



MASTER THESIS | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Strukturen von Stäben zur Krisenbewältigung in Krankenhäusern im Osten
Österreichs

verfasst von | submitted by

Ferdinand Schaludek BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree 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:

Dr. Harald Willschke

DANKSAGUNG UND ANMERKUNG

Danksagung:

Ein großer Dank gebührt meinen Eltern, die mich bei meinen diversen Ausbildungen und Tätigkeiten immer stets unterstützt haben. Insbesondere möchte ich meiner Mutter danken, die sich immer wieder die Zeit genommen hat, meine Arbeit Korrektur zu lesen.

Ebenso danke ich meinen Kommiliton*innen des OeRISK Zyklus 9. Der regelmäßige Austausch und die gegenseitige Unterstützung haben das ohnehin schon spannende Studium zu einer unvergesslichen und lehrreichen Zeit gemacht. Diese Gemeinschaft hat einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, die Herausforderungen der Studienzeit mit Freude und Motivation zu meistern.

Mein aufrichtiger Dank gilt auch Herrn Ao. Univ. Prof. Dr. Harald Willschke, MSc, der mich bei dieser Arbeit betreut hat. Vor allem für den unkomplizierten und schnellen Austausch.

Zu guter Letzt gebührt der größte Dank den Personen, die bereit waren, sich für die Interviews Zeit zu nehmen und ihre Erfahrungen zu teilen. Ohne ihre wertvollen Beiträge und Offenheit wäre die Beantwortung meiner Forschungsfragen nicht möglich gewesen.

Anmerkung:

Um die Sorgfalt und Offenheit sicherzustellen, sollte erwähnt werden, dass die Arbeit mehrfach Korrektur gelesen wurde, wie unter anderem von meiner Mutter. Zusätzlich wurde davor als unterstützende Maßnahme und zur Aufrechterhaltung und Gewährleistung der notwendigen grammatikalischen und rechtschreiblichen Qualität der Arbeit, KI gestützte Large Language Modelle eingesetzt. Die inhaltliche Ausarbeitung erfolgte vollständig und selbständig durch mich, Ferdinand Schaludek.

I INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Zielsetzung	2
1.3	Forschungsfrage	3
1.4	Aufbau der Arbeit	4
2	Grundlegendes	5
2.1	Begriffsdefinitionen	5
2.2	Kritische Infrastruktur	13
2.2.1	Kliniken als Kritische Infrastruktur	15
2.3	Alarm- und Einsatzplanung	16
2.3.1	Erstellung eines Alarm- und Einsatzplans	18
2.4	Führungsverfahren	21
2.4.1	Führungsebenen	21
2.4.2	Führungsverfahren	22
2.4.3	Entscheidungsfindung	24
2.5	Führungsmodelle in der Krise	25
2.5.1	Stabs-Modell	27
2.5.2	ICS-Modell	32
2.6	Der Krisenstab	34
2.6.1	Aufbau	36
2.6.2	Einrichtung und Materialien	36
2.6.3	Kommunikation	37
3	Rechtliche Grundlagen	39
3.1	Rechtliche Rahmenbedingungen für Krankenhausalarm- und Einsatzpläne in der Region Ost	39
3.1.1	Wien	39
3.1.2	Niederösterreich	40
3.1.3	Burgenland	40

4	Methodik	41
4.1	Literaturrecherche.....	41
4.1.1	Identifikation	41
4.1.2	Selektion.....	42
4.1.3	Bewertung	43
4.2	Empirische Erhebung	44
4.2.1	Identifikation	44
4.2.2	Selektion.....	44
4.2.3	Interviewdurchführung	45
4.2.4	Transkription.....	48
4.2.5	Kodierung und Auswertung	49
4.2.6	Konstruktvalidität und Qualitätssicherung.....	51
5	Ergebnisse der empirischen Erhebung	53
5.1	Krankenhausalarm- und Einsatzpläne im Osten Österreichs	53
5.2	Führungsmodell in den Kliniken im Osten Österreichs	55
5.2.1	Ergebnis über die Stabsstruktur aus dem ersten Interview.....	55
5.2.2	Ergebnis über die Stabsstruktur aus dem zweiten Interview	56
5.2.3	Ergebnis über die Stabsstruktur aus dem dritten Interview.....	56
5.2.4	Ergebnis über die Stabsstruktur aus dem vierten Interview.....	57
5.2.5	Ergebnis über die Stabsstruktur aus dem fünften Interview.....	57
5.3	Arbeitsweise der Stäbe in den Kliniken im Osten Österreichs	59
5.3.1	Führungsverfahren in den Stäben	59
5.3.2	Kommunikation.....	60
5.3.3	Hilfsmittel in den Stäben	60
6	Analyse	62
6.1	Krankenhausalarm- und Einsatzpläne	62
6.2	Führungsstruktur.....	62
6.2.1	Stabsorganisation	63
6.2.2	Qualitätssicherung des Stabes	67

7	Diskussion (inkl. kritischer Reflexion und Limitationen)	70
7.1	Zusammenfassung und Interpretation.....	70
7.1.1	Modell	70
7.1.2	Alarmierung und KAEP	70
7.1.3	Struktur	72
7.2	Kritische Reflexion und Limitationen	73
7.3	Implikationen für die Praxis	74
7.4	Empfehlungen für weiterführende Forschungen	77
8	Schlussfolgerungen	80
	Literaturverzeichnis	83
	Normenverzeichnis	87
	Sonstige Quellen	88
	Deutschsprachiges Abstract	89
	Abstract	90
	Anhang	91

II TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Darstellung der verwendeten Suchbegriffe bei der Literaturrecherche....	42
Tabelle 2: Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien zur Literaturrecherche	43
Tabelle 3: Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien zu den Experteninterviews	45
Tabelle 4: Darstellung über die durchgeführten Interviews	47
Tabelle 5: Besetzung der Stabsfunktionen.....	63

III ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Eigene Darstellung des Katastrophenmanagementzyklus (Quelle: ÖNORM S 2304:2011: 11)	11
Abbildung 2: Regelkreis der Führung (Quelle: Bundesministerium für Inneres 2007: 17)	23
Abbildung 3: Eigene Darstellung der Gliederung des Stabes (Quellen: Jachs 2011: 246 und Lamer 2021: 115ff.)	26

IV ANHANGSVERZEICHNIS

1. Interviewleitfaden.....	91
2. Einverständniserklärung zum Interview	93
3. Häufigkeit der Codierung	94

V ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
ABC-Gefahr	Atomare, biologische und chemische Gefahren
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
APCIP	Austrian Program for Critical Infrastructure Protection
Bgl.	Burgenland
BIZ	Betroffeneninformationszentrum
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben
BM.I	Bundesministerium für Inneres
bzw.	Beziehungsweise
CBRN	chemische, biologische, radiologische und nukleare Agenzien
CdS	Chef*in des Stabes
DV	Dienstvorschrift
ERCC	Emergency Response Coordination Center
EL	Einsatzleiter*in
FGG	Führungsgrundgebiet (gleichzusetzten mit dem Sachgebiet)
HICS	Hospital Incident Command System
ICS	Incident Command System
IP	Interviewpartner*in
KEL	Krankenhauseinsatzleitung
KAEP	Krankenhausalarm- und Einsatzplan
KRITIS	Kritische Infrastrukturen
KOFÜ	kollegiale Führung
MANV	Massenanfall von Verletzten
NÖ	Niederösterreich
S	Sachgebiet bzw. Stabsgrundfunktion
S1	Sachgebiet 1
S2	Sachgebiet 2
S3	Sachgebiet 3
S4	Sachgebiet 4
S5	Sachgebiet 5
S6	Sachgebiet 6
SKKM	Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement
Tab.	Tabelle
o. D.	ohne Datum
vgl.	vergleiche
VwS	Verwaltungsstab
z.B.	zum Beispiel

„By failing to prepare, you are preparing to fail“

-Benjamin Franklin

1 EINLEITUNG

Im Rahmen der Masterarbeit wird ein Thema bearbeitet, welches in einer Gesundheitseinrichtung und für das Gesundheitssystem allgemein in einer Katastrophe relevant ist. Es handelt von der Struktur von Stäben zur Bewältigung von Krisen in Klinik im Osten von Österreich. Die Bildung eines Stabes in Kliniken stellt nämlich ein essenzielles Element des Krisenmanagements dar. In einem dynamischen und oft herausfordernden Umfeld wie dem Gesundheitswesen ist die Fähigkeit, auf unvorhergesehene Ereignisse oder Katastrophen schnell und effektiv zu reagieren, von entscheidender Bedeutung. Diese Führungsstruktur in so einer Einrichtung muss klar definiert sein und gewisse Strukturen aufweisen (vgl. Wurmb et al. 2017b: 594ff.). Denn ein aktueller Bericht der Europäischen Kommission weist auf die zunehmende Bedeutung eines effektiven Katastrophenrisikomanagements hin. Besonders im Hinblick auf den Klimawandel, extreme Wetterereignisse und grenzüberschreitende Gesundheitskrisen wie Pandemien ist ein effektives Katastrophenrisikomanagement von großer Bedeutung. Kritische Infrastrukturen sind dabei besonders gefordert, ihre Resilienz zu stärken und auf verschiedenste Szenarien vorbereitet zu sein. Störungen in der Energieversorgung und der Kommunikationssysteme oder auch die Auswirkungen von Hitzewellen und Überschwemmungen stellen ernsthafte Risiken dar (vgl. Europäische Kommission 2024: 1ff.).

In der Arbeit wird untersucht, unter welchen Bedingungen in Kliniken Stäbe gebildet werden und wie deren Strukturen aussehen. Ziel ist es, die Entscheidungsprozesse und organisatorischen Abläufe zu analysieren, die zu einer Aktivierung des Stabes führen. Weiters sollen die Rollen und Verantwortlichkeiten der beteiligten Akteure beleuchtet werden. Diese ist von großer Relevanz, da ein effektiver Stab nicht nur zur Sicherung des Klinikbetriebs, sondern auch zum Schutz der Patient*innen und des Personals in Ausnahmesituationen beitragen kann.

1.1 Problemstellung

In den letzten Jahren ist das Thema Katastrophenvorsorge zunehmend in den Fokus gerückt. Die immer häufigeren und intensiver auftretenden natürlichen Ereignisse, wie Erdbeben oder Starkregen, sowie die globalen Bedrohungen durch Kriege und politische Unruhen, zeigen die Notwendigkeit von Katastrophenplänen auf. Solche Krisensituationen weisen auf, wie verwundbar kritische Infrastrukturen, insbesondere Spitäler und andere Gesundheitseinrichtungen, sind. Besonders eines der jüngsten Ereignisse, die Covid-19-Pandemie zeigte, wie wichtig die Vorsorge und das Erstellen eines Krankenhausalarm- und Einsatzplanes ist. Denn Krankenhäuser stießen durch die Pandemie an ihre Kapazitätsgrenze (vgl. Arora et al. 2020). Dies bewies, wie wichtig es ist, dass Kliniken nicht nur den regulären Betrieb aufrechterhalten können, sondern auch auf Extremsituationen, wie eine Pandemie, vorbereitet sind. Ein weiteres, jüngeres und sehr präsent Ereignis, das die Wichtigkeit von Plänen und

funktionierenden Notfallsystemen deutlich machte, ereignete sich in Graz. Am 10. Juli 2025 kam es in einer Schule zu einem Amoklauf. Im LKH-Univ. Klinikum Graz wurde daraufhin die höchste Alarmstufe ausgelöst. Bei dieser Alarmstufe kann von rund 100 verletzten Personen ausgegangen werden (vgl. Kriechbaum 2025). Angesichts der Vielzahl möglicher Krisenszenarien, denen Krankenhäuser ausgesetzt sein können beziehungsweise mit denen sie konfrontiert werden, angefangen bei der bereits erwähnten Pandemie, über diverse Naturkatastrophen bis hin zu großflächigen Stromausfällen, ist es unerlässlich, dass Gesundheitseinrichtungen über praxistaugliche Katastrophenpläne verfügen. Diese Pläne müssen klare Handlungsanweisungen und Strukturen bieten. Es wird dadurch ermöglicht, in der Krise schnell und effektiv zu reagieren, um sicherzustellen, dass die Sicherheit der Patient*innen sowie des Personals gewährleistet wird. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Pläne ist die Festlegung von Führungsstrukturen, die im Ernstfall aktiviert werden. Solche Strukturen, wie etwa Krisenstäbe, sind entscheidend, um den reibungslosen Ablauf sicherzustellen. Ein gut strukturierter Krisenstab spielt bei der Notfallbewältigung eine wichtige Rolle. Doch es stellt sich die Frage, wie Krisenstäbe in den östlichen österreichischen Kliniken aufgebaut sind und ab wann diese aktiviert werden.

1.2 Zielsetzung

Die Zielsetzung der Masterthesis ist, zu untersuchen, welche theoretischen Modelle eines Stabes es im Kontext von Kliniken gibt. Im Mittelpunkt steht dabei die Analyse, unter welchen Bedingungen ein Stab in einer Klinik in Ostösterreich aktiviert wird und wie die jeweiligen Strukturen konkret aufgebaut sind.

Die Zielsetzung der Masterthesis ist es:

- Herauszufinden, ob die Kliniken die „Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz“ (2007) für die Stabsarbeit zu Hilfe nehmen
- Herauszufinden, wann sich ein Krisenstab in einer Klinik bildet
- Zu überprüfen, ob es einen unterschiedlichen Aufbau der Stäbe in Kliniken gibt
- Herauszufinden, welche Hilfsmittel verwendet werden
- Ergebnisse von Experteninterviews zu vergleichen

Es wird erwartet, dass die Führungsstruktur in einer österreichischen Klinik stabsähnlich aufgebaut wird und dass diese nach der „Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz“ aufgebaut ist. Zudem wird erwartet, dass der Krisenstab bei einer globalen Katastrophe hochgefahren wird.

1.3 Forschungsfrage

Aus dem Resultierenden von Kapitel „1.2 Zielsetzung“, lautet die primäre Forschungsfrage daher: „Wie sieht die Struktur eines Krisenstabes in einer Klinik im Osten Österreich aus?“

Aus den in der Problemstellung geschriebenen Inhalten ergibt sich die Formulierung der Hypothesen und der daraus resultierenden Forschungsfragen.

Für die primäre Forschungsfrage gliedern sich drei Hypothesen und drei Unterforschungsfragen heraus:

Hypothese 1:

In den östlichen Krankenhäusern von Österreich wird bei Krisen primär das Dokument vom SKKM „Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz“ herangezogen.

Unterforschungsfrage 1:

„Welches Führungsverfahren wird in einem im östlich liegenden österreichischen Krankenhaus bei einer Krise angewendet?“

Hypothese 2:

In einem Krankenhaus wird ein Krisenstab dann gebildet, wenn ein Massenanfall von Verletzten bzw. Erkrankten stattfindet.

Unterforschungsfrage 2:

„Wann bildet sich ein Krisenstab in einer Klinik im Osten Österreichs?“

Hypothese 3:

Die Strukturen eines Krisenstabes sind in allen Kliniken gleich.

Unterforschungsfrage 3:

„Wie sieht die Struktur eines Krisenstabes in einer Klinik aus?“

Dadurch erschließt sich das Ziel der Arbeit, Klarheit über das Krisenmanagement in einer Klinik im Osten Österreichs zu schaffen.

1.4 Aufbau der Arbeit

Dieser Abschnitt der Arbeit dient als Einführung in die Thesis und soll einen kurzen Überblick über den Aufbau der Kapitel geben.

Der nächste Abschnitt mit dem Titel „Grundlegendes“ behandelt die theoretischen Grundlagen rund um das Thema Stabsarbeit in Kliniken. Hier werden zentrale Begriffe erklärt, die für das Verständnis der Thematik wichtig sind. Ziel ist es, ein besseres Verständnis für die folgenden Kapitel zu schaffen. Daran anschließend folgt ein Kapitel über die rechtliche Grundlage des Krankenhausalarm- und Einsatzplans (KAEP) für die definierte Region Ost mit den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland.

Im darauffolgenden Abschnitt wird die gewählte Methodik beschrieben. Diese gliedert sich in zwei Teile. Zum einen handelt es sich um die Literaturrecherche, welche die Basis der Arbeit bildet. Zum anderen wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Hierfür wurden Personen mit entsprechender Expertise interviewt.

Die Ergebnisse dieser Interviews werden im fünften Kapitel beschrieben. Zuerst wird erläutert, wann und wie ein KAEP aktiviert wird. Danach folgen zwei Unterkapitel, die sich mit der dritten Unterforschungsfrage beschäftigen: „Wie sieht die Struktur eines Krisenstabes in einer Klinik aus?“. Im Kapitel 5.2 werden dazu einzelne Aussagen aus den Interviews zur Stabsstruktur zusammengefasst. Der letzte Teil des fünften Kapitels widmet sich der Arbeitsweise der Stäbe in den Kliniken im Osten Österreichs. Dabei werden insbesondere das Führungsverfahren, die Kommunikation sowie unterstützende Hilfsmittel thematisiert.

Im nächsten Abschnitt folgt die Analyse. In diesem werden die Ergebnisse aus den Interviews mit der Literatur in Verbindung gesetzt. Ziel ist es, die theoretische Ausgangslage mit den gewonnenen Erkenntnissen zu beleuchten.

Der vorletzte Abschnitt umfasst die Diskussion. Hier wird zunächst die Zielsetzung der Arbeit zusammengefasst und die wichtigsten Erkenntnisse werden wiederholt. Daran schließt eine kritische Reflexion mit einer Beschreibung der Limitationen an. Zusätzlich folgen Empfehlungen für die praktische Umsetzung sowie Hinweise für weiterführende Forschung.

Abschließend bildet die Schlussfolgerung den letzten inhaltlichen Teil der Arbeit. Darin werden zentrale Erkenntnisse nochmals zusammengefasst. Im Anschluss folgen das Literaturverzeichnis, das Abstract sowie der Anhang.

2 GRUNDLEGENDES

Ziel dieses Kapitels ist es, ein klares Verständnis der terminologischen Grundlagen und der Thematik zu schaffen, um die Ausführungen im weiteren Verlauf der Arbeit besser nachvollziehen zu können. Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel mit dem Unterkapitel „Begriffsdefinitionen“ angefangen.

2.1 Begriffsdefinitionen

In dieser Arbeit kommen verschiedene Fachbegriffe zum Einsatz, die im Kontext des Katastrophenmanagements von Bedeutung sind. Dieses Kapitel dient dazu, möglichst viele relevante Begriffe detailliert zu erläutern und deren Bedeutung sowie deren Zusammenhang mit dem Thema der Arbeit verständlich darzulegen.

Ereignis

Ein Ereignis umfasst alle zeitlich und räumlich begrenzten Vorgänge, unabhängig davon, ob diese den menschlichen Lebensraum betreffen. Das Ereignis wird erst gefährlich, wenn es einen möglichen Schaden verursachen kann. Die Definitionen von den Begriffen wie „Gefahr“ und „Risiko“ basieren auf diesem wesentlichen Grundsatz (vgl. Rudolf-Miklau 2009: 2f.).

Gefahr

Gefahr ist ein potentiell Ereignis bzw. Phänomen, das sich hauptsächlich durch zwei Merkmale bestimmen lässt. Das eine Merkmal ist die Häufigkeit und das andere das Ausmaß ihrer Wirkung. Die Häufigkeit gibt an, wie oft ein Risiko auftritt, während das Ausmaß die Intensität bzw. die Stärke seiner Wirkung beinhaltet. Dieser Umfang kann durch die Intensität bzw. Amplitude eines Prozesses zum Ausdruck kommen. Diese Risiken können aus unterschiedlichen Ursachen entstehen. Das größte Feld sind die aus der Natur, die in verschiedene Gefahrenklassen unterteilt werden können. Diese sind: „Geologische Gefahren“, „Meteorologische Gefahren“, „Hydrologische Gefahren“, „Biologische Gefahr“ und Gefahren, welche durch Feuer oder Schnee hervorgehen können. Es gibt auch technologische und soziale Risiken, die sich aus menschlichen Handlungen ergeben können. Je ausgeprägter und je öfter diese Risiken auftreten, umso höher ist das mögliche Schadensrisiko für Mensch und Umwelt (vgl. Rudolf-Miklau 2009: 2ff.).

Risiko

Risiko wird unterschiedlich definiert. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass Risiko das Produkt aus der Eintrittswahrscheinlichkeit und des Schadenausmaßes ist. Die Eintrittswahrscheinlichkeit wird je nach Szenario untersucht, sowie beurteilt, je nachdem, welche Personen oder Objekte der Gefahr exponiert sind. Das Risiko wird

aus technischer, wirtschaftlicher oder sozialer und gesellschaftlicher Sicht unterschiedlich verstanden.

Nach der ISO 31000 müssen Risiken identifiziert, analysiert, bewertet und reduziert werden, sodass die Auswirkungen ein akzeptables Ausmaß erreichen. Wichtig zu erwähnen ist, dass es, unabhängig von der Qualität der Maßnahmen, immer ein Restrisiko geben wird (vgl. Rudolf-Miklau 2018: 17ff.).

Ein Risiko beschreibt auch die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis bestimmte Auswirkungen auf eine Organisation, Einrichtung oder Gemeinschaft hat. Im Kontext des Bevölkerungsschutzes bedeutet dies mögliche Verluste von Menschenleben, Beeinträchtigungen der Gesundheit oder Einschränkungen von wirtschaftlichen Aktivitäten, Dienstleistungen oder kritischen Infrastrukturen. Risiken sind oft kalkulierbar, das heißt, sie können analysiert, bewertet und durch präventive Maßnahmen minimiert werden. Ein effektives Risikomanagement konzentriert sich darauf, potenzielle Gefahren zu identifizieren und frühzeitig Maßnahmen zu entwickeln, um deren Auswirkungen abzumildern. Ein zentraler Bestandteil davon ist eine offene und transparente Risikokommunikation, die alle relevanten Akteure einbindet und so die Grundlage für eine planvolle Bewältigung schafft (vgl. Scholtes et al. 2018: 29).

In den Kliniken sind Risikomanagements fest etabliert. Bei dieser Form des Managements geht es darum, dass durch präventive Maßnahmen und systematische Planungen Risiken minimiert und im günstigsten Fall sogar verhindert werden. Bei einer Planung des Risikomanagements spielt die Risikoakzeptanz auch eine Rolle. Generell gibt es diverse Empfehlungen und Tools für Risikomanagement. Ein effektives Risikomanagement trägt maßgeblich dazu bei, das Krisenmanagement zu entlasten bzw. Krisen zu verhindern. Damit ein solches System jedoch erfolgreich umgesetzt werden kann, müssen bereits im Vorfeld geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden. Zudem wird eine verantwortliche Person mit der Unterstützung von genügend Personalressourcen, sowie Zeit benötigt. Ohne diese Voraussetzungen läuft das Risikomanagement Gefahr, zu scheitern oder nur wenig brauchbare Ergebnisse zu liefern. Um sich ausreichend und detailliert mit potenziellen Gefahren sowie den entsprechenden Schutzmaßnahmen einer Einrichtung auseinanderzusetzen, ist ein Risikomanagement notwendig (vgl. Scholtes et al. 2018: 74ff.). Die Risiken können hierbei durch drei Maßnahmen gesteuert werden. Die erste Maßnahme ist eine Vermeidung von Risiken. Dies wird bewerkstelligt, indem Prozesse und Rahmenbedingungen sicherheitsorientiert gestaltet werden, sodass Gefahren nicht eintreten können. Hierbei sollte besonders betont werden, dass immer ein Restrisiko übrigbleibt. Die zweite Maßnahme ist eine gezielte Minimierung und dadurch eine Reduktion von Risiken. Die dritte Maßnahme ist eine Abwälzung auf Versicherungen. Die identifizierten Risiken müssen kontinuierlich überwacht und regelmäßig evaluiert werden, um sicherzustellen, ob sich diese verändert haben oder

gar weggefallen sind. Zudem muss darauf geachtet werden, ob neue Risiken hinzugekommen sind (vgl. Frodl 2022: 105ff.).

Notfall

Wenn von Notfall die Rede ist, dann handelt es sich um eine Situation eines plötzlichen, unvorhersehbaren Ereignisses, das unverzügliches Handeln erfordert, um negative Folgen zu reduzieren. Ein Notfall passiert an einem abgegrenzten Ort und innerhalb einer bestimmten Zeitspanne. Ein solches Ereignis kann in der Regel mit den vorhandenen Ressourcen geregelt werden (vgl. Scholtes et al. 2018: 137f.).

Krise

Primär muss zwischen Risiken und Krisen unterschieden werden. Die Krise ist im Gegensatz zum Risiko ein plötzliches und oft unerwartet eintretendes Ereignis, das ein hohes Eskalationspotenzial haben kann. Zu diesem besteht ein großes öffentliches Interesse. Eine Krise hat zwar eine zeitliche Begrenzung, ist aber durch ihren störenden Charakter gekennzeichnet, der zu einer unmittelbaren Handlung zwingt. Beispiele für solche Krisensituationen sind Hygieneskandale, schwere Behandlungsfehler oder die Häufung von Infektionen in einer medizinischen Einrichtung. Ein Stromausfall ist ein weiteres Szenario, das immer wichtiger wird, besonders in sensiblen Bereichen eines Krankenhauses. Die Ursachen für einen Stromausfall können vielfältig sein. Angefangen von technischen Störungen bis hin zu externen Einflüssen wie terroristischen oder kriminellen Angriffen auf das Stromnetz. Die Auswirkungen eines solchen Ereignisses sind potenziell lebensbedrohlich, da essenzielle medizinische Geräte ausfallen und der Betrieb der gesamten Einrichtung beeinträchtigt werden kann. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer umfassenden Planung für derartige Notfälle. Ein durchdachter Katastrophenplan, der alternative Energiequellen, wie Notstromaggregate, berücksichtigt, sowie ein Krisenstab, der die Koordination und Umsetzung von Sofortmaßnahmen übernimmt, sind essenziell, um die Patientensicherheit und den Klinikbetrieb auch unter solchen extremen Bedingungen aufrechtzuerhalten (vgl. Scholtes et al. 2018: 29ff.).

Es gibt systematische Ansätze für Risiko- und Krisenmanagement-Prozesse, die für die Erstellung von Plänen hilfreich sind. Der PDCA-Ansatz, der auch als Deming-Zyklus bezeichnet wird, stellt einen solchen Ansatz dar. Die Anwendung des PDCA-Ansatzes bzw. Zyklus ist eine zentrale Methodik im Qualitätsmanagement und dient auch als Grundlage für die Verbesserung von Krisenmanagementprozessen (vgl. Kippnich et al. 2022: 1ff.). Einer der Vorteile des PDCA ist, dass dieser in sämtlichen Branchen angewendet werden kann. Ein weiterer Vorteil ist, dass dieser schnell und einfach angewendet werden kann. Aufgrund seines Zyklus kann dieser Ansatz eine umfassendere Analyse der Arbeitsprozesse ermöglichen und wiederkehrende Fehler oder Probleme vermeiden. Dieser Ansatz besteht aus vier Hauptphasen, welche in den internationalen Werken auf Englisch beschrieben werden. Die erste Phase ist der

„Plan“, bzw. auf Deutsch „Planen“. Die zweite Phase ist „Do“ bzw. auf Deutsch „Umsetzen“. Die dritte Phase ist „Check“, übersetzt mit „Überprüfen“. Die letzte sowie vierte Phase ist „Act“, welche am besten mit „Handeln“ übersetzt werden kann. Anschließend wiederholt sich dieser Prozess (vgl. REFA AG 2023). Im ersten Schritt muss vorgeplant werden. In dieser Phase müssen Fragen wie „Was ist das Hauptproblem, um das wir uns kümmern müssen?“, „Welche Ressourcen werden dafür benötigt?“, „Welche Ressourcen stehen dafür zu Verfügung?“ „Was ist die beste Lösung?“ und „Was sind die Ziele?“ beantwortet werden. Die zweite Phase ist für die Umsetzung von Maßnahmen zuständig. In dieser Phase können auch Probleme auftreten, die nicht einkalkuliert waren. Dafür ist die dritte Phase da. Hier werden die Maßnahmen überprüft und kontrolliert ob der Plan tatsächlich funktioniert. In dieser Phase können auch die ungeplanten Probleme identifiziert und beseitigt werden. Die vierte Phase, die „Act“-Phase kann erst angewendet und standardisiert werden, wenn alle Prozesse reibungslos ablaufen. Danach wird dieser zum Standard. Jedoch muss beachtet werden, dass dieser neue Standard ständig überwacht und evaluiert gehört (vgl. Naydenov o.D.).

Eine Weiterentwicklung des PDCA-Zyklus ist der ZSTAR-Kreis. Dieses Modell wird in der Arbeit von Kippnich et al. (2022) beschrieben. Dieses fokussiert sich auf die systematischen Analysen und Optimierung von Risiko- und Krisenmanagementprozessen, insbesondere in Organisationen des Gesundheitswesens. Ziel des ZSTAR-Kreises ist es, auf Krisen und komplexe Lagen effektiv zu reagieren. Mögliche Schwachstellen frühzeitig zu erkennen und die internen Prozesse kontinuierlich zu verbessern. Der ZSTAR-Kreis basiert auf den Erfahrungen aus realen Krisensituationen, wie beispielsweise der COVID-19-Pandemie oder der Hochwasserkatastrophe im deutschen Ahrtal im Jahr 2021 (vgl. Kippnich et al. 2022: 2ff.). Die Buchstaben ZSTAR stehen für:

- *„Ziele*
 - *Strategie*
 - *Taktik*
 - *Reevaluation“*
- (Kippnich et al. 2022: 2)

Unter Taktik wird die Tätigkeit verstanden. In der Phase der Reevaluation fallen auch die möglichen oder notwendigen Anpassungen rein. Diese Phasen bilden einen klaren Handlungsrahmen, der es Organisationen ermöglicht, systematisch vorzugehen und gleichzeitig die gewonnenen Erkenntnisse in die zukünftige Planung einfließen zu lassen. Der ZSTAR-Kreis unterstützt Organisationen dabei, nicht nur akute Krisensituationen besser zu bewältigen, sondern auch langfristig eine stetige Verbesserung und Resilienz aufzubauen (vgl. Kippnich et al. 2022: 2ff.).

Katastrophe

Der Begriff der Katastrophe ist sehr subjektiv und hat sich im Laufe der Zeit in seiner Bedeutung verändert. Zudem wird er je nach Disziplin unterschiedlich verstanden (vgl. Jachs 2011: 11f.). Generell kann gesagt werden, die Katastrophe ist ein extremes und meist plötzlich auftretendes heftiges Ereignis, das erhebliche existentielle, menschliche und wirtschaftliche Schäden zur Folge hat. Im Gegensatz zu einer Krise, die auch eine Chance beinhalten kann, verläuft eine Katastrophe ausschließlich negativ. Die Stärke des Geschehens und die Überforderung des Systems machen externe Hilfe notwendig. Dies ist daraus zu schließen, dass betroffene Systeme mit den Folgen nicht selbständig fertig werden. Oft resultieren Katastrophen aus einer Entwicklung, die vom schadenfreien Normalzustand über einzelne Teilkrisen bis zur vollständigen Eskalation führt. Sie haben auch Auswirkungen auf der Makroebene oder auf ganze Gesellschaften bzw. Systeme (vgl. Schenker-Wicki et al. 2014: 5ff.).

Um so ein Ereignis bestmöglich bewältigen zu können, ist ein koordinierter Einsatz von Ressourcen notwendig. Durch den Eintritt und die Ausrufung einer Katastrophe wird die Behörde eingeschaltet. Ab diesem Zeitpunkt übernimmt die behördliche-administrative Einsatzleitung die Gefahrenabwehr. Mit dem Ziel, eine klare Struktur vorzugeben und schnelle Entscheidungen zu treffen. Diese Einsatzleitung handelt auf Basis von rechtlichen Vorgaben und ist nur für die aktuelle Hilfeleistung zuständig (vgl. Jachs 2011: 11f.). Um im Katastrophenfall, bei einer komplexen und hochrasanten Situation funktionsfähig zu bleiben, und vorbereitet zu sein, sind Alarm- und Einsatzpläne notwendig. Dies erfordert Zeit und Ressourcen um eine Risikobeurteilung zu erstellen, sowie daraus resultierend einen Maßnahmenkatalog und Ausbildungen sowie Übungen zu etablieren (vgl. Scholtes et al. 2018: 137ff.).

Zivil- und Bevölkerungsschutz

Im Jahr 2011 wurde vom österreichischen Normeninstitut die ÖNORM 2304 herausgebracht. In dieser werden verschiedene relevante Begriffe um das Thema Katastrophenmanagement beschrieben (vgl. Jachs 2011: 75). In dieser wird unter anderem auch die Definition von Zivilschutz beschrieben. Der Zivilschutz wird nach der ÖNORM 2304 folgendermaßen definiert: „*Gesamtheit aller Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor Gefahren, die von Naturereignissen, technischen, terroristischen oder kriegereischen Ereignissen ausgehen*“ (ÖNORM S 2304:2011: 17). Der Zivilschutz wird in Deutschland hingegen als Schutz der Bevölkerung im Verteidigungsfall, bei kriegereischen Ereignissen definiert (vgl. Giesen et al. 2023: 19). So war es auch bis zur Initiative des österreichischen Bundesministeriums für Inneres im Jahr 1985. Seit dieser liegt der Fokus hauptsächlich auf dem Katastrophenschutz. Hierbei geht es vor allem um Maßnahmen zur Vermeidung und Vorsorge von Katastrophen, sowohl bei Naturereignissen, als auch bei von Menschen verursachten Krisen (vgl. Bundesministerium für Inneres o.D.). Seit der BMG-Novelle 2003 ist für den Katastrophenschutz auf Bundesebene das „Staatliche Krisen- und

Katastrophenschutzmanagement“ (SKKM) zuständig. Dieses ist im österreichischen Bundesministerium für Inneres (BM.I) angesiedelt. Das SKKM dient der zentralen Koordinierung von nationaler und internationaler Bewältigung von Krisen und Katastrophen. Als Einsatzzentrale wurde nach dem Beschluss „GZ 66.000/939-II/4/03“ auch eine Bundeswarnzentrale als Einsatzzentrale errichtet. Zudem soll dieser Beschluss die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern durch das SKKM verbessern (vgl. Bundesministerium für Inneres 2003: 1ff.).

