



Medizinische Hochschule
Hannover



äkn ärztekammer
niedersachsen



Nds. Ministerium
für Soziales, Frauen,
Familie und Gesundheit



Niedersächsisches Landesgesundheitsamt



Deutsches
Rotes
Kreuz



Nds. Ministerium
für Inneres, Sport
und Integration

Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplan (KAEP)

- Niedersächsisches Muster -

Koordination und Herausgeber:

Prof. Dr. med. H.-D. Schenk

Deutsches Rotes Kreuz

Landesverband Niedersachsen

Autorenteam

Prof. Dr. med. H. A. Adams, Med. Hochschule Hannover

PD Dr. med. D. Blumenberg, Forum Leitende Notärzte Niedersachsen

W. Grashorn, Ärztekammer Niedersachsen

Dr. med. B. Hackenjos, Nds. Krankenhausgesellschaft

D. Klöpfer, DRK-Landesverband Niedersachsen

G. Lange, Nds. Krankenhausgesellschaft

Dr. med. U. Lühmann, Nds. Ministerium für Inneres, Sport und Integration

Chr. Prehn, Nds. Krankenhausgesellschaft

Dr. med. M. Pulz, Nds. Landesgesundheitsamt

Dr. med. A. Ritgen, Nds. Krankenhausgesellschaft

Dr. Chr. Robbers, Nds. Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Prof. Dr. med. H.-D. Schenk, DRK-Landesverband Niedersachsen

Dr. med. G. Teckemeyer, DRK-Kreisverband Osnabrück-Stadt

F. Volkert, Nds. Ministerium für Inneres, Sport und Integration

Hinweis

Zur Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen in der Regel nur die maskuline Form verwendet; gleichwohl ist die feminine Form damit jeweils auch gemeint.

Beteiligte Organisationen

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Niedersachsen
Erwinstraße 7
30175 Hannover
Tel. 0511 28000-200
E-Mail: landesarzt@drklvnds.de

Ärzttekammer Niedersachsen
Berliner Allee 20
30175 Hannover
Tel. 0511 38002
E-Mail: grashorn.ol@t-online.de

Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Osnabrück-Stadt
Konrad-Adenauer-Ring 20
49074 Osnabrück
Tel. 0541 35838-0

Forum Leitender Notärzte Nds.
Klinikum Osnabrück
Institut für Anaesthesiologie
Am Finkenhügel 1
49076 Osnabrück
Tel. 0541 4056700
E-Mail: d.blumenberg@fln-n.de

Medizinische Hochschule Hannover
Stabsstelle INKM; OE 9050
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Tel. 0511 532-3495
E-Mail: adams.ha@mh-hannover.de

Niedersächsische
Krankenhausgesellschaft
Thielenplatz 3
30159 Hannover
Tel. 0511 30763-0
E-Mail: lange@nkgev.de

Niedersächsisches
Landesgesundheitsamt
Roesebeckstraße 4 - 6
30449 Hannover
Tel. 0511 4505-0
E-Mail:
Matthias.Pulz@nlga.Niedersachsen.de

Niedersächsisches Ministerium für
Inneres, Sport und Integration
Referat B 21.2
Lavesallee 6
30169 Hannover
Tel. 0511 120-6325
E-Mail: frank.volkert@mi.niedersachsen.de

Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover
Tel. 0511 120-4076
E-Mail: boris.robbers@ms.niedersachsen.de

Vorwort

Wie Krankenhäuser auf die medizinische Bewältigung von Katastrophenfällen oder größeren Notfällen vorbereitet sein müssen, ist in Deutschland nicht einheitlich geregelt. Auch in Niedersachsen können die Krankenhäuser mit der kurzfristig erforderlich werdenden Versorgung einer größeren Anzahl verletzter oder erkrankter Personen konfrontiert werden und müssen unabhängig von verpflichtenden Rechtsnormen darauf vorbereitet sein.

Erfahrungen und Untersuchungen belegen, dass in den Krankenhäusern z. T. die erforderlichen Alarm- und Einsatzpläne nicht mehr aktuell oder unvollständig sind. Die gleichzeitige Behandlung einer großen Anzahl Verletzter oder Erkrankter wird in der Regel nur noch selten geübt. Die Vertreter der mit den Inhalten von Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplänen befassten Ministerien und Institutionen haben daher konzeptionelle Vorstellungen und Umsetzungsempfehlungen erarbeitet, um den Krankenhäusern mit dem hier vorgelegten Musterplan eine Hilfestellung an die Hand zu geben.

Es sind nicht nur außerklinische Schadensereignisse, deren Auswirkungen zu einer hohen Belastung für einzelne Krankenhäuser führen können. Mit gleich hoher Relevanz sollte sich jedes einzelne Krankenhaus auf klinikinterne Gefahr- und Notlagen vorbereiten und entsprechende Maßnahmen in einem Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplan vorsehen.

