbeiterportal. <https://portal.st.rotekreuz.at> (22.08.2021). – Graz.

ÖRK LV STMK (Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark) (Hrsg.) (2021): Führungskräfteausbildung. Schulungsunterlage. – Laubegg.

REICH M., ASCHBACHER H. & HANSAK P. (2012): Einsatzleitung im virtuellen taktischen Raum. Das Rote Kreuz Steiermark geht neue Wege. – Laubegg

RUPPERT M. & HINKELBEIN J. (Hrsg.) (2018): Notfallmedizin in Extremsituationen. – Berlin.

SCHOLL H. (2018): Handbuch Luftrettung. Organisation, Einsatz, Taktik und Technik. – Edewecht.

SCHOLTES K., WURMB T. & RECHENBACH P. (Hrsg.) (2018): Risiko- und Krisenmanagement im Krankenhaus. Alarm- und Einsatzplanung. – Stuttgart.

SEFRIN P. (2017): Besondere Lage – Terroranschlag. – In: Der Notarzt 33 (2), 68-80.

SKKM (Staatliches Krisen- und Katastrophenmanagement) (Hrsg.) (2018): Polizei & SKKM. Handbuch für Terror-, Amok- und Geisellagen für Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben. – Wien.

SKKM (Staatliches Krisen- und Katastrophenmanagement) (Hrsg.) (2017): Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz. – Wien.

VENTZKE M.-M. & KEMMIN G.I. (2019): Der Aufwachraum als Behandlungsplatz. – In: Notfall + Rettungsmedizin (3), 240-247.

VENTZKE M.-M., ZIEGLER B., PETER M. & KEMMING G.I. (2019): Terrorlagen in ländlicher Region. – In: Notfall + Rettungsmedizin (22), 240-247.

WUCHER, M. (2019). Rettungsdienstliche Führung in einer Polizeilage. Stumpf & Kossendey Verlag. Symposium Taktische Lage im Rettungsdienst - Düsseldorf.

WURMB T., HOSSFELD B. & ZOLLER G. (2018): Polizei und Rettungsdienst bei der Bewältigung lebensbedrohlicher Einsatzlagen. – In: Notfall + Rettungsmedizin (21), 576-584.

ZEDNICEK S. & GOERTZ S. (2018): TerrorMANV durch islamistische Anschläge. Analyse der Taktik und Wirkmittel. – In: Rettungsdienst 41 (5), 24-30.

12 KURZFASSUNG

Die Bedrohung durch terroristische Anschläge oder Amokläufe in Europa hat in den letzten Jahren stark zugenommen und erfordert sowohl von Polizei und Rettungskräften, als auch von den Krankenhäusern ein Umdenken in der notfallmedizinischen Versorgung. Gerade in lebensbedrohlichen Einsatzlagen muss die Medizin hinter der Taktik zurückstehen und die taktische Lage geklärt werden, bevor medizinische Maßnahmen sinnvoll greifen können (vgl. HOSSFELD 2015: 573-574). Einsatzkräfte, egal, ob Rettungsdienst oder Polizei, befinden sich gerade bei taktischen Einsatzlagen oftmals zwischen der Aufgabenerfüllung auf der einen Seite und der Eigengefährdung auf der anderen Seite (SKKM 2018: 45). Die letzten Anschläge in Mitteleuropa zwingen den zivilen Rettungsdienst, sich mit den Besonderheiten taktischer Lagen auseinander zu setzen und das eigene Personal entsprechend auch auszubilden und auszurüsten. Auch für die Sicherheitsbehörden wird dies zu einem neuen Thema, denn in unsicheren oder bedrohlichen Zonen kann einzig die Polizei taktisch richtig agieren. Dementsprechend übernimmt sie in diesen Bereichen nicht nur die Verantwortung für die Kontrolle des oder der Täter, sondern auch für die Patientenrettung und für den Schutz des Rettungsdienstpersonals. Bei Großeinsätzen wie Zugunfällen, Großbränden oder auch bei taktischen Lagen wie z.B. Terror- oder Amoklagen werden von sehr vielen Rettungskräften gut durchdachte Strukturen zur Patientenversorgung und zur allgemeinen Schadensbekämpfung abverlangt. Führungskräfte müssen daher das Einsatzbild stets im Auge behalten, um ihr eigenes Handeln dementsprechend auszurichten und nötigenfalls zu optimieren (vgl. BRAUN & FRÖHLICH 2018: 27-31).

Ziel dieser Arbeit ist es, das Verständnis für den Unterschied zwischen einem „normalen“ Massenanfall von Verletzten und einem taktischen Massenanfall von Verletzten zu vermitteln und die daraus entstandenen Unterschiede in der Einsatztaktik des Rettungsdienstes und die Unterschiede in der Versorgung des Rettungsdienstpersonals näher zu bringen. Auch Führungskräfte von Rettungsdienstorganisationen müssen auf diese speziellen Einsatzlagen geschult und ausgebildet werden, um mit der richtigen Einsatztaktik ihr eigenes Personal zu schützen. Das Bewusstsein für solche Einsatzlagen muss weiter vertieft und verschärft werden.

13 ABSTRACT

The threat of terrorist attacks or rampages in Europe has increased sharply in recent years and requires police and rescue workers, as well as hospitals, to rethink emergency medical care. Particular in life-threatening situations, medicine has to stand back to tactics and the tactical situation has to be clarified before medical measures can meaningfully take effect (HOSSFELD 2015: 573-574). Emergency services, whether rescue services or the police, often find themselves between performing their tasks on the one hand and putting themselves at risk on the other, especially in tactical situations (SKKM 2018: 45). The last attacks in Central Europe are forcing the civil rescue service to deal with the particularities of tactical situations and to train and equip their own personnel. Also security authorities have to face these new situations, because in unsafe or threatening zones only the police has the ability to act tactically in a correct way. In this context not only responsibility for controlling the perpetrator has to be taken, but also patient rescue and protection of the emergency service staff must be considered. In large-scale operations, such as train accidents, large fires or tactical situations such as terrorist or amok attacks, well-planned procedures for patient care and general damage control are required from rescue workers. Managers therefore must always keep an eye on the deployment scenario in order to align their own actions according to the specific situation and, if necessary, to optimize them (BRAUN & FRÖHLICH 2018: 27-31).

The aim of this work is to improve the understanding of the difference between a "normal" and a tactical mass casualty and to point out the resulting differences in the deployment tactics and the caretaking of the rescue service. In order to protect their own staff with the right tactics, managers of rescue service organizations have to be trained properly in these special situations and awareness of such situations needs to be deepened and sharpened.