Der Terminus „Bevölkerungsschutz“ stellt eine konzeptionelle Zusammenführung der Bereiche „Zivilschutz“ und „Katastrophenschutz“ dar. In der Bundesrepublik Deutschland sowie in der Schweiz wird darunter primär der Schutz der Bevölkerung vor Katastrophen verstanden, die infolge natürlicher oder technischer Ereignisse auftreten (vgl. Bundesministerium für Inneres o.D.).

Betrachtet man das Ganze auf europäischer Ebene, gibt es den Beschluss „Nr. 1313/2013/EZ“ vom 17.12.2023. Dieser Beschluss regelt den Katastrophenschutz der EU. Dieser dient als Ergänzung, sprich als Solidarität, falls ein betroffenes Land mit einer Katastrophe nicht selbst zurechtkommt. Hierfür wurde das „Emergency Response Coordination Center“ (ERCC) eingerichtet (vgl. Giesen et al. 2023: 16ff.). Das ERCC koordiniert Hilfeleistungen für Katastrophengebiete innerhalb der Europäischen Union, aber auch außerhalb. Hierfür werden Hilfsgüter, Fachwissen, spezielle Teams und benötigte Spezialausrüstungen bereitgestellt. Das ERCC wird rund um die Uhr besetzt, um auch globale Ereignisse zu überwachen und um auf Katastrophen schnellstmöglich zu reagieren. Die Reserve wird durch den „European Civil Protection Pool“ gestellt. (vgl. Directorate-General for European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations o.D.).

Katastrophenmanagementzyklus

In der vorigen Begriffsdefinition („Zivil- und Bevölkerungsschutz“) wurden die zwei Begriffe „Vermeidung“ und „Vorsorge“ erwähnt. Das sind zwei Termini im Katastrophenmanagementzyklus. In der ÖNORM S 2304:2011 wird Katastrophenmanagement folgendermaßen definiert: *„Gesamtheit aller aufeinander abgestimmten Maßnahmen in den Bereichen Katastrophenvermeidung, Katastrophenvorsorge, Katastrophenbewältigung und Wiederherstellung nach Katastrophen, einschließlich der laufenden Evaluierung der in diesen Bereichen getroffenen Maßnahmen“* (ÖNORM S 2304:2011: 11).

Die Katastrophenvermeidung, oder auch Katastrophenprävention genannt, sind alle Maßnahmen, die dazu dienen, die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Folgen eines extremen Ereignisses zu minimieren oder zu verhindern. Dazu zählen z.B. der Bau von Hochwasserschutzdämmen, Lawinenverbauungen, eine Gefahrenzonenplanung sowie gesetzliche Vorgaben wie Bewilligungen und Kontrollen (vgl. Jachs 2011: 78ff.).

Die Katastrophenvorsorge beschäftigt sich mit allen Maßnahmen, die der Abwehr und Bekämpfung von Gefahren und Schäden im Vorfeld einer möglichen Katastrophe dienen. Dazu gehört unter anderem die Einrichtung von Dienststellen der Feuerwehr und Rettungsorganisationen, die Durchführung von Ausbildungen und Übungen, das Erstellen von Einsatzplänen, sowie der Aufbau von Warnsystemen. Ein wichtiger Teil der Vorsorge ist auch die Aufklärung der Bevölkerung (vgl. Jachs 2011: 79f.).

In der Phase der Katastrophenbewältigung geht es um den akuten Einsatz. Hierzu zählen Maßnahmen wie Warnungen, Alarmierungen, Rettungseinsätze sowie das Einsetzen einer behördlichen Einsatzleitung (vgl. Jachs 2011: 79f.).

Um nach einer Katastrophe wieder in den Normalzustand zurückzukehren, braucht es die Wiederherstellungsphase. Diese Phase schließt den Zyklus. Die Wiederherstellung wird oft durch Mittel aus dem Katastrophenfonds oder dem Europäischen Solidaritätsfonds finanziert. In dieser Phase geht es auch um die Nachbereitung, die Verbesserung von Präventionsmaßnahmen sowie um die umfassende Dokumentation des Ereignisses (vgl. Jachs 2011: 79f.).

Alle vier Phasen müssen laufend überprüft und evaluiert werden (vgl. Jachs 2011: 78ff.).

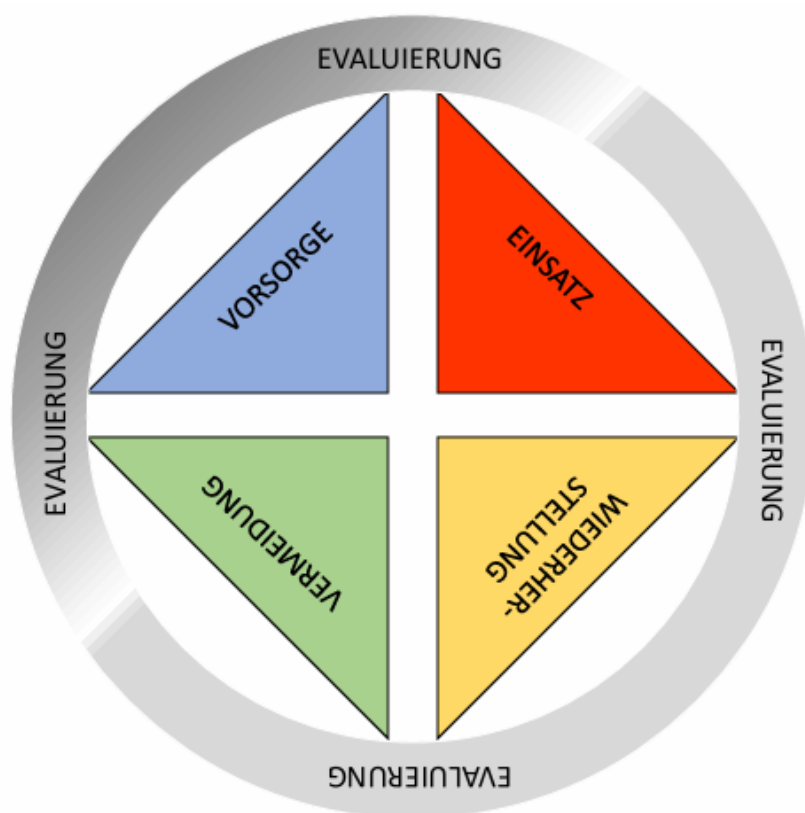


Abb. 1: Eigene Darstellung des Katastrophenmanagementzyklus (Quelle: ÖNORM S 2304:2011: 11)

Die Abbildung 1, welche oberhalb zu sehen ist, stellt die vier Phasen des Katastrophenmanagements dar. Anders als klassisch im Kreis dargestellt, wie bei der Vorlage nach der ÖNORM S 2304:2011 auf der Seite 11 zu sehen ist, wurden hier vier gleich große Dreiecke gewählt, die gemeinsam ein Quadrat bilden. Dieses Quadrat symbolisiert alle Maßnahmen, die im Katastrophenmanagement getätigt werden. Jedes dieser Dreiecke symbolisiert eine Phase im Katastrophenzyklus und wurden farblich befüllt. Das grüne Dreieck steht für die Maßnahmen der Vermeidung. Für die Maßnahmen der Vorsorge wurde ein blaues Dreieck gewählt. Die beiden linken Dreiecke, in grün und blau dargestellt, entsprechen jenen Maßnahmen, die laut der ÖNORM S 2304:2011, auf der Seite 11, dem Katastrophenschutz zugeordnet werden. Im Gegensatz dazu sind im rechten Bereich der Abbildung ein rotes und ein gelbes Dreieck abgebildet. Diese symbolisieren jene Maßnahmen, welche nach der ÖNORM S 2304:2011 zu der Katastrophenhilfe gehören. Das rote Dreieck symbolisiert den Einsatz und das gelbe steht für die Wiederherstellung. Der Ring um diese herum, steht für die laufende Evaluierung.

Es gibt noch weitere ähnlichen Zyklen bzw. Modelle wie den Katastrophenmanagementzyklus. Eines davon ist das PPRR-Modell. Dieses stammte aus den Vereinigten Staaten und wird weltweit eingesetzt (vgl. Jachs 2011: 78ff.).

2.2 Kritische Infrastruktur

In diesem Abschnitt geht es um das Allgemeine der Kritischen Infrastrukturen. Aufgrund der gestellten Fragestellung dieser Arbeit, wird der Begriff Klinik als Kritische Infrastruktur im Unterkapitel 2.2.1 (Kliniken als Kritische Infrastrukturen) gesondert beschrieben.

In den diversen Ländern werden Kritische Infrastrukturen (KRITIS) unterschiedlich definiert. International unterscheiden sich die Definitionen und Prioritäten von KRITIS. Während einige Länder andere Sektoren, wie Verteidigung, einbeziehen, liegt in Deutschland der Fokus auf der gesellschaftlichen Resilienz und der Sicherstellung kritischer Dienstleistungen (vgl. Voßschmidt und Karsten 2019: 20ff.). Das Deutsche Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) definiert dies mit „[...]Organisationen und Einrichtungen mit wichtiger Bedeutung für das staatliche Gemeinwesen[...]“ (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik o.D.). Egal ob in Deutschland, Österreich oder einem anderen Land sind KRITIS jene Strukturen, welche eine grundlegende Bedeutung für das Funktionieren einer Gesellschaft und ihre Versorgungssicherheit haben. Diese können Anlagen, Einrichtungen oder auch Systeme sein (vgl. Geier und Lauwe 2016: 191ff.).

Diese Kritischen Infrastrukturen sind im Wesentlichen neun Bereiche eines Staates. Und zwar: „Energieversorgung“, „Gesundheitssysteme“, „Verkehr und Transport“, „Informationstechnologie und Kommunikationstechnologie“, „Wasserversorgung bzw. auch Abwasserentsorgung“, „Lebensmittelversorgung“, „Finanz- und Versicherungswesen“, „Staatsapparate“, sowie „Medien und Kultur“ (vgl. Voßschmidt und Karsten 2019: 20ff.). Bei einer Störung bzw. einem Ausfall oder im schlimmsten Fall einer Zerstörung kann dies ernst zu nehmende Folgen für den Staat und die Bevölkerung haben (vgl. Geier und Lauwe 2016: 191ff.). Da viele KRITIS voneinander abhängig bzw. auch zunehmend vernetzt sind, kann so ein Ereignis Kaskadeneffekte erzeugen. Diese Ereignisse umfassen sowohl natürliche Gefahren wie Extremwetterereignisse, Pandemien oder auch anthropogene Gefahren wie Cyberangriffe oder auch Terrorismus. Ein Ausfall oder eine Störung eines Betriebes der kritischen Infrastruktur kann sich ebenso auf andere Bereiche von KRITIS auswirken. Für solche Szenarien gewappnet zu sein, spielt die Resilienz eines Unternehmens, welches unter KRITIS fällt, eine entscheidende Rolle. Zur Stärkung der Resilienz, sprich der Widerstandsfähigkeit, sind integrierte Risiko- und Krisenmanagements, Präventionsmaßnahmen, Notfallpläne und eine enge Zusammenarbeit zwischen Betreibern und staatlichen Behörden notwendig. Übungen und kontinuierliche Verbesserungsprozesse spielen hierbei auch eine zentrale Rolle (vgl. Voßschmidt und Karsten 2019: 20ff.). Jedoch können diverse Institutionen, durch neuartige Lagen eingeschränkt, solche Ereignisse üben. Resiliente Organisationen können nicht nur auf vorhersehbare Ereignisse gut reagieren, sondern sind auch bei unerwarteten Krisen widerstandsfähiger. Diese haben eine einheitliche Sprache,

sowie ein gemeinsames Lageverständnis. Zudem können durch eine effiziente Kommunikation Fehler vermieden werden. Eine zentrale Rolle hierbei ist das Handeln eines Krisenstabes (vgl. Schaub 2016: 161ff.).

Das Bundeskanzleramt Österreich in der Kooperation mit dem Bundesministerium für Inneres beschreiben mit dem Dokument „Österreichisches Programm zum Schutz kritischer Infrastrukturen“ aus dem Jahr 2015 ein Vorgehen zur Resilienzsteigerung in Österreich. In diesem „Austrian Programme for Critical Infrastructure Protection“ (APCIP) wird festgelegt, welche gesamtstaatlichen Konzepte notwendig sind, um Österreich gegen verschiedene Bedrohungen widerstandsfähiger (resilienter) zu machen. APCIP trägt wesentlich dazu bei, diese Widerstandsfähigkeit durch präventive Maßnahmen und koordinierte Schutzstrategien zu erhöhen. Die Akteure des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements (SKKM) sind für die Umsetzung des APCIP zuständig (vgl. Bundeskanzleramt Österreich, Sektion IV-Koordination und Bundesministerium für Inneres, Sektion 1 2015: 7ff.). Solche Programme sind notwendig, da nicht nur Bedrohungen aus der Natur zunehmen, wie jegliche Form von Extremwetterereignissen, sondern auch Anschläge aus politischen und religiösen Motiven. Je resilienter ein System ist, desto schneller kann dieses wieder in den Normalzustand zurückkehren (vgl. Glade und Sauer 2016: 209ff.).

2.2.1 Kliniken als Kritische Infrastruktur

In diesem Unterkapitel soll der Fokus nicht auf allen möglichen Gesundheitseinrichtungen liegen, wie zum Beispiel Pflegeheime, Arztpraxen, Rehabilitationszentren oder auch Primärversorgungseinrichtungen, sondern auf Spitälern. Welche nach der gesetzlichen Grundlage wie des Wiener Krankenanstaltengesetz 1987– Wr. KAG, §64c, Abschnitt 1, Fassung vom 05.01.2024, definiert sind und unten dargelegt wird. Demnach ist ein Spital mit den folgenden Versorgungsfunktionen geregelt:

- „a) Zentralversorgung
 - b) Schwerpunktversorgung
 - c) Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen und
 - d) Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen“
- (§64c Wr.KAG).

Gesundheitseinrichtungen, wie Krankenhäuser, gehören wie schon kurz beschrieben wurde, ebenso zu den kritischen Dienstleistern. Dies ist aufgrund der besonderen Bedeutung für die Funktion des Gemeinwesens (vgl. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2020: 15ff.). Die Aufgabe eines Spitals ist die medizinische Versorgung aller Personen. Ein strukturiertes Vorgehen der Prozesse ist notwendig um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten. Störungen dieser Prozesse, wie z.B. durch ein MANV, kann dazu führen, dass diese Abläufe gefährdet werden, welches zu einer Reduktion der medizinischen Versorgung führen kann (vgl. Wurmb et al. 2017b: 594f.). Eine Einschränkung dieser Gesundheitseinrichtung kann erhebliche Versorgungsprobleme verursachen und ist daher essenziell für die gesellschaftliche Stabilität. Die Funktionsfähigkeit muss jederzeit, besonders in Krisenlagen, gewährleistet werden. Krankenhäuser sind von anderen Infrastrukturen wie Energieversorgung, Wasser, IT, Transport und Gesundheitseinrichtungen abhängig, wodurch die Vulnerabilität erhöht ist. Krankenhäuser reagieren daher sehr sensibel auf Ereignisse und sind von Bereichen von innerhalb und außerhalb abhängig. Damit solche Einrichtungen resilient auf Katastrophenszenarien sind, sind präventive Maßnahmen notwendig. Dies kann mit Hilfe eines Krankenhausalarmplans, sowie klaren Handlungsanweisungen und Checklisten gewährleistet werden (vgl. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2020: 15ff.).

2.3 Alarm- und Einsatzplanung

Kliniken benötigen nach den rechtlichen Rahmenbedingungen einen Notfallplan bzw. einen Krankenhausalarm- und Einsatzplanung (KAEP) (vgl. Wurmb et al. 2017b: 594f.). So ein KAEP wird auch als Katastrophenplan bezeichnet (vgl. Adams et al. 2015: 37).

Für den Autor dieser Thesis gibt es Unstimmigkeiten zwischen den Wörtern „Krankenhausalarm- und Einsatzplan“ bzw. „KAEP“ und „Katastrophenplan“.

Erklärt man das Wort „Katastrophe“, wird deutlich, dass hierbei eine behördliche Einsatzleitung erfolgt. Der Grund dafür liegt in der außergewöhnlichen Dimension des Ereignisses, das aufgrund gesetzlicher Vorgaben ein strukturiertes und koordiniertes Vorgehen notwendig macht (vgl. ÖNORM S 2304:2011: 10). Dementsprechend stellt sich ein Katastrophenplan mit überörtlichem und strategischem Element dar. Demnach ist dieser ein Plan für eine größere Region, wie z.B. einen Bezirk. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass im Kontext von Gemeinden, Bezirken und Ländern die Verwendung bzw. Bezeichnung von „Katastrophenschutzplan“ angewendet wird (vgl. Jachs 2011:157ff). In diesem Plan ist unter anderem das einzusetzende Personal, deren Alarmierung und die zu verwendenden Hilfsmittel aufgeführt. Des Weiteren ist es erforderlich, dass dies mit den mitverantwortlichen Behörden abgestimmt wird (vgl. Frodl 2022: 78f.). Hierbei ist die Rede von einem „multi-agency Plan“, sprich organisationsübergreifender Plan. Wenn das Ganze sich auf eine einzelne Organisation konzentriert, wie zum Beispiel einer Klinik, ist die Rede von einem „single-agency Plan“ (vgl. Jachs 2011: 157ff.), Dieser Plan beschreibt, welche eigenen Ressourcen notwendig sind und stellt die Zusammenarbeit mit externen Behörden und Organisationen sicher. Zudem arbeitet dieser im operativen Führungsverfahren und nicht im strategischen (vgl. BBK 2020: 38ff.). Genaueres über das Führungsverfahren kann im späteren Kapitel 2.5 nachgelesen werden. Je nach Bundesland werden diese krankenhausbezogenen Pläne unterschiedlich in den Gesetzestexten bezeichnet. In Wien wird dies als „Einsatzplan“ bezeichnet. In der Steiermark als „Alarm- und Einsatzplan“ und im Burgenland sogar als „Katastrophenschutzplan“ (vgl. Jachs 2011: 157ff.). Näheres zu den inhaltlichen Unterschieden findet sich im Kapitel 3 (Rechtliche Grundlagen) wieder. Durch diesen Absatz wird ersichtlich, dass es keine einheitlichen Bezeichnungen gibt. Aus den genannten Gründen wird in dieser Arbeit einheitlich „Alarm- und Einsatzplan“ verwendet.

Bei einem KAEP ist es essenziell, dass klar definierte Zuständigkeiten deklariert sind, welche rund um die Uhr vorhanden sind und jederzeit Sofortmaßnahmen bei einer besonderen Lage ergriffen werden können (vgl. Seidl 2011: 43ff.). So ein Ereignis kann ein externes, wie bei einen Massenanfall von Verletzten (MANV), oder auch internes Ereignis sein, wie Brand einer Station im Spital. Jedoch haben interne Ereignisse keine primäre Relevanz für das Erstellen eines KAEP (vgl. Wurmb et al. 2017b: 596). Das deklarierte Führungssystem muss je nach Alarmstufe bei allen möglichen Fällen, wie

bei einem MANV oder CBRN-Vorfall, entsprechende Entscheidungen treffen (vgl. Seidl 2011 43ff.). Das Akronym von CBRN gilt für „chemische“, „biologische“, „radiologische“ und „nukleare“ Agenzien. Bis vor wenigen Jahren wurden diese als ABC-Gefahren bezeichnet. Bei so einem Ereignis handelt es sich üblicherweise um Unfälle bei der Handhabung oder dem Transport von gefährlichen Stoffen. Zudem können solche Szenarien durch Naturkatastrophen, diverse Straftaten wie auch die Freisetzung von Kampfmitteln und zu guter Letzt durch Infektionskrankheiten getriggert werden. Die Behandlung von kontaminierten Personen stellt eine spezielle Herausforderung dar. Um eine bestmögliche medizinische Versorgung sicherzustellen, muss während der gesamten Prozesskette, die sich vom Auffinden der Betroffenen bis zur Behandlung in Spitälern erstreckt, die Verschleppung von Kontaminationen vermieden werden. Dazu ist es auch notwendig, die Selbst- und Fremdgefährdungen zu reduzieren. Dies kann durch eine Dekontaminationsstelle bewerkstelligt werden (vgl. Schreiber 2018: 9ff.).

Bei einem MANV, gleich ob es durch ein CBRN-Ereignis oder ein anderes Ereignis ausgelöst wird, geht es primär darum, dass bei jener Lage eine primäre Überlastung der Kapazitäten vorliegt. Bei einem raschen Anstieg an Patientenzahlen wird es unweigerlich zu einer Überlastung der Kliniken führen (vgl. Wurmb et al. 2017a: 619ff.). So ein Ereignis fand zum Beispiel beim Terrorangriff in Paris, am 13. November 2015 statt (vgl. Wurmb et al. 2017b: 596). Tritt ein MANV ein, ist es wichtig zu beachten, dass bei der Vorplanung ungefähr 20 Prozent der Normal- und Intensivbetten zur Verfügung stehen müssten. Darüber hinaus wird ein Zeitbedarf von ungefähr 60 Minuten für die klinische Notfallversorgung von Patient*innen auf der Grundlage katastrophenmedizinischer Standards berechnet (vgl. Adams et al. 2015: 42).

Die Alarmstufen können in drei Eskalationsstufen eingeteilt werden. Bei der ersten Eskalationsstufe sind wenige Personen betroffen. Hier gibt es eine eingrenzbare Anzahl von Betroffenen. Bei der zweiten Stufe hingegen ist mit einem deutlich höheren Patientenaufkommen zu rechnen und die genaue Anzahl ist nicht klar ersichtlich. Die Eskalationsstufe drei wird zumeist bei epidemiologischen Szenarien mit einer großen Zahl von schwer erkrankten oder verletzten Personen aktiviert. In solchen Szenarien sind mehrere Ausbruchsherde vorhanden und es besteht ein Massenandrang in den diversen Gesundheitseinrichtungen. Ab einer gewissen Alarmstufe spielt die Einberufung eines Krisenstabes einen entscheidenden Vorteil zur Bewältigung einer Katastrophe. Ein Stab steuert die zentralen Maßnahmen und hat einen Krankenhauseinsatzleiter*in als oberstes Organ. Der Krisenstab in einer Klinik, mit dem Direktorium als Krankenhauseinsatzleiter*in, soll sich laut Seidl (2011) aus den Mitgliedern aus den Bereichen der Medizin, Pflege, Verwaltung und Technik zusammensetzen. Zudem sollen je nach Bedarf weitere Fachbereiche inkludiert werden (vgl. Seidl 2011: 43ff.). Außerdem müssen bei einer festgelegten Alarmstufe weitere Räume freigemacht werden, die als Sektoren bezeichnet werden können.

Diese müssen dann mit dem erforderlichen Material ausgestattet werden. Dieses Material wird in mobilen Containern aufbewahrt (vgl. Adams et al. 2015: 42).

2.3.1 Erstellung eines Alarm- und Einsatzplans

In diesem Abschnitt wird kurz erläutert, wie der strukturelle Aufbau zum Erstellen eines Alarm- und Einsatzplans aussieht.

Bevor ein Alarm- und Einsatzplan erstellt werden kann, muss für so ein Projekt ein*e Leiter*in des Projektes deklariert werden. Diese Person muss bestimmte Kompetenzen und Qualifikationen erfüllen. Dies beinhaltet unter anderem auch Entscheidungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeiten und Durchsetzungsvermögen. Zu der leitenden Funktion werden Arbeitsgruppen benötigt. Denn so ein Projekt benötigt viele Ressourcen und damit verbunden auch einen hohen Zeitaufwand. Der KAEP durchläuft beim Erstellen mehrere Phasen. In der ersten Phase müssen Schutzziele klar bestimmt werden. Das Erhalten der Funktionsfähigkeit ist bei jeder Kritischen Infrastruktur essenziell. Bei Spitälern kommt noch die Aufrechterhaltung der Patientenversorgung, sowie der Schutz von Leib und Leben aller möglichen betroffenen Personen dazu (vgl. Scholtes et al. 2018: 78ff.).

Die zweite Phase ist die Risikobeurteilung, welche sich in die Risikoidentifizierung, Risikoanalyse und Risikobewertung gliedert. Nachdem Risiken identifiziert wurden, kann eine Risikoanalyse durchgeführt werden (vgl. ÖNORM ISO 3100:2009: 5ff.). Diese kann in drei Kategorien unterteilt werden. Die erste ist die Kritikalitätsanalyse, in welcher kritische Prozesse, die für die Aufrechterhaltung des Klinikbetriebes unumgänglich sind, erkannt sowie festgelegt werden. Die zweite Kategorie ist die Gefährdungsanalyse, bei der potenzielle Gefahren identifiziert und bewertet werden, die das entsprechende Klinikum betreffen könnten. Hierbei spielt die Wahrscheinlichkeit des Eintretens und Schadenspotential möglicher Gefahren eine entscheidende Rolle. Zum Beispiel liegt bei einem Krankenhaus in alpiner Lage der Fokus des Risikos bei den Massenbewegungen. So eine Analyse liefert ein fundiertes Verständnis der spezifischen Bedrohungslage eines Spitals. Abschließend und als dritte Kategorie ist die Verwundbarkeitsanalyse. In dieser werden die Kritikalitäts- und Gefährdungsanalyse zusammengeführt. Dieser Schritt ermöglicht es, die Verwundbarkeit kritischer Prozesse in Bezug auf die identifizierten Gefahren zu bewerten (vgl. Wurmb et al. 2017b: 597f.). Um eine fundierte Verwundbarkeitsanalyse durchzuführen, müssen alle Aspekte, die bei ein Schutzgut betreffend schadensanfällig sind, identifiziert werden. So eine Analyse muss für Spitäler gefahrenspezifisch vonstattengehen und benötigt im Anschluss eine Priorisierung. Zu beachten ist, dass bestimmte Ereignisse Kaskadeneffekte verursachen können (vgl. Scholtes et al. 2018: 65f.). Die Risikoanalyse kann mithilfe der Norm ISO 31000 durchgeführt werden. Diese legt keine festen Regeln oder detaillierte Schritte für die Risikoanalyse fest, sondern bietet einen Rahmen und Richtlinie die für jegliche Organisationen angewendet werden können. Für die Analyse werden

Vorgehensweisen empfohlen, wie das Sammeln von qualitativ hochwertigen und verlässlichen Daten, interne sowie externe Risiken zu untersuchen und kategorisieren. Hierfür können analytische Methoden angewendet werden, wie Interviews oder statistische Modelle. Zu guter Letzt die Wahrscheinlichkeit und Auswirkungen bewerten. Für die Durchführung der Risikobewertung bietet die ISO 31000 ebenso einen umfassenden und systematischen Ansatz. Diese Norm ist für das Risikomanagement erstellt worden (vgl. ÖNORM ISO 3100:2009: 6ff.). Risikomanagement spielt auch im Kontext von Kliniken eine wichtige Rolle. Spitäler sind sensible Bereiche, wo vor allem die Sicherheit von Patienten und Personal die höchste Priorität hat (vgl. Scholtes et al. 2018: 78ff.). In so einem Setting ist ein strukturiertes Risikomanagement unverzichtbar, da zur aktuellen Zeit auch Krisenszenarien, wie zum Beispiel Krieg eine große Gefahr darstellt (vgl. Giesen et al. 2023: 3f.). Hier setzt die Norm ISO 31000 an, indem sie Grundsätze, Rahmenbedingungen und Prozesse definiert, die sich speziell auf die Bedürfnisse von allen Organisationen auslegt. Ein zentrales Ziel der Norm ist es, Unsicherheiten zu erkennen und diese zu bewältigen. Es muss beachtet werden, dass die Identifikation, Analyse und Beurteilung von Risiken nicht isoliert stattfinden darf. Es soll ein ganzheitlicher Ansatz gewählt werden, der alle relevanten Stakeholder einbezieht. Denn nicht nur interne Faktoren spielen eine Rolle, sondern auch die externen. Die Stakeholder sollten zur jeder Zeit beim Prozess des Erstellens eines Planes miteinbezogen werden. Es ist wichtig, Kommunikations- und Konsultationspläne zu erstellen, um im Fall der Fälle miteinander arbeiten zu können. Beim KAEP ist auch wichtig, möglichst alle Bereiche bei der Erstellung zu identifizieren und ist bei der Bewertung auch ein wichtiger Schritt (vgl. ÖNORM ISO 3100:2009: 6ff.).

Nachdem eine Risikoanalyse und Risikobewertung, welche die Grundlage eines ganzheitlichen Risiko- und Krisenmanagements bilden, durchgeführt worden sind, wird eine Einschätzung dieser notwendig sein. Die durch die Arbeitsgruppe identifizierten Risiken werden mit Wahrscheinlichkeit, sowie die Auswirkungsmagnitude durch das Kollektiv bewertet. Diese Bewertung kann mithilfe einer Risikomatrix dargestellt werden (vgl. Scholtes et al. 2018: 92f.). Anhand dieser Matrix ist eine entsprechende Priorisierung ersichtlich, um eine strukturierte Krankenhauseinsatzplanung zu erstellen und es wird gezeigt, welche Prozesse besonders geschützt werden müssen. Dabei gibt es keine einheitliche Vorlage, da die Gegebenheiten jedes Krankenhauses sowie regionale Regelungen unterschiedlich sind. Diese Arbeitsschritte bilden die Grundlage für gezielte Maßnahmen zur Risikominimierung und der Bewältigung von einer Katastrophe (vgl. Wurmb et al. 2017b: 597ff.).

Beim Erstellen des KAEP sollten die internen und externen Schadenslagen beachtet werden. Jedoch hat diese Nomenklatur und Einteilung auch Nachteile, daher sollten die Ereignisse selbst in Betracht gezogen werden (vgl. Scholtes et al. 2018: 265ff.). Eine klare Gliederung und gute Lesbarkeit des Plans sind wichtig. Weiters muss, um im Ernstfall die Krise gut zu bewältigen, der Plan praktikabel und ständig verfügbar

sein. Handlungsanweisungen und Checklisten, für zum Beispiel eines CBRN-Unfalls, sind ebenso notwendig und müssen kurz und präzise formuliert sein (vgl. Wurmb et al. 2017b: 597ff.). Die baulichen Gegebenheiten und dessen Evakuierungswege inklusive Sammelplätze müssen im Plan beschrieben sein. Kommunikations- und Alarmierungswege, sowie Führungsstrukturen müssen ersichtlich sein. Bei extremen Ereignissen oder bei einer Katastrophe ist es sinnvoll, um ein strukturiertes Arbeiten der Führung zu gewährleisten, einen Stab zu etablieren. Dieses Führungswerkzeug muss auch im KAEP aufgelistet und mit Funktionen deklariert sein (vgl. Scholtes et al. 2018: 89ff.).

Zum Schluss dieses Unterkapitels soll erwähnt werden, dass Übungen ein wichtiges Tool sind, um die Tauglichkeit eines KAEP zu prüfen und auch Verbesserungen zu gewährleisten. Hinzu kommt noch, dass durch das Trainieren eines möglichen Szenarios das Personal darauf vorbereitet und geschult wird (vgl. Wurmb et al. 2017b: 597ff.).

2.4 Führungsverfahren

In diesem Unterkapitel wird das Führungsverfahren etwas beleuchtet. Hierfür werden für ein klareres Verständnis zunächst die unterschiedlichen Ebenen der Führung erklärt. Denn das Verständnis dieser Ebenen bilden die Grundlage für das weitere Kapitel. Für jedes Führungsverfahren müssen auch Entscheidungen getroffen werden. Ein mögliches Instrument für die Entscheidungsfindung wird in diesem Unterkapitel auch erörtert.

2.4.1 Führungsebenen

Bevor das Führungsverfahren in der vorliegenden Arbeit beschrieben wird, müssen die drei Führungsebenen noch erläutert werden.