Alles zusammen dient der besseren Bewältigung von internen und externen „Gefahrenlagen“, die über den täglichen Krankenhausbetrieb weit hinaus gehen können. Es gilt, sich auch auf diese besonderen Anforderungen gezielt vorzubereiten und dabei die Funktionsfähigkeit der Krankenhausversorgung im Rahmen der eigenen Kapazitäten zu gewährleisten.

Anregungen, Verbesserungsvorschläge, aber auch Kritik sind durchaus erwünscht.

Für die Arbeitsgruppe:

Helge-Detlef Schenk
Landearzt des
DRK-Landesverbandes Nds.

Stand: 7. August 2008

© 2008 by DRK-Landesverband Niedersachsen e.V. (Hrsg.)

Das Muster des Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplanes (KAEP) ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung der Texte, Tabellen, etc. - auch auszugsweise - ist ohne Genehmigung des Herausgebers strafbar. Das gilt insbesondere für die kommerzielle und nicht-kommerzielle Vervielfältigung, Verwendung als schriftliche Unterlage oder in elektronischen Systemen.

Eine nutzerspezifische Anpassung des Musters für einen konkreten Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplan (KAEP) durch im Land Niedersachsen gelegene Krankenhäuser ist zulässig.

Inhaltsverzeichnis

0.1	Autorenteam	0.2
0.2	Beteiligte Organisationen	0.3
0.3	Vorwort	0.4
1	Grundlagen	
1.1	Notwendigkeit zur Erstellung eines „Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplans“ (KAEP)	1.1
1.2	Grundsätzliche Erfordernisse bei Erstellung eines KAEP's	1.3
1.3	Anwendung und Geltungsbereich des KAEP's	1.5
1.4	Zuweisung der Leitungskompetenzen im KAEP	1.6
1.5	Bemessung der Schadensgröße sowie Alarmierungsstrategien	1.10
1.6	Einzuleitende Sofortmaßnahmen innerhalb des Krankenhauses	1.15
1.7	Maßnahmen zur Sichtung und Registrierung (bei externen Schadensereignissen)	1.17
1.8	Externe Gefährdung durch besondere Gefahrenlagen	1.20
1.9	Interne Ereignisse	1.22
1.10	Weitergehende Maßnahmen	1.24
1.11	Notwendigkeit der Aufstellung von Handlungsanweisungen	1.26
1.12	Einsatzübungen	1.27
1.13	Aktualisierung	1.27
1.14	Inkrafttreten	1.27
2	Handlungsanweisungen	
2.1	Patientenregistrierung	2.1
2.2	Verkehrsregelung im Gelände	2.4
2.3	Erstsichtung	2.6
2.4	Info-Stelle und Bürgertelefon, Pressestelle	2.9
2.5	Bettenzentrale / Zentralsterilisation	2.11
2.6	Zentrale Mitarbeiter-Basis / interne Sammelstelle	2.13

2.7	Betriebsbereitschaft der technischen Anlagen	2.14
2.8	Betriebsbereitschaft des Fuhrparks, Unterstützung der logistischen Funktionen	2.15
2.9	Pforte / Information und Telefonzentrale	2.16
2.10	Materialwesen	2.17
2.11	Pflegedienst	2.18
2.12	Speisen- / Getränkeversorgung	2.19
2.13	Patiententransport	2.20
2.14	Alarmierung	2.21
2.15	Weiterleitungsmanagement	2.22
2.16	Bombendrohung	2.23

3. Einsatzdiagramme

3.1	Struktur der Krankenhauseinsatzleitung	3.1
3.2	Einsatzablauf bei externen Gefahrenlagen	3.2
3.3	Einsatzablauf bei internen Gefahrenlagen	3.3
3.4	Einsatzablauf bei infektiologischen Krisensituationen.	3.4

Anlagen

A1	Abkürzungsverzeichnis	A.1
A2	Muster eines Lage- / Wegeplans	A.2
A3	Muster eines Adressverzeichnisses	A.3
A4	Tabellenverzeichnis	A.4
A5	Handlungsübersicht	A.5
A6	Literaturverzeichnis	A.6
A7	Aktualisierungsnachweis	A.7
A8	Aktualisierungsdienst	A.8

1 Grundlagen

1.1 *Notwendigkeit zur Erstellung eines „Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplans“ (KAEP)*

Großbrände, Massenunfälle im Verkehrswesen und im Industriebereich, Naturkatastrophen, Terroranschläge – u. U. verursacht sogar durch den Einsatz von A-, B- oder C-Waffen – sowie Epidemien bzw. Pandemien können zu einer unmittelbaren enormen Herausforderung für alle Institutionen des Gesundheitswesens führen. In der medizinischen Versorgungskette bilden hierbei die Krankenhäuser ein ganz entscheidendes Glied. Da im Katastrophenfall die Überflutung mit außergewöhnlichen Herausforderungen keine Zeit mehr für eine adäquate Planung von Organisationsabläufen und von ausreichenden Hilfeleistungen zulässt, müssen entsprechende Handlungsanweisungen bereits im Vorfeld in einem Alarm- und Einsatzplan festgeschrieben sein.