Die erste Führungsebene ist die strategische Ebene. Diese ist hauptsächlich tätig bei komplexen überregionalen oder internationalen Schadenslagen, wie z.B. der Pandemie oder Hochwasser (vgl. Jachs 2011: 253f.). Diese wird somit auf Bundesebene ausgeführt und hat laut Jachs 2011 folgende Aufgaben:

- Dauerhaftes „*Lagebild*“
 - *Strategische Kommunikation*
 - *Umfassendes Informationsmanagement*
 - *Internationaler Informationsaustausch*
 - *Weisungen, Verordnungen, Empfehlungen*
 - *Gesetzesänderungen*
 - *Internationale Kooperation*
 - *Budgetäre Maßnahmen“*
- (Jachs 2011: 253)

Auf der operativen Ebene, welche unter anderem die Aufgabe hat überregionale Warnungen und Alarmierungen durchzuführen, wird eine Stabsstruktur errichtet. Diese Ebene des Führungsverfahrens findet sich zumeist auf Landesebene (vgl. Jachs 2011: 253f.). Diese haben laut Jachs 2011 folgende Aufgaben:

- „*überregionale Warnung, Alarmierung*“
 - *Überregionale (behördliche) Einsatzleitung*
 - *Ressourcenausgleich*
 - *Psychosoziale Notfallversorgung, Akutbetreuung*
 - *Öffentlichkeitsarbeit“*
- (Jachs 2011: 253)

Die letzte Führungsebene ist die Taktische. Diese ist in der Erstinstanz für behördliche Entscheidungen und Anordnungen zuständig. Zudem ist diese auf Bezirks- und Gemeindeebene tätig (vgl. Jachs 2011: 253f.). Diese Ebene hat laut Jachs 2011 folgende Aufgaben:

- „Gefahrenabwehr
- Befehl, Zwang
- Absperren, Sichern, Wegweisen, Warnen, Bergen, Retten, notfallmedizinische Versorgung, Dekontamination
- Evakuieren, Unterbringung, Versorgung
- *technische/behördliche Einsatzleitung*“
(Jachs 2011: 253)

2.4.2 Führungsverfahren

In der SKKM-Richtlinie aus dem Jahr 2007 wird das Führen folgendermaßen definiert: „*Steuerndes Einwirken auf das Verhalten anderer Menschen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen*“ (Bundesministerium für Inneres 2007: 11). Um so eine Führung gewährleisten zu können, ist ein Führungsvorgang notwendig. Dieser Führungsvorgang durchläuft einen Zyklus, der sich immer wieder wiederholt. Dies geschieht solange, bis der Auftrag erfüllt wurde (vgl. Luiz et al. 2013: 60f.). Der Auftrag ist mehr oder weniger der Startschuss des Zyklus. In diesem wird bestimmt, welche Aufgaben erledigt werden sollen und auch unter welchen Bedingungen gehandelt wird. Dies dient zur Vorgabe zur Erreichung eines Zieles (vgl. Bundesministerium für Inneres 2007: 19). Dieses Ziel kann auch ein Problem sein, welches behoben werden muss. Der nächste Schritt des Zyklus ist die Lagefeststellung (vgl. Gißler 2024 149f.). Mit der Lagefeststellung wird der Status quo anhand der Gefahren- und Schadenslage, eigene Lage und allgemeiner Lage ermittelt. Der nächste Schritt im Führungsverfahren ist die Lagebeurteilung, in welcher zunächst der Auftrag erfasst wird. Beim Erfassen des Auftrages wird geklärt, ob es Vorgaben für das Handeln, Zeitvorgaben oder Handlungseinschränkungen gibt. Dann werden die Gefahren- und Schadenslage, eigene Lage und allgemeine Lage einzeln beurteilt. Im Zuge dessen werden verschiedene Handlungsvarianten mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen ausgearbeitet. Diese basieren auf den Vorgaben der Einsatzleitung (EL) und dienen als Entscheidungsgrundlage. Nach sorgfältiger Abwägung wird eine Variante ausgewählt und der Entschluss gefasst. Dabei wird festgelegt, wer, wann, wo, was und wie etwas durchführt. Wichtig ist auch, dass beim Formulieren des Entschlusses das konkrete Ziel der Maßnahme klar beschrieben wird. Anschließend folgt die Planungsphase für die Umsetzung, woraufhin die gewählte Variante in die Praxis überführt wird. Die Umsetzung kann dabei als Auftrag, Anordnung, Weisung oder Befehl erfolgen, abhängig von der Organisationsstruktur. Ein weiterer zentraler Punkt des Führungsverfahrens ist die Kontrolle der gesetzten Maßnahmen. Diese erfolgt durch die EL selbst. Dafür werden gezielt Rückmeldungen, Berichte und Lagemeldungen eingeholt. Um den Kreis des Führungszyklus zu schließen, ist eine anschließende Folgebeurteilung notwendig. Diese zeigt, ob Maßnahmen angepasst oder fortgeführt werden müssen (vgl. Bundesministerium für Inneres 2007: 17ff.).

Die darunterliegende Abbildung (Abb. 2) gibt einen Überblick über das Führungsverfahren gemäß der SKKM-Richtlinie (2007). Dargestellt wird dabei der Regelkreis der Führung, welcher die einzelnen Schritte des Führungsvorganges veranschaulicht.

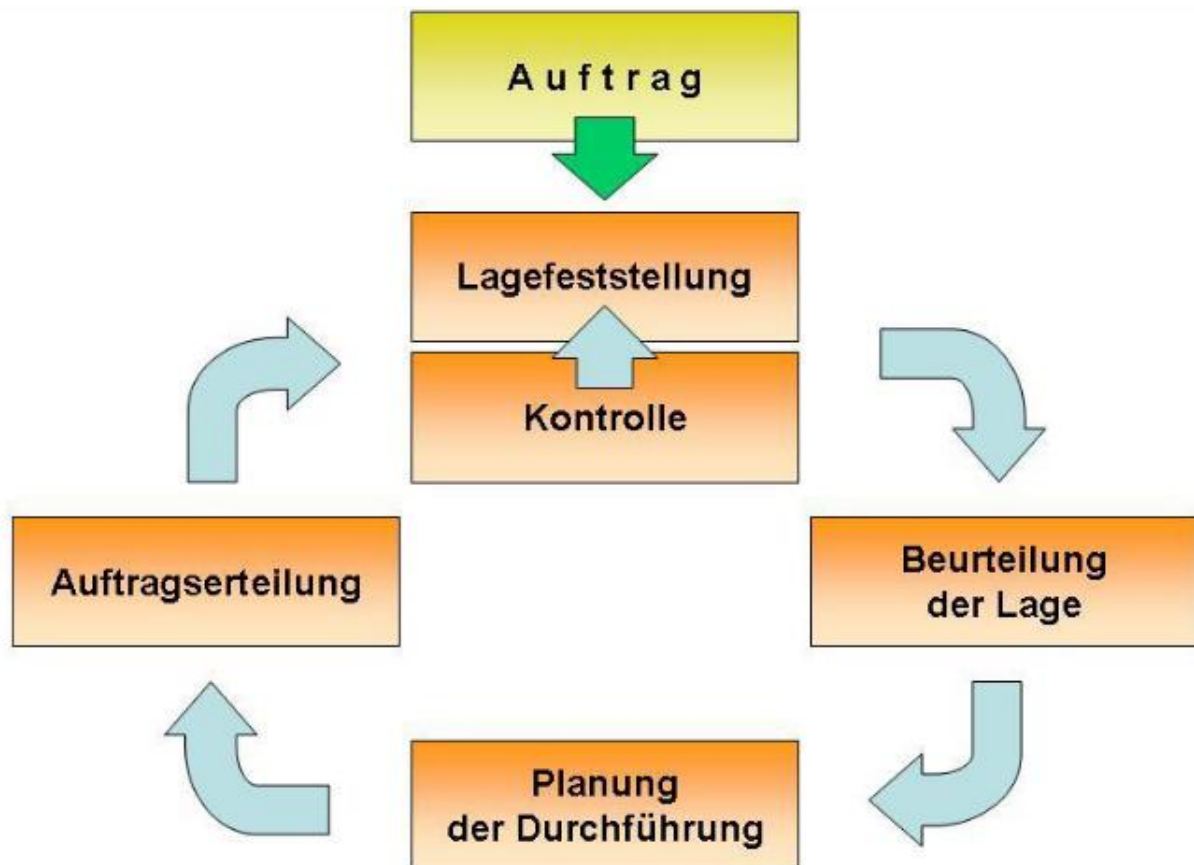


Abb. 2: Regelkreis der Führung (Quelle: Bundesministerium für Inneres 2007: 17)

Es gibt für das Führungsverfahren einen eigenen ISO-Standard, die „ISO 22320“. Diese ISO hat das Ziel, einen globalen Standard für Führungsverfahren im Einsatz festzulegen. Diese wird in mehrere Elemente aufgeteilt. Das erste Element ist das „command and control process“, sprich das Führungsverfahren selbst. Das zweite ist die Führungsorganisation als „command and control structure“. Sie arbeitet nach einer hierarchisch-monokratischen Struktur. Diese Struktur passt sich je nach taktischer oder strategischer Führungsebene, sowie der Eskalationsstufe an. Hierbei empfiehlt es sich, die Stabsstruktur anzuwenden. Das dritte Element ist das Führungsmittel, das mit „resources“ beschrieben und für diverse Beschaffungen zuständig ist. Das letzte Element ist für die Lageführung und das Informationsmanagement zuständig, welches

als „operational information process“ deklariert wird. Dieses Element spielt zusammen mit der Qualität und Validität der Lageinformationen eine maßgebliche Rolle für das weitere Handeln. Es wird eine eigene Anforderungsgruppe mit hoher Priorität festgelegt, die sich speziell mit der Erfassung, Analyse und Weitergabe relevanter Informationen beschäftigt. Die organisationsübergreifende Zusammenarbeit wird besonders hervorgehoben, da diese eine frühzeitige Abstimmung und Kooperationsvereinbarungen zwischen unterschiedlichen Akteuren erfordert. Des Weiteren wird der menschliche Faktor ausdrücklich in die Führungsprozesse eingebunden, um eine wirksame Entscheidungsfindung und Umsetzung zu gewährleisten. Zusammenfassend ist die ISO ein strukturiertes und hierarchisches Führungsverfahren, das sich stark auf Lageführung, die Qualität von Informationen und interdisziplinäre Zusammenarbeit konzentriert (vgl. Jachs 2011: 248f.).

2.4.3 Entscheidungsfindung

Die Beurteilung und Planung der Durchführung kann mit Hilfe des Entscheidungsmodells „FORDEC“ durchgeführt werden. Das Akronym ist ebenso ein Zyklus und beinhaltet sechs Schritte. Der erste Schritt ist „Facts“, für welche der Buchstabe „F“ steht (vgl. Gißler 2024: 144ff.). Hier werden alle relevanten Informationen identifiziert. Wichtig ist hierbei, dass zwischen Fakten und Annahmen unterschieden werden muss. „O“ steht für „Options“, in welcher Handlungsoptionen festgestellt werden. Zudem werden auch alternative Lösungen erarbeitet. Der dritte Buchstabe im Akronym ist „R“ und steht für „Risks“, also für Risiken. Diese werden bewertet, wodurch Vor- und Nachteile eingeschätzt werden können. Der vierte Schritt ist „D“ für „Decision. In diesem Schritt wird auf Basis der gesammelten Daten eine bewusste und eindeutige Entscheidung getroffen. Eine Studie aus dem Jahr 2002 der Beratungsgesellschaft Dr. Wieselhuber und Partner GmbH zeigte, dass 61 % der Manager dazu neigen, Entscheidungen zu lange hinauszuzögern. Eine weitere Untersuchung ergab, dass viele Führungskräfte oft Entscheidungen treffen, die in erster Linie ihrem eigenen Schutz dienen. Doch anstatt persönliche Absicherungen in den Vordergrund zu stellen, sollte stets die Option gewählt werden, die das beste Verhältnis zwischen Nutzen und Risiko für die jeweilige Situation bietet. Besonders wichtig ist es, nicht zu lange zu zögern, da halbherzige Entscheidungen oft größere Probleme verursachen können als eine falsche Entscheidung. „E“ steht für „Execute“, in diesem Schritt muss die getroffene Entscheidung konsequent umgesetzt werden. „C“ steht für „Check“, was eine regelmäßige Überprüfung der Umsetzung bedeutet. Falls erforderlich, müssen Anpassungen vorgenommen werden, und der Zyklus beginnt erneut, um auf Veränderungen in der Situation angemessen zu reagieren (vgl. Flume 2020: 55ff.).

2.5 Führungsmodelle in der Krise

Es gibt verschiedene Modelle und Systeme, die für die Führung in einer Krise hilfreich sind. In diesem Kapitel werden die relevantesten Ansätze, einschließlich des bekannten Stabs-Modells, vorgestellt und beschrieben.

Ist einmal eine Initialphase einer Katastrophe zustande gekommen, beginnen in den Kliniken verschiedene Führungsverfahren zu greifen. Hierfür gibt es verschiedene Führungsmodelle bzw. Konzepte. Eines der Führungsmodelle ist das Krefelder Modell. Dieses wurde anhand einer Realübung in einem Spital im Jahr 1998 entwickelt. In diesem Modell besteht die Klinikeinsatzleitung (KEL) aus drei Funktionen. Die erste ist der*die ärztliche Einsatzleiter*in. Die zweite ist die Pflegedienstleitung und als dritte Funktion die Einsatzleitung mit technischen Koordinationsfunktionen. Der Einsatz- und Alarmplan sieht bei dem Modell vor, dass diese*r Einsatzleiter*in jederzeit vom Regeldienst abgezogen werden kann (vgl. Scholtes et al. 2018: 129ff.). Ein weiteres Modell, das aus der deutschen Polizeilichen Dienstvorschrift 100 herausgeht, welches sich in mehreren Bereichen und Organisationen wieder findet. Die Polizei in Deutschland setzte dies erstmals 1974 ein. Im Jahr 1981 wurde das Ganze in der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr in Deutschland als KatS-DV100 verpflichtend (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 20f.). Die Vorschrift gibt es unter anderem auch in der deutschen bundeseinheitlichen Feuerwehr, diese wird oftmals mit „FW-DV100“ abgekürzt. Abhängig von der Größe des Ereignisses wird dieses Führungssystem mithilfe von Führungsorganisation, Führungsverfahren und Führungsmittel aktiviert und erweitert. Die DV100 hat klare Anweisungen von Aufgaben, Berechtigungen sowie notwendigen Ressourcen. Zudem ist die Verantwortlichkeit und die Weisungsbefugnis genau festgelegt. Somit wird eine klare Aufgabenverteilung daraus ersichtlich. Für durchschnittliche und überschaubare Einsatzlagen sieht die DV 100 das Konzept des „Führens ohne Führungseinheit“ vor. Ab einer bestimmten Einsatzgröße wird jedoch deutlich, dass der*die Einsatzleiter*in (EL) alleine mit der Lage überfordert wäre und somit muss dieser Position ein Stab zur Seite gestellt werden. Die Aufgaben werden unter dem zuvor gebildeten Stab aufgeteilt. Dieser ist somit in der operativen sowie taktischen Befehlskette tätig. Diese Aufgabenverteilungen der Führungsgruppe werden in verschiedene Sachgebiete (S) eingeteilt und dienen strenggenommen als beratende Rolle für den*die EL (vgl. Scholtes et al. 2018: 129ff.). Der Stab ist eine organisatorische Form mit geringen Befehlsbefugnissen, mit der Hauptaufgabe, Strategien für die Einsätze zu entwickeln und diese im Anschluss zu kontrollieren (vgl. Gißler 2024: 44f.). Das erste Sachgebiet (S1) ist für das Personal zuständig. Das Sachgebiet zwei (S2) für die Lage. S3 für den Einsatz, S4 ist für die Versorgung zuständig. S5 ist für Presse und Medienarbeit verantwortlich und das Sachgebiet (S6) für Informations- und Kommunikationswesen. Diese werden noch ergänzt durch die jeweiligen lageabhängigen Fachberater*innen und Verbindungsoffiziere. Dies gewährleistet nicht nur eine ideale Katastrophenbewältigung, sondern gewährleistet auch eine Zusammenarbeit mit

externen Einsatzkräften und Institutionen (vgl. Scholtes et al. 2018: 129ff.). Das Pendant zur DV100 ist für Österreich das Dokument „Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz“ aus dem Jahr 2007. Jedoch ist dies keine Vorschrift, sondern eine Richtlinie (vgl. Bundesministerium für Inneres 2007: 5f.). Die folgende Abbildung (Abb. 3) bietet eine Übersicht über die Stabsstruktur gemäß der SKKM-Richtlinie von 2007.

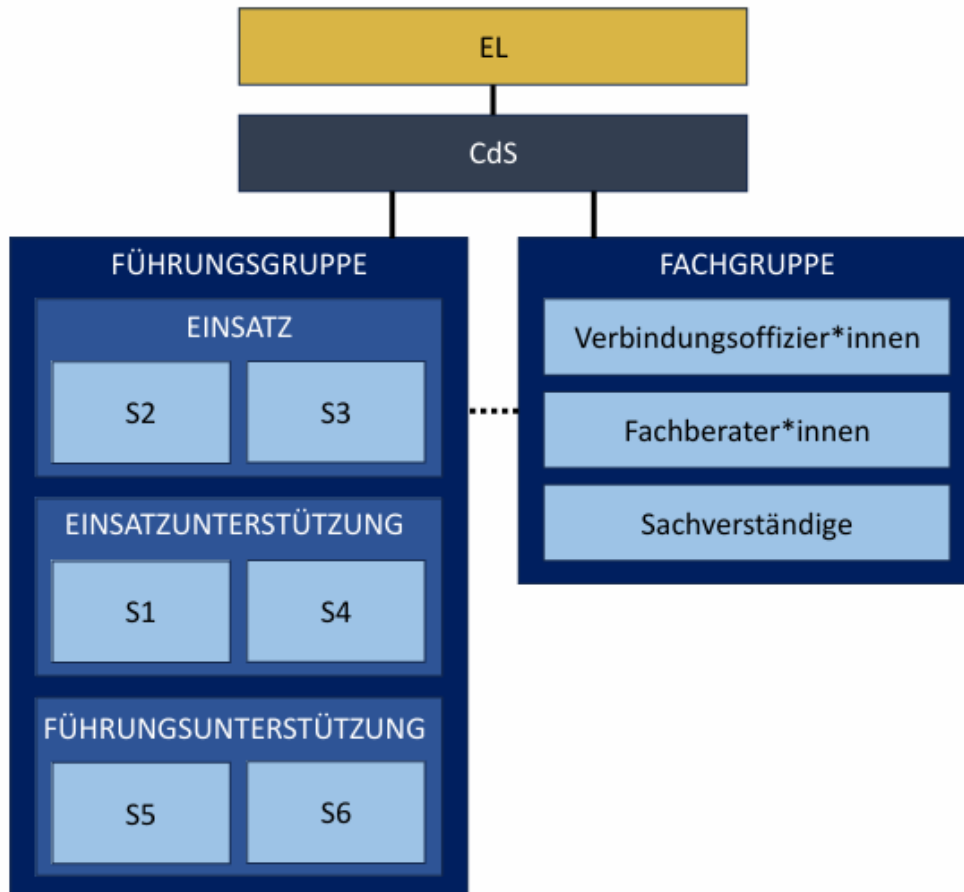


Abb. 3: Eigene Darstellung der Gliederung des Stabes (Quellen: Jachs 2011: 246 und Lamers 2021: 115ff.)

Wichtig ist noch zu erwähnen, dass die kleinste Einheit in der Führungsstruktur als Assistenzfunktion bezeichnet wird. Ein Stab ist dagegen die größte Einheit in der Führungsstruktur (vgl. Giesen et al. 2023: 45).

2.5.1 Stabs-Modell

Der Ursprung des Stabs-Modells liegt im militärischen Bereich. Die ersten stabsähnlichen Strukturen gab es bereits im 16. Jahrhundert. Diese Strukturen waren für die Verwaltung des schwedischen Heeres im Dreißigjährigen Krieg zuständig. Im 19. Jahrhundert, vor allem nach der Schlacht von Waterloo 1815, wurde diese Führungsstruktur der Stabsarbeit weiterentwickelt (vgl. Lamers 2021: 22ff.). Ebenso im 19. Jahrhundert, im Jahr 1857, wurden unter der Führung von Helmuth von Moltke im Generalstab Personen eingesetzt, welche in deren Funktion spezialisiert waren, sowie ausgebildete Fachleute. Diese Führungsstruktur hat seitdem im militärischen Bereich Anerkennung gefunden (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 19ff.). Im Laufe der Zeit haben sich diese Strukturen weiterentwickelt und haben sich von der militärischen Stabsarbeit zur nichtpolizeilichen Stabsarbeit weiterentwickelt (vgl. Lamers 2021: 22ff.).

In der Richtlinie aus dem Jahr 2007 vom SKKM wird die Stabsarbeit folgendermaßen definiert: „*Standardisiertes Zusammenwirken einer arbeitsteilig organisierten und als Stab bezeichneten Personengruppe zum Zweck der Unterstützung und Beratung des Einsatzleiters bei der Erledigung der Führungsaufgaben*“ (Bundesministerium für Inneres 2007: 35). Wie schon beschrieben worden ist und aus dem Zitat aus dem Dokument vom SKKM aus dem Jahr 2007 interpretiert werden kann, besteht diese Stabsstruktur aus einer leitenden Funktion und den verschiedenen Stabsgrundfunktionen.

Für den unteren Abschnitt dieses Unterkapitels ist zu beachten, dass zwischen den Aufgaben der Sachgebiete nach der deutschen „DV100“ und der österreichischen „Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz“ (2007), vom SKKM, nicht unterschieden wurde.

Leiter*in des Stabes

Der*die EL ist nicht zwingend die Person die den Stab leitet, sondern kann auch aus einer anderen leitenden Funktion bestimmt werden. Die Person, die die Position der Stabsleitung übernimmt, benötigt nicht nur Führungskompetenz, sondern auch ein hohes Maß an Sozialkompetenz. Diese Rolle trägt die Verantwortung dafür, wie der Stab agiert und arbeitet. Diese Funktion ist dafür zuständig, die Aufgaben und Ziele, welche von einer übergeordneten Führungsebene, meist aus der politischen Ebene, vorgegeben werden, effektiv umzusetzen. Das erfordert eine ständige Präsenz der leitenden Person im Stab. Zudem muss der*die Stabsleiter*in die Arbeiten der verschiedenen Sachgebiete überwachen. Darüber hinaus trägt der*die Stabsleiter*in eine Mitverantwortung bei der Entscheidungsfindung und somit auch für die erzielten Ergebnisse. Um den Überblick zu behalten und die Arbeit effizient zu koordinieren, sind Lagekarten und regelmäßige Lagebesprechungen essenziell. Diese Besprechungen müssen von der Stabsleitung angeordnet werden, allerdings sollte die Moderation idealerweise von einer anderen Person übernommen werden, um

sicherzustellen, dass der Gesamtüberblick gewahrt bleibt. Zusammenfassend umfasst diese Position zentrale Aufgaben. Dazu gehört der effektive Einsatz von Personal, eine strukturierte und rationale Bearbeitung der Aufgaben, die Sicherstellung eines reibungslosen Informationsflusses, die Festlegung von Zeitpunkten für Lagebesprechungen sowie die Steuerung von Entscheidungsprozessen. Weitere Verantwortlichkeiten beinhalten die Dokumentation der Stabsarbeit, das Erstellen von Lagemeldungen an übergeordnete und nachgeordnete Stellen sowie die Kommunikation mit anderen Organisationen. Der*die Chef*in des Stabes trägt somit entscheidend zur Gesamtkoordination und Zielerreichung des Stabes bei (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 80ff.).

Sachgebiet 1 (S1)

Das erste Führungsgrundgebiet (FGG) ist für die eigene Lage zuständig. Sprich für den inneren Dienst und für das Personal.

Eine der zentralen Aufgaben dieses Sachgebietes ist die Organisation des Personals. Das S1 ist für die Alarmierung und Anforderung von Kräften zuständig. Darunter zählt auch die Bildung von Reserven, sowie die Planung von Ablösen und Dienstplänen. Durch diese Stabsgrundfunktion wird auch die Unterbringung von Personal geplant. Diese Tätigkeiten sind mit innerem Dienst gemeint. Bereitstellungsräume bzw. Sammelräume und Ruheräume werden von S1 in Zusammenarbeit mit dem S3 geplant und beschlossen (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 83ff.). Der innere Dienst ist nicht nur für die Bereitstellungsräume zuständig, sondern auch für die Gestaltung des Stabsraumes, welcher in einem späteren Kapitel genauer erläutert wird (vgl. Gahlen und Kranaster 2019: 11f.).

Sachgebiet 2 (S2)

Wie oben geschrieben, ist eine Lagekarte für die Stabsleitung unverzichtbar. Die Darstellung der Lage wird nicht nur von der Leitung genutzt, sondern auch vom ganzen Stab. Für diese Tätigkeit der Lagedarstellung ist das Sachgebiet 2 zuständig. Bei so einer Lagekarte werden primär das Schadensgebiet und die wichtigsten Informationen abgebildet (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 89ff.). Um diese Informationen zu erhalten, muss eine Gefahrens- und Schadenslage nicht nur festgestellt, sondern auch beurteilt werden (vgl. Bundesministerium für Inneres 2007: 42). Eine Lagekarte sollte essenzielle Informationen übersichtlich darstellen, um einen Überblick über die Situation zu gewährleisten. Dazu gehören die definierten Einsatzabschnitte, sowie die jeweiligen Einsatzschwerpunkte, um die Verteilung der Ressourcen und die Prioritäten nachvollziehen zu können. Ebenso ist es wichtig, dass das eingesetzte Personal dokumentiert wird (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 89ff.). Zudem soll die Gefahrenlage beschrieben werden. Dies impliziert die Art des Ereignisses und das Ausmaß des Schadens (vgl. Lamers 2021: 86). Zusätzlich sollte die allgemeine Lage wie die aktuellen Wetterbedingungen und die

Kommunikationsskizzen dargestellt werden. Um so eine Lagekarte darzustellen und zu führen ist auch hier eine Lagefeststellung und Lagebeurteilung notwendig. Dies wird durch das FGG2 bewerkstelligt, indem Informationen beschaffen und zusammengetragen werden. Dieses Einholen an Informationen wird als Lagefeststellung bezeichnet (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 89ff.). Die Informationsbeschaffung wird durch das Einsetzen von Erkundern und durch Anforderungen von Lagemeldungen bewerkstelligt (vgl. Lamers 2021: 85). Mit Hilfe eines Zeitstrahls werden vom S2 wichtige Ereignisse und Planungen dokumentiert. In diesem wird auch z.B. festgelegt, wann die nächsten Lagebesprechungen stattfinden. Bei diesen Besprechungen beginnt das S2 mit dem Lagevortrag. Bei den Lagebesprechungen spielen diese sowie die Lagekarte eine wesentliche Funktion. Bei dem Zusammenkommen des ganzen Stabes bei den Lagebesprechungen wird darauf abgezielt, dass alle Mitglieder des Stabes am gleichen Stand sind und dass Ziele und eine Strategie entwickelt werden können. Dabei werden Maßnahmen erarbeitet, beschlossen und kontrolliert. Daraus kann geschlossen werden, dass bei einer Lagebesprechung des Stabes konkrete Arbeitsaufträge formuliert werden. Diese ganzen Prozedere, welche in der Stabsarbeit passieren, müssen auch dokumentiert werden. Diese Aufgabe wird zumeist auch dem S2 aufgetragen (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 89ff.).

Sachgebiet 3 (S3)

Im Leitfaden „Führen im Katastropheneinsatz“ vom SKKM aus dem Jahr 2007, wird die Aufgabe der Dokumentation über den Ablauf des Einsatzes jedoch dem S3 übertragen. Diese FGG ist für die Beurteilung der Gesamtlage verantwortlich. Neben der Beurteilung werden die Aufträge, welche vom*n Chef*in des Stabes erfolgen, bearbeitet (vgl. Bundesministerium für Inneres 2007: 42ff.). Dafür muss dieses Sachgebiet Planungen und Durchführungen des Einsatzes koordinieren (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 94ff.). Hierfür wird die Einsatzpriorisierung und dessen mögliche Pläne der Durchführung festgelegt. Danach wird ein Einsatzplan erstellt (vgl. Tinnemann et al. 2020: 40). Dies wird in drei Schritten geplant. Der erste Schritt ist die Einsatzdurchführung. Hier werden die Kräfte und Einsatzmittel, welche erforderlich sind, erfasst und eingesetzt (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 94ff.). Wichtig ist noch zu betonen, dass auf ausreichend Reservenbildung nicht vergessen werden sollte (vgl. Tinnemann et al. 2020: 40). Der zweite Schritt des Einsatzplanes ist die Festlegung der Führungsorganisation. In diesem wird klar deklariert, wie der Dienstweg aussieht. Hierbei muss beachtet werden, dass keine Führungsebene übersprungen wird, da sonst relevante Informationen verloren gehen. Der dritte Schritt ist das Ordnen des Raumes bzw. des Schadengebietes durch die FGG3. Zu diesem Zweck wird zu allererst mit der Einrichtung des Stabes begonnen. Im Anschluss wird erst das Schadensgebiet benannt und aufgeteilt. Das betroffene Gebiet wird in Abschnitte eingeteilt. Zu diesen werden auch Sammelstellen organisiert. Dies erfolgt mit Hilfe der FGG1. Gemeinsam werden auch Bereitstellungsräume

festgelegt (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 97ff.). Das Sachgebiet 3 arbeitet eng mit Ämtern, Behörden und Organisationen zusammen (vgl. Tinnemann et al. 2020: 40). Eine weitere Aufgabe des S3 ist die Vertretung des*r Stabsleiter*in (vgl. Bundesministerium für Inneres 2007: 42).

Sachgebiet 4 (S4)

Das vom S1 organisierte und vom S3 eingesetzte Personal muss versorgt werden. Es benötigt diverse Verpflegungen und Materialien zum Arbeiten. Für diese Versorgung ist das Sachgebiet 4 zuständig, das zudem die logistischen Aufgaben übernimmt. Zunächst muss das FGG4 die eigene Lage beurteilen. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit dem S1, von dem die Informationen über die Anzahl der aktuellen und geplanten eingesetzten Personen eingeholt werden. Durch die Informationsbeschaffung beim S3 kann eine vorausschauende Planung erfolgen. (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 103ff.). Anhand dieser Informationen kann das S4 diverse Einsatzmittel noch zusätzlich anfordern. Dies können beispielsweise schwere Geräte wie Bagger oder andere spezifische Hilfsmittel sein. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Arbeit in diesem Führungsgrundgebiet ist die Bereitstellung von Verbrauchsgütern und Einsatzmitteln, die für die operativen taktischen Tätigkeiten notwendig sind (vgl. Lamers 2021: 87). Dies umfasst unter anderem Schutzausrüstung bis hin zu medizinischen Verbrauchsmaterialien. Die medizinische Grundversorgung kann mit Abstimmung einer medizinischen Fachgruppe erfolgen. Diese kann zum Beispiel vom Rettungsdienst sein (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 106f.). Ebenso ist die Organisation der Verpflegung ein zentraler Punkt. Es muss sichergestellt werden, dass alle Beteiligten, mit ausreichend Verpflegung ausgestattet werden. Nicht nur die Koordination der Versorgungssysteme von Nachschub und Ressourcen sind die Aufgaben dieses Sachgebietes, sondern auch die Unterbringungsmöglichkeiten (vgl. Lamers 2021: 87).

Sachgebiet 5 (S5)

Die fünfte Stabsgrundfunktion ist für die Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation zuständig. Dieses Sachgebiet hat die Aufgabe, Kommunikationslinien innerhalb des Stabes zu koordinieren und in Abstimmung mit anderen Behörden und Organisationen außerhalb des Stabes festzulegen. Dabei wird die sogenannte Medienlage durch das S5 ermittelt. Diese Medienlage kann über verschiedene Kanäle, wie soziale Medien, TV- oder Radiosendungen, analysiert werden. Auf Basis dieser Erkenntnisse muss eine zielgerichtete und strategisch abgestimmte Medienarbeit erfolgen. Zu den zentralen Aufgaben der Medienarbeit gehören unter anderem die Bereitstellung von Interviewpartner*innen, die Einrichtung einer Hotline sowie die Planung und Durchführung von Pressekonferenzen. Darüber hinaus fallen auch die Aufbereitung und Zusammenfassung von relevanten Informationen sowie die gezielte Weitergabe dieser an die Medienlandschaft in den Aufgabenbereich des Sachgebietes. Eine

weitere wichtige Aufgabe ist die Informationsaufbereitung für Warn- und Alarmsysteme, um die Bevölkerung effektiv und zeitnah über Gefahrenlagen zu informieren (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018: 118ff.). Ein Beispiel für so ein Warn- und Alarmsystem ist das „AT-Alert“, welches auf den „Cell Broadcast“ basiert. Hierbei handelt es sich um ein System, welches direkt am Smartphone alarmiert. Hierbei werden nur Meldungen an Personen geschickt, welche sich direkt im Funknetz des betroffenen Gebietes befinden (vgl. Zivilschutzverband Österreich 2024).

Sachgebiet 6 (S6)

Die sechste Führungsgruppe im Stab, das Sachgebiet 6, ist für Kommunikation und Informationswesen zuständig. Im Gegensatz zur FGG5, welches für die Kommunikation in der Öffentlichkeitsarbeit zuständig ist, ist die FGG6 für die interne und externe Kommunikation zuständig. Das S6 erstellt einen Kommunikationsplan und stellt somit eine Kommunikation aller Beteiligten sicher (vgl. Bundesministerium für Inneres 2007: 46). Hierbei werden Kommunikationskanäle entsprechend den Anforderungen zugewiesen und weitere bei Bedarf angefordert. Dies ist notwendig, damit entsprechend des Kommunikationsplanes der Kommunikationsfluss sichergestellt wird. Damit das Führungsverfahren eingehalten wird, ist eine enge Abstimmung von dieser Stabsgrundfunktion mit der FGG3 erforderlich (vgl. Lamers 2021: 87f.). Zudem wird hier die Meldesammelstelle eingerichtet und betreut. Hierbei werden alle ein- und ausgehenden Daten im Geschäftsbuch dokumentiert. Diese Daten können unter anderem Meldungen, Anfragen oder Aufträge sein (vgl. Bundesministerium für Inneres 2007: 46).

Weitere Sachgebiete

Bei Bedarf kann ein siebentes Sachgebiet eingerichtet werden. Die Aufgabe des S7 ist es, die physisch oder psychisch Betroffenen und vor allem auch deren Angehörigen zu betreuen. Zudem wird bei diesen ein großer Bedarf an sozialer Betreuung notwendig sein (vgl. Bundesministerium für Inneres 2007: 47). Es kann nicht nur der psychosoziale Dienst als Sachgebiet eingerichtet werden, sondern es können bei Bedarf auch weitere eingerichtet werden. Bei der deutschen Bundeswehr werden bei Bedarf Rechtsberater*innen, Dolmetscher oder andere Funktionen als Sachgebiet eingesetzt (vgl. Lamers 2021: 194f.).

Fachgruppe

Ein Stab besteht nicht nur aus den verschiedenen Führungsgruppen, unterteilt in die sechs Stabsgrundfunktionen, sondern auch aus einer Fachgruppe. Die Einbindung dieser Fachgruppe obliegt allein der Entscheidung des*der Chef*in des Stabes und wird bei Bedarf bei fachlicher Beratung eingesetzt. Diese Gruppe dient zu dem als

Schnittstelle zu anderen Behörden, Einsatzorganisationen und weiteren relevanten Stakeholdern (vgl. Bundesministerium für Inneres 2007: 48).

Aufteilung bei weniger Personal

Zum Abschluss dieses Unterkapitels sollte noch erwähnt werden, dass die einzelnen Stabsgrundfunktionen nicht zwingend von nur einer Person ausgeführt werden. Ein Führungsstab kann in einer Minimalbesetzung aus acht Personen bestehen, unter der Berücksichtigung, dass unter anderem im Sachgebiet 2 mehrere Personen tätig sein sollten. Je nach Lage und Anforderung können die einzelnen Sachgebiete zudem personell erweitert werden (vgl. Lamers 2021: 97ff.). Ist es jedoch notwendig, aufgrund von Personalmangel oder anderen Gründen, sich für eine kleinere Struktur des Stabes zu entscheiden, können z.B. die Sachgebiete 1 und 6 zusammengelegt werden (vgl. Bundesministerium für Inneres 2007: 49f.).

2.5.2 ICS-Modell

Ein weiteres Führungsmodell sollte in dieser Arbeit noch erwähnt werden. Es ist das „Incident Command System“ (ICS). Dieses System wurde in den 1970er Jahren in den Vereinigten Staaten von Amerika entwickelt. Dies wurde aufgrund von vielen Misserfolgen bei der Bewältigung von Waldbränden entwickelt. Eine fehlende Organisation war verantwortlich für diese Misserfolge. Es gab keine klar definierten Befehlsstrukturen, sowie keine koordinierte Planung von der Anzahl an Ressourcen. Das ICS zielt darauf ab, diese potenziellen Probleme zu lösen (vgl. Mzahir et al. 2023: 179). Dieses System wurde im Jahr 2004 vom Heimatschutzministerium der USA im National Incident Management System eingeführt (vgl. Lamers 2021: 215ff.). Aus dem ICS ist das „Hospital Incident Command System“ (HICS) entstanden (vgl. Mzahir et al. 2023: 179). Dieses Modell wird in vielen Krankenhäusern der Vereinigten Staaten verwendet und gewinnt zunehmend im internationalen Bereich an Bedeutung (vgl. Scholtes et al. 2018: 132f.).

Leitende Position

Als leitende Funktion steht der „Incident Commander“. Dieser formuliert die Ziele und Vorgaben für eine operative Phase und genehmigt den Einsatzplan. Zudem trägt diese Position auch die Verantwortung für die Steuerung der Reaktionen. Allerdings ist der Incident Commander nicht für die spezifischen Strategien und Taktiken verantwortlich, welche für das Erreichen der Ziele notwendig sind. Wenn z.B. die Feuerwehr und der Rettungsdienst jeweils eine leitende Position haben und diese bei einem Einsatz zusammenarbeiten wird die gemeinsame Führung als „Unified Command“ bezeichnet. Der Unified Command fungiert als eine Position (vgl. Mzahir et al. 2023: 179ff.). Sobald diese Position eingesetzt wird, wird vom „Multiagency Coordination System“ ausgegangen. In diesem geht es vor allem um die Zusammenarbeit diverser Strukturen, wie z.B. Behörden (vgl. Lamers 2021: 222).

Command Staff

Direkt unter der Position des Incident Commander in der Führungsposition steht das sogenannte „Command Staff“. Dieses gliedert sich in „Information“, „Safety“ und „Liaison“ auf (vgl. Lamers 2021: 216ff.). Der Public Information Officer, abgekürzt „PIO“ ist für die Koordination der Informationen und die Öffentlichkeitsarbeit zuständig. Zudem ist dieser für den Informationsfluss zwischen den einzelnen Abteilungen und dem Führungspersonal verantwortlich (vgl. Mzahim et al. 2023: 181). Die Aufgabengebiete können mit der Stabsgrundfunktion 5 verglichen werden. Die Safetyposition hat die Aufgabe, anhand der Lage mögliche Gefahren für das Personal zu erkennen und durch Maßnahmen diese zu verhindern oder zumindest zu reduzieren. Zusammenfassend lässt sich über diese Führungsfunktion sagen, dass diese für die Sicherheit der Belegschaft zuständig ist (vgl. Lamers 2021: 218). Der Liaison Officer in Führungsfunktion agiert als Verbindungsperson. Dadurch werden sämtliche Tätigkeiten zwischen den beteiligten Organisationen koordiniert. Diese Funktion muss über sämtliche Ressourcen und Kompetenzen informiert sein, die für den Einsatz zur Verfügung stehen (vgl. Mzahim et al. 2023: 181).

General Staff

Die Führungsebene des General Staff teilt sich in 4 verschiedene Einheiten. Die erste Einheit ist die „Operation Section“ (vgl. Lamers 2021: 216ff.). Hier werden jegliche taktische Maßnahmen organisiert (vgl. Furin et al. 2024). Dies kann mit den Aufgaben der FGG3 verglichen werden (vgl. Lamers 2021: 218). Die zweite Einheit ist die „Planning Section“. Dessen Aufgabe ist es, relevante Daten und Informationen zu sammeln, sowie deren Weitergabe an die relevanten Stellen zu gewährleisten. Zudem findet hier die Dokumentation statt (vgl. Furin et al. 2024). Die dritte Einheit ist die „Logistics Section“. Wie die Bezeichnung schon verrät, ist diese für den gesamten logistischen Bereich zuständig. Dies kann nach der DV100 mit den Sachgebieten 1, 4 und zum Teil 6 verglichen werden. (vgl. Lamers 2021: 218). Hier werden sämtliche Support-Anforderungen bearbeitet sowie Unterkünfte, Verpflegung, Sicherheitsmaßnahmen und Transporte organisiert. Die Logistikabteilung kann in zwei Zweige unterteilt werden. Der eine ist für den Service zuständig und der andere für den Support. Der Servicezweig umfasst die Bereiche Kommunikation, medizinische Versorgung und Verpflegung. Der Supportzweig hingegen besteht aus den Einheiten für Versorgung, Anlagenmanagement und Bodendienste. Diese Struktur stellt sicher, dass sämtliche logistische Prozesse reibungslos koordiniert werden und eine kontinuierliche Unterstützung des Einsatzes gewährleistet ist. Die vierte Einheit des General Staff ist die „Finance und Administration Section“. Diese kümmert sich um die Budgetierung und finanziellen Aufwendungen während eines Einsatzes. Zudem ist diese Einheit für die Erfassung der Arbeitszeiten der Einsatzkräfte verantwortlich. Darüber hinaus werden hier Beschaffungen koordiniert, Entschädigungen und Ansprüche bearbeitet sowie die Kostenkontrolle durchgeführt (vgl. Furin et al. 2024).

2.6 Der Krisenstab

In diesem Kapitel soll das Wort „Krisenstab“ nähergebracht werden, da im Hauptteil dieser Masterthesis die Krisenstäbe in Kliniken beschrieben werden. Im vorigen Abschnitt (Kapitel 2.6.1) wurde die Struktur des Stabs-Modells genauer dargestellt und erklärt. Aufbauend darauf widmet sich dieses Kapitel der allgemeinen Organisation und dem grundsätzlichen Aufbau eines Krisenstabes. Der Fokus liegt dabei nicht nur auf den funktionalen Aspekten, sondern insbesondere auch auf den Räumlichkeiten und der Bereitstellung von notwendigen Materialien. Ziel dieses Abschnittes ist es, einen Überblick über die Rahmenbedingungen und organisatorischen Strukturen für die erfolgreiche Umsetzung eines Krisenstabes darzulegen.

Grundsätzlich gibt es verschiedene Arten von Stäben, die abhängig von der Branche und der Organisation unterschiedlich aufgebaut sein können. Behörden und Organisationen verwenden unterschiedliche Termini, jedoch haben alle die gleichen Schlüsselfunktionen und Aufgaben. Bei Hilfsorganisationen oder auch vom Militär wird dieser als Führungsstab bezeichnet. Im Gegensatz dazu wird dies bei Unternehmen, Verwaltungen und auch auf der politischen Ebene als Krisenstab bezeichnet und sind operativ tätig (vgl. Heimann und Hofinger 2022: 3ff.).

So ein Krisenstab ist jene Führungsstruktur, welche auch als ein Verwaltungsstab (VwS) gelten kann. Dieser wird nicht ständig eingesetzt, sondern wird bei besonderen Lagen alarmiert und vorübergehend eingerichtet, um bestmöglich auf Ereignisse reagieren zu können (vgl. Lamers 2021: 70ff.). Ein Krisenstab kann nicht nur während einer aktuellen Lage gebildet und eingesetzt werden, sondern auch nachträglich, beispielsweise im Rahmen von Übungen oder für die Koordination von z.B. Aufräumarbeiten nach einem Extremwetterereignis. In diesem sind sowohl Verwaltungsmitglieder als auch Vertreter*innen anderer Organisationen vertreten (vgl. Koschitzki 2024: 33ff.). Diese Art von Stab wird mit einer leitenden Funktion besetzt und kann unter anderem mit den Führungsgruppen der Sachgebiete 1 bis 4 besetzt werden (vgl. Lamers 2021: 114ff.). Durch die Mischung von Verwaltungsmitgliedern und vertretenden Personen von relevanten Organisationen, wird die Kooperation und der Austausch zwischen den diversen Akteuren erleichtert. Der Krisenstab bildet die Grundlage der Verwaltung innerhalb der Hierarchie, wird aber durch die Fachkenntnis der technischen Einsatzleitungen ergänzt. Der Hauptzweck eines Krisenstabs liegt darin, die Handlungsfähigkeit eines Betriebs sicherzustellen und ein koordiniertes Vorgehen während der Krise zu gewährleisten. Darüber hinaus fungiert der Krisenstab als zentrale Vernetzungsstelle zwischen verschiedenen Behörden und Organisationen. Da der Krisenstab über erweiterte Mittel und Sonderbefugnisse verfügt, können direkte Befugnisse erteilt werden, wie der Zugriff auf zusätzliches Personal und Ressourcen. Zudem bietet er die Möglichkeit, bei Bedarf externe Hilfen anzufordern, um die Bewältigung der Krise effizient zu unterstützen (vgl. Koschitzki 2024: 33ff.).

Grundsätzlich sollte noch der Unterschied zwischen einem Ein- und Zweistabsmodell erklärt werden. Beim Einstabsmodell, welches auch als Gesamtstabsmodell bezeichnet wird, ist der Stab und die EL zusammengeführt. Ein Vorteil des Gesamtstabsmodells ist, dass schneller Entscheidungen getroffen werden können, da dadurch Dienstwege minimiert werden. Jedoch hat dieses Modell den großen Nachteil, dass viele Informationen mit weniger Ressourcen verarbeitet werden müssen. Zudem erzeugt dies vermehrt Stress bei den Mitgliedern des Stabes. Dieser Nachteil findet sich nicht im Zweistabsmodell. Hier werden die Tätigkeitsbereiche in administrativ-organisatorischer Hinsicht mit dem VwS einerseits und operativ-taktisch mit dem Führungsstab bzw. der EL andererseits differenziert. Die Aufteilung des Modells hat den Vorteil, dass mehr Ressourcen und Kapazitäten für die Bewältigung einer Situation bereitgestellt werden können. Dabei ist jedoch zu beachten, dass der Führungsstab, im Gegensatz zum VwS, rund um die Uhr besetzt sein muss, um eine kontinuierliche Einsatzfähigkeit sicherzustellen. Da der VwS nicht ständig besetzt sein muss, werden zusätzlich Ressourcen eingespart. Die Informationsübermittlung zwischen den beiden Gruppen erfolgt über eine speziell eingesetzte Verbindungsperson, deren Aufgabe ausschließlich in der Weitergabe von Informationen liegt. Diese Person übernimmt keine Entscheidungsfunktion, sondern agiert rein als Vermittler*in, um einen reibungslosen Informationsfluss sicherzustellen. Dies kann damit auch als Nachteil gesehen werden (vgl. Giesen et al. 2023: 216ff.). Denn wenn dieser Informationsaustausch Lücken aufweist, kann es passieren, dass manche Aufgaben zweimal angeordnet und erledigt werden, oder auch gar nicht passieren. Daher ist die Aufgabe der Verbindungsperson eine entscheidende Grundlage für das Zweistabsmodell und dessen Erfolg (vgl. Gahlen und Kranaster 2019: 19f.). Zudem bringt das Modell auch den Nachteil, dass zwei voneinander unabhängige logistische Prozesse organisiert werden müssen. Sowohl der Krisenstab als auch die EL benötigen jeweils eigene Materialien und eine separate Infrastruktur. Dies bedeutet, dass für beide Einheiten Ressourcen bereitgestellt werden müssen, was nicht nur einen erhöhten Planungs- und Organisationsaufwand mit sich bringt, sondern auch potenzielle Engpässe oder Überschneidungen zur Folge haben kann (vgl. Giesen et al. 2023: 216ff.). Unabhängig davon, ob es sich um das Gesamtstabsmodell oder Zweistabsmodell handelt, benötigen beide Modelle diverse Strukturen um effektiv die Aufgaben abzuarbeiten.

2.6.1 Aufbau

Wie oben bereits beschrieben wurde, kann ein Stab mit den Sachgebieten besetzt werden. Zumindest werden diese Positionen jedoch mit Koordinationsgruppen besetzt, welche die Stabsleitung unterstützen. Diese Gruppe wird in zwei Hauptgruppen aufgeteilt. Die eine Gruppe ist der Innere Dienst. Da diese ein sehr komplexes und vielfältiges Tätigkeitsfeld hat, kann diese noch in Stabshilfspersonal, Bot*innen und Personen, welche in der Nachrichtenzentrale beschäftigt sind, aufgeteilt werden. Das Stabshilfspersonal ist für die Bearbeitung der meisten Aufgaben zuständig. Dazu zählt unter anderem auch die Vorbereitung der Infrastruktur wie Räumlichkeiten, einschließlich Technik, Büromaterialien und Lebensmitteln. Die Aufgaben der Bot*innen lassen sich bereits durch ihre Bezeichnung interpretieren. Die Nachrichtenzentrale ist für den Ein- und Ausgang von Nachrichten verantwortlich. Allerdings muss die Nachrichtenzentrale nicht zwingend vom Stab selbst betrieben werden. Wichtig ist jedoch, dass ein Großteil der Kommunikationszentrale in einem separaten Raum untergebracht wird, um Störungen zu vermeiden (vgl. Gahlen und Kranaster 2019: 11ff.). In dieser kommen interne und externe Informationen und Befehle zusammen und werden an die dementsprechenden Positionen, z.B. mit Hilfe von Telefonen, weitergeleitet. Zu dem kann unter anderem mittels Funkverkehr mit den Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) kommuniziert werden (vgl. Giesen et al. 2023: 266).

Die Lage und Dokumentation liegen in der Zuständigkeit der anderen Koordinationsgruppe. Diese Gruppe ist zudem in vier Untergruppen unterteilt. Die erste Gruppe in der Koordinationsgruppe für Situation und Dokumentation bildet die Lage. Diese arbeitet an den Lageberichten für die Lagevorträge und den übergeordneten Stäben, um die aktuelle Situation zu definieren. Die zweite und dritte Gruppe sind zum einen für die Lagekarte und Dokumentation und zum anderen für das Einsatztagebuch verantwortlich. Diese beide Gruppen haben Aufgaben, die mit dem Sachgebiet 2 vergleichbar sind. Die vierte Gruppe ist die Gruppe der Sichtung (vgl. Gahlen und Kranaster 2019: 13f.).

2.6.2 Einrichtung und Materialien

Für einen Krisenstab werden mehrere Räume benötigt. Einer davon ist der Stabsraum selbst. Dieser muss zu jeder Jahreszeit eine angemessene Raumtemperatur bieten. Zudem sollte der Raum vor Ablenkungen und fremden Blicken geschützt sein, um ein ungestörtes und angenehmes Arbeiten zu ermöglichen. Zusätzlich sind mehrere Büroräume erforderlich, die unter anderem für Sitzungen und die Nachrichtenzentrale genutzt werden können. Ebenso sollten Räume für die Bearbeitung der Aufgaben bereitgestellt werden. In unmittelbarer Nähe des Stabsraumes sollte sich außerdem eine Teeküche befinden, die eine geeignete Versorgung ermöglicht. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass ausreichend Verbrauchsmaterialien zur Verfügung stehen. Für die ganze Struktur des Stabes werden nicht nur Räumlichkeiten in Form des

Stabsraumes benötigt, um Führungen zu bewerkstelligen, sondern auch diverse Materialien. Der Stabsraum sollte mit einer passenden technischen Ausstattung ausgerüstet sein. Dazu zählen PCs oder, abhängig von der Arbeitsweise des Stabes, auch Laptops. Diese müssen mit der benötigten Software versehen werden. Zudem wird empfohlen, Beamer, Monitore und Drucker zu integrieren, welche je nach Nutzung durch Back-off Systeme wie Leinwände ergänzt werden können, die auch als Projektionsflächen dienen. Ebenso sollten Smartboards oder Weißwandtafeln, sowie Pinnwände bereitgestellt werden. Zu der ganzen Ausstattung gehören auch andere technische Ausrüstungen, welche für die Informations- und Kommunikationsverbindungen unerlässlich sind. Hierzu zählen unter anderem diverse feste und mobile Telefonanlagen, welche auch eine Freisprechfunktion haben müssen (vgl. Gahlen und Kranaster 2019: 46ff.). Zu beachten ist bei Telefonen, dass diese mit dem öffentlichen Mobilfunknetz verbunden sind, welches bei einem großflächigen Ereignis möglicherweise überlastet sein könnte. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Telefone zudem abhörsicher sind. Zusätzlich sollten auch Faxgeräte bereitgestellt werden. Eine wichtige Informationsverbindung ist darüber hinaus das Internet. Diese ist erforderlich, um weltweit verknüpft zu sein und um relevante Informationen z.B. über soziale Medien oder Pressemitteilungen einzuholen (vgl. FwDV/DV 800 2017: 15f.). Um eine stabile und zuverlässige Datenverbindung zu gewährleisten, ist ein drahtgebundenes Computernetz (Ethernet) von Vorteil. Das Netzwerk muss über ausreichend Kapazität verfügen, um mehrere Computer gleichzeitig mit den benötigten Daten versorgen zu können, ohne dass es zu Verzögerungen oder Ausfällen kommt. Dies ist besonders wichtig, wenn große Datenmengen übertragen werden oder mehrere Systeme gleichzeitig auf zentrale Informationen zugreifen müssen (vgl. Giesen et al. 2023: 259f.). Im oberen Abschnitt wurde beschrieben, dass eine Funkeinrichtung beim Informationsaustausch dazugehört. Der BOS-Funk ist allerdings eher für das operative-taktische Setting vorgesehen und hat somit wenig Nutzen in einem VwS (vgl. Gahlen und Kranaster 2019: 52f.). Grundsätzlich sollte zwischen analogem und digitalem Funk unterschieden werden. Der Vorteil beim digitalen BOS-Funk ist, dass dieser unter anderem verschlüsselt ist und eine netzübergreifende Kommunikation möglich wäre (vgl. FwDV/DV 800 2017: 17).

2.6.3 Kommunikation

Die Kommunikation zählt zu den Schlüsselementen bei der Bewältigung von diversen Ereignissen, wie z.B. bei einer Krise (vgl. Tinnemann et al. 2020: 44). Die Kommunikationsstrategien können in verschiedene Bereiche eingeteilt werden. Der erste Bereich ist die Risikokommunikation, deren Definition je nach Situation variiert. Hierbei werden mögliche Risiken identifiziert und angegeben. Die sich daraus resultierenden Risiken werden den betroffenen Akteuren mitgeteilt, damit diese entsprechend reagieren können. Wie auch bei der Risikokommunikation variiert die Definition der Krisenkommunikation je nach Bereich. Ihre vordringlichste Aufgabe ist

es, Schäden zu minimieren und weitere abzuwenden. Auch soll sie dabei helfen, einen Verlust des Ansehens der Organisation oder Behörde zu verhindern (vgl. Giesen et al. 2023: 357ff.). Hierfür müssen rechtzeitig und richtige Informationen veröffentlicht werden. Bei einem zu spät gewählten Zeitpunkt verliert man die Medienhoheit und bei zu vielen unterschiedlichen Informationen kann rasch Panik auftreten. Diese Informationen müssen für die Öffentlichkeit entsprechend bearbeitet werden, um auch Unsicherheiten vorzubeugen (vgl. Tinnemann et al. 2020: 46f.). Um eine effektive Krisenkommunikation sicherzustellen, ist es entscheidend, im Voraus eine klare Kommunikationsstrategie zu erarbeiten. Die Katastrophenkommunikation wird als höchste Eskalationsstufe der Krisenkommunikation gezählt (vgl. Giesen et al. 2023: 357ff.). Für die Kommunikation in der Krise ist der Krisenstab verantwortlich. Die Person, die dafür eingesetzt wird, bereitet die entsprechenden Informationen auf und gibt diese dann unter anderem an Medien weiter. Für diese Aufgabe kann auch ein*e Expert*in in Kommunikation einbezogen werden. Zudem muss diese Funktion im Stab auch Pressekonferenzen vorbereiten und auch die diversen Medien und die Reaktion von der Bevölkerung analysieren. Um ein Ereignis, wie z. B. einer MANV-Lage, erfolgreich zu bewältigen, muss die Kommunikationsstrategie besonders klar und strukturiert festgelegt sein. Eine einzelne Institution, wie etwa ein Krankenhaus, würde in einem solchem Fall schnell an die Grenzen der Kapazitäten stoßen. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, dass mehrere Krankenhäuser in einem Gesundheitsverbund organisiert sind und mit den relevanten Stakeholdern, wie den Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben, zusammenarbeiten. Hierbei muss eine Kommunikationsstrategie vorab erarbeitet werden und es müssen mehrere Punkte geklärt werden. Diese sind unter anderem, wie die Alarmierungen von BOS erfolgt. Es muss geklärt werden, wie die Kommunikation erfolgt und wie die Alternativen bei einem Ausfall aussehen. Diese und weitere Punkte müssen im Kommunikationsplan vorab geklärt werden und zählen auch zu den Kommunikationsstrategien (vgl. Frodl 2022: 267ff.). Selbst die Kommunikation, welche innerhalb und außerhalb des Stabes passiert, gehört zu diesem Thema. Hierbei empfiehlt es sich, anhand der W-Fragen zu denken bzw. zu kommunizieren. Gerade bei so einem Thema ist es wichtig, dass klar und verständlich kommuniziert wird. Zudem muss die Kommunikationslinie nach den Vorgaben eingehalten werden. Untergeordnete Abschnitte müssen in der Lage sein, jene Vorgaben ohne Missverständnisse abzuarbeiten (vgl. Gißler 2024:103ff.).

3 RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Im folgenden Abschnitt werden rechtlich relevante Aspekte kurz und übersichtlich beschrieben. Ziel des Kapitels ist es nicht, eine tiefgehende rechtliche Analyse vorzunehmen, sondern einen groben Überblick zu geben, welche gesetzlichen Grundlagen mit dem Thema der Arbeit bestehen. Dieses Kapitel dient letztlich als Ergänzung, um das ganze Thema der Arbeit aus rechtlicher Sicht besser einordnen zu können.

3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen für Krankenhausalarm- und Einsatzpläne in der Region Ost

Die Region Ost wurde vom Autor dieser Arbeit mit den Bundesländern „Wien“, „Niederösterreich“ und „Burgenland“ definiert. In den folgenden Abschnitten dieses Kapitels wird ausschließlich auf die rechtlichen Grundlagen der KAEP in diesen Bundesländern Bezug genommen.

Zuvor sollte jedoch nochmals wiederholt werden, dass Kliniken, wie bereits im Kapitel 2.2 (Kritische Infrastruktur) erläutert wurde, zu den kritischen Infrastrukturen gehören. In diesem Zusammenhang sollte noch die Richtlinie (EU) 2022/2557 erwähnt werden. Diese Richtlinie verpflichtet KRITIS, ihre Pläne regelmäßig zu überprüfen. Artikel 12 dieser Richtlinie schreibt vor, dass KRITIS mindestens alle vier Jahre eine Risikobewertung vornehmen müssen. In dem Fall, dass besondere Umstände eintreten, wie neue Risiken oder Vorfälle, ist es notwendig, früher eine neue Risikobewertung durchzuführen. Gegebenenfalls sollte der Plan überarbeitet werden (vgl. Richtlinie (EU) 2022/2557, Art. 12).

Ein Aspekt, der zwar nicht direkt mit dem KAEP zusammenhängt oder auch nicht so genannt wird, jedoch mit der grundsätzlichen Thematik dieser Abschlussarbeit zu tun hat, ist die rechtliche Grundlage zur Bildung eines Stabes. Dies wird im Burgenländischen Katastrophenhilfegesetz in §19 Abs. 5 und 6 genannt. In diesen zwei Absätzen wird beschrieben, dass der*die Einsatzleiter*in bei Bedarf einen Stab bilden kann. Dieser Stab, im Gesetzestext als „Führungsstab“ bezeichnet, berät und unterstützt die Einsatzleitung (vgl. Bgld KHG).

3.1.1 Wien

Laut dem Wiener Katastrophenhilfe- und Krisenmanagementgesetz sind im §4 alle Spitäler verpflichtet, KAEP für den Krisenfall zu erstellen. In diesem Gesetzestext wird der KAEP als „Einsatzpläne“ bezeichnet. Ziel dieser Pläne ist es, im Ernstfall die Behandlungskapazitäten rasch erweitern zu können. Die Pläne müssen mindestens alle drei Jahre überprüft, geübt und bei Bedarf angepasst werden. Die Krankenhäuser können Teil des übergeordneten Krisenmanagements sein. Denn die Gemeinde muss laut §12 organisatorisch auf eine mögliche Krise vorbereitet sein (vgl. Wr. KAG).

3.1.2 Niederösterreich

Im Vergleich zum W-KKG sieht das niederösterreichische (NÖ) Katastrophenhilfegesetz 2016 keine explizite Verpflichtung für Krankenhäuser vor, Einsatzpläne zu erstellen (vgl. NÖ KHG 2016). Auch im NÖ Krankenanstaltengesetz findet sich kein entsprechender Hinweis (vgl. NÖ KAG). Jedoch ist im NÖ KHG §3 geregelt, dass Körperschaften und Einrichtungen, dazu kann man auch öffentliche Spitäler zählen, verpflichtend Katastrophenhilfe leisten müssen. Gemeinden, Bezirksverwaltungsbehörden und die Landesregierung müssen lt. §7 des Gesetzes Katastrophenschutzpläne erstellen. Ebenso wie in Wien, müssen auch in NÖ die Katastrophenschutzpläne alle 3 Jahre überarbeitet bzw. auf die Vollständigkeit und Richtigkeit überprüft werden. In den Paragraphen 11 und 12 ist verankert, dass Katastrophenschutzübungen und Schulungen in regelmäßigem Abstand verpflichtend durchgeführt werden müssen (vgl. NÖ KHG 2016).

3.1.3 Burgenland

Im burgenländischen Gesetz vom 18. November 1985, über die Abwehr und Bekämpfung von Katastrophen (Katastrophenhilfegesetz) wird der KAEP im §11 Abs. 1 als „Katastrophenschutzplan“ bezeichnet. In diesem Absatz vom Bgl. KHG wird dazu geschrieben, dass die Bezirksverwaltungsbehörde Kliniken per Bescheid zur Erstellung eines Katastrophenschutzplans anweist. Schulungen und Übungen werden im §15 geregelt. Die Landesregierung ist für regelmäßige Schulungen und Fortbildungen verantwortlich, außer die Organisation, wie das Krankenhaus, hat diese schon durchgeführt (vgl. Bgld KHG).

4 METHODIK

Im folgenden Abschnitt wird das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfrage geschildert, mit dem die Fragestellung, „Wie sieht die Struktur eines Krisenstabes in einer Klinik im Osten Österreich aus?“, beantwortet werden soll. Folgende drei Aspekte werden behandelt:

- Nach welchem Führungsmodell des Führungsverfahrens handeln die Krankenhäuser im Bereich von Ostösterreich in Krisensituationen?
- Wann wird ein Krisenstab in einem Spital im östlichen Österreich gebildet?
- Welche Struktur hat solch ein Krisenstab?

Der Prozess der vorliegenden Arbeit fand zunächst auf der Basis einer Literaturrecherche statt. Auf dieser Basis wurden Interviews mit Personen mit Expertise durchgeführt. Um die formulierte Fragestellung in der Master Thesis zu beantworten, wurden Expert*innen für die wissenschaftliche Methode gewählt und mittels leitfadengesteuerten Interviews befragt. Dies wurde auf Basis der formulierten Forschungsfrage entwickelt. Hierbei wurden offene Fragen formuliert, um den Interviewpartner*innen möglichst viel Raum für ihre Antworten zu geben.

4.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche stellt in der Thesis die Basis dar. Einerseits kann man dadurch die entsprechenden Informationen aus der Literatur liefern, um den notwendigen Blick über den Wirkungsbereich der Arbeit zu liefern. Andererseits kann anhand der Literaturrecherche verglichen werden, wie sehr diese von der Praxis abweichen. Dieser Vergleich findet im Kapitel sechs („6 Analyse“) statt.

4.1.1 Identifikation

Die Literaturrecherche, die von November 2024 bis April 2025 stattfand, wurde mithilfe von Handsuche, als auch durch freie Websuche durchgeführt. Diese erfolgte einerseits mit der Suchmaschine „Google Scholar“, andererseits wurde diese mit der Datenbank „u:search¹“ der Universität Wien durchgeführt. Die Handsuche erfolgte unter anderem auch Online in der Datenbank „u:search“ und in den diversen Bibliotheken. Die Ein- und Ausschlusskriterien zur Literaturrecherche finden sich in der Tabelle 2 (Tab. 2).

Für die Literaturrecherche in den Datenbanken wurden die folgenden deutschsprachigen Schlagwörter verwendet: „Krisenstab in Spitälern“, „Stäbe in Kliniken“, sowie „Krankenhausalarm und –einsatzplanung“. Diese Begriffe wurden gezielt gewählt, um eine möglichst umfassende und relevante Sammlung an Fachliteratur zu erhalten. Die verwendeten Suchbegriffe sind in der nachfolgenden

¹ <https://usearch.univie.ac.at/primo-explore/search?vid=UWI>

Tabelle (Tab. 1) zusammengefasst, die einen Überblick darüber gibt, welche Keywords für die Recherche in den jeweiligen Datenbanken eingesetzt wurden. Zudem erfolgte die Suche anhand der Ein- und Ausschlusskriterie „Erscheinungsjahr“. Ziel war es, deutschsprachige Quellen zu identifizieren, die spezifisch auf das Thema der Stabsarbeit und Krisenbewältigung in Gesundheitseinrichtungen eingehen. Es wurde bewusst zur Identifikation der Literatur in den Datenbanken auf die booleschen Operatoren, wie „AND“ oder „OR“, verzichtet.

Tab. 1: Darstellung der verwendeten Suchbegriffe bei der Literaturrecherche

Suchbegriffe	Treffer in Google Scholar	Treffer in u:search
Krisenstab in Spitälern	• 77	• 0
Stäbe in Kliniken	• 1370	• 35
Krankenhausalarm und –Einsatzplanung	• 192	• 14

4.1.2 Selektion

Der Prozess der Literaturrecherche gliedert sich in die Identifikation, die Selektion und in die Bewertung der Literatur (vgl. Kunz et al., 2009). Bei der Recherche in den Datenbanken zeigte sich, dass eine erhebliche Anzahl an Treffern zu den verwendeten Suchbegriffen vorhanden war. Bei der Durchsicht stellte sich heraus, dass der Großteil dieser Werke keinen Bezug zur formulierten Forschungsfrage aufwies. Zum Beispiel unter dem Suchbegriff „Stäbe in Kliniken“ wurden in „u:search“ 61 und in „Google Scholar“ 1370 Treffer erzielt, jedoch war nur ein Werk für die Forschungsfrage relevant. Aus diesem Grund wurde zum einen die Berry-Picking-Methode angewendet. Zum anderen wurde zusätzlich noch überwiegend mittels Handsuche recherchiert, identifiziert, analysiert und ausgewählt.

Die Summe der gefundenen Werke in den durchsuchten Datenbanken ergaben insgesamt 1688 Treffer. Für die Überprüfung der Hypothesen wurden jedoch nur sechs Werke ausgewählt und im Hauptteil dieser Arbeit berücksichtigt. An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass die „Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz“ (2007), herausgegeben vom SKKM, den festgelegten Einschlusskriterien nicht entspricht. Sie wurde dennoch in die Arbeit aufgenommen, da sie in direktem Zusammenhang mit der Fragestellung sowie mit den Unterforschungsfragen steht.

Tab. 2: Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien zur Literaturrecherche

Kriterien	Einschluss	Ausschluss
Themengebiete	• Arbeiten über allgemeine Stabsarbeit • Werke, die keine relevanten Inhalte zur Stabsarbeit beinhalten	• Werke welche keine relevante Inhalte zu Stabsarbeit beinhalten • Werke über Stabsarbeit welche nichts mit Gesundheits-einrichtungen zu tun haben
Publikationsjahr	• Veröffentlichungen ab 2015	• Veröffentlichungen vor 2015
Sprache	• Deutsch	• Andere Sprachen

4.1.3 Bewertung

Wie im vorigen Abschnitt beschrieben, wurden insgesamt sechs Veröffentlichungen im Hauptteil der vorliegenden Arbeit eingeschlossen. Zwei dieser Werke wurden von Behörden erstellt. Eines davon bezieht sich direkt auf Strukturen und Abläufe innerhalb von Gesundheitseinrichtungen. Das Zweite ist sehr allgemein verfasst, zum Thema Stabsarbeit. Zwei weitere Publikationen haben ebenfalls einen klaren Bezug zu Gesundheitseinrichtungen und behandeln vor allem auch Aspekte der Stabsarbeit im klinischen Kontext. Eine weitere Veröffentlichung deckt mehrere Themenbereiche rund um die Stabsarbeit ab, darunter auch relevante Inhalte mit einem eigenen Kapitel, die sich auf Kliniken beziehen. Die sechste Quelle beschäftigt sich allgemein mit dem Thema Stabsarbeit, ohne spezifischen Bezug zu Krankenhäusern. Dieses liefert dennoch wichtige Grundlagen zur theoretischen Einordnung.

4.2 Empirische Erhebung

Wie schon erwähnt, wurden Expert*innen hinzugezogen, um die in der Thesis aufgeworfenen Fragestellungen zu beantworten. Die Interviews wurden mit Personen durchgeführt, die im Bereich Katastrophenmanagement tätig sind bzw. mit der Thematik zu tun haben. Obwohl es in der Fachliteratur zahlreiche Werke zur Stabsarbeit gibt, basieren diese überwiegend auf theoretischen Grundlagen oder allgemeinen Empfehlungen aus diversen Expertisen. Der Bezug zur praktischen Umsetzung in Kliniken hingegen ist nur spärlich vertreten. Gerade dieser Mangel an konkreten, praxisnahen Informationen unterstreicht die Relevanz der Thesis, die darauf abzielt, eine Verbindung zwischen der theoretischen Stabsarbeit und der tatsächlichen Anwendung im klinischen Kontext herzustellen.