Trotz der allgemeinen Reduzierung der Ressourcen hat sich jedes Krankenhaus aus ethischen und juristischen Gründen bei einem Großschadensereignis bzw. einer Katastrophe mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln in die medizinische Versorgung einzubringen.

Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz (NRettDG) vom 2. Oktober 2007

§ 7 Örtliche Einsatzleitung

- (1) Jeder kommunale Träger bestimmt für seinen Rettungsdienstbereich eine örtliche Einsatzleitung, die bei einem größeren Notfall am Einsatzort Aufgaben der Rettungsleitstelle übernimmt, soweit dies zur ordnungsgemäßen Lenkung des Einsatzes erforderlich ist und die medizinische Versorgung leistet...*
- (4) Die Träger des Rettungsdienstes bereiten unter Beteiligung der Krankenhausträger Maßnahmen, insbesondere Notfallpläne, zur Bewältigung größerer Notfälle vor.*

Zivilschutzgesetz (ZSG) vom 25. März 1997 (i. d. F. vom 01.05.2004)**§ 15 Planung der gesundheitlichen Versorgung**

- (1) Die nach Landesrecht zuständigen Behörden haben ergänzende Maßnahmen zur gesetzlichen Versorgung der Bevölkerung im Verteidigungsfall zu planen. Sie ermitteln insbesondere die Nutzungs- und Erweiterungsmöglichkeiten der vorhandenen Einrichtungen sowie den voraussichtlichen personellen und materiellen Bedarf und melden ihn den für die Bedarfsdeckung zuständigen Behörden. ...*
- (3) Für die Zwecke der Planung nach Abs. 1 haben die Träger von Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung auf Verlangen Auskünfte zu erteilen und das Betreten ihrer Geschäfts- und Betriebsräume während der üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten zu dulden. Die hierbei gewonnenen Informationen dürfen nur insoweit verwendet werden, als dies für Zwecke des Gesetzes oder die Erfüllung von Katastrophenschutzaufgaben erforderlich ist.*
- (4) Die zuständigen Behörden können anordnen, dass die Träger von Krankenhäusern Einsatz- und Alarmpläne für die gesundheitliche Versorgung aufstellen und fort-schreiben.*

In Niedersachsen tragen die direkte Verantwortung für die übergreifende Krisenbewältigung der Landrat bzw. bei kreisfreien Städten der Oberbürgermeister. Diese haben entsprechende Teilkompetenzen den Rettungsleitstellen, der Feuerwehr, dem kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. den Polizeidirektionen u. a. übertragen.

1.2 Grundsätzliche Erfordernisse bei Erstellung des KAEP's

Ein Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplan soll schriftlich in prägnanter Darstellung, möglichst unter Verwendung der im Rettungs- bzw. im Katastrophendienst festgelegten Terminologie folgendes beinhalten:

1.2.1 Aufgaben des Krankenhauses

- Situationsbeschreibungen, bei denen der Notfallplan zur Anwendung kommt
- Leistungsvermögen, das ein Krankenhaus für einen begrenzten Zeitraum unter den Bedingungen einer Ausnahmesituation unter vollständiger Ausnutzung der Ressourcen zu erbringen vermag
- Aufgaben, die von anderen Krankenhäusern sowie Rettungsdiensten zu übernehmen sind
- Institutionen, die in den notwendigen Informationsfluss einzubinden sind, sowie die externe Fachkompetenz, auf die zurückgegriffen werden kann

1.2.2 Interne Kompetenz- und Aufgabenzuweisung

- Kompetenzzuweisung für die interne Gesamtleitung
- Verknüpfung zur kommunalen Leitung der Gefahrenabwehr
- Auslösung der Alarmkaskade mit festgelegten Alarmierungsstufen zur Rekrutierung von Unterstützungskräften für die betroffenen Einsatzbereiche
- Organisatorische Leitungskompetenzen der Funktionsträger im Hinblick auf die Funktionsbereiche wie Notaufnahme, Sichtung und Notfallversorgung, Haus- und Medizintechnik, Transportwesen, Nachschub von Medikamenten und Materialien, Verpflegung, Objektsicherung, Kriseninterventionsdienst zur psychosozialen Betreuung, Presseinformationsdienst u. a.
- Evakuierungs- bzw. Räumungswege bei internen Schadensereignissen
- Bereitstellung der erforderlichen Versorgungskapazitäten durch Entlassung oder Verlegung von weniger schwer erkrankten Patienten in andere Behandlungseinrichtungen
- Festlegung räumlicher Bereiche und deren Zuordnung für die internen bzw. externen Personalsammelstellen, den Sichtungsbereich, die psychosoziale Betreuung von Angehörigen, der Auffangbereich für die zu entlassenden bzw. zu evakuierenden Patienten, die Festlegung der Wegeführung für Patienten, Materialien, Angehörige und Medienvertreter („Einbahnstraßenlenkung“)