4.2.1 Identifikation

Die Interviews wurden über mehrere Monate, an einzelnen Tagen durchgeführt. Das erste Interview wurde am 21.02.2025 durchgeführt und das letzte fand am 07.04.2025 statt. Dies sind 3 Monate mit einer Gesamtdauer von circa 120 Minuten. Zuvor wurde ein Pretest im Jänner 2025 durchgeführt. Das kürzeste Interview hat ungefähr 13 Minuten gedauert und das längste circa 34 Minuten.

Insgesamt wurden neun Anfragen für Interviews bei den diversen Krankenhausträgern und einzelnen Kliniken, welche sich in der Region „Ost“ befinden, gestellt. Als Region „Ost“ wurden die Bundesländer „Niederösterreich“, „Wien“ und „Burgenland“ festgelegt, um keinen allzu umfassenden Bereich zu untersuchen. Von den insgesamt neun Anfragen konnten fünf Interviews durchgeführt werden. Davon fand ein Interview mit zwei Personen zugleich statt. Eines der nicht zustande gekommenen Interviews erfüllte nicht die Einschlusskriterien. Ein weiteres Interview konnte aus Ressourcengründen nicht realisiert werden. Die dritte Person zeigte zwar Interesse, gab jedoch keine endgültige Rückmeldung zur Teilnahme am Experteninterview. Bei einer weiteren Anfrage gab es keine Antwort.

4.2.2 Selektion

In der nachfolgenden Tabelle 3 (Tab. 3) sind die Ein- und Ausschlusskriterien der Identifikation von Expert*innen zu finden. In dieser wurden Population, Arbeitsjahr(e) und Sprache definiert. Anhand dieser konnten die Experteninterviews mit den sichtbaren Ein- und Ausschlusskriterien selektiert werden. Die Einschlusskriterien für Expert*innen, die interviewt wurden, sind Arbeitnehmer*innen, die in einer Klinik oder in einer übergeordneten Organisationseinheit von Krankenanstalten im Osten Österreichs tätig sind. Darüber hinaus ist es eine Voraussetzung, dass die befragte Person entweder als Katastrophenbeauftragte*r tätig ist oder in diesem Bereich eine relevante Funktion innehat. Zudem muss die Person mindestens zwei Jahre im Bereich des Katastrophenmanagements tätig gewesen sein. Um eine fundierte inhaltliche Auswertung zu gewährleisten, werden nur deutsch- oder auch

englischsprachige Personen befragt.

Tab. 3: Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien zu den Experteninterviews

Kriterien	Einschluss	Ausschluss
Population	• Arbeitnehmer*innen einer Klinik im Osten Österreichs • Arbeitnehmer*innen einer Krankenanstalt im Osten Österreichs • Personen, welche Katastrophenbeauftragte sind oder in diesem Bereich eine Funktion innehaben	• Personen die noch nie mit der Thematik Katastrophe zu tun hatten • Personen die nicht Katastrophenbeauftragte oder in diesem Bereich tätig sind
Arbeitsjahr(e)	• Mindestens zwei Jahre in dem Bereich tätig	• Kürzer als zwei Jahre in dem Bereich tätig
Sprache	• Deutsch- oder englischsprachig	• Andere Sprachen

4.2.3 Interviewdurchführung

Erstellung des Fragebogens:

Für das Erstellen des Leitfadens für die Durchführung der Interviews wurde die SPSS-Methode nach Helfferich (2011) angewendet. Die vier Buchstaben stehen für die einzelnen Schritte des Erstellprozesses. Das erste „S“ steht für das „Sammeln“, also für das Brainstorming zum Sammeln von Fragen. Das „P“ steht für das „Prüfen“ der Fragen. Hierbei sollen ungeeignete Fragen, wie z.B. geschlossene Fragen, wertende Fragen und andere ausgeschlossen werden. Das zweite „S“ steht für das „Sortieren“. Die Fragen, die übrig geblieben sind, werden nach Kategorien sortiert. Das letzte „S“ steht für „Subsumieren“, also die Fragen an entsprechender Stelle einordnen (vgl. Thumel 2024: 165ff.). Die Fragen (siehe „Interviewleitfaden“ im Anhang) wurden vor den Interviews den jeweiligen Personen, per E-Mail, zugesendet, damit diese sich auf das Interview vorbereiten konnten.

Interviewmethode:

Die wissenschaftliche Erhebung der Befragung von Fachleuten, kann mit verschiedenen Befragungstypen durchgeführt werden. Diese erfolgen beispielsweise persönlich, sprich face-to-face. Dies ermöglicht einen persönlichen Austausch. Als Alternative stehen auch diverse Onlineplattformen zu Verfügung, über welche Interviews durchgeführt werden können. Beide Methoden wiesen im Vergleich zum bloßen Ausfüllen eines Fragebogens eine deutlich höhere Aussagekraft auf. Diese zwei zuvor erwähnten Typen erlauben nicht nur detaillierte Antworten, sondern auch die Möglichkeit, gezielt Rückfragen zu stellen und komplexe Themenbereiche im Gespräch zu vertiefen. Dies steigert den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn (vgl. Gebhardt 2022).

Für die vorliegende Arbeit wurde eine Erhebung mit face-to-face gewählt, wobei hier die Wahl der Örtlichkeit relevant ist. Denn der Ort, an dem ein Interview stattfindet, hat einen erheblichen Einfluss auf die Datenqualität. Qualitative Ansätze empfehlen, Interviews in einer „natürlichen Umgebung“ durchzuführen. Also an einem Ort, der zum Einflussbereich der Befragten dazugehört. Der ideale Ort sollte ungestört sein und den Expert*innen vertraut wirken. Weiters eine entspannte Atmosphäre schaffen, um offene und authentische Antworten zu fördern. Studien zeigen, dass die Wahl des Interviewortes die Art und Tiefe der Antworten beeinflusst. Freiwillige Helfer*innen äußern sich beispielsweise selbstbewusster, wenn sie am Ort ihrer Tätigkeit interviewt werden, da hier das Handeln im Vordergrund steht. Die Wahl des Ortes sollte stets in Absprache mit den Befragten erfolgen. Ein angenehmer, privater Raum, der Geborgenheit vermittelt, ist insbesondere bei sensiblen oder emotionalen Themen wichtig. Solche Bedingungen fördern das Vertrauen und die Offenheit der Interviewten und tragen wesentlich zur Qualität der erhobenen Daten bei (vgl. Misoch 2019: 222ff.). Um eine möglichst hohe Bereitschaft zu gewährleisten, stand es den Befragten frei, ob das Interview bei Ihnen vor Ort oder via Videokonferenz stattfand.

Mit dem Übermitteln der Fragen an die ausgewählten Personen mittels E-Mail wurde ebenso in Voraus eine schriftliche Einwilligung eingeholt (siehe „Einverständniserklärung zum Interview“ im Anhang). Dieses Dokument wurde von allen befragten Personen vor dem Interview unterschrieben. Mit der Unterschrift erklärte sich die jeweilige Person damit einverstanden, dass das Interview mit dem Handy aufgezeichnet wird. Zudem, dass die dabei erhobenen Daten im Rahmen der Master Thesis verwendet werden. Die Zustimmung umfasste sowohl die inhaltliche Nutzung der Aussagen als auch die vertrauliche Behandlung der personenbezogenen Informationen im Sinne der wissenschaftlichen Sorgfaltspflicht. Die vertrauliche Behandlung erfolgte über eine zugesicherte Anonymisierung der jeweiligen Person., sodass kein Rückschluss auf den*die Expert*in möglich ist (siehe derzeit gültige Vorlage der „Datenschutzmitteilung für Befragungen“ der Universität Wien).

In der nachfolgenden Tabelle (Tab. 4) sind die einzelnen Interviews übersichtlich dargestellt. Neben den erstellten Codes als Schlüssel werden darin auch das Datum

(als Termin), die Dauer der Gespräche und die Interviewmethode angegeben. Die Dauer wird in Minuten angegeben und wurde auf- bzw. abgerundet. Um im weiteren Verlauf dieser Arbeit eine Anonymisierung der Befragten zu gewährleisten, wurden sämtliche Transkripte codiert. Dieser Code dient als Schlüssel und wurde bei allen Zitaten aus den Interviews als Quellenangabe verwendet. Dadurch bleibt trotz der Anonymisierung eine eindeutige Rückverfolgbarkeit möglich, ohne die Identität der befragten Personen preiszugeben. Die Pseudonymisierung erfolgte in der Reihenfolge der durchgeführten Interviews. Dabei wurde die Bezeichnung „Interviewpartner*in“ (abgekürzt als „IP“) verwendet und mit der entsprechenden Nummer versehen, die der Reihenfolge der Interviews entspricht. Weitere Informationen wie das Bundesland, die Organisation oder die Klinik, in der die befragten Personen tätig sind, werden in dieser Arbeit nicht angegeben. Dies dient dem Schutz der Anonymität der Interviewpartner*innen. Die Identität der Befragten bleibt somit gewahrt. Lediglich die Studiengangsleitung und der Betreuer dieser Arbeit haben für die Leistungsbeurteilung Einsicht in die Namen der interviewten Personen (siehe derzeit gültige Vorlage der „Datenschutzmitteilung für Befragungen“ der Universität Wien).

Tab. 4: Darstellung über die durchgeführten Interviews

Code	Termin	Dauer	Interviewmethode
IP1	21.02.2025	21 Minuten	Face to Face
IP2	20.03.2025	27 Minuten	Face to Face
IP3	25.03.2025	34 Minuten	Face to Face
IP4	31.03.2025	25 Minuten	Face to Face
IP5	07.04.2025	13 Minuten	Face to Face

Die Gesamtdauer aller durchgeführten Interviews ergibt zusammen rund 121 Minuten. Alle fünf Interviews wurden ad personam, also persönlich und im direkten Gespräch, durchgeführt. Der Ort der Interviews war jeweils das Büro der befragten Personen. Dies gewährleistete eine ruhige und vertraute Gesprächsatmosphäre. Außerdem konnten sich alle Interviewpartner*innen den Termin aussuchen. Daher fanden alle Gespräche am Vormittag statt.

4.2.4 Transkription

Die Transkription der Interviews wurde mithilfe der automatischen Spracherkennungssoftware „f4x Spracherkennung“ durchgeführt. Diese Software wird von der Firma „audiotranskription“² betrieben. Dies vereinfacht den Prozess der Transkription. Die erzeugten Transkripte wurden anschließend im Word-Format gespeichert, um eine unkomplizierte Weiterbearbeitung zu ermöglichen. Hierbei ist noch wichtig zu betonen, dass die hochgeladenen Audiodateien vom Programm automatisch nach einer gewissen Zeit vom Server gelöscht wurden. Zur Sicherstellung der Qualität und Genauigkeit wurden die erstellten Worddokumente sorgfältig mit den Originalaufzeichnungen abgeglichen und auf mögliche Fehler überprüft. Im Rahmen der Überarbeitung wurden erkannte Fehler und Grammatik sowie Satzstellungen manuell korrigiert. Zudem wurden Elemente wie Wortwiederholungen, aus dem Zusammenhang gerissene Satzfragmente sowie Passagen, die für den Inhalt des Interviews irrelevant waren, entfernt. Die Glättung geschah, um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern und sicherzustellen, dass sich der Fokus ausschließlich auf die relevanten Aussagen der Interviewpartner*innen richtet. Umfangreichere Passagen, die entfernt wurden, wurden durch „[...]“ gekennzeichnet, um aufzuzeigen, dass dort Kürzungen vorgenommen wurden. Pausen, über mehrere Sekunden während des Gesprächs wurden mit „(...)“ gekennzeichnet. Es ist wichtig zu betonen, dass bei der Bearbeitung keinerlei inhaltliche Veränderungen vorgenommen wurden. Die in den Interviews geäußerten Aussagen und ihre Kernaussagen blieben unverändert und authentisch erhalten.

Sämtliche Daten und Informationen, die Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Organisationen zulassen könnten, wurden anonymisiert und pseudonymisiert. Hierfür wurden alle identifizierbaren Angaben in den Transkripten entweder vollständig entfernt oder durch neutrale Platzhalter ersetzt. Entfernte Passagen wurden ebenso durch „[...]“ gekennzeichnet, während ersetzte Namen von Personen, Orten oder Institutionen in eckigen Klammern angegeben wurden. So wurde beispielsweise im ersten Interview der Name der genannten Klinik durch „[Klinik 1]“ ersetzt.

Es sollte noch erwähnt werden, dass die Anonymisierung manuell durch den Verfasser dieser Arbeit durchgeführt wurde. Eine automatisierte Anonymisierung, wie sie ursprünglich im Interviewleitfaden unter Anwendung eines KI gestützten Tools vorgesehen war, kam schlussendlich nicht zum Einsatz.

In den Transkripten werden die Gesprächsteilnehmenden einheitlich als „Person 1“ und „Person 2“ identifiziert. „Person 1“ steht hierbei für den Autor dieser Arbeit, während „Person 2“ die jeweils interviewte Person darstellt.

Die transkribierten Texte wurden nach Art. 89 Abs. 1 DSGVO gespeichert (genauerer siehe derzeit gültige Vorlage der „Datenschutzmitteilung für Befragungen“ der

² <https://www.audiotranskription.de/>

Universität Wien). Diese können nur von der Studiengangsleitung und vom Betreuer dieser Arbeit, bzw. von einer*m Begutachter*in, für die Beurteilung eingesehen werden. Mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung (siehe Anhang) bestätigten die interviewten Personen, dass sie die Datenschutzmitteilung erhalten haben. Jedoch muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass in der Datenschutzmitteilung ursprünglich vorgesehen war, die Transkripte der Interviews dem Anhang beizufügen. Dies würde der Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens dienen. Um jedoch eine vollständige Anonymisierung sicherzustellen, sowie jegliche Möglichkeit eines Rückschlusses auf die Identität der befragten Personen oder die jeweiligen Einrichtungen zu minimieren bzw. gar auszuschließen, wurde darauf verzichtet, die bearbeiteten Transkripte im Anhang einzufügen.

4.2.5 Kodierung und Auswertung

Die Kodierung ist ein Vorschrift der Auswertung. Die Kodierung wurde deduktiv nach Mayring durchgeführt (vgl. Mayring 2022: 60ff.). Die Kategorien wurden anhand der Unterforschungsfragen festgelegt, mit dem Ziel, die Inhalte der Interviews systematisch zu strukturieren und vergleichbar zu machen. Alle Hauptkategorien und Unterkategorien wurden mit passenden Codes versehen. So konnten zentrale Themen der Arbeit, wie z.B.: „Führungsmodell“ oder „Stabsstruktur“, gezielt zugeordnet werden. Die Kodierung erfolgte einheitlich. Relevante Textpassagen wurden nach inhaltlichem Zusammenhang geordnet und markiert. Zudem gab es auch immer wieder Mehrfachzuordnungen. Die erste Hauptkategorie wurde mit „Krankenhausalarm- und Einsatzplan“ definiert, welcher als „KAEP“ abgekürzt wurde. In diesem Zusammenhang wurden die verschiedenen Alarm- bzw. Eskalationsstufen erfasst, die von Stufe 1 bis 4 reichen. Insgesamt hat diese Kategorie 27 markierte Textstellen. Weitere Hauptkategorien wurden unter „Ereignisse, die ein Führungsmodell aktivieren“, festgelegt. Bei der Kodierung wurde zudem unterschieden, ob die Bildung eines Führungssystems durch den*die „Krankenhauseinsatzleiter*in“ (abgekürzt mit „KEL“) oder durch den „Stab“ erfolgte. Diese Kategorie wurde gesamt mit 48 Textstellen codiert. Neben dem Modell wurde auch die „Struktur des Stabes“ als Hauptkategorie definiert. Hierbei wurden verschiedene Positionen codiert, darunter der*die „Einsatzleiter*in“ (abgekürzt mit „EL“), der*die „Chef*in des Stabes“ (abgekürzt mit „CdS“) sowie die einzelnen Stabsfunktionen von „S1“ bis „S6“, in einem Interview wurde sogar „S7“ erwähnt. Zusätzlich wurde die „Fachgruppe“ als Unterkategorie codiert. Diese Hauptkategorie hat gesamt 70 Markierungen erhalten. Die dritte Hauptkategorie der Kodierung wurde als „funktionale Arbeitsweise eines Stabes“ festgelegt. In diesem Zusammenhang wurden insbesondere die Nutzung von „Checklisten“, die „Entscheidungsfindung“ sowie die „interne-“ und „externe Kommunikation“ als Unterkategorien erfasst. Diese Hauptkategorie hat gesamt eine Anzahl von 67 Textstellen, die markiert werden konnten. Insgesamt konnten bei allen Interviews und Kategorien 219 Textstellen codiert werden.

Die Kodierung der transkribierten Interviews wurde mit der Software „f4“ durchgeführt. Diese Software stammt ebenfalls aus der Firma audiotranskription. Im Rahmen dieses Arbeitsschrittes wurden die zuvor definierten Kategorien auf das Textmaterial angewendet. Dazu erfolgte eine systematische Durchsicht der Transkripte, um relevante Textpassagen zu identifizieren und diesen die entsprechenden Kategorien zuzuordnen. Die Nutzung der Software erleichterte den Kodierungsprozess erheblich, da sie eine strukturierte Datenorganisation ermöglichte und somit zu einer übersichtlicheren Darstellung des Materials beitrug. Auf diese Weise wurde das Datenmaterial effizient aufbereitet und für die weiterführende Analyse vorbereitet.

Im Anhang finden sich die absoluten Häufigkeiten der verwendeten Codes nochmals grafisch genauer dargestellt wieder (unter „Häufigkeit der Codierung“). Um einige Muster aufzuzeigen, wie bestimmte Aussagen in diversen Kategorien eingeordnet wurden, werden diese nun anhand von Beispielen erläutert:

- Kategorie „KAEP“: *„wie vom Gesetz her vorgeschrieben, muss es überall Einsatzpläne, Notfallpläne, Katastrophenpläne geben“* (IP4, persönliches Interview, 31.03.2025)
- Kategorie „Führungsmodell“: *„Krisenstab nach dem SKKM-Modell aufgebaut“* (IP1, persönliches Interview, 21.02.2025)
- Kategorie „Struktur des Stabes“: *„einzelnen Stabsgrundfunktionen werden durch mehrere Personen bespielt“* (IP2, persönliches Interview, 20.03.2025)
- Kategorie „S5“: *„Presse haben eigene Kommunikationsabteilung“* (IP3, persönliches Interview, 25.03.2025)

Im Anschluss der Kodierung wurden diese analysiert, um Muster, Unterschiede oder auch wiederkehrende Aussagen sichtbar zu machen. Diese bilden die Grundlage für den Ergebnisteil in dieser Thesis.

4.2.6 Konstruktvalidität und Qualitätssicherung

Dieses Unterkapitel soll das allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell nach Mayring (2022) mit dem letzten Punkt Gütekriterien widerspiegeln. Das allgemeine Ablaufmodell weist folgende zehn Schritte auf:

1. *„Festlegung des Materials*
2. *Analyse der Entscheidungssituation*
3. *Formale Charakterisierung des Materials*
4. *Richtung der Analyse*
5. *Theoretische Differenzierung der Fragestellung*
6. *Bestimmung passender Analysetechnik. Festlegung des konkreten Ablaufmodells. Sowie Festlegung und Definition der Kategorien*
7. *Definition der Analyseeinheiten*
8. *Analyseschritte gemäß Ablaufmodell mittels Kategoriensystem. Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material. Bei Veränderungen erneuter Materialdurchlauf*
9. *Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung*
10. *Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien“*
(Mayring 2022: 61)

Ein zentrales Gütekriterium stellt die Überprüfung der Richtigkeit der Hypothese anhand der qualitativen Erhebung dar (vgl. Mayring 2022: 118ff.). Zur Absicherung der Konstruktvalidität wurden Interviews mit Expert*innen durchgeführt. Ziel war es, die drei Hypothesen durch fundierte Erhebung aus der Praxis zu überprüfen. Die Aussagen der Expert*innen ermöglichten einen Abgleich zwischen den theoretischen Annahmen und der tatsächlichen Realität. Die Auswahl der Interviewpartner*innen erfolgte gezielt anhand ihrer fachlichen Expertise.

Um die Überprüfung der Richtigkeit der Hypothesen mithilfe der empirischen Erhebung sicherzustellen, wurden die Interviewfragen theoretisiert und anhand der Hypothesen entwickelt. Mit dem Interviewleitfaden sollten zentrale Aspekte der Unterforschungsfragen abgebildet werden. Die Expert*innen wurden anhand klar festgelegter Kriterien ausgewählt (siehe Kapitel „4.2.2 Selektion“).

Die inhaltliche Übereinstimmung zwischen den Aussagen der Interviewten und den theoretischen Konstrukten wurde durch eine systematische Auswertung der Interviews mittels Kodierung (siehe Kapitel „4.2.5 Kodierung und Auswertung“) überprüft. Auf diese Weise war es möglich, die im Vorfeld formulierte Hypothese gründlich zu überprüfen.

Die Interviews hatten nicht nur die forschungsorientierte Gewinnung von Erkenntnissen zum Ziel, sondern dienten auch ausdrücklich der Überprüfung bestehender Hypothesen. Die qualitativ gewonnenen Aussagen ermöglichten eine kritische Reflexion der theoretisch entwickelten Konstrukte hinsichtlich ihrer praktischen Relevanz und Anwendbarkeit. Die Interviews leisteten somit einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Konstruktvalidität der Untersuchung, indem sie eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis herstellten und überprüfbare Rückschlüsse auf die Gültigkeit der Hypothesen ermöglichten.

5 ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN ERHEBUNG

Nach hinreichender Auseinandersetzung und kritischer Sichtung der Interviews, wurden sämtliche Daten erhoben, analysiert und ausgewertet. Die für die Beantwortung der Forschungsfrage „Wie sieht die Struktur eines Krisenstabes in einer Klinik im Osten Österreich aus?“ wurden insgesamt 5 Expert*innen befragt.

5.1 Krankenhausalarm- und Einsatzpläne im Osten Österreichs

Bevor die drei Hypothesen systematisch überprüft werden, muss zuallererst erläutert werden, wann ein Führungsmodell überhaupt gebildet wird und wann dies laut eines Krankenhausalarm- und Einsatzplans (KAEP) aktiviert wird. Dabei wurde im vierten Interview hervorgehoben, dass es laut dem Gesetz in jedem Krankenhaus einen Alarm- und Einsatzplan geben muss (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025). Für die Beantwortung der Frage, wann ein Führungsmodell gebildet wird, wurde bei den Leitfadeninterviews zunächst die Frage gestellt, ob es in der jeweiligen Klinik Alarmstufen gibt. Prinzipiell wird zwischen 4 Alarmstufen unterschieden. Die erste Alarmstufe umfasst ein Ereignis, bei dem in einer Stunde mit einer schwerverletzten Person und bis zu zehn leichtverletzten Patient*innen zu rechnen ist. Diese Alarmstufe ermöglicht jedoch die Initiierung von Eskalationen. Bei der zweiten Alarmstufe handelt es sich in der Klinik, in der die befragte Person „IP1“ tätig ist, um eine Situation, in der erwartet wird, dass innerhalb von zwei Stunden bis zu sechs schwer- und mehrfachverletzte und bis zu 30 leichtverletzte Personen dort eingeliefert werden. Ab dieser Alarmstufe erfolgt eine Umstellung des Betriebs, da eine solche Anzahl an Personen nicht mehr im normalen Betrieb behandelt werden kann. Um die Patient*innen besser zu koordinieren und vernünftig behandeln zu können, werden in der Klinik bestimmte Bereiche umgebaut und eine zusätzliche Triage eingerichtet. Die dritte Stufe wird ausgelöst, wenn in dieser Klinik in drei Stunden mit bis zu 20 schwer- und mehrfachverletzten, sowie mit bis zu 100 leichtverletzten Personen zu rechnen ist. Wenn mit mehr als dieser Anzahl an Patient*innen zu rechnen ist, wird die Alarmstufe 4 ausgelöst. Dies ist dann die Katastrophenauslösung (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025). Im zweiten Interview wurde erwähnt, dass ein KAEP für viele Verletzte und Erkrankte ausgerichtet ist (vgl. IP2, persönliches Interview, 20.03.2025). Bei einem Interview stellte sich heraus, dass in diesem Kontext nicht von „Alarmstufen“, sondern von „Eskalationsstufen“ die Rede ist. Der Grund dafür liegt darin, dass die Feuerwehr des Hauses den Begriff „Alarmstufen“ verwendet. Um Missverständnisse oder Verwechslungen zwischen den beiden Begriffen zu vermeiden, wurde daher bewusst die Bezeichnung „Eskalationsstufen“ gewählt. Es wurden drei Eskalationsstufen etabliert. Die erste Eskalationsstufe ist ein Ereignis, bei dem noch mit dem eigenen Personal die Situation bewältigt werden kann. Bei der zweiten Eskalationsstufe müssen zusätzlich (hausinterne) Kräfte herangezogen werden. Bei der letzten und dritten Eskalationsstufe ist von einem Ereignis die Rede,

bei welchem zusätzlich externe Kräfte notwendig sind (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025). Jedoch muss erwähnt werden, dass durch mehrere Interviews ersichtlich wurde, dass diese Zahlen und die Einstufungen je nach Krankenhaus unterschiedlich sind (vgl. IP2, persönliches Interview, 20.03.2025 & IP4, persönliches Interview, 31.03.25). Bei dem im April durchgeführten Interview wurden die Alarmstufen differenziert dargestellt. Denn es wurden keine Zahlen genannt, sondern die Alarmierung des Stabes und dessen Ressourcengröße erfolgt entsprechend des vorliegenden Ereignisses (vgl. IP5, persönliches Interview, 07.04.2025).

Es gibt verschiedene Ereignisse, die eine Aktivierung des KAEP erforderlich machen. Dabei wird von internen und externen Ereignissen unterschieden. Interne Ereignisse betreffen Vorfälle innerhalb des Krankenhauses, die die Patientenversorgung beeinträchtigen können. Dazu zählen beispielsweise technische Gebrechen. Auch ein Streik des Personals kann dazu führen, dass der KAEP in Kraft tritt. Zudem fallen Bedrohungslagen wie Bombendrohungen oder Drohanrufe ebenfalls unter interne Ereignisse (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025). Hierzu zählt unter anderem auch der Blackout, welcher auch als externes Ereignis gezählt werden kann. Tritt ein Blackout in einer größeren Region auf, in der sich auch die Klinik befindet, wird die Einrichtung für eine gewisse Zeit durch Notstromaggregate weiterhin mit Strom versorgt, ebenso wie die Wasserversorgung. Damit die Krankenhausinfrastruktur auch in einer solchen Situation aufrechterhalten und geschützt werden kann, ist eine durchdachte Strategie unerlässlich. Nicht nur Blackout ist ein externes Ereignis, welches zur Aktivierung des KAEP führt, sondern auch ein Massenanfall von Verletzten (MANV). Diese können unter anderem durch Umwelt- bzw. Naturereignisse, Brände und Explosionen verursacht sein (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025). Gleich, ob es sich um ein internes oder externes Ereignis handelt, liegt die Entscheidung, wann bestimmte Führungssysteme zur Bewältigung der Situation aktiviert werden, bei jedem Krankenhaus selbst. Dabei wird individuell festgelegt, welche Strukturen und Maßnahmen erforderlich sind, um das Ereignis effizient zu managen (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025). Unabhängig vom Vorfall kann die kollegiale Führung (KOFÜ) aufgrund des Zeitmangels keine Entscheidung treffen. Daher ist es essenziell, dass unabhängig von der Tageszeit eine monokratische Einsatzleitung (EL) die Verantwortung übernimmt. Jede Entscheidung, die im Rahmen eines aktivierten KAEP getroffen wird, liegt somit außerhalb der Zuständigkeit der KOFÜ. Ist ein Mitglied der kollegialen Führung anwesend, übernimmt diese*r die Leitung der Krankenhauseinsatzleitung. Ist die KOFÜ nicht vor Ort, fällt diese Aufgabe laut dem geführten Interview der diensthabenden oberärztlichen Person der Orthopädie-Trauma-Abteilung zu. Handelt es sich um ein größeres Ereignis, wird der EL, unabhängig davon, ob diese*r von der KOFÜ oder einer diensthabenden oberärztlichen Person gestellt wird, ein Stab zur Unterstützung zur Seite gestellt (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025).

5.2 Führungsmodell in den Kliniken im Osten Österreichs

Wie im vorigen Kapitel (5.1) geschrieben wurde, wird erkennbar, dass unabhängig vom Ereignis und von der Anzahl von Verletzten oder Erkrankten jedes Haus einen eigenen Alarmierungsplan für den Stab hat. Bei allen Interviews, bis auf eines, wurde deutlich, dass die untersuchten Kliniken, welche im Osten von Österreich liegen, bei der Stabsarbeit nach der „Richtlinie für das Führen im Einsatz“ des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements (SKKM) arbeiten (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025; vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025; vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025 & vgl. IP5, persönliches Interview, 07.04.2025). Die eine Ausnahme gab es im zweiten Interview. Hierbei wurde zwar die gleiche Frage gestellt wie bei den anderen vier Interviews, jedoch wurde aufseiten der interviewten Person nie „SKKM“ erwähnt. Es wurde stattdessen ein Organigramm des Krisenstabs hergezeigt und kurz erläutert (vgl. IP2, persönliches Interview, 20.03.2025).

5.2.1 Ergebnis über die Stabsstruktur aus dem ersten Interview

Beim ersten Interview, das am 21.02.2025 für die vorliegende Arbeit geführt wurde, wurde erwähnt, dass im Krisenstab unterschiedliche Berufsgruppen vertreten sind. Die Zusammensetzung hängt dabei stark von der Art des Ereignisses ab. Je nach Lage wird die Leitung des Stabes entweder durch Personen aus dem medizinischen oder aus dem technischen Bereich übernommen. Entscheidend ist laut dem Interview, dass die Person gut im Haus vernetzt ist und die internen Strukturen der Klinik kennt. Zudem soll diese Person auch schon Vorerfahrungen in diesem Bereich mitbringen. Die Verantwortung für das Personal, das im Krisenstab eingesetzt wird, liegt beim entsprechenden Sachgebiet. Dieses wird in Zusammenarbeit mit der Personalabteilung und der Pflege organisiert. Die Sachgebiete 2 und 3 werden vor allem durch medizinisches und pflegerisches Personal abgedeckt. Für den Bereich Versorgung ist das Verwaltungspersonal zuständig. Ebenso ist die Presseabteilung Teil des Krisenstabes und übernimmt die Öffentlichkeitsarbeit. Das sechste Stabsgrundgebiet, welches für die Information und Kommunikation zuständig ist, wird von der EDV-Abteilung übernommen. Diese ist mit den technischen Geräten und den relevanten Abläufen vertraut und sorgt dafür, dass die Kommunikation im Krisenfall sichergestellt ist. Im Interview wurde auch erwähnt, dass bei einem MANV ein siebtes Sachgebiet eingesetzt wird. Dieses ist dann für die psychosoziale Betreuung der Angehörigen zuständig. Wenn dies notwendig sein sollte, ist das S7 auch für das Personal der Klinik verfügbar. Abhängig vom Ereignis werden gezielt Fachexpert*innen einbezogen. Je nach der Situation werden bestimmte Fachleute, wie solche mit Expertise im Strahlenschutz oder chemischen Substanzen, in den Krisenstab berufen. Diese Personen werden schon im Voraus ausgewählt, um im Ernstfall Zeitverlust zu vermeiden. Je nach Lage kann auch bestimmte externe Unterstützung hinzugezogen werden. Diese kann unter anderem von der Polizei oder

einer anderen öffentlichen Einrichtung kommen (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025).

5.2.2 Ergebnis über die Stabsstruktur aus dem zweiten Interview

Im dem zweiten Interview stellte sich heraus, dass der Krisenstab durch die ärztliche-, pflegerische- und Verwaltungsdirektion gebildet wird. Hierbei wurde erwähnt, dass jedes einzelne Sachgebiet mit mehreren Personen gemanagt wird. Das Sachgebiet 1 (S1), welches für das Personal zuständig ist, wird von den mitarbeitenden Personen des Verwaltungsbereichs bespielt, welche auch im Regelbetrieb mitverantwortlich für die Dienstpläne sind. Es wurde erwähnt, dass die Stabsgrundfunktion S2 mit der „Lage“ und S3 mit dem „Einsatz“ von der ärztlichen Direktion und dessen Stellvertretern ausgeübt werden. Die Aufgaben des S4 wird von Mitarbeiter*innen ausgeführt, welche unter anderem auch aus der Pflegedirektion stammen. Das S5 wird durch den*die Pressesprecher*in geleitet. Durch diese Stabsfunktion wird die Medienarbeit gemanagt. Das sechste Sachgebiet wurde zwar nicht direkt erwähnt, jedoch wurde im Interview erzählt, dass Information und Kommunikation durch Stellvertreter*innen der Verwaltungsdirektion durchgeführt werden. So wie auch im ersten Interview, wurde auch im zweiten Interview erwähnt, dass Fachberater*innen vorab ausgesucht werden. Hierbei wurde zusätzlich noch erwähnt, dass ein*e Spezialist*in für Strahlenschutz oder Chemikalien im Stab hinzugezogen werden (vgl. IP2, persönliches Interview, 20.03.2025).