- Festlegung von Bereichen, die für Isolierungsmaßnahmen geeignet sind
- Sicherung der internen und externen Kommunikation
- Festlegung der Dokumentationsform sowie die Erstellung von vorgefertigten Dokumentationsbögen
- Zuordnung separater Bezirke zur ggf. erforderlichen Dekontamination
- Besondere Materialdepots (z. B. im Sichtungsbereich) für die Dokumentation, zur Sicherstellung von Patientenmaterial, zum hygienischen Schutz sowie - soweit möglich - zur Vermeidung von Kontaminationen

1.2.3 Regelmäßige Aktualisierung des KAEP's

- Strukturelle und materielle Veränderungen
- Ständige Pflege der Personaleinsatzlisten (etwa halbjährlich)
- Wiederholte Unterweisung der Mitarbeiter
- Wiederholte Einsatzübungen

1.2.4 Einbeziehung anderer Verordnungen zu Schadensereignissen in den KAEP

- Einbeziehung der Auflagen zum **vorbeugenden Brandschutz**
- Bauliche Vorkehrungen zum Brandschutz
- Aufstellung einer **Brandschutzordnung (DIN 14 096)** bzw. eines **Feuerwehrplanes (DIN 14 095)** mit einem **Flucht- und Rettungsplan**
- **Hygieneplan** des Krankenhauses
- Erforderliche Maßnahmen zur klinischen Versorgung beim Ausbruch einer Pandemie

1.3 Anwendung und Geltungsbereich des KAEP's

Der Alarm- und Einsatzplan ist eine Dienstanweisung und gilt für alle Mitarbeiter.

Der KAEP regelt die vorbereitenden und abwehrenden Maßnahmen zur Verhinderung, Beseitigung oder Minderung von größeren Schadensereignissen bzw. Gefahrenlagen. Für folgende Gefahrenlagen bzw. Schadensereignisse sind entsprechende Einsatzstrategien festzulegen. Ergänzend zu den schriftlichen Ausführungen sollten dem KAEP die jeweiligen Schritte der Vorgehensweise in knappen und übersichtlichen **graphischen Algorithmen** zusätzlich dargestellt werden. Die Einsatzstrategien sind hierbei auf folgende Gefahrenlagen ausgerichtet:

1.3.1 Externe Gefahrenlagen - außerhalb des Krankenhauses:

- Massenanfall an Verletzten / Erkrankten
- Ereignisse mit Immissionen durch Brände oder Störfälle
- Infektiologische Krisensituation
- Kampfmittelfunde in der Nähe des Krankenhauses
- ABC-Gefahrenlagen (CBNRE)
- Terroranschläge

Tabelle 1.1

1.3.2 Interne Gefahrenlagen - im Bereich des Krankenhauses:

- Brände und sonstige Umweltgefahren
- Bombendrohung, terroristische Bedrohung
- Geiselnahme und Amoklauf
- Auffinden verdächtiger Gegenstände
Ereignisse, die eine Evakuierung oder Räumung von Gebäudeteilen erforderlich machen (vgl. 1.9.3)
- Störungen in Technik bzw. Logistik wie der Ausfall von Strom-, Gas- bzw. Wasserversorgung, Telefon, Sterilisation, Küche, Lagerwirtschaft, Apotheke, EDV-System
- Infektiologische Krisensituationen

Tabelle 1.2

1.4 Zuweisung der Leitungskompetenzen im KAEP

1.4.1 Krankenhauseinsatzleitung (KEL)

Die Hauptverantwortung obliegt der **Krankenhauseinsatzleitung (KEL)**. Diese handelt im Auftrag der Klinikleitung. Der KEL sollen im Notfall klar umrissene Leitungskompetenzen übertragen werden, die im Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplan festgelegt sein müssen. Sowohl bei **internen** als auch bei **externen Gefahrenlagen** koordiniert sie die Abläufe im internen Krisenmanagement und regelt die Kooperation mit der externen Rettungsdienstleitung, den anderen medizinischen Einrichtungen, den verantwortlichen kommunalen Behörden und dem Informationsdienst. Die KEL ist für die Aufstellung und Umsetzung des Einsatzplanes verantwortlich. Der Leiter ist im Vorfeld zu bestimmen. In großen Krankenhäusern kann es sinnvoll sein, einen „Beauftragten für Gefahrenlagen“ zu bestellen. Gleichzeitig muss stets für Vertretungen gesorgt sein.

Die Struktur der KEL muss den Gegebenheiten und dem Leistungsprofil des Krankenhauses angepasst sein. Standort mit Ausweichstandort, Erreichbarkeit, Aufbau- und Ablauforganisation der KEL sollen vorbereitet und erprobt sein. Hierbei ist die Aufgabenzuweisung, die Struktur innerhalb des Stabes mit der Bestimmung des Leiters, der Aufteilung der Stäbe (S 1 bis S 6) sowie der Berater festzulegen.

Folgende Zusammensetzung empfiehlt sich:

- **Einsatzleiter**
- **S 1 – Personal:** Leiter der Personalabteilung
- **S 2 – Lageplan, Einsatztagebuch, Einsatzkarte:** Sekretariat d. Einsatzleiters
- **S 3 – Einsatz:** Leitender Arzt für die medizinische Versorgung (möglichst LNA-Qualifikation)
- **S 4 – Versorgung:** Leiter Einkauf
- **S 5 – Öffentlichkeitsarbeit / Krisenintervention:** Kaufmännischer Direktor
- **S 6 – Kommunikation:** Leiter Technik
- **Fachberater Pflegedienst:** Pflegedirektion
- **Fachberater Brandschutz und Notfallplanung:** Brandschutzbeauftragter
- **Fachberater Strahlenschutz:** Strahlenschutzbeauftragter
- **Fachberater Hygienemaßnahmen:** Hygienebeauftragter

Tabelle 1.3

Ein Beispiel für ein Organigramm zur „**Struktur der Krankenhauseinsatzleitung**“ eines mittelgroßen Versorgungskrankenhauses ist im Anhang dargestellt (vgl. 3. 1).

Die KEL muss nicht zwingend in voller Besetzung handeln. Sie soll der Schadensart bzw. dessen Umfang angemessen besetzt sein.

1.4.2 Funktionsträger und Funktionsbereiche, Aufgaben des „Ärztlichen Leiters vom Dienst“

Im Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplan soll festgehalten sein, welche Personen die verantwortlichen Funktionsträger für bestimmte Bereiche sind. Folgende Funktionsbereiche sollen zugewiesen sein:

1. Konservativer ärztlicher Dienst
2. Operativer ärztlicher Dienst
3. Allgemeiner Pflegedienst
4. Intensivmedizinischer Pflegedienst
5. Operativer Pflegedienst
6. Ärztliche Leiter vom Dienst (ÄLvD)
7. Beauftragter für Gefahrenlagen, empfehlenswert bei Großkliniken
8. Sichtungsteam
9. Brandschutz
10. Strahlenschutz
11. Hygiene, Labor, Blutbank
12. Ambulanzen, Notfallaufnahme
13. OP- und Intensivbereich
14. Leiter für die Evakuierungsmaßnahmen auf den einzelnen Stationen
15. Verantwortliche für die einzelnen Technikbereiche
16. Kommunikationswege
17. Nachschub von Material und Medikamenten
18. Transport und Ver- bzw. Entsorgung
19. Reinigungsdienst
20. Verpflegung
21. Dolmetscher
22. Sozialdienst, Klinikseelsorge und Krisenintervention
23. Medienarbeit
24. Sicherheitsdienst
25. u. a.

Tabelle 1.4

Außerhalb der normalen Dienstzeit / Regeldienstzeit wird die KEL zunächst durch den ... ÄLVD o. ä. vertreten. Wünschenswert ist hier die Kompetenz eines notfallmedizinisch erfahrenen Facharztes. Er vertritt den regulären Einsatzleiter der KEL so lange, bis dieser die Leitung übernehmen kann. Alle diensthabenden Ärzte bzw. Entscheidungsträger haben unmittelbar nach Kenntnis der Gefahrenlage miteinander Kontakt aufzunehmen.

Bis zur Übergabe an den Einsatzleiter der KEL ist der Stellvertreter gegenüber allen Mitarbeitern weisungsbefugt und übt das Hausrecht aus.

1.4.3 Zusammenwirken zwischen KEL und Rettungsleitstelle

Die KEL arbeitet eng mit der zuständigen Einsatzleitung von Feuerwehr und Rettungsdienst zusammen.

1.5 Bemessung der Schadensgröße sowie Alarmierungsstrategien

1.5.1 Feststellung der Schadensart

Die Feststellung eines **internen** bzw. eines **externen Schadensereignisses** erfolgt nach den Klassifizierungen, wie sie unter 1.3.1 und 1.3.2 aufgelistet sind.

1.5.2 Bemessung der Schadensgröße

Die Zustandsbeschreibung, die unter dem Begriff der „Katastrophe“ zugrunde gelegt wird, ist im Hinblick auf eine graduierte Alarmierungsstrategie zu unpräzise. *Ein Katastrophenfall ist ein Zustand, bei dem Leben, Gesundheit, die lebenswichtige Versorgung der Bevölkerung, die Umwelt oder erhebliche Sachwerte in einem solchen Maße gefährdet sind, dass seine Bekämpfung durch die zuständigen Behörden und die notwendigen Einsatz- und Hilfskräfte eine zentrale Leitung erfordern (§ 1 Abs. 2 NKatSG).*

Die Einschätzung der zu erwartenden Belastungen für die Gesamtheit der Kliniken im Umfeld eines externen Großschadensereignisses lässt sich besser anhand der „Alarmstufen“ der Feuerwehr bewerten.

Einteilung der Alarmierungsstufen nach der Anzahl [n] der Verletzten:

- | | | | |
|---|---------|---------|--------|
| • | n > 5 | entspr. | MANV 1 |
| • | n > 20 | entspr. | MANV 2 |
| • | n > 50 | entspr. | MANV 3 |
| • | n > 200 | entspr. | Ü-MANV |

Tabelle 1.5

Jedes Krankenhaus soll daher die potenzielle eigene Belastbarkeit unter Berücksichtigung der angeführten MANV-Stufen mit den Katastrophenschutzbehörden und den Krankenhäusern im Umfeld unter Berücksichtigung des vorhandenen Leistungsprofils ermitteln und eine entsprechende Abstimmung mit den eigenen Alarmierungsstufen vornehmen.