5.2.3 Ergebnis über die Stabsstruktur aus dem dritten Interview

Im dritten Interview wurde darüber berichtet, dass die Position des*r Chef*in des Stabes (CdS) meistens von der Verwaltung oder technischen Direktion ausgeübt wird. Die einzelnen Sachgebiete, welche von 1 bis 6 gehen, werden je nach Berufsausbildung und Erfahrung ausgeführt. Das S1, welches für das Personal zuständig ist, wird von der Personalleitung geführt. Der Assistent der Verwaltungsdirektion übernimmt die Aufgaben des S2 mit der Lagefeststellung. Diese Personen sind täglich mit der Bettenübersicht betraut und verfügen somit über den aktuellsten Stand bezüglich belegter und freier Kapazitäten. Dadurch sind sie in der Lage, schnell eine Einschätzung abzugeben, wie viele Patient*innen derzeit aufgenommen werden können und wie sich die Lage in den nächsten Stunden entwickeln könnte. Wie im Interview beschrieben, geht es dabei um die zentrale Frage: „Was habe ich jetzt, was habe ich in einer Stunde und was habe ich in vier Stunden an Betten frei?“. Wird beispielsweise angenommen, dass eine gewisse Anzahl an Patientinnen eingeliefert wird, und gleichzeitig ist klar, dass aktuell noch ausreichend Betten zur Verfügung stehen, muss zunächst keine weitreichende Maßnahme getroffen werden. In solchen Fällen reicht es aus, dass jede*r Patient*in aufgenommen wird, unabhängig von der Fachabteilung. Kritisch wird es hingegen dann, wenn durch das Ereignis die Kapazitäten für eine Versorgung und Aufnahme nicht mehr ausreichen. Dann müssen konkrete Entscheidungen getroffen werden. Dazu gehört

unter anderem die Frage: „Wo können zusätzliche Ressourcen für belegbare Betten geschaffen werden?“ Eine Möglichkeit wäre es, Patient*innen zu entlassen, bei denen dies medizinisch vertretbar ist. Wie im Interview erwähnt wurde, gibt es in vielen Fällen ein gewisses Entlassungspotenzial, das im Bedarfsfall aktiviert werden kann. Im persönlichen Interview wurde über das S3 erwähnt, dass dieses sich um die Abwicklung der Aufträge kümmert. Ausgeübt wird das Sachgebiet von Personen welche der Assistenz der ärztlichen Direktion angehören, sprich ärztlicher Dienst, da diese die eigene Lage mit vorhandenen Betten gut kennen. Die Aufgabe der Versorgung wird vom Wirtschaftsbereich im Krisenstab gemanagt. Das S5 welches für die Presse verantwortlich ist, wird von der eigenen Kommunikationsabteilung bespielt. Für die Kommunikation ist die Leitstelle des Krankenhauses zuständig. Die Fachgruppen werden unterschiedlich besetzt. Laut dem Interview ist jedoch immer jemand von der Pflege bei der Fachgruppe mit dabei, denn diese ist eine wichtige Personalressource. Weiters können bei einem CBRN-Ereignis Spezialist*innen eingeschlossen werden, zudem je nach Lage auch diverse Verbindungsoffiziere und Personen von der Administration (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025).

5.2.4 Ergebnis über die Stabsstruktur aus dem vierten Interview

Im vierten Interview wurde erwähnt, dass sich bei bestimmten Ereignissen, die einzelnen Stabsgrundfunktionen am Modell des SKKM orientieren. Generell sind die Sachgebiete eins bis sechs im Stab tätig. Das S1 beispielsweise, welches für die Mitarbeiter*innen zuständig ist, wird immer von Personen geführt welche auch im Regelfall für das Personal zuständig sind. Es wurde aber auch erwähnt, dass es bestimmte Ereignisse gibt, bei denen ein Sachgebiet im Krisenstab mehrere Aufgabenbereiche gleichzeitig abdecken kann. Zudem wurde in diesem Interview ebenfalls erwähnt, dass die Besetzung der Fachgruppe je nach Ereignis variiert. Wie hervorgehoben wurde, gibt es zahlreiche Schnittstellen, beispielsweise zur Stadt, zum Bund oder zu anderen Gesundheitseinrichtungen im Land. Abhängig von der Situation, sind verschiedene Fachkenntnisse erforderlich. Deswegen sind die Berufsgruppen der Fachgruppe nicht fest vordefiniert, da ihre Zusammensetzung stark vom jeweiligen Szenario abhängt (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025).

5.2.5 Ergebnis über die Stabsstruktur aus dem fünften Interview

Im fünften Interview wurde betont, dass es sich beim tätigen Stab in der Klinik nicht um einen Krisenstab handelt, sondern um einen Einsatzstab. Dieser wird je nach Ereignis unterschiedlich besetzt. Bei einem kleineren Vorfall, der zum Beispiel nur das Haus betrifft, wird lediglich ein Teil des Stabes alarmiert. Zu solchen Situationen zählen laut Interview auch Großschadensereignisse wie ein Busunfall oder ein Flugzeugabsturz. Dies gilt solange die Auswirkungen des Ereignisses auf das Spital beschränkt sind. Dies wird damit begründet, dass der Fokus in solchen Fällen primär auf der Versorgung und Behandlung von verletzten Personen liegt. Dafür wird weniger strategisches, sondern vor allem medizinisches Personal benötigt. Anders ist es bei

großflächigen Katastrophenlagen, bei denen mehrere Regionen oder sogar ein gesamtes Bundesland betroffen sind. In solchen Fällen wird der komplette Einsatzstab und sogar der Krisenstab im zusammengeschlossenen öffentlichen Träger der Kliniken im Bundesland aktiviert. Die volle Besetzung des Einsatzstabes ist notwendig, da neben der medizinischen Versorgung auch viele strategische, logistische und koordinierende Aufgaben anfallen. Das Interview macht auch deutlich, dass unabhängig vom Ausmaß der Aktivierung der Einsatzstab immer im Schichtbetrieb geführt wird. Die tätigen Personen arbeiten in einem Wechselsystem und können sich regelmäßig ablösen. Der Stab bleibt dann solange im Einsatz, wie es die Lage erfordert. Die Entscheidung darüber, in welchem Umfang der Einsatzstab aktiviert wird, liegt bei der kollegialen Führung (KOFÜ) der Klinik. Diese entscheidet anhand der Lage, wie viele Personen notwendig sind und welche Funktionen besetzt werden müssen. Sollte ein Vorfall außerhalb der regulären Dienstzeiten auftreten, wird laut fünftem Interview automatisch zu jeder Zeit der*die kaufmännische Direktor*in verständigt. Diese Person übernimmt dann die Funktion der Einsatzleitung, bis die kollegiale Führung wieder vollständig erreichbar ist (vgl. IP5, persönliches Interview, 07.04.2025).

Es wird auch erwähnt, dass im gesamten Einsatzstab verschiedene Berufsgruppen vertreten sind, die die zentralen Bereiche der Klinik widerspiegeln. Dazu zählen sowohl wirtschaftliche Funktionen als auch medizinisches und pflegerisches Personal. Die Position des*der CdS wird beispielsweise von dem*r Pflegedirektor*in übernommen. Grundsätzlich sind im Einsatzstab alle zentralen Sachgebiete vertreten, beginnend bei S1 bis hin zu S7. Die Positionen sind so besetzt, dass die jeweilige Expertise aus dem Berufsalltag mit einfließen und die Personen dort eingesetzt werden, wo sie sich fachlich am besten auskennen. Das S1, welches für das Personal zuständig ist, wird etwa von Mitarbeiter*innen der Personalstelle bespielt. Die Aufgaben des S2 wird von der Betriebsfeuerwehr behandelt. Im Bereich der Versorgung, sind beispielweise auch Personen tätig, welche in der Küche arbeiten. S7 ist dann für alle psychosozialen Angelegenheiten zuständig. Es gibt auch Verbindungsoffiziere die im Stab tätig sind, welche von einer Behörde stammen. Es wurde erwähnt, dass keine Sachberater*innen oder Sachverständige im Einsatzstab mithelfen (vgl. IP5, persönliches Interview, 07.04.2025).

5.3 Arbeitsweise der Stäbe in den Kliniken im Osten Österreichs

5.3.1 Führungsverfahren in den Stäben

Die Führung und Entscheidungsfindung innerhalb des Stabs entspricht der Richtlinie des SKKM (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025). In der Anfangsphase wird, wie sich im dritten Interview herausgestellt hat, zunächst von den Mitgliedern der Sachgebiete eine Lagebeurteilung auf Basis der ersten vorliegenden Informationen, vorgenommen. Damit wird ein Lagebild erstellt. Im Verlauf der Stabsarbeit gibt es immer wieder Stabsbesprechungen mit Lagevorträgen. Diese dienen auch dazu, einen Überblick über die aktuelle Lage zu bekommen. In diesen werden dem*der EL unter anderem Entscheidungsgrundlagen vorbereitet und präsentiert, um potenzielle Handlungsoptionen aufzuzeigen. Die Einsatzleitung gibt gemeinsam mit dem*der Chef*in des Stabes (CdS) die Richtung vor, in die das weitere Vorgehen gelenkt werden soll. Der*die EL muss lediglich aus den vorbereiteten Optionen eine Entscheidung treffen. Hierbei es ist das Ziel, vor die Lage zu kommen, um vorausschauend Aufträge zu vergeben. Eine besondere Herausforderung ist es Entscheidungen so aufzubereiten, dass diese klar und verständlich sind, um eine fundierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025). Zudem werden auch die Vor- und Nachteile der einzelnen möglichen Aufträge, die durch die Stabsgrundgebiete präsentiert werden, abgewogen. Im ersten Interview wurde betont, dass durch die Führungsstruktur des Stabes Entscheidungen deutlich schneller getroffen werden können, als in der regulären Führungsstruktur. Aus diesem Grund hält die befragte Person die Einrichtung eines Krisenstabes in außergewöhnlichen Lagen für unerlässlich (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025). Das S3 ist laut dem dritten Interview dafür verantwortlich, dass die Aufträge durchgeführt werden. Zudem wird in dem Interview angegeben und besonders betont, dass ein Krisenstab unverzichtbar ist. Denn durch die Umstellung von einer kollegialen Führungsstruktur zu einer monokratischen, wird bewirkt, dass es keine Diskussionen bei der Entscheidungsfindung gibt (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025).

Wie aus dem vierten Interview hervorgeht, endet mit der Beendigung der Arbeit des Stabes nicht automatisch die Bewältigung der Krise. Vielmehr sind nachgelagerte Maßnahmen notwendig, um die Situation vollständig abzuwickeln, sodass dann wieder in den Normalbetrieb übergegangen werden kann. Dazu gehört unter anderem auch die Nachbereitung des Ereignisses sowie die Evaluierung der Maßnahmen, um aus dem Ereignis gelernt zu haben, damit künftige Krisen besser bewältigt werden können (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025).

5.3.2 Kommunikation

Im ersten Interview wurde berichtet, dass es verschiedene Kommunikationswege gibt. Diese können nach außen als auch nach innen sein. Darunter sind zwei klassische Kommunikationswege, wie telefonieren und E-Mails schreiben. Zudem gibt es die Möglichkeiten mit Funk, wie Tetrafunk und/oder mit dem BOS-Funk, zu kommunizieren (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025). Im dritten Interview wird erwähnt, dass die Rolle der Verbindungsoffiziere auch eine ganz wichtige ist, speziell bei einer Terror-, Amok- oder Geisellage (TAG-Lage) (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025). Bei so einem Ereignis zählt zur Kommunikation nicht nur der Austausch mit anderen Stellen, sondern auch die interne Kommunikation in der Klinik. Besonders in kritischen Situationen, wie zum Beispiel in der genannten TAG-Lage, ist es essenziell, dass Informationen klar und strukturiert an die Mitarbeiter*innen weitergegeben werden. Der Stab hat hierbei die zentrale Rolle, dass alle relevanten Personen rechtzeitig informiert und nicht verunsichert sind. Zudem muss weiterhin eine Patientenversorgung stattfinden. In dem geführten Interview wurde zudem betont, dass soziale Medien eine große Herausforderung darstellen. Denn durch die diversen Kanäle verbreiten sich oft schnell Falschinformationen. Um dem entgegenzuwirken, ist eine Stabsarbeit entscheidend. Hierfür müssen verlässliche Kommunikationswege geschaffen werden, um sicherzustellen, dass ausschließlich geprüfte und korrekte Informationen bereitgestellt werden. Dies unterstreicht für die interviewte Person den Effekt einer guten Stabsarbeit (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025). Um kurz die Kommunikation nach außen zu erwähnen: Im fünften Interview wurde nochmals erwähnt und betont, dass die Kooperation und daraus resultierende Kommunikation und Koordination mit Blaulichtorganisationen, wie Rettung, Feuerwehr, Polizei oder auch Bundesheer essentiell ist (vgl. IP5, persönliches Interview, 07.04.2025).

5.3.3 Hilfsmittel in den Stäben

Checklisten

Es ist unerlässlich, laut dem ersten Interview, falls der Stab aktiv wird, dass Checklisten verwendet werden. Denn die Mitglieder des Stabes sind nicht regelmäßig mit diesen spezifischen Aufgaben konfrontiert. Im Gegenteil, diese übernehmen die Funktion nur bei besonderen Lagen der Klinik. Diese Checklisten dienen dazu, dass keine Schritte vergessen werden (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025). Zudem dient die Checkliste vor allem auch als Dokumentation des gesamten Ereignisverlaufs. Hierbei spielt der erste Kontakt zum Alarm eine wichtige Rolle. Zudem ist auf dieser geregelt, wann ein Alarm ausgelöst wird. Diese und weitere Maßnahmen können somit auch im Geschäftsbuch dokumentiert werden (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025). Im dritten Interview wird erwähnt, dass für jede Funktion eine eigene Checkliste vorhanden ist, um auch eine Übersicht über diese darzustellen. Beispielsweise bei der Checkliste für den*die EL sind Fragen wie „Was ist vorgefallen?“, „Von wem kam die Meldung?“ und „Welchen Auftrag gibt es?“. Zudem gibt es auch eine Checkliste für die Alarmbeendigung (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025).

Sonstige Hilfsmittel

Im dritten Interview wurde erwähnt, dass im Stabsraum zusätzlich Schilder auf den Tischen vorhanden sind. Auf diesen ist dann beschrieben, welchen Namen die jeweilige Person hat und welche Funktion diese im Stab innehat. Die Sitzpositionen sind im Vorfeld festgelegt, sodass eine klare Struktur vorhanden ist. Zusätzlich wurde im Interview erwähnt, dass jedes Mitglied des Stabes eine eigene Weste mit den entsprechenden Funktionsbezeichnungen erhält. Zudem werden Flipcharts verwendet, um einen Überblick über die jeweiligen Ereignisse und Ergebnisse zu behalten (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025). Solche Hilfsmittel, werden laut dem fünften Interview in einem separaten Schrank aufbewahrt. Dieser wird von der Feuerwehr des Hauses betreut (vgl. IP5, persönliches Interview 07.04.2025).

Ein weiteres wichtiges Hilfsmittel für eine gut funktionierende Stabsarbeit ist die Motivation. Auch wenn Motivation kein materieller Gegenstand ist, spielt diese eine entscheidende Rolle für die Arbeitsweise und für den Ablauf der Bewältigung. Bei dem im Februar durchgeführten Interview wurde dies erwähnt. Die befragte Person hat klar aufgezeigt, dass Stabsmitglieder nicht hauptberuflich in dieser Funktion tätig sind, sondern im Berufsalltag eine andere Tätigkeit ausüben, wie z.B. die Versorgung von Patient*innen. Sobald die Personen, welche für die Stabsarbeit bestimmt wurden, aufgrund eines Ereignisses einberufen werden, entstehen Zusatzbelastungen, die mit keiner gesonderten finanziellen Entlohnung einhergehen. Im ersten Interview wurde betont, dass durch eine zusätzliche Vergütung die Motivation gesteigert werden könnte (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025).

Ein weiteres nicht materielles Hilfsmittel, aber nützliches Tool um die Arbeitsweise im Stab zu verbessern, sind Übungen. Dieser Punkt wurde in mehreren Interviews angesprochen, unter anderem auch im dritten Interview. Dort wurde erklärt, dass es in Kliniken oft eine hohe Fluktuation von Personal gibt. Dadurch geht Wissen und Erfahrung im Bereich der Stabsarbeit schnell verloren. Zusätzlich führt auch das fehlende regelmäßige Üben dazu, dass Abläufe vergessen werden. Aus diesem Grund wird in der Klinik, in der die befragte Person tätig ist, mindestens einmal im Jahr eine Stabsübung durchgeführt (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025). Im fünften Interview wurde zwischen Minute 10:26 und 10:32 die Frage gestellt, welche Verbesserungen notwendig wären, um die Arbeit des Stabes weiter zu optimieren. Darauf wurde folgendermaßen geantwortet: „*Viel mehr Ausbildung und Schulungen!*“ (IP5, persönliches Interview, 07.04.2025).

6 ANALYSE

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der geführten Interviews systematisch ausgewertet und der bestehenden Literatur gegenübergestellt. Ziel ist es, die theoretischen Grundlagen mit den Informationen der befragten Expert*innen zu verknüpfen. Dabei soll ersichtlich werden, welche Strukturen und Abläufe in der Praxis tatsächlich Anwendung finden und wo es Unterschiede zur Theorie gibt. Die Analyse orientiert sich dabei an den zuvor definierten Unterforschungsfragen und bietet eine strukturierte Zusammenführung von Literatur und Interviews.

6.1 Krankenhausalarm- und Einsatzpläne

Wie sich aus dem Kapitel 5.1 (Krankenhausalarm- und Einsatzpläne in Osten Österreichs) herausstellt, können Alarmstufen mit den Eskalationsstufen mehr oder weniger gleichgesetzt werden. Unabhängig von der Bezeichnung entscheidet jede Klinik selbst, wann ein Stab eingerichtet wird. Dies geschieht in der Regel dann, wenn ein Ereignis die Leistungsfähigkeit der Versorgung von Patient*innen beeinträchtigt wird. In solchen Fällen wird eine Führungsstruktur gebildet, die dabei helfen soll, das Ereignis bestmöglich zu bewältigen (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025). Auch im Handbuch des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) zur Krankenhausalarm- und Einsatzplanung wird betont, dass genau festgelegt werden muss, wann die alltäglichen Abläufe durch ein außergewöhnliches Ereignis überlastet sind und infolgedessen erweiterte Führungsstrukturen aktiviert werden müssen (vgl. BBK 2020: 37).

6.2 Führungsstruktur

Aus den Interviews geht hervor, dass in besonderen Situationen die ursprünglich monokratische Führung in eine Stabsstruktur übergeht. Die Kliniken, beziehungsweise deren Stäbe, arbeiten dabei, unabhängig davon, ob sie als Krisenstab oder Einsatzstab bezeichnet werden (vgl. IP5, persönliches Interview, 07.04.2025), nach den „Richtlinien für das Führen im Katastropheneinsatz“, welche im Jahr 2007 vom SKKM veröffentlicht wurde. In fast allen Interviews wurde der Begriff „Krisenstab“ verwendet, so auch im ersten Interview. Wie es im fünften Interview erwähnt wurde, lässt sich auch aus dem ersten Interview ableiten, dass der Stab grundsätzlich so lange aktiv bleibt, bis das jeweilige Ereignis vollständig abgearbeitet ist. Im ersten Interview wurde jedoch die COVID-19 Pandemie als Ausnahme erwähnt. Laut den befragten Person handelte es sich hierbei nicht um einen klassischen Krisenstab, sondern um einen sogenannten Fachstab. Dieser trat in regelmäßigen Abständen zusammen und war auch personell anders aufgestellt. Der Fokus lag dabei auf spezifischem Fachwissen, so waren unter anderem Immunolog*innen und Jurist*innen Teil dieses Fachstabs (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025).

6.2.1 Stabsorganisation

In der nachstehenden Tabelle 5 (Tab. 5) befindet sich eine Übersicht der Stabsfunktionen, sowie deren jeweiliger Besetzung, wie sie auf Grundlage der Interviews dargestellt wurde. Dabei wurden Bezeichnungen und Zuständigkeiten so übernommen, wie sie in den Originalaussagen genannt wurden. Daher finden sich in den einzelnen Zellen inhaltliche Überschneidungen bzw. Synonyme wieder. Was in der Tabelle nicht zu finden ist, sind die diversen Fachgruppen. Da diese Großteils nur ereignisspezifisch gebildet werden.

Tab. 5: Besetzung der Stabsfunktionen

Stabsfunktion	Berufsgruppe(n)	Interviewnummern
CdS	Ärztliche- oder Pflegerische- oder Verwaltung- oder Technische-Direktion	IP1, IP3, IP5
S1	Personalleitung / Personaler*innen bzw. Personalstelle / Verwaltungsbereich / Personalabteilung bzw. auch Pflege	IP1, IP2, IP3, IP4, IP5
S2	medizinischer oder pflegerischer Bereich/ Ärztliche Direktion /Assistenz Verwaltungsdirektion / Betriebsfeuerwehr	IP1, IP2, IP3, IP5
S3	medizinischer oder pflegerischer Bereich/ Ärztliche Direktion / Assistenz der ärztlichen Direktion	IP1, IP2, IP3
S4	Wirtschaftsbereich / Pflegeleitung / Verwaltungspersonal /& Küchenteam	IP1, IP2, IP3, IP5
S5	Pressesprecher*in / Kommunikationsabteilung	IP1, IP2, IP3

S6	EDV-Abteilung, Stellvertretung Verwaltungsdirektion /& Leitstelle	IP1, IP2, IP3
S7	Sozialdienst / Fachpersonal für psychosoziale Betreuung	IP1, IP5

Ein Blick in die Literatur von Frodl (2022) zeigt, dass diese Beobachtungen größtenteils durchaus mit der Theorie übereinstimmen. Demnach ist das S1 entweder von der Personalabteilung oder von der Pflegeleitung geführt und ist primär für die Alarmierung, die Einsatz- und Reservebildung zuständig. Das S2, das laut dem Autor von der Leitung der Patienten- oder Bewohnerverwaltung geführt wird, ist verantwortlich für die Lagefeststellung und deren Beurteilung. Zudem ist dieses für die Einsatzdokumentation und das Einsatztagebuch zuständig. Für das S3, welches im Interview nur vereinzelt erwähnt wurde, nennt Frodl entweder eine ärztliche Leitung oder die Pflegedienstleitung als verantwortliche Position. Dieses Sachgebiet ist mitentscheidend für die Maßnahmen im Einsatz, übernimmt die Auftragserteilung, die Kontrolle der Umsetzung und auch die Beurteilung der Schadenslage. Zudem wird es als Stellvertretung der Stabsleitung gesehen. Die vierte Stabsgrundfunktion wird laut Frodl von der Verwaltungsleitung betreut und stellt sicher, dass alle notwendigen Mittel, wie Medikamente, Personalversorgung oder technische Hilfsmittel, zur Verfügung stehen. Für das Sachgebiet 5 ist die Kommunikationsleitung bzw. der*die Pressesprecher*in zuständig. Dessen Aufgabe ist es, sich um die Information der Presse, der Medien sowie um externe Kommunikationsbelange und Patienteninformationen zu kümmern. Das S6 wird von der IT-Abteilungsleitung geführt und sorgt für die Bereitstellung und Funktionstüchtigkeit aller Informations- und Kommunikationstechniken. Anders als bei den anderen Positionen wird die Leitung des Stabes nicht genannt. Diese Funktion übernimmt stattdessen die Einsatzleitung (Einrichtungsleitung) in Doppelfunktion (vgl. Frodl 2022: 210f.). Insgesamt zeigt sich, dass die in den Interviews hervorgehobenen Zuständigkeiten weitgehend mit der theoretischen Aufteilung bei Frodl (2022) übereinstimmen. Auch wenn einige Sachgebiete im Klinikalltag offenbar stärker im Vordergrund stehen als andere. Wird das Ganze noch vom „Handbuch Krankenhausalarm- und Einsatzplanung (KAEP)“ betrachtet, welches vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) im Jahr 2020 veröffentlicht wurde, dann fällt schnell auf, dass diese nach der DV 100 aufgebaut ist. Jedoch findet sich darin keine genaue Beschreibung, welche Sachgebiete durch welche Berufsgruppen besetzt werden sollen. Es wird nur angeführt, dass sich die Krankenhauseinsatzleitung (KEL) aus leitenden Funktionen unterschiedlicher Bereiche zusammensetzt. Diese setzt sich aus dem ärztlichen, pflegerischen, technischen sowie dem verwaltungs- bzw. logistikbezogenen Dienst zusammen. Zudem wird beschrieben, dass Meldungen jeglicher Art in erster Linie

durch die operative KEL bearbeitet werden. Diese operative KEL kann sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammensetzen. Dazu zählen unter anderem der ärztliche Dienst, welcher zugleich auch die medizinische EL stellen kann, sowie der Pflegedienst, der technische Dienst oder die Logistik. Je nach Lage und dem Umfang des Ereignisses wird die operative KEL im weiteren Verlauf durch die vollständige KEL abgelöst. Wenn die Situation mit den vorhandenen Ressourcen nicht mehr bewältigt werden kann, wird ein Stab nach dem Modell der DV 100 gebildet (vgl. BBK 2020: 41ff.).

Wird dies mit den Interviews gegenübergestellt, fällt hierbei ein Unterschied auf. Dieser Unterschied ist die Definition der (Krankenhaus-) Einsatzleitung. Denn im Vergleich dazu wurde zum Beispiel im dritten Interview erläutert, dass bei der zweiten Alarmstufe das Führungssystem nämlich auf eine monokratische Einsatzleitung umgestellt wird. Bei Anwesenheit der KOFÜ wird diese Position von einem ihrer Mitglieder eingenommen. Wenn die gesamte KOFÜ nicht anwesend ist, wird die EL an die diensthabende Person in der Funktion als Oberarzt*ärztin von der Ortho-Trauma-Abteilung übernommen. Diese Person hält die EL, bis ein KOFÜ-Mitglied eintrifft (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025). Wird das dritte und fünfte Interview verglichen, wird die EL, laut dem fünften Interview, durch den*die technischen Direktor*in gestellt (vgl. IP5, persönliches Interview, 07.04.2025). Im Vergleich zu den ganzen geführten Interviews, wird laut dem zweiten Interview die EL nicht monokratisch geführt. Sondern diese setzt sich aus der Verwaltungsdirektion, der Pflegedirektion und der ärztlichen Direktion zusammen (vgl. IP2, persönliches Interview, 20.03.2025). Sollten die anfallenden Aufgaben das Arbeitsvolumen der EL übersteigen, wird ein Stab zur Unterstützung bereitgestellt (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025).

Die Anzahl der Besetzung ist lageabhängig und flexibel. Bei kleineren Ereignissen kann die Größe des Stabes reduziert werden. Im Gegensatz dazu wird bei einer Katastrophe diese voll besetzt (vgl. IP5, persönliches Interview, 07.04.2025). So ähnlich wird es auch im Handbuch über die KAEP vom BBK (2020) beschrieben. In diesem wird formuliert, dass bei einer kleineren Lage manche Stabsgrundfunktionen zusammengelegt werden können (vgl. BBK 2020: 41). So ein Vorgehen wird auch in der „Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz“ vom SKKM (2007) beschrieben. Genauer findet sich im Unterkapitel „2.5.1 Stabs-Modell“.

Im Handbuch Stabsarbeit (2022), welches Hofinger G. und Heimann R. herausgegeben haben, gibt es ein Kapitel von Scholtes K. über Stabsarbeit in einer Klinik. Die Autorin schreibt, dass empfohlen wird, die Struktur des Stabes nach der DV 100 aufzubauen. Jedoch weist sie auch darauf hin, dass es möglich ist, andere Formen zu wählen. In ihrem Kapitel wird der Stab als Krankenhauseinsatzleitung (KEL) bezeichnet. Außerdem ist sie Teil des Krankenhausalarm- und Einsatzplans (KAEP). Es ist wichtig, zunächst zu erklären, wie laut Scholtes K. der Ablauf aussieht, wann ein Stab einberufen wird, bevor die Struktur näher behandelt wird. Sie schreibt, dass bei

einer Sonderlage zuerst die medizinische Einsatzleitung, welche von der Unfallchirurgie gestellt wird, alarmiert wird (Im Vergleich dazu wird die medizinische Einsatzleitung im Haus vom dritten Interview [25.03.2025] von dem diensthabenden Arzt*Ärztin der Ortho-Trauma Ambulanz geführt). Anschließend folgt die operative Einsatzleitung. Diese kann, laut ihrer Beschreibung, aus verschiedenen Berufsgruppen bestehen. An erster Stelle steht die medizinische Einsatzleitung. Auch die*der diensthabende Anästhesist*in ist Teil des Teams. Zusätzlich können die diversen pflegerischen Leitungen dazugehören. Diese können aus den Bereichen der Anästhesie, Zentralen Notaufnahme und/oder Unfallchirurgie stammen. Weiters müssen die stellvertretenden Personen für den KAEP inkludiert werden. Die Person die aus dem Bereich der Technik stammt, sollte auch noch in der operativen Einsatzleitung sein. Diese erste Führungsstruktur der operativen Einsatzleitung bleibt solange operativ tätig bis eine weitere Eskalation notwendig ist und bis die KEL vollständig implementiert ist. Diese ist dann operativ-taktisch und administrativ-organisatorisch tätig. Die KEL ist dann die zentrale Koordinationsstelle im Krankenhaus, welche für die internen und externen Abstimmungen verantwortlich ist. Für die Führung des Stabes ist eine leitende Funktion angedacht. Für das Sachgebiet Personal sind laut Scholtes K. die Pflegedienstleitung bzw. die Leitung der Personalabteilung eingebunden. Das Sachgebiet welches für die Lage zuständig ist wird durch das Sekretariat der Geschäftsleitung, Chefsekretariate oder Referent*innen der Geschäftsführung besetzt. Das S3, welches für den Einsatz zuständig ist, wird laut ihr von der ärztlichen Direktion oder der Leitung des KAEP geleitet. Für das Sachgebiet welches für die Versorgung zuständig ist, sind leitende Personen eingesetzt, welche für den Einkauf, Logistik und Patientenservice tätig sind. Das S5 wird durch die Leitung der Öffentlichkeitsarbeit bespielt. Das S6 wird durch die Leitung von IT und Telekommunikation besetzt. Zudem werden von Scholtes K. auch die Fachberater*innen und Verbindungspersonen erwähnt (vgl. Scholtes 2022: 81ff.).

Werden die Ergebnisse der Interviews mit dem Kapitel von Scholtes K., aus dem Buch Handbuch Stabsarbeit (2022) verglichen, dann fallen ein paar Unterschiede auf. Der erste Unterschied ist zu einem, wie oben schon beschrieben, die Definition für KEL. Zum anderen wurde in keinem Interview die operative (K)EL genannt. Ein weiterer Unterschied ist das S2. Dieses kann laut Scholtes (2022) von den diversen Sekretariaten bespielt werden. In den Interviews wird zusätzlich die Betriebsfeuerwehr laut dem fünften Interview (07.04.2025) und Assistenz der Verwaltungsdirektion im dritten Interview (25.03.2025) erwähnt. In manchen Kliniken kann laut dem zweiten Interview (20.03.2025) auch die Pflegeleitung, das Verwaltungspersonal, erwähnt im ersten Interview (21.02.2025) und das Küchenteam, laut dem fünften Interview (07.04.2025), in das S4 eingebunden werden, dies wurde bei Scholtes (2022) nicht beschrieben. Sowohl in Scholtes (2022), als auch in Frodl (2022) wird im Gegensatz zum ersten (21.02.2025) und fünften Interview (07.04.2025) nicht das S7 beschrieben. Das dritte Interview (25.03.2025) hebt im Gegensatz zu den anderen Interviews und

den verwendeten Werken Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes in der Fachgruppe als ständige Position hervor.

Spätestens bei der Fachgruppe wird ersichtlich wie wichtig ein einheitliches Führungsmodell ist. Denn in dieser Gruppe können Personen tätig sein, die als Verbindungspersonen oder Funktionsträger*innen von BOS mitarbeiten. Nur wenn alle nach dem gleichen Modell arbeiten, kann ein reibungsloser Ablauf sichergestellt werden (vgl. Scholtes: 86). Das Geschriebene von Scholtes K. wird im vierten Interview bekräftigt. In diesem wurde gesagt, dass es Sinn macht, dass jede Klinik nach dem identischen Modell arbeitet (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025).

Zudem kann aufgrund der Interviews entnommen werden, dass die Personen, welche eine Führungsfunktion im Krisenstab innehaben, somit zeitgleich eine Doppelfunktion innehaben. Dies kann zum Beispiel aus dem ersten Interview (21.02.2025) abgeleitet werden. Diese Doppelfunktion stellt Krankenhäuser vor besondere Herausforderungen, welche in anderen Branchen nicht vorhanden sind. Daher ist es wichtig, dass solche Führungspositionen und deren Aufgaben klar definiert werden (vgl. Frodl 2022: 28f.).

6.2.2 Qualitätssicherung des Stabes

Checklisten sind wichtige Tools damit standardisierte Abläufe reproduzierbar ablaufen. Abgearbeitete Checklisten dienen auch als Dokumentation um einen Nachweis für gesetzte Maßnahmen zu erbringen (vgl. Spielvogel und Reissig-Hochweller 2018:21). Dies wurde beispielsweise auch im dritten Interview (25.03.2025) erwähnt. In diesem wurde betont, dass Checklisten nicht nur der Orientierung dienen, sondern auch als Dokumentation verwendet werden. Auch im ersten Interview wurde darauf hingewiesen, dass die Personen im Stab diese Tätigkeit nicht täglich ausüben und es daher essentiell ist, vorbereitete Checklisten zur Verfügung zu haben. Auf diesen sind die wesentlichsten Schritte übersichtlich angeführt, damit in der Stresssituation keine wichtigen Aufgaben vergessen werden (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025). Diese Checklisten sollen von der Arbeitsgruppe des KAEP erstellt werden (vgl. Scholtes 2022: 839). Im Krankenhaus von der ersten interviewten Person werden die Checklisten regelmäßig überarbeitet. Der Grund dafür ist, dass sich laufend etwas verändert. Dies sind etwa Abläufe, Zuständigkeiten oder auch die Struktur im Haus. Demnach müssen unter anderem auch die Checklisten regelmäßig überarbeitet werden (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025).