1.5.3 Alarmierungsumfang im Versorgungs Krankenhaus

Sowohl bei internen als auch bei externen Gefahrenlagen stellt die Alarmierung - d. h. die Verständigung und Information der Krankenhausmitarbeiter - eine zentrale Aufgabe dar, die mit einer bereits detailliert ausgearbeiteten Alarmierungsstrategie gelöst werden kann. Der Umfang der Alarmierung orientiert sich an den MANV-Stufen. Als Anhalt für die zu erwartende Patientenzahl ergeben sich bei einem mittelgroßen Krankenhaus folgende Größen:

Alarmierungs- stufe	Erwartete Patientenzahl		
	chirurgische*)	intensivmedizinische	kontaminierte**)
1	4***)	4***)	
2	5 - 10	5 - 10	
3	> 11	> 11	4 - 5
4	Anzahl ohne Möglichkeit der individualmedizinischen Versorgung		

*) einschließlich Brandverletzte zur Erstversorgung und Weiterleitung in ein Zentrum

***) strahlengeschädigte Patienten ohne inkorporierte Radioaktivität

***) davon 1 bis 2 Schwerverletzte

Tabelle 1.6

Der Personenkreis der für die Notfallversorgung zusätzlich erforderlichen Helfer lässt sich in folgenden Stufen alarmieren:

Kriterien zur Einstufung des Alarmierungsumfanges in Stufen:	
Stufe 1	Anwesende Mitarbeiter
Stufe 2	Bereitschafts- und Hintergrunddienst
Stufe 3	Einbeziehung der nicht im Dienst befindlichen Mitarbeiter
Stufe 4	Einbeziehung weiterer Personen, ggf. aus anderen Krankenhäusern oder dem Rettungs- und Sanitätsdienst

Tabelle 1.7

1.5.4 Vorgehen bei der Alarmierung

Intern - je nach Ausstattung - können die Mitarbeiter über eine Sprechanlage, ein portables Telefon, ein Festnetzgerät bzw. einen Pieper informiert werden. Bei einem Rundruf empfiehlt sich, um Panik zu vermeiden, eine verschlüsselte Information.

Extern können die darüber hinaus benötigten Mitarbeiter über Telefon oder andere geeignete Kommunikationsmittel verständigt werden. Es hat sich bewährt, die Alarmierungsanrufe über ein computergesteuertes eigenes bzw. externes Informationssystem zu tätigen. Hierbei werden die Mitarbeiter über Handy und / oder Telefon alarmiert.

Folgende Schritte sollen berücksichtigt werden:

- Alarmierungsrundruf in definierten Stufen für die betroffenen Funktionsbereiche
- Übermittlung entsprechend vorformulierter Kurzinformationen
- Empfangsbestätigung bzw. Meldung der Nicht-Erreichbarkeit
- Erneute Alarmierung nicht erreichter Mitarbeiter in festgelegten Intervallen
- Rückmeldung mit Angabe der voraussichtlichen Eintreffzeit
- Dokumentation aller Schritte mit zeitlicher Zuordnung

Der Leiter der KEL bzw. dessen Stellvertreter sowie die wichtigen Funktionsbereiche wie Intensiv-, OP-Bereich, Ambulanz, Haus- und Medizintechnik sollen ihre ständige telefonische Erreichbarkeit sicherstellen.

Die Personallisten sind regelmäßig zu aktualisieren.

In Abstimmung mit dem Einsatzleiter Feuerwehr oder Polizei bzw. dem regionalen Lage- und Führungszentrum der Polizei kann die Alarmierung der Krankenhausmitarbeiter auch mittels Rundfunk- oder Fernsehdurchsagen erfolgen.

Bei Ausfall netzgebundener Kommunikationsmittel ist ein eventuelles krankenhausinternes Handyverbot aufzuheben.

Die Klinikpforte bzw. die Informations- / Telefonzentrale übernimmt eine zentrale Rolle in der Alarmierungskette. Durch die KEL bzw. dessen Stellvertreter wird sie den Alarmruf auslösen, alle Leitungen im Großschadensereignis durch Unterbindung von Privatgesprächen und durch Ermahnung zur Kurzinformation freizuhalten. Im Fall der Bom-

bendrohung muss sie durch eine vorgegebene Gesprächsführung versuchen, den Anrufer zum Zwecke der polizeilichen Ermittlung lange zu binden (vergleiche Algorithmusdarstellung zum „Einsatzablauf bei internen Gefahrenlagen – Bombendrohung“). Der Klinikpforte obliegt auch die Koordination und Steuerung des telefonischen Informationsdienstes.

Eine Möglichkeit zur Aufzeichnung von Telefongesprächen an der Pforte ist zu empfehlen. Für den Ausfall des allgemeinen Krankenhaustelefonsystems ist auch die Installation eines separaten ISDN-Netzes, das die wichtigsten Funktionseinheiten wie beispielsweise Intensiv-, OP-Bereich, Ambulanzen, KEL sowie Rettungsleitstelle verbindet, aus Sicherheitsgründen wichtig.

KEL bzw. dessen Stellvertreter müssen über alle wesentlichen neu eingeleiteten Schritte und Vorgehensweisen innerhalb der Funktionsbereiche umgehend informiert werden.

1.5.5 Alarmierungslisten

Bei der Erstellung einer Rangfolge gemäß der Alarmierungsstufen für die **Funktionsbereiche** bzw. **-träger** empfiehlt sich der Einsatz von entsprechend zugeschnittenen Übersichtstabellen. Ein mögliches Alarmierungsmuster wäre (vgl. Kap. 1.4.2):

Funktionsbereich	Alarmierungsstufe				durch	Handlungsanweisung
	1	2	3	4		
1. konservative Arztdienst					KEL-PDL	
2. operative Arztdienst					KEL-Ärztl. Leit.	
3. allgemeine Pflegedienst					KEL-PDL	
4. ITS-Pflegedienst					KEL-PDL	
5. OP-Pflegedienst					KEL-PDL	
6. ÄLvD					KEL	Anweisung-ÄLvD
7. Notfallmanagement					KEL	Anweisung-Notfallmanagement
8. Sichtungs-Team					KEL	Anweisung-Sichtung
9. Brandschutz					KEL	Brandschutzordnung
10. Strahlenschutz					KEL	Strahlenschutz
11. Hygiene					KEL	Hygieneordnung
... etc. ...						

Tabelle 1.8

Für den Alarmfall ist diese Liste, die die Funktionsbereiche und die jeweilige Personalstärke berücksichtigen muss, auszuarbeiten. Im Alarmfall muss damit durch die Festlegung der Alarmierungsstufe für das KH vonseiten der KEL auch die notwendige Aufstockung des jeweiligen Funktionspersonals vorgegeben sein. Durch entsprechende Handlungsanweisungen muss im Vorfeld festgelegt sein, welche Aufgaben im Schadensfall auf jeden Einzelnen zukommen. Die Alarmierungsstufen und der zu alarmierende Funktionsbereich sollten in dem Szenario in angemessener Form durchgeführt werden. Im Falle eines Ü-MANV's würde die höchste Alarmierungsstufe erforderlich sein.

1.5.6 Sammelplätze für die alarmierten Mitarbeiter

Extern gelegene Sammelstellen (z. B. Parkplätze) sollten für den Fall der **externen Alarmierung** beim Großschadensereignis in Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden und der Polizei auch im KAEP bereits festgelegt sein, um von hier das alarmierte Personal mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Taxen oder bereitgestellten Bussen) zum **internen Sammelplatz** zu transportieren. Die direkte Anfahrt zum KH mit eigenen PKW sollte unterbleiben, da hier alle internen Straßen und Parkplätze für die Notfallversorgung und den Patiententransport freigehalten werden müssen. Da das Klinikgelände u. U. für den allgemeinen Publikumsverkehr abgeriegelt wird, ist es sinnvoll, wenn sich die Mitarbeiter durch eine **Identitätskarte** ausweisen können.

Als **interne Sammelstellen** eignen sich u. a. die Cafeteria, der Speisesaal, die Bücherei bzw. die Krankengymnastiksäle. Die eingetroffenen Mitarbeiter müssen umgehend - am besten über Listen - der KEL gemeldet werden. Von der Sammelstelle aus lassen sich gezielt Kräfte auf Anforderung einsetzen, ohne dass diese in der Wartephase die schon etablierten Strukturen stören. Zum Einsatz können Handlungsanweisungen ausgegeben werden, die den Auftrag klar umschreiben (vgl. Handlungsanweisung Nr. 2.6). Eine ausreichend große Vorhaltung an krankenhausinternen Transportmitteln ist sicherzustellen.

1.6 *Einzuleitende Sofortmaßnahmen innerhalb des Krankenhauses*

1.6.1 *Einstellung des Routinebetriebes*

Neben der Einleitung der Alarmierungskette ist beim Großschadensereignis - je nach Festlegung durch das Krankenhaus bei Stufe 2, spätestens bei Stufe 3 - der Routinebetrieb einzustellen. In den Ambulanzen ist zu prüfen, ob dort wartende Patienten entlassen bzw. an andere Versorgungsstationen weitergeleitet werden können. Laufende Operationen sind schnellstmöglich zu Ende zu führen. Das weitere elektive OP-Programm ist zu stoppen.

Die Telefonleitungen sind frei zu halten, Telefongespräche sind auf ein Minimum zu beschränken, Privatgespräche sind zu unterlassen. Besucher und betriebsfremde Personen werden - soweit erforderlich - vom diensthabenden Personal aufgefordert, das KH-Gelände zu verlassen. Die anwesenden Mitarbeiter begeben sich, soweit möglich, an ihre normalen Arbeitsplätze.