Ein weiterer wichtiger Punkt der Qualitätssicherung sind sogenannte Dashboards. Auf diesen sind alle relevanten Informationen für den Stab und die einzelnen Sachgebiete abgebildet. Sie zeigen die entscheidendsten Faktoren des laufenden Einsatzes. Ein klassisches Beispiel dafür ist das Lagebild. Wichtig zu erwähnen ist, dass Dashboards nicht zur Dokumentation geeignet sind. Ein weiteres und wesentliches Werkzeug, das auf einem Dashboard abgebildet werden kann, ist der Zeitstrahl. Dieser dient dazu, den zeitlichen Verlauf des Einsatzes sichtbar zu machen. Er zeigt sowohl vergangene

Ereignisse, die aktuelle Lage, als auch mögliche Entwicklungen bzw. Prognosen für die Zukunft. Dadurch können Aufgaben besser geplant und vorausschauend erledigt werden. Somit ist es möglich „vor die Lage“ zu kommen. Der Zeitstrahl ist daher ein zentraler Bestandteil in der Führungsarbeit (vgl. Gißler 2024: 189ff.).

Die wesentlichsten Informationen für den Stab können z.B. per Beamer auf eine Projektionsfläche dargestellt werden. Allerdings hat diese Variante den Nachteil, dass damit nur begrenzt Platz für weitere Inhalte zur Verfügung steht (vgl. Gißler 2024: 189ff.). Im dritten Interview wird dies mit Hilfe von Flipcharts gemacht (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025).

Der letzte Punkt zur Qualitätssicherung welches in mehreren Interviews hervorgeht, wie z.B. im Dritten, ist die Unverzichtbarkeit der regelmäßigen Trainings zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Stabsmitglieder (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025). Gißler vergleicht in seinem Buch aus dem Jahr 2024, die Notwendigkeit regelmäßiger Übungen mit der Praxis von Handwerkern. Er schreibt, dass ein*e Handwerker*in ohne Übung dieses Handwerk nicht ausüben kann (vgl. Gißler 2024: 142f.). Trainings und Übungen sind laut dem zweiten Interview (20.03.2025), dem dritten Interview (25.03.2025), dem vierten Interview (31.03.2025) und dem fünften Interview (07.04.2025) wichtig, um Verbesserungen in der Arbeit des Stabes zu gewährleisten. Denn im Krisenmanagement müssen Organisationen sehr rasch Entscheidungen treffen können. Das funktioniert aber nur, wenn der Stab regelmäßig übt und mit den Abläufen vertraut ist (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025). Im fünften Interview (07.04.2025) wird in der Minute 10:32 gefordert, dass mehr Ausbildungen und Schulungen in diesem Bereich notwendig sind. Im Krankenhaus von der dritten interviewten Person wird z.B. jährlich der Stab geübt (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025). Im Werk von Gißler (2024), wird empfohlen, dass Stäbe jährlich eine Übung in einem Umfang von circa 30 Stunden absolvieren sollten. Weiters wird angemerkt, dass Einsatzleiter*innen sowie Personen, die einen Stab führen, noch zusätzlich rund 6 Stunden pro Jahr Fortbildungen in dem Bereich erhalten sollten (vgl. Gißler 2024: 64f.).

Im zweiten Interview wird der Wunsch geäußert, dass Stabsübungen auch gemeinsam mit anderen Organisationen stattfinden sollen. Gemeint ist damit, dass solche Übungen nicht nur intern in der Klinik durchgeführt werden sollten, sondern auch organisationsübergreifend, sprich über den Bezirk hinaus oder sogar auf Landesebene (vgl. IP2, persönliches Interview, 20.03.2025). Im vierten Interview wurde eine Problematik von Übungen erwähnt. Dieses ist, dass Übungen parallel zum laufenden Betrieb stattfinden müssen und dadurch der Regelbetrieb darunter leiden könnte (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025).

Zum Abschluss des Kapitels sollte noch erwähnt werden, dass im vierten Interview die Wichtigkeit eines Netzwerks für das Krisenmanagement betont wurde. Im Interview wurde erklärt, dass der regelmäßige Austausch mit verantwortlichen Personen essenziell sei. Denn eine erfolgreiche Bewältigung von Krisen hängt stark vom

jeweiligen Szenario und der konkreten Lage ab. Ohne diesen Austausch können keine Erfahrungen geteilt werden (vgl. IP4, persönliches Interview, 31.03.2025).

7 DISKUSSION (INKL. KRITISCHER REFLEXION UND LIMITATIONEN)

Der Hintergrund dieser Arbeit war es, darzustellen, wann ein Krisenstab in einer Klinik im Osten Österreichs aktiviert wird. Zudem wurden die einzelnen Funktionen des Stabes beschrieben. Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurden ausreichend Personen interviewt.

7.1 Zusammenfassung und Interpretation

7.1.1 Modell

Die Ergebnisse zusammengefasst zeigten, dass die erste Hypothese gestützt werden konnte. Es wurden keine Aussagen gefunden, die dieser widersprachen. In den Gesprächen wurde bis auf ein Interview mehrfach erwähnt, dass sich die Kliniken in der Region Ost an der SKKM zur „Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz“ orientieren. Diese dient als Grundlage für den Aufbau und die Struktur der Stabsarbeit bei Krisenlagen. Die Ausnahme fand sich im zweiten Interview (20.03.2025) wieder. Allerdings wurde in diesem erwähnt, dass nach den Stabs-Modell gearbeitet wird.

7.1.2 Alarmierung und KAEP

Die Auswertung der zweiten Unterforschungsfrage „Wann bildet sich ein Krisenstab in einer Klinik im Osten Österreichs?“ zeigte deutlich, dass der Zeitpunkt der Bildung eines Stabes stark vom jeweiligen Ereignis sowie von den hausinternen Regelungen bzw. Ressourcen abhängt. Im definierten Bereich „Osten Österreichs“ liegen die Bundesländer „Wien“, „Niederösterreich“ und „Burgenland“. In zwei der drei Bundesländer (Wien und NÖ) ist gesetzlich festgelegt, dass jede Klinik einen KAEP vorweisen muss. Im NÖ KHG 2016 werden Krankenhäuser nicht explizit genannt. Gemäß §3, des Gesetzes, sind jedoch diverse Körperschaften und Einrichtungen zur Katastrophenhilfe verpflichtet (vgl. NÖ KHG 2016). Die konkrete Umsetzung und Benennung der Stufen variieren jedoch von Einrichtung zu Einrichtung. So unterscheiden manche Häuser zwischen „Alarmstufen“ und andere sprechen wiederum von „Eskalationsstufen“, um Begriffsverwechslungen mit der Betriebsfeuerwehr zu verhindern.

Die Interviews machten deutlich, dass bei einem Großschadensereignis, wie etwa bei einem MANV oder bei einem Blackout, eine Aktivierung der KAEP-Struktur kommt. Ab einem bestimmten Ausmaß, wieder von Haus zu Haus unterschiedlich definiert, wird der Stab der Klinik einberufen, um gezielter und koordinierter handeln zu können. Einige Einrichtungen orientierten sich hierbei an konkreten Zahlen, andere scheinen flexibel je nach Ereignis und Ressourcenlage zu agieren. Es wird jedoch grundsätzlich zwischen internen und externen Auslösern unterschieden. Interne Ereignisse können technische Gebrechen oder Personalausfälle sein. Im Gegensatz zu internen

Ereignissen sind externe Ereignisse jene, die außerhalb der Klinik stattfinden. Unabhängig davon, um welches Ereignis es sich handelt, wurde in allen Interviews betont, wie entscheidend es ist, dass möglichst rasch eine monokratische Führungsstruktur die Leitung übernimmt. Diese Person ist in den meisten Fällen zunächst alleine verantwortlich und wird, je nach Lage und Bedarf, durch einen Stab unterstützt. Die Größe und Zusammensetzung des Stabes orientiert sich bei den meisten dabei am Ausmaß des Ereignisses. Eine Ausnahme bildet das zweite geführte Interview (20.03.2025). Hier geht nicht klar hervor, wie lange die diensthabende orthopädische Person die Einsatzleitung übernimmt. Im Interview wurde lediglich angegeben, dass diese Person bei einer Alarmierung eine Checkliste zur Hand nimmt und bestimmte Bereiche verständigt. Dazu zählen unter anderem auch die Personen, die den Krisenstab bilden.

Insgesamt zeigt sich, dass die Bildung eines Stabes in den befragten Kliniken nicht pauschal geregelt, sondern situationsabhängig und individuell organisiert ist. Eine zentrale Rolle spielt hierbei der KAEP, der als strukturelle Grundlage dient. Jedoch ist jeder Plan auf jedes einzelne Haus abgestimmt. Die Interviews unterstreichen zudem die Notwendigkeit eines Stabes um schnelle, klare und strukturierte Entscheidungen zu treffen.

Zum Schluss dieses Unterkapitels muss betont werden, dass ein Alarm- und Einsatzplan nicht nur erstellt werden muss, sondern auch regelmäßig aktualisiert gehört. Wie im Buch von Scholtes et al. (2018) hervorgehoben wird, ist dies essenziell, um im Ernstfall eine optimale Einsatzfähigkeit sicherzustellen. Die Aktualisierung erfolgt idealerweise durch regelmäßige Schulungen und Übungen, die unter möglichst realistischen Bedingungen stattfinden. Dazu zählt auch die Stabsarbeit. Dabei werden nicht nur die Prozesse getestet, sondern auch geprüft, wie die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren, wie dem Krankenhauspersonal und den Blaulichtorganisationen, vonstattengeht. An Schulungen und auch Beteiligungen an diesen Übungen sollte auch der Stab mitmachen, um diese Prozesse nochmals zu optimieren. Besonders wichtig ist das Feedback aller Beteiligten. Die Rückmeldungen aus den Übungen liefern wertvolle Informationen darüber, ob der Plan praxistauglich ist oder ob Anpassungen erforderlich sind. Schwächen oder Lücken, die dabei erkannt werden, müssen umgehend erkannt und behoben werden. Kommunikation spielt hierbei eine zentrale Rolle, da sie oft eine der größten Herausforderungen darstellt. Nur durch klare und reibungslose Kommunikation können Missverständnisse und Verzögerungen vermieden werden. Die Übungen dienen nicht nur dazu, bestehende Schwachstellen aufzudecken, sie fördern auch die Routine und das Verständnis der Beteiligten für die Abläufe. Auf Grund dessen wird die Handlungsfähigkeit aller Akteure im Ernstfall erheblich gesteigert. Zudem wird empfohlen, eine jährliche Überprüfung des Alarm- und Einsatzplans durchzuführen. Dies stellt sicher, dass er an aktuelle Bedingungen und mögliche neue Gefahren angepasst ist. Solche Überprüfungen können auch dazu genutzt werden, den Plan um neue Maßnahmen oder Erkenntnisse

zu ergänzen. Die Verantwortung für diese regelmäßige Überarbeitung und Kontrolle liegt bei den zuständigen Arbeitsgruppen und dem*der Projektleiter*in. Diese müssen sicherstellen, dass alle Anpassungen dokumentiert und in den Plan integriert werden. Nur durch diese kontinuierliche Pflege bleibt der Alarm- und Einsatzplan ein effektives Werkzeug zur Bewältigung von Krisensituationen (vgl. Scholtes et al. 2018: 106f.).

7.1.3 Struktur

Die dritte Hypothese, ob die Strukturen eines Krisenstabes in allen Kliniken gleich aufgebaut sind, konnte nicht bestätigt werden. Zwar orientierten sich die Strukturen grundsätzlich an der Richtlinie des SKKM, jedoch zeigt sich bei der Besetzung des CdS und der einzelnen Sachgebiete ein unterschiedliches Bild. Je nach Klinik und Art des Ereignisses werden die Sachgebiete mit verschiedenen Berufsgruppen besetzt. Die Zuständigkeiten werden somit nicht einheitlich geregelt. Ein gutes Beispiel hierfür kann aus dem ersten Interview entnommen werden. Auch wenn die EL formal gesehen nicht direkt Teil des Stabes ist, kann aus diesem Interview heraus interpretiert werden, dass diese Funktion durch die KOFÜ gestellt wird. In diesem Interview wurde erwähnt, dass die Position des CdS entweder durch die Technische Leitung oder aus der Leitung im medizinischen Bereich geführt wird (vgl. IP1, persönliches Interview, 21.02.2025). Ein Vergleich der Besetzung des CdS mit dem Ergebnis des fünften Interviews (07.04.2025) verdeutlicht, dass diese Position durch die Pflegedirektion besetzt wird. Im dritten Interview (25.03.2025) und im fünften Interview (07.04.2025) wird klar ausgesprochen, dass eine monokratische Führung notwendig ist.

Ähnliche Unterschiede zeigten sich auch bei den jeweiligen Führungsgruppen in den Interviews. Dies verdeutlicht, dass es trotz der Existenz eines Rahmenwerks durch die SKKM-Richtlinie eine flexible Gestaltung der praktischen Umsetzung gibt. Das liegt unter anderem daran, dass die SKKM-Richtlinie offen bezüglich der Besetzung formuliert ist. Sie legt keine festen personellen Zuweisungen fest, sondern skizziert lediglich die Funktionen und Aufgaben der jeweiligen Sachgebiete. So bleibt es möglich, die Stabsarbeit an die speziellen Gegebenheiten der Klinik und das jeweilige Ereignis anzupassen.

Auffällig bei der Auswertung der Interviews war, dass das Sachgebiet 3 (S3), welches für den Einsatz bzw. die operative Koordination zuständig ist, in drei der Gespräche konkreter erwähnt wurde. In den übrigen Interviews lag der Fokus hauptsächlich auf den bekannteren und präsenteren Stabsgrundfunktionen, wie S1 (Personal), S4 (Versorgung), S5 (Öffentlichkeitsarbeit) und S6 (Information und Kommunikation). Dabei wurden die Sachgebiete zwar immer wieder thematisiert, jedoch oftmals allgemein nicht als „Sachgebiet“ bezeichnet, sondern deren Zuständigkeiten erwähnt.

Die Ergebnisse zeigten darüber hinaus, dass Führungskräfte in Krankenhäusern oft nicht in der Stabsarbeit geübt werden und die hierarchischen Strukturen des Klinikalltags sich deutlich von denen in einer Krise unterscheiden. Zudem können aus den Interviews zwei Punkte heraus interpretiert werden:

1. Die Kommunikation zwischen Führungsstab und Mitarbeitenden wird selten eingeübt.
2. Der Zeitbedarf zur Aktivierung der Krankenhauseinsatzleitung (KEL) sowie zur Besetzung der Stabsfunktionen variiert stark. Dies wird von der Tageszeit und den verfügbaren Ressourcen abhängig sein. Auch Aspekte wie Raum- und Ressourcenbedarf erfordern frühzeitige Planung. Der Hinweis, externe Hilfe frühzeitig anzufordern, unterstreicht die Grenzen der Autarkie des KHEL-Konzepts.

In den meisten Interviews, wie beispielsweise dem ersten (21.02.2025) und dem zweiten (20.03.2025), wurde der Stab als „Krisenstab“ bezeichnet. Im Gegensatz dazu wurde jedoch im fünften Interview (07.04.2025) darauf hingewiesen, dass die Bezeichnung „Krisenstab“ nicht ganz korrekt ist. Denn es wird laut dem Interview als „Einsatzstab“ bezeichnet. Zudem wird im Interview erwähnt, dass ein „Krisenstab“ in einem Verbund gebildet wird und nicht in einer einzelnen Klinik. Dies ist ein weiteres Argument, warum die dritte und zweite Hypothese nicht bestätigt werden können. Um hier keine Diskussionsfelder zu öffnen und die Arbeit neutral zu halten, wurde der ursprünglich geplante Titel „Strukturen von Krisenstäben in den Krankenhäusern im Osten Österreichs“ nach Abschluss der Interviewauswertungen bewusst umgeändert und eine allgemeinere Formulierung gewählt. Mit dem Titel „Strukturen von Stäben zur Krisenbewältigung in Krankenhäusern im Osten Österreichs“ wird sichergestellt, dass die Bezeichnung unabhängig davon, wie der Stab in den einzelnen Kliniken genannt wird, auf alle zutrifft.

7.2 Kritische Reflexion und Limitationen

Im Rahmen dieser Arbeit wurde ein qualitatives Forschungsdesign als Methodik gewählt, um die Struktur von Stäben in Kliniken in Osten Österreichs zu untersuchen. Hierfür wurde eine systematische Literaturrecherche und leitfadengestützte Interviews von Personen mit Expertise durchgeführt. Dieses Vorgehen erwies sich als sinnvoll, da es derzeit keine vergleichbaren wissenschaftlichen Werke zu dieser Thematik gibt. Die gewählte Methode der leitfadengestützten Interviews ermöglichte es, detaillierte Einblicke in interne Abläufe, Rollenverteilungen, Entscheidungsprozesse und auch sogar Qualitätssicherungen der Stäbe zu gewinnen. Dennoch sind mit dieser methodischen Herangehensweise auch einige Limitationen verbunden, welche als kritisch zu reflektieren gelten.

Zunächst ist anzumerken, dass die Literaturrecherche, die zum Großteil über Handsuche erfolgte, eine der ersten Limitationen dieser Arbeit darstellt. Im Bereich der Stabsarbeit in Verbindung mit Kliniken gibt es nur sehr wenige Fachquellen. Zwar existieren viele Werke zur allgemeinen Stabsarbeit, doch der direkte Bezug zu Spitälern ist kaum vorhanden. Viele dieser Werke behandeln eher die Feuerwehr, den Zivilschutz oder den Katastrophenschutz im Allgemeinen. Die wenigen gefundenen

Arbeiten mit Klinikbezug beziehen sich auf die deutsche Dienstvorschrift 100 (DV 100). Diese weicht jedoch vom österreichischen Modell gering ab. Da sich die Literatur als begrenzt erwies, lag der Schwerpunkt dieser Arbeit besonders auf der empirischen Datenerhebung. Die Interviews von Personen mit Expertise aus Kliniken lieferten wertvolle Informationen, die zur theoretischen Fundierung herangezogen wurden.

Die qualitative Forschungsmethode wie die leitfadengestützten Interviews haben einen tiefgehenden Einblick in die Struktur der Stabsarbeit in Kliniken begünstigt. Ein wesentlicher Aspekt ist jedoch die Umsetzung der Interviews, welcher als zweite Limitation der Arbeit gilt. Trotz der Absicht, diese in einer so vertrauten Umgebung wie möglich durchzuführen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass äußere oder andere Faktoren die Offenheit der Aussagen beeinflusst haben. Obwohl eine Anonymität zugesichert wurde und die interviewten Personen recht offen wirkten, kann eine gewisse Zurückhaltung nicht ausgeschlossen werden.

Eine weitere Limitation der empirischen Erhebung ist die Stichprobengröße. Diese beschränkte sich auf das ausgewählte Gebiet Osten Österreichs, in welchem sich die Bundesländer „Wien“, „Niederösterreich“ und „Burgenland“ befinden. Aufgrund des relativ kleinen gewählten Bereichs, bedingt auch durch zeitliche Rahmenbedingungen und dem Fokussieren auf einen Bereich, ist eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen oder sogar auf das gesamte Bundesgebiet nur eingeschränkt möglich. Ein weiterer Aspekt, welcher in diesem Zusammenhang betrachtet werden sollte, ist, dass die beschriebenen Strukturen und Abläufe nur eine Momentaufnahme darstellen. Die Prozesse verändern sich, gerade im Bereich des Krisenmanagements. Neue Ereignisse oder Krisen, gesetzliche Änderungen oder auch personelle Wechsel können dazu führen, dass sich die beschriebenen Strukturen weiterentwickeln oder verändern können.

Zusammenfassend lässt sich dennoch festhalten, dass die vorliegende Arbeit, trotz der genannten Einschränkungen, einen bedeutenden Beitrag zur Darstellung der Struktur und der Arbeitsweise von Stäben in den Kliniken Ostösterreichs erbringt.

7.3 Implikationen für die Praxis

Basierend auf den geführten Interviews und der herangezogenen Literatur lassen sich konkrete Ansatzpunkte identifizieren, die für die praktische Ausgestaltung von Krankenhausalarm- und Einsatzplänen und dessen Stabsarbeit von Bedeutung sind.

Als Erstes sollte die einheitliche Struktur betont werden. Die Ergebnisse zeigten deutlich, insbesondere im vierten Interview (31.03.2025), wie wichtig es ist, dass alle Kliniken nach einem einheitlichen Führungsmodell arbeiten. Nur so kann im Ereignisfall schnell, strukturiert und abgestimmt reagiert werden. Vom Autor dieser Arbeit wird daher empfohlen, dass alle Krankenhausalarm- und Einsatzpläne der Kliniken in Österreich, unabhängig davon, wie diese von den Gesetzgebern der Länder bezeichnet werden, sich am Führungsmodell der SKKM-Richtlinie orientieren. Das

schaft nicht nur innerhalb der Klinik Klarheit, sondern erleichtert auch die organisationsübergreifende Zusammenarbeit mit externen Partnern wie BOS.

Darüber hinaus sollte in jedem KAEP klar festgelegt werden, wie die Rollen innerhalb des Stabes definiert und besetzt werden. Dies betrifft sowohl die Zuständigkeiten als auch die konkrete Besetzung der Sachgebiete und Leitungsfunktion. Im Rahmen dieser Arbeit, besonders im dritten durchgeführten Interview (25.03.2025), zeigte sich, dass bei Ereignissen, welche die Strukturen einer Klinik überlasten könnten bzw. überfordern, eine monokratische Führungsstruktur in Krisensituationen besonders effektiv erweist. Exemplarisch lässt sich dies am Szenario eines Massenanfalls von Verletzten verdeutlichen. In solchen Fällen empfiehlt es sich, laut dem Autor, dass die Einsatzleitung zunächst durch die diensthabende Oberärztliche Person der Unfallambulanz übernommen wird, sofern keine Person der Kollegialen Führung zur Verfügung steht. Laut den durchgeführten Interviews und der Analyse des Autors, wird nahegelegt, dass, sobald eine Klinik an ihre Ressourcengrenze stößt oder eine Überlastung droht, die Einrichtung eines Stabes als entscheidender Erfolgsfaktor für die Bewältigung der Lage ist. Denn durch den Stab können Ressourcen gezielt gesteuert, Entscheidungen klar getroffen und die Kommunikation besser organisiert werden. Gleichzeitig zeigt sich aber, dass keine allgemeinen Empfehlungen zur Struktur eines Stabes, durch den Autor dieser wissenschaftlichen Arbeit gegeben werden kann. Die Analyse machte deutlich, dass sich die Gegebenheiten der Strukturen stark unterscheiden. Gründe dafür sind zum einen die unterschiedlichen Besetzungen bzw. Personalstrukturen generell in den Kliniken. Daher ist es wichtig, dass jedes Spital seine Stabsorganisation an die eigenen Rahmenbedingungen anpasst. Zum anderen wurde insbesondere im vierten Interview (31.03.2025) deutlich, dass die Besetzung des Stabes je nach Ereignis erfolgt. Um dennoch eine klare Struktur für mögliche Stabszusammensetzungen im Voraus festzulegen, empfiehlt es sich, diese auf Grundlage der durchgeführten Risikoanalyse und Risikobewertung aufzubauen.

Um im Ereignisfall die Abläufe nachvollziehbar und effizient zu gestalten, empfiehlt sich der Einsatz von Checklisten. Diese unterstützen die Stabsmitglieder bei der Abarbeitung ihrer Aufgaben und dienen gleichzeitig als Dokumentationshilfe. Dies wurde besonders im dritten Interview (25.03.2025) betont. Außerdem wurde im ersten Interview (21.02.2025) erwähnt, dass die Stabsmitglieder in den Kliniken diese Tätigkeiten im Regelbetrieb nicht ausüben. Umso wichtiger ist es, dass mit gut aufbereiteten, verständlichen Checklisten gearbeitet werden kann. Diese sollten regelmäßig aktualisiert werden. Nur mit diesen kann sichergestellt werden, dass der Stab im Ereignisfall schnell handlungsfähig wird und wichtige Aufgaben nicht übersehen werden.

Im ersten Interview (21.02.2025) sowie im fünften Interview (07.04.2025) wurde im Gegensatz zu den übrigen Gesprächen das S7 kurz erwähnt. Dieses wurde in beiden Fällen mit der Aufgabe der psychosozialen Betreuung in Verbindung gebracht. Es

bietet sich gut für die Praxis an, dieses Sachgebiet mit der Aufgabe der psychologischen Erstversorgung von Angehörigen und Mitarbeiter*innen, fest in der Stabsstruktur zu etablieren. Zusätzlich sollte bei besonders belastenden Lagen, wie z.B. bei einem Ereignis mit vielen Betroffenen oder längerer Einsatzdauer, ein Betroffeneninformationszentrum (BIZ) an einem geeigneten Ort eingerichtet werden (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2019: 9f.).

Ein weiterer Punkt, welcher wichtig für die Praxis ist und aus den Interviews hervorgeht, ist die Durchführung von Stabsübungen. Diese wurden von mehreren Interviewpartner*innen als maßgebliches Instrument genannt, um die Qualität der Stabsarbeit langfristig sicherzustellen. In der Praxis wird großteils zumindest einmal im Jahr eine Stabsübung durchgeführt. Diese findet meistens intern statt. Jedoch sollte diese, wie im zweiten Interview (20.03.2025) angeregt wurde, auch auf regionaler Ebene mit anderen Organisationen wie Feuerwehr, Rettung oder Behörden erfolgen. Dadurch kann nicht nur die Zusammenarbeit geübt, sondern das eigene System überprüft werden. Generell wird empfohlen, dass Übungen im Nachhinein besprochen werden, um aus den Fehlern zu lernen. Eine dieser Methoden wäre die „After-Action-Review“. Diese Methode dient als strukturierte Nachbesprechung, um Lösungen für gewisse Probleme zu identifizieren (vgl. Gißler 2024: 117ff.). Aus den genannten Gründen und weiteren, sollten Stabsübungen als fixer Bestandteil jedes KAEP sein und sollte nach Meinung des Autors dieser Arbeit mehr als einmal im Jahr durchgeführt werden.

Im vierten Interview (31.03.2025) wurde die Wichtigkeit eines Netzwerkes genannt. Dieses wird als letzter Punkt in der Kategorie „Implikation für die Praxis“ genannt. Solche Netzwerke sind essenziell, da sie den Austausch von Erfahrungen ermöglichen und im Ernstfall dazu beitragen, schneller und gezielter handeln zu können. Daher kann für die Praxis empfohlen werden, dass Kliniken aktiv an einem kontinuierlichen Austausch mit anderen Gesundheitseinrichtungen, Behörden und den diversen Blaulichtorganisationen durchführen. Dies kann durch regelmäßige Treffen, gemeinsame Übungen oder digitale Plattformen zur Vernetzung erfolgen. Ziel soll es sein, voneinander zu lernen, um unter anderem Abläufe zu verbessern und um sich gegenseitig im Ernstfall bestmöglich zu unterstützen.

7.4 Empfehlungen für weiterführende Forschungen

Trotz der wissenschaftlichen Vorgehensweise ist zu betonen, dass die Ergebnisse unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen zu betrachten sind. Künftige Forschung könnte die Limitationen aufgreifen, etwa durch Erweiterung des gewählten Gebietes auf ganz Österreich.

Im Prozess dieser vorliegenden Arbeit sind mehrere Fragen aufgetaucht, welche in zukünftigen Forschungen beantwortet werden könnten. Einer dieser möglichen Forschungsbereiche wäre die Untersuchung, der Reaktionszeit zur Aktivierung der Einsatzleitung und in weiterer Folge des Stabes. Im Laufe der diversen geführten Interviews stellte sich die Frage: „Wie lange dauert es, bis ein Stab in einer Klinik alarmiert und hochgefahren wird?“. Daraus entwickelte sich die Fragestellung: „Welche Aspekte wirken sich auf die Reaktionszeit zur Aktivierung und vollständigen Besetzung der Einsatzleitung und des Stabes in Kliniken aus?“. Diese ergab sich besonders nach dem fünften Interview. In diesem wurde erwähnt, dass die EL von der kaufmännischen Direktion übernommen wird. Da diese Person jedoch nicht rund um die Uhr im Haus sein kann, braucht es eine gewisse Zeit, bis eine Entscheidung getroffen wird, den Stab hochzufahren. Hier könnte untersucht werden, welche Faktoren sich auf die Dauer der Aktivierung und Besetzung des Stabes positiv oder negativ auswirken. Mögliche Einflussfaktoren wären etwa die Tageszeit, die Verfügbarkeit von Personal oder das verwendete Alarmierungssystem.

Ein weiterer Punkt betrifft den Bereich der Kommunikation, welches in zukünftigen Forschungen noch genauer untersucht werden könnte. In dieser Arbeit wurde das Thema zwar angeschnitten, jedoch oberflächlich behandelt. Besonders spannend wäre es, die Kommunikation zwischen dem Stab und den Mitarbeitenden im Krankenhaus näher zu beleuchten. Wie z.B. bei einer TAG-Lage. Hier könnten die Fragen gestellt werden:

- „Wie läuft die interne Kommunikation ab?“
- „Wie kann die Kommunikation im Ernstfall klar und strukturiert erfolgen, damit alle Mitarbeitenden rechtzeitig und richtig informiert werden?“

Ein weiterer Punkt, der in zukünftigen Forschungen im Bereich der Kommunikation in Betracht gezogen werden könnte, ist der Einsatz von sozialen Medien durch den Stab (insbesondere im Kontext einer Klinik). Hierfür könnte die Forschungsfrage folgendermaßen lauten: „Welche Vorgehensweisen sind anwendbar, um im Krisenfall gezielt die Verbreitung von Falschinformationen über soziale Medien zu bekämpfen?“. Diese Fragestellung ergab sich beim Transkribieren des vierten Interviews vom 31.03.2025. In diesem Gespräch wurde thematisiert, dass sich durch die Vielzahl an Informationskanälen auch eine große Menge an Falschinformationen verbreiten kann. Daraus ergibt sich die Frage, wie soziale Medien in einer Ausnahmelage, wie z.B. bei einer TAG-Lage, sinnvoll genutzt werden können. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie

in solchen Situationen gezielt gegen Falschinformationen vorgegangen werden kann, um Unsicherheiten zu vermeiden.

Im dritten geführten Interview (25.03.2025) wurde die Fluktuation der Mitarbeiter*innen des Hauses, sowie Trainings bzw. Übungen angesprochen. Gerade diese Personalfuktuation kann dazu führen, dass erlernte Routinen und vorhandenes Wissen verloren gehen. Aufgrund der nebenberuflichen Tätigkeit des Autors der vorliegenden Arbeit als Instructor für Sanitäter*innen, kam die Fragestellung auf: „Wie können Stabsübungen in Kliniken mit hoher Personalfuktuation erfolgreich implementiert werden, damit diese nachhaltig zur Stärkung der Krisenbewältigungsfähigkeiten beitragen?“. Diese Fragestellung verdeutlicht, dass bestehende Konzepte überprüft und gegebenenfalls neue Ansätze entwickelt werden sollten. Eine besondere Herausforderung besteht dabei darin, dies so zu implementieren, dass der Regelbetrieb so wenig wie möglich beeinträchtigt wird. Diese wurde im vierten Interview (31.03.2025), im Kontext von Schulungen und Trainings, angesprochen. Ziel künftiger Forschungen sollte daher sein, praxisnahe Lösungen zu erarbeiten, die die Handlungsfähigkeit der Stäbe in Krisensituationen stärken um so die optimale Versorgung aller Patient*innen sicherzustellen.

Obwohl der folgende Abschnitt nicht unmittelbar den Krankenhaussektor betrifft, bezieht sich folgende Empfehlung dennoch auf das zentrale Thema der Arbeit, die Stabsarbeit. Im Kapitel 2.5.1 (Stabs-Modell) wurde bewusst nicht zwischen der deutschen „DV100“ und der österreichischen „Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz“ (2007), herausgegeben vom SKKM, unterschieden. Dennoch wäre ein Vergleich der beiden Modelle im Hinblick auf den strukturellen Aufbau eines Stabes von besonderem Interesse. Bereits im erwähnten Kapitel wurde ein konkreter Unterschied aufgezeigt. Dieser ist im Bereich der Dokumentation. In der SKKM-Richtlinie fällt diese Aufgabe in den Zuständigkeitsbereich des S3, während sie laut DV100 dem S2 zugeordnet ist. Dieser Unterschied verdeutlicht, dass sich beide Modelle in bestimmten strukturellen Details unterscheiden. Daher wäre es spannend, eine systematische Übersichtsarbeit durchzuführen, die die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Modelle gegenüberstellt. Eine solche Analyse könnte auch für die Praxis hilfreich sein, insbesondere für Organisationen, die grenzübergreifend arbeiten. Hier könnte die Forschungsfrage folgender Maßen lauten: „Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten bestehen zwischen dem SKKM-Stabsmodell aus Österreich und der deutschen DV100?“. Zudem könnte auch noch untersucht werden, ob es Unterschiede im Führungsverfahren gibt.

Im dritten Kapitel dieser Arbeit („Rechtliche Grundlagen“) konnten aufgrund des mangelnden juristischen Fachwissens des Autors der Thesis, nur wenige Aussagen zu den rechtlichen Aspekten des KAEP getroffen werden. Für zukünftige Arbeiten wäre es daher interessant, die rechtlichen Grundlagen, insbesondere die relevanten Landesgesetze (mit Fokus auf Niederösterreich), vertiefend zu analysieren. Zudem könnte eine vertiefte Untersuchung der Frage der Haftung im Zusammenhang mit der

Erstellung und Umsetzung des KAEP erfolgen. Weiters könnte erläutert werden, warum die SKKM-Richtlinie (2007) nicht verpflichtend ist.

Eine letzte Fragestellung für eine weiterführende Forschung wäre im Bereich der Motivation der Personen, die im Stab tätig sind, welche in dieser Arbeit erwähnt wird. Diese könnte die Fragestellung „Wie kann die Motivation im Stabsteam der Kliniken verbessert werden, obwohl es keine zusätzliche Entlohnung für diese Tätigkeit gibt?“ haben. Diese Fragestellung ergab sich aus dem ersten geführten Interview (21.02.2025). In diesem wurde die Motivation angesprochen. Bei der Fragestellung wäre spannend zu analysieren, welche nicht-materiellen Anreize geschaffen werden können. Zu der Fragestellung könnte noch folgendes gestellt werden:

- „Wie nehmen die Mitglieder des Stabes ihre Rolle im Stab, im Vergleich zu ihrer regulären Tätigkeit wahr?“
- „Welche Anreize sind notwendig, um die Motivation in diesem Bereich tätig zu sein, zu steigern?“

Diese und weitere Fragestellungen ergaben sich im Laufe der Erstellung der vorliegenden Abschlussarbeit. Aus diesem Kapitel kann somit entnommen werden, dass in diesem Bereich noch weitere Forschungen möglich und auch notwendig wären.