1.6.2 *An- und Abfahrt des Patiententransports*

Der An- und Abtransport der Verletzten wird ausschließlich über die Notaufnahme vorgenommen. Es muss hierfür eine Einbahnstraßenregelung auf dem KH-Gelände eingerichtet werden. Dabei sollte die gewohnte Straßenführung möglichst beibehalten werden. Diese sollte durch eine entsprechende Beschilderung klar gekennzeichnet sein. Weiterhin sollten Einweiser bzw. Lotsen bereit stehen. Der Einsatz einer Beschilderung, von Warnwesten bzw. einer Ausleuchtung kann hierbei sinnvoll sein. Die An- und Abfahrtswege sind freizumachen bzw. freizuhalten. Die KH-internen Transportwege müssen ebenfalls festgelegt sein (vgl. Handlungsanweisungen Nr. 2.2 und 2.8).

1.6.3 *An- und Abfahrt des Versorgungstransports*

Entsprechend der Verkehrsführung des Krankentransports sollte auch die Wegeführung des Versorgungstransports laufen. Für die Annahme der anzuliefernden Waren muss eine Empfangsstelle festgelegt werden. Diese Fahrzeuge sollten möglichst nicht ohne Fahrer abgestellt werden. Diese Regulierungen sind in Abstimmung mit der Polizei und der Feuerwehr vorzubereiten (vgl. Handlungsanweisung 2.8).

Für alle Funktionsbereiche, deren Einrichtungen im Schadensfall erforderlich sind, sollten auch Ausweichbereiche eingeplant werden, da u. U. der primär eingeplante Bereich selber nicht zur Verfügung stehen könnte.

1.7 Maßnahmen zur Sichtung und Registrierung (bei externen Schadensereignissen)

1.7.1 Das Sichtungsteam

Ein Sichtungsteam sollte mindestens von einem Arzt und zwei Pflegekräften gebildet werden. Zum Teamleiter sollte ein erfahrener Arzt mit entsprechender „Notfallkompetenz“ benannt werden, der jedoch nicht unmittelbar in die intensivmedizinische bzw. operative Notfallversorgung eingebunden ist. Dieses Team sichtet und kategorisiert die Patienten nach dem Schweregrad ihrer Verletzungen. Es protokolliert jeden einzelnen Fall auf vorgegebenen Erfassungsbögen. Diese Begleitprotokolle erfassen die wichtigsten Daten, die vom Rettungsdienst, dem Suchdienst und der Polizei dringend benötigt werden. Außerdem organisiert das Sichtungsteam die Weiterleitung der Patienten nach den festgelegten Sichtungskategorien. Für das Vorgehen bestehen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin (www.dgkm.org).

1.7.2 Sichtungsbereich und die erforderliche Vorratslagerung

Der Sichtungsbereich sollte ausreichend geräumig sein und einen günstigen Patientenweitertransport zur Aufnahme, ITS bzw. Intermediate-Care-Station gewährleisten (vgl. Handlungsanweisungen Nr. 2.1).

Zur Patientensichtung ist entsprechendes Material vorzuhalten (vergleiche Handlungsanweisung 2.5), das in unmittelbarer Nähe zum Sichtungsbereich zu positionieren ist.

Hierfür ist die Bevorratung mit Notfallsets sinnvoll, die folgendes beinhalten sollten:

- Sichtsungsprotokoll – zweifach (genormte Anhängkarte der Hilfsorganisationen)
Klebeetikette mit Nr. / Code (Aufnahme in die Krankenhaus-EDV)
- Umschlag für Wertsachen (Geld, Schmuck, Dokumente)
- Foliensack für Kleidungsstücke
- Marker-Stift
- Ggf. eine Digitalkamera zur Erfassung des Gesichtes (Suchdienst), der Verletzung bzw. anderer persönlicher Merkmale
- Transportliegen
- Decken
- Infusionsmaterial
- Laborsets (Aufkleber, Entnahmeröhrchen, KH-Code-Nummer)

Außerdem sollten in diesem Bereich Schutzkleidungen für das Personal vorgehalten werden:

- Handschuhe
- Masken
- Hygieneschutzanzüge

1.7.3 Festlegung der Sichtungskategorien (SK)

Die Aufgaben der Sichtungs- und Registrierungsstelle bilden ein wichtiges Instrument bei der Bewältigung von Großschadenslagen. Hier werden die Patientenströme erfasst und koordiniert zur Versorgung weitergeleitet. Bei der Erfassung werden die vom Rettungsdienst bereits registrierten Daten ergänzt, oder diese müssen neu erhoben werden.

Durch die Festlegung des Sichtungsteams auf entsprechende Sichtungskategorien (SK's) ist der folgende Behandlungsweg vorgezeichnet. Die SK-Wertungen sind festgelegt. Die Patienten werden durch das Anlegen entsprechender Bänder am Handgelenk bzw. durch entsprechende Vermerke in der Patientenbegleitkarte gekennzeichnet.

Der sich aus der Sichtung ergebende weitere Behandlungsablauf lässt