8 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit den Strukturen und der Aktivierung von Stäben in Kliniken in Ostösterreich. Ziel war es, zu analysieren, unter welchen Umständen ein Stab in einem Krankenhaus, im definierten Bereich, aktiviert wird. Dieser definierte Bereich wurde vom Autor dieser Arbeit mit den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland definiert. Bei der Arbeit wurde insbesondere untersucht, wie die Stabsstrukturen konkret aussehen und inwieweit sie sich an bestehenden Richtlinien orientieren. Zudem wurde das Thema Qualitätsmanagement, also die Hilfsmittel, die ein Stab in der Klinik zu Verfügung hat, behandelt. Die qualitative Methodik ermöglichte es, durch leitfadengestützte Interviews von Personen mit Expertise aus verschiedenen Kliniken Einblicke in bestehende Prozesse, Strukturen zu erhalten. Die gewonnenen Daten bilden eine wertvolle Grundlage für eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Thematik der Stabsarbeit im klinischen Kontext.

Nach den durchgeführten Interviews von Personen mit Expertise für diese Master Thesis wurde nachgewiesen, dass die Stäbe in den Kliniken im Osten Österreichs grundsätzlich nach der „Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz“ (2007) des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagement (SKKM) aufgebaut sind. Somit konnte die erste Hypothese der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. In den diversen Quellen wurde mehrfach betont, dass die Anwendung eines einheitlichen Führungsmodells wesentlich zur Standardisierung beiträgt und damit eine überregionale Zusammenarbeit zwischen Kliniken sowie mit Einsatzorganisationen und anderen Stakeholder erleichtert. Für die Praxis bedeutet dies, dass einheitliche Strukturen und klare funktionale Zuordnungen einen bedeutsamen Beitrag zur Effizienz und Handlungsfähigkeit in Krisensituationen gewährleisten.

Die Bezeichnungen für den Stab werden in den Häusern unterschiedlich benannt. In einer Klinik wird dieser als Einsatzstab (vgl. IP5, persönliches Interview, 07.04.2025) und in den anderen als Krisenstab bezeichnet, jedoch bleibt das grundlegende Führungsmodell dennoch ähnlich. Denn im Rahmen der Untersuchung wurde deutlich, dass die Kliniken die SKKM-Richtlinie vielmehr an ihre eigenen betrieblichen, personellen und infrastrukturellen Gegebenheiten anpassten. Der Stab wird in allen untersuchten Kliniken grundsätzlich mit den Stabsfunktionen S1 bis S6, nach der SKKM-Richtlinie gegliedert. Diese Stabsgrundfunktionen sind mit verschiedenen Berufsgruppen besetzt, welche in der jeweiligen Klinik tätig sind. Diese Berufsgruppen sind beispielsweise aus der ärztlichen und oder pflegerischen Direktion, der Personalabteilung oder auch dem technischen Dienst. In zwei Interviews, wie z.B. im ersten Interview (21.02.2025), wurde auch ein siebtes Sachgebiet genannt. Dieses siebte Sachgebiet ist für die Psychosozialbetreuung zuständig.

Die Ergebnisse der Arbeit machten deutlich, dass es rasch zu einer monokratischen Führung kommen sollte. Die Einsatzleitung (EL) übernimmt bei einem Ereignis die

Entscheidungsgewalt und ein Stab dient als Unterstützung. Die einzelnen Sachgebiete erarbeiten Entscheidungsoptionen, bereiten diese strukturiert auf und stellen diese der EL zur Verfügung (vgl. IP3, persönliches Interview, 25.03.2025). Besonders wurde von mehreren Personen, wie z.B. von der ersten interviewten Person (21.02.2025), betont, dass durch die Stabsstruktur Entscheidungen wesentlich schneller und effizienter getroffen werden können als im regulären Klinikbetrieb. Jedoch kann anhand der Ergebnisse und der Analyse keine einheitliche starre Standardbesetzung des Stabes empfohlen werden. Denn die Zusammensetzung des Stabes ist stark von der Art und dem Ausmaß des Ereignisses abhängig. Zudem sind die bestehenden Strukturen der jeweiligen Klinik unterschiedlich.

Die zweite Thematik der Arbeit ist der Moment, wann ein Stab in einem Krankenhaus gebildet wird. Die dazugehörige Unterforschungsfrage „Wann bildet sich ein Krisenstab in einer Klinik im Osten Österreichs?“ kann diese Arbeit nicht einheitlich beantworten. Denn wann ein Krisenstab gebildet wird, ist grundsätzlich vom jeweiligen Krankenhaus selbst abhängig. Hierbei spielt vor allem die Struktur, sprich Größe und vorhandene Fachabteilung, eine wesentliche Rolle. Ein weiterer Faktor ist das Ereignis selbst. Grundsätzlich kann jedoch die Unterforschungsfrage „Wann bildet sich ein Krisenstab in einer Klinik im Osten Österreichs?“ folgender Maßen beantwortet werden: Wenn bei einem Ereignis die reguläre Patientenversorgung beeinträchtigt oder überlastet wird. Sprich, wenn die aufkommende Patientenzahl oder das Ereignis, nicht mehr mit den regulären Mitteln und Ressourcen bewältigt werden kann. Dieses Ereignis kann ein internes als auch ein externes Ereignis sein.

Für das klinische Management ergibt sich aus der Analyse dieser Arbeit eine klare Handlungsempfehlung. Einerseits braucht es einen gut strukturierten und leicht verständlichen KAEP. Dieser sollte so aufgebaut sein, dass strategisches Personal klar definiert und funktional zugewiesen ist. Nur so kann im Ernstfall rasch eine monokratische Führung etabliert werden. Diese muss, je nach Lage, durch einen entsprechenden Stab unterstützt werden, damit eine Krise bestmöglich bewältigt werden kann. Es empfiehlt sich zudem, dass im KAEP diverse Checklisten für die Stabsmitglieder beinhaltet sind. Denn diese dienen nicht nur zur Unterstützung und somit auch der Qualitätsverbesserung, sondern auch zeitgleich als Dokumentation. Weiters zeigt die Arbeit, dass gezielte Schulungen und eine laufende Sensibilisierung des Personals, welches im Stab tätig ist, notwendig sind. Vor allem in Bezug auf die SKKM-Richtlinie. Denn nur wenn die Inhalte und Aufgaben bekannt sind, kann im Ereignisfall strukturiert und nach einem einheitlichen Führungsmodell gearbeitet werden. Auch mehrere Interviewpartner*innen betonten in den Gesprächen, wie wesentlich Schulungen und das daraus resultierende Wissen für die Praxis sind.

Weitere Forschungen können auf den vorliegenden Ergebnissen aufbauen. So wäre es unter anderem interessant nachzuforschen, ob alle Kliniken in Österreich die SKKM-Richtlinie implementiert haben. Hierbei wäre es auch spannend, Vergleichsstudien mit den hiesigen Kliniken in Österreich mit internationalen

Gesundheitseinrichtungen durchzuführen. Zudem könnte in einer zukünftigen Arbeit untersucht werden, mit welcher Häufigkeit Stabsübungen notwendig sind. Denn es stellt sich die Frage, wie oft solche Übungen durchgeführt werden müssen, um einen nachhaltigen Lern- und Trainingseffekt zu erzielen, um die Handlungssicherheit der Stabsmitglieder möglichst effektiv zu fördern, aber gleichzeitig den laufenden Klinikbetrieb nicht unnötig zu stören. Denn jede Übung bringt auch eine gewisse Belastung für den regulären Klinikbetrieb mit sich und sollte daher effizient geplant und eingesetzt werden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse dieser Arbeit nicht nur zu einem besseren Verständnis der organisatorischen Strukturen in Kliniken beitragen, sondern auch wertvolle Informationen liefern, um praktische Verbesserungen in diesem Bereich zu liefern. Die Orientierung an der Richtlinie nach SKKM stellt dabei ein tragfähiges Fundament dar, das es ermöglicht, Stäbe effizient, klar strukturiert und koordiniert aufzubauen. Zugleich verdeutlichen die Interviews, dass die lokalen Gegebenheiten berücksichtigt werden müssen, wie zum Beispiel die Größe des Krankenhauses, und demnach den KAEP zu erstellen, um die Handlungsfähigkeit in Ausnahmesituationen zu gewährleisten. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse bieten somit eine wichtige Grundlage sowohl für kleinere Anpassungen als auch für die Weiterentwicklung der klinischen Krisenstrukturen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Adams H. A., Flemming A., Krettek C. und Koppert W. (2015): Der Notfallplan des Krankenhauses. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin 110 (1), 37–48;
<https://doi.org/10.1007/s00063-014-0414-8>.
- Arora S., Krutzler D., Palmai J. und Ruep S. (2020): Spitalsbetten und Intensivstationen: Knapp vor dem Kontrollverlust. STANDARD Verlagsgesellschaft m.b.H; Online verfügbar unter:
<https://www.derstandard.at/story/2000121511069/spitalsbetten-und-intensivstationen-knapp-vor-dem-kontrollverlust> (abgerufen am 04.10.2024).
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2020): Schutz Kritischer Infrastruktur: Risikomanagement im Krankenhaus. Management-Kurzfassung. Bonn.
- Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (Hrsg.) (o.D.): Was sind Kritische Infrastrukturen?; Online verfügbar unter:
https://www.bsi.bund.de/DE/Themen/Regulierte-Wirtschaft/Kritische-Infrastrukturen/Allgemeine-Infos-zu-KRITIS/allgemeine-infos-zu-kritis_node.html (abgerufen am 18.11.2024).
- Bundesministerium für Inneres (Hrsg.) (o.D.): Zivilschutz. Von den Anfängen bis heute; Online verfügbar unter:
<https://www.bmi.gv.at/204/geschichte.aspx>.
- Directorate-General for European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (Hrsg.) (o.D.): Emergency Response Coordination Centre (ERCC); Online verfügbar unter:
https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/what/civil-protection/emergency-response-coordination-centre-ercc_en?prefLang=de (abgerufen am 01.05.2025).
- Flume P. (2020): Entscheiden und Handeln in der VUKA-Welt. Notlandung geglückt - was Führungskräfte von einem Piloten lernen können. Freiburg, Haufe-Lexware GmbH & Co. KG; Online verfügbar unter:
https://www.wiso-net.de/document/HAUF,AHAU,VHAU__9783648142967131 (abgerufen am 13.04.2025)
- Frodl A. (2022): Krisenmanagement Für Gesundheitseinrichtungen. Vorbeugung und Stabilität Im Umgang Mit Risiken und Krisen. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Furin M., Freeman C. und Goldstein S. (2024): EMS Incident Command System, 2024; Online verfügbar unter:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441863/> (abgerufen am 12.03.2025).

- Gahlen M. und Kranaster M. (2019): Krisenmanagement. Planung und Organisation von Krisenstäben. 3. Aufl. Stuttgart, Kohlhammer Deutscher Gemeindeverlag.
- Gebhardt L. (2022): Experteninterview Auswertung – Leitfaden zum Erfolg; Online verfügbar unter:
<https://www.bachelorprint.at/methodik/experteninterview-auswertung/>
(abgerufen am 12.05.2025).
- Geier W. und Lauwe P. (2016): Kritische Infrastrukturen: Schutzbedarfe- Schutzkonzepte, Bestandsaufnahme und Perspektiven (2020), in: Kuhlmei M. und Freudenberg D. (Hrsg.). Krisenmanagement - Bevölkerungsschutz. Lehrstoffsammlung. Berlin, Duncker & Humblot, 191-207.
- Giesen S., Krenz T., Rehbein A., Pülmanns F., Weichhan M. und Eikelberg T. (Hrsg.) (2023): Notfallplanung in Städten und Gemeinden. 2. Aufl. Merching, Forum Verlag Herkert GmbH.
- Gißler D. (2024): Führung und Stabsarbeit. Verstehen - trainieren - evaluieren. 2. Aufl. Stuttgart, Kohlhammer Verlag.
- Glade T. und Sauer S. (2016): Kritische Infrastrukture Gesundheitswesen – Die Handlungsfähigkeit von Krankenhäusern und Rettungsdienst bei einem Stromausfall, in: Kuhlmei M. und Freudenberg D. (Hrsg.): Krisenmanagement - Bevölkerungsschutz. Lehrstoffsammlung. Berlin, Duncker & Humblot, 209-237.
- Heimann R. und Hofinger G. (2022): Stabsarbeit – Konzept und Formen der Umsetzung., in: Hofinger G. und Heimann R. (Hrsg.) (2022): Handbuch Stabsarbeit. Führungs- und Krisenstäbe in Einsatzorganisationen, Behörden und Unternehmen. 2. Aufl. Berlin, Springer. 3-10
- Jachs S. (2011): Einführung in das Katastrophenmanagement. Hamburg, Linde Verlag
- Kippnich M., Kippnich U., Erhard H., Meybohm P. und Wurmb T. (2022): Weiterentwicklung im Katastrophenschutz: Ziel, Strategie und Taktik am Beispiel der Hochwasserkatastrophe 2021 im Ahrtal: „Lessons learned“ aus Sicht der Medizinischen Task Force 47 (Unterfranken). Notfall & rettungsmedizin, 1–10; <https://doi.org/10.1007/s10049-022-01089-7>.
- Koschitzki L. (2024): Sensemaking in der Katastrophe. Eine Rekonstruktion der Flutkatastrophe 2021 im Ahrtal. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint Springer VS.
- Kriechbaum V. (2025): LKH Graz gibt Einblick in Betreuung der Amok-Opfer. MeinBezirk; Online verfügbar unter:
https://www.meinbezirk.at/graz/c-lokales/lkh-graz-gibt-einblick-in-betreuung-der-amok-opfer_a7400843 (abgerufen am 01.07.2025).
- Kunz R., Khan K. S., Kleijnen J. und Antes G. (2009): Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen. Einführung in Instrumente der

- evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen. Bern: Huber.
- Lamers C. (2021): Stabsarbeit im Bevölkerungsschutz. Historie, Analyse und Vorschläge zur Optimierung. 2. Aufl. Edewecht, S+K Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH.
- Luiz T., Braun T., Fischer P., Kleber C. und Frank C. (2013): Innerklinische Bewältigung von Großschadensereignissen. Notfallmedizin up2date 8 (01), 53–70; <https://doi.org/10.1055/s-0032-1324960>.
- Mayring P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13. Aufl. Weinheim/Basel, Beltz.
- Misoch S. (2019): Qualitative Interviews. 2. Aufl. München/Wien, De Gruyter Oldenbourg.
- Mzahim B., Alzahrani A., Alzahrani A. A., Aldharman S., Ikhamis W., Almutairi B. S., Sabbagh A. Y. und Khan A. (2023): Incident management system comparison: Hospital Incident Command System versus Major Incident Medical Management and Support. Saudi Journal for Health Sciences 12, 178–187; https://doi.org/10.4103/sjhs.sjhs_118_23.
- Naydenov P. (o.D.): The PDCA Cycle: A Practical Approach to Problem-Solving; Online verfügbar unter: <https://businessmap.io/lean-management/improvement/what-is-pdca-cycle>.
- REFA AG (Hrsg.) (2023): PDCA-Zyklus; Online verfügbar unter: <https://refa.de/service/refa-lexikon/pdca-zyklus>.
- Rudolf-Miklau F. (2009): Naturgefahren-Management in Österreich : Vorsorge - Bewältigung - Information. Wien, LexisNexis-Verl. ARD Orac.
- Rudolf-Miklau F. (2018): Umgang mit Naturkatastrophen. Ratgeber für Bürgermeister und Helfer. Wien, Linde Verlag.
- Schaub H. (2016): Resilienz: Menschen und Organisationen widerstandsfähig machen, in: Kuhlmei, M. und Freudenberg, D. (Hrsg.). Krisenmanagement - Bevölkerungsschutz. Lehrstoffsammlung. Berlin, Duncker & Humblot, 161-170
- Schenker-Wicki A., Schönenberger L. und Rosser C. (2014) in: Grün O. und Schenker-Wicki A. (Hrsg.). Katastrophenmanagement: Grundlagen, Fallbeispiele und Gestaltungsoptionen aus betriebswirtschaftlicher Sicht, Springer-Verlag, 5-22.
- Scholtes K. (2022). Krankenhauseinsatzleitungen – Stabsarbeit im Krankenhaus, in: Hofinger G. und Heimann R. (Hrsg.) (2022): Handbuch Stabsarbeit. Führungs- und Krisenstäbe in Einsatzorganisationen, Behörden und Unternehmen. 2. Aufl. Berlin, Springer. 81-89
- Scholtes K., Wurmb T., Rechenbach P. (2018): Risiko- und Krisenmanagement im Krankenhaus Alarm- und Einsatzplanung. Alarm- und Einsatzplanung. Stuttgart, W. Kohlhammer.

- Schreiber J. (2018): MANV mit CBRN-kontaminierten Verletzten. Medizinisches Management und medizinische Versorgung. 3. Aufl. Edewecht, S + K Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey mbH.
- Seidl F. (2011): Management in Ausnahmesituationen. Wiener klinisches Magazin 14 (2), 40–45;
<https://doi.org/10.1007/s00740-011-0347-2>.
- Spielvogel C. und Reissig-Hochweller R. (Hrsg.) (2018): Taschenbuch Stabsarbeit. 2. Aufl. Stuttgart/München/Hannover/Berlin/Weimar/Dresden, Boorberg.
- Thumel M. (2024): Forschungsdesign und methodisches Vorgehen. MedienPädagogik, 192;
<https://doi.org/10.21240/mpaed/diss.mt/2024.05.04.X>.
- Tinnemann P., Böhm H., Cwojdzinski D., Grote U., Heitkötter K., Pukropski G., Sasse J., Schmidt T., Siering U., Stark K. und Steul, K. (Hrsg.) (2020): Krisenmanagement. Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.
- Voßschmidt S. und Karsten A. H. (2019): Resilienz und Kritische Infrastrukturen : Aufrechterhaltung von Versorgungsstrukturen im Krisenfall. Stuttgart/[Ann Arbor], Verlag W. KohlhammerProQuest Ebook Central.
- Wurmb T., Rechenbach P. und Scholtes, K. (2017a): Alarm- und Einsatzplanung an Krankenhäusern: Das konsequenzbasierte Modell. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin 112, 618–621;
<https://doi.org/10.1007/s00063-016-0190-8>.
- Wurmb T., Scholtes K., Kolibay F., Rechenbach P., Vogel U. und Kowalzik B. (2017b): Alarm- und Einsatzplanung im Krankenhaus: Vorbereitung auf Großschadenslagen. AINS (Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie) (52: 594–605), 594–605.
- Zivilschutzverband Österreich (Hrsg.) (2024): AT-Alert; Online verfügbar unter: <https://zivilschutz.at/at-alert> (abgerufen am 15.02.2025)

NORMENVERZEICHNIS

Richtlinien:

(Burgenländisches) Katastrophenhilfegesetz 1986 – Bgld KHG (LGBl. Nr. 5/1986 zuletzt geändert durch LGBl. 40/2018)

Europäisches Parlament und Rat (2022). Richtlinie (EU) 2022/2557 vom 14. Dezember 2022 über die Resilienz kritischer Einrichtungen und zur Aufhebung der Richtlinie 2008/114/EG des Rates. Amtsblatt der Europäischen Union, L 333/164

Feuerwehr-Dienstvorschrift (FwDV) / DV 800, Informations- und Kommunikationstechnik im Einsatz. Düsseldorf 2017, 36

NÖ Katastrophenhilfegesetz 2016 – NÖ KHG 2016 (LGBl. Nr. 70/2016 zuletzt geändert durch LGBl. Nr. 23/20218)

NÖ Krankenanstaltengesetz – NÖ KAG (LGBl. 9440-0 zuletzt geändert durch LGBl. Nr. 2/2025)

Wiener Katastrophenhilfe- und Krisenmanagementgesetz – W-KKG (LGBl. Nr. 22/2009 zuletzt geändert durch LGBl. Nr. 21/2020)

Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG (LGBl. Nr. 23/1987 zuletzt geändert durch LGBl. Nr. 6/2023)

Normen:

Austrian Standards Institute. ÖNORM ISO 31000:2009, Risikomanagement – Grundsätze und Richtlinien. Wien: Austrian Standards Institute, 2009, 32

Austrian Standards Institute. ÖNORM S 2304:2011, Integriertes Katastrophenmanagement – Benennungen und Definitionen, 2011, 20

SONSTIGE QUELLEN

- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.) (2020): Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP): Empfehlungen für die Praxis zur Erstellung eines individuellen Krankenhausalarm- und -einsatzplans. Deutschland.
- Bundesministerium für Inneres (2003): Neuorganisation des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements sowie der internationalen Katastrophenhilfe (SKKM). GZ 66.000/939-II/4/03, Vortrag an den Ministerrat. Österreich, 4
- Bundesministerium für Inneres (Hrsg.) (2007): SKKM Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement – Richtlinien für das Führen im Katastropheneinsatz. Wien.
- Bundeskanzleramt Österreich, Sektion IV-Koordination und Bundesministerium für Inneres, Sektion 1 (Hrsg.) (2015): Österreichisches Programm zum Schutz kritischer Infrastrukturen (APCIP): Wien.
- Europäische Kommission (Hrsg.) (2024). Bericht der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat über die Fortschritte bei der Umsetzung von Artikel 6 des Beschlusses über ein Katastrophenschutzverfahren der Union (Beschluss Nr. 1313/2013/EU): Prävention und Management von Katastrophenrisiken in Europa: Brüssel.
- Österreichisches Rotes Kreuz (Hrsg.) (2019). Handbuch – für die psychosoziale Betreuung im Großeinsatz: Österreich.

DEUTSCHSPRACHIGES ABSTRACT

Hintergrund: Eine Vielzahl von Werken befassten sich bereits mit Stabsarbeit. Es gibt einige Literaturen, welche sich auf Stabsarbeit in Kliniken aus Deutschland beziehen. Jedoch ist für den österreichischen Kontext, insbesondere im Zusammenhang mit Spitälern, keine ergiebige Literatur zu finden. Diese Lücke war ein maßgeblicher Ausgangspunkt für die vorliegende Abschlussarbeit.

Ziel der Untersuchung: Das Ziel der Arbeit ist es, einerseits herauszufinden, nach welchem Führungsmodell in einem Krankenhaus bei einer Krise gearbeitet wird, sowie welche Struktur diese hat. Zudem hatte die Arbeit das Ziel, zu untersuchen, wann ein Stab aktiviert wird.

Methodik: Für die Beantwortung der Forschungsfrage fand die Methodik in zwei Prozessen statt. Der erste wurde mit einer Literaturrecherche, welche im Zeitraum von Oktober 2024 bis April 2025 erfolgte, durchgeführt. Diese wurde in diversen Datenbanken durchgeführt. Mithilfe von Schlüsselwörtern und zusätzlich durch die Anwendung der Berry-Picking-Methode wurden entsprechende Werke gefunden. Es wurden schließlich sechs Publikationen eingeschlossen. Der zweite Prozess fand mithilfe von Experteninterviews statt. Durch eine gezielte Wahl dieser, konnten fünf Personen mit Expertise interviewt werden. Die Untersuchung der Fragestellung beschränkte sich auf das Gebiet „Osten Österreichs“.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigten, dass alle Kliniken nach dem Stabsmodell in Sonderlagen geführt werden. Grundsätzlich wird in den Krankenhäusern die SKKM-Richtlinie „Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz“ als Hilfestellung verwendet. Zudem kann keine einheitliche Antwort darauf gegeben werden, ab wann ein Stab gebildet wird. Denn auch hier hängt es stark von den verfügbaren Kapazitäten und den internen Abläufen der jeweiligen Einrichtung ab.

Schlussfolgerungen: Die Analyse ergibt, dass es unterschiedliche Gründe dafür gibt, dass die Stabsgrundfunktionen je nach Klinik verschieden besetzt werden. Ein wesentlicher Faktor ist die jeweilige Gegebenheit der Häuser. Je nach Struktur oder auch Größe der Klinik übernehmen unterschiedliche Krankenhauspersonalstellen die einzelnen Funktionen im Stab. Zudem wird von mehreren interviewten Personen betont, dass regelmäßige Übungen unerlässlich sind.

Schlüsselwörter: Stab, Stabsarbeit in Kliniken, Stabsstrukturen in Spitäler

ABSTRACT

Background: While numerous publications focus on staff work, most of the existing literature is centred on the German system. In contrast, there is a notable lack of research addressing staff structures in Austrian hospitals. This identified gap served as a key motivation for conducting the present thesis.

Aim: The aim of this work is to explore which leadership model is applied in the Eastern Austrian hospitals during crisis situations and how staff structures are organised in such cases. In addition, the study aims to determine under which circumstances a hospital staff unit is activated.

Methods: The research followed a two-step approach. First, a structured literature review was conducted between October 2024 and April 2025 using various academic databases. Relevant sources were identified through keyword searches and the berry-picking method. A total of six publications were selected for in-depth analysis. Second, expert interviews were carried out. Five professionals with relevant experience in hospital crisis management were interviewed to gain practical insights into staff organisation.

Findings: The findings indicate that all participating hospitals apply a staff-based leadership model during exceptional situations. Most of them refer to the SKKM guideline “Richtlinie für das Führen im Katastropheneinsatz” as a supporting framework. However, there is no consistent threshold for when a staff unit is activated, as the timing largely depends on internal procedures and available resources within each institution.

Conclusion: The analysis reveals that the assignment of core staff functions varies between hospitals. This is primarily influenced by factors such as hospital size, internal structure, and available personnel. Additionally, several interviewees highlighted the critical importance of regular training exercises to ensure preparedness in crisis scenarios.

Keywords: Staff work, hospital staff structures, crisis management in Austrian hospitals

ANHANG

1. Interviewleitfaden

Interviewfragen an die Expertinnen bzw. Experten

Begrüßung und Vorstellung:

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, mir ein Interview zu geben. Das Gespräch ist ein wesentlicher Bestandteil meiner Abschlussarbeit im Rahmen meines Studiums. Die Zustimmungserklärung, sowie die Datenschutzmitteilung erhalten Sie zusätzlich zu diesem Dokument.

Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit der Fragestellung: **„Wie sieht die Struktur eines Krisenstabes in einer Klinik im Osten Österreichs aus?“** Ich habe dieses Thema gewählt, da ich selbst in einer Gesundheitseinrichtung tätig bin und es sowohl für den Gesundheitssektor als auch für das Gesundheitssystem insgesamt eine hohe Relevanz besitzt. In einem dynamischen und oft herausfordernden Umfeld ist die Fähigkeit, auf unvorhergesehene Ereignisse oder Katastrophen schnell und effizient zu reagieren, von entscheidender Bedeutung. Speziell entwickelte Führungsmodelle wie ein Krisenstab bieten in solchen Situationen eine klare Struktur und Orientierung, um handlungsfähig zu bleiben. Eine solche Führungsstruktur muss nicht nur präzise definiert, sondern auch strukturiert und praktisch nachvollziehbar sein. Darüber hinaus ist es essenziell, klare Kriterien festzulegen, unter welchen Bedingungen ein Krisenstab einberufen wird. Diese Aspekte möchte ich in meiner Arbeit eingehend analysieren.

Das Interview wird mithilfe einer App auf meinem Handy aufgezeichnet, um die Inhalte später transkribieren zu können. Dies ist notwendig, um meine Forschungsfrage im Rahmen der Masterarbeit zu beantworten. Selbstverständlich kann das Interview auf Wunsch anonymisiert durchgeführt werden. Ihre personenbezogenen Daten werden durch eine KI verschlüsselt und anonym verarbeitet. Sie haben außerdem die Wahl, ob das Interview persönlich vor Ort oder über eine Videokonferenz durchgeführt werden soll. Die Tonaufnahmen werden nicht weitergegeben, ausschließlich das Transkript wird der Universität Wien zusammen mit der Arbeit übermittelt.

Um eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen, würde ich Ihnen vorschlagen, uns zu duzen. Ist das für Sie in Ordnung?

Die Gliederung der Befragung gliedert sich in mehrere Abschnitte.

1. Einstiegsfragen
2. Hauptfragen (diese werden in zwei Kategorien unterteilt):
 - a. Führungsverfahren
 - b. Aufbau des Stabes
3. Abschlussfragen

Einstiegsfragen:

Können Sie mir kurz Ihren beruflichen Hintergrund schildern?

Wann begann die berufliche Karriere in diesem Bereich?

Haben Sie schon praktische Erfahrung im Bereich Alarm- und Einsatzplanung sammeln dürfen?

Hauptfragen:

Führungsverfahren:

Gibt es in Ihrer Klinik im Katastrophenplan (bzw. Alarm- und Einsatzplan) Alarmstufen?

Wenn Ja: Wie sind diese deklariert?

Bei welchen Ereignissen oder Auslöser wird ein Führungsmodell in Ihrer Klinik gebildet?

Ab welcher Alarmstufe wird das Führungsmodell aktiviert?

Welches Führungsverfahren (Modell) wird in Ihrer tätigen Klinik bei einer Krise angewendet?

Aufbau des Stabes:

Wie sieht die Struktur des Stabes aus, in der Klinik wo Sie tätig sind?

Welche Berufsgruppen sind in diesem vertreten?

Welche Ausbildungen werden benötigt um im Krisenstab mitzuwirken und haben diese Personen eine bestimmte Position inne?

Von welcher Berufsgruppe wird der*die Einsatzleiter*in gestellt?

Wie sieht die Aufteilung der Berufsgruppen auf die einzelnen Stabsfunktionen aus?

Werden Fachgruppen, wie „Fachberater*innen“, „Sachverständige“ und „Verbindungsoffiziere“ in der Stabsarbeit einbezogen?

Wenn Ja: Welche Berufsgruppen haben diese Positionen inne?

Können Sie mir kurz erläutern, wie Entscheidungen im Stab getroffen werden?

Wie wird der Informationsfluss zwischen den Mitgliedern des Krisenstabs und externen Partnern, wie Einsatzbehörden, organisiert?

Abschlussfragen:

Gibt es für die Stabsarbeit Hilfestellungen, wie z.B. Checklisten, und was ist in diesen enthalten?

Welche Verbesserungen wären Ihrer Meinung nach notwendig, um die Arbeit des Stabs effektiver zu gestalten?

Wie würden Sie die generelle Bedeutung eines Krisenstabs in einer Klinik aus Ihrer Perspektive erklären?

Gibt es etwas, das wir noch nicht besprochen haben, was Sie im Zusammenhang mit dem Thema Krisenstab für wichtig halten?

Gibt es was, was Sie sich für die Zukunft der Stabsarbeit in Ihrer tätigen Klinik wünschen?

2. Einverständniserklärung zum Interview

Zum Expertinnen- bzw. Experteninterview im Rahmen der Master Thesis mit dem Titel:
„Strukturen von Krisenstäben in den Krankenhäusern im Osten Österreichs“

Name der befragten Person: _____

Interviewdatum: _____

Das Interview wird je nach Wunsch der befragten Person zu einem vereinbarten Termin entweder persönlich oder in Form einer Videokonferenz durchgeführt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät, beispielsweise einem Handy, aufgezeichnet und anschließend transkribiert wird. Das Transkript des Interviews wird anonymisiert gespeichert, sodass keinerlei Rückschlüsse auf meine Person möglich sind. Die Aufzeichnung wird nicht veröffentlicht, bleibt ausschließlich für die interne Auswertung zugänglich und wird mit codierten persönlichen Daten zitiert. Nach der Beurteilung der Masterarbeit werden alle Aufzeichnungen unverzüglich gelöscht; lediglich die anonymisierten Transkripte bleiben erhalten.

Ich wurde über das Vorgehen bei der Auswertung des Interviews informiert. Unter den oben genannten Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und stimme zu, dass es digital aufgezeichnet, transkribiert, anonymisiert und ausgewertet wird.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass meine Aussagen, nach erfolgter Anonymisierung, in der wissenschaftlichen Arbeit verwendet werden und nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können. Die Arbeit dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken; eine kommerzielle Nutzung findet nicht statt.

Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Zudem habe ich die Datenschutzerklärung erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Expertin / des Experten

3. Häufigkeit der Codierung

Häufigkeit absolut						Anzahl Textstellen im Code
Jeder Code zählt separat (Nur Textstellen werden gezählt, die dem gewählten Code zugeordnet wurden.)	IP1	IP2	IP3	IP4	IP5	
KAEP	1	2	-	1	1	5
Alarmstufen/Eskalationstufen	10	-	2	2	2	16
Alarmstufe 1	-	-	2	-	-	2
Alarmstufe 2	-	-	2	-	-	2
Alarmstufe 3	-	-	1	-	-	1
Alarmstufe 4	-	-	1	-	-	1
Ereignisse, die ein Führungsmodell aktivieren	8	7	5	1	3	24
Bildung eines KEL	-	4	8	1	-	13
Bildung vom Stab	4	2	3	-	2	11
Führungsmodell	1	1	1	3	1	7
Struktur des Stabes	3	2	-	3	7	15
EL	-	4	1	-	1	6
CdS	4	-	1	-	2	7
S1	1	2	2	1	1	7
S2	2	1	2	1	1	7
S3	2	1	2	-	-	5
S4	1	1	1	-	1	4
S5	1	1	1	-	-	3
S6	2	1	1	-	-	4
S7	2	-	-	-	1	3
Fachgruppe	2	-	4	2	1	9
Funktionale Arbeitsweise eines Stabes	-	-	2	-	1	3
Checklisten	4	6	6	2	1	19
Entscheidungsfindung	5	1	6	3	1	16
Kommunikation	2	-	3	2	-	7
Außen	1	2	8	3	1	15
Innen	-	3	3	1	-	7
Anzahl Textstellen im Text	56	41	68	26	28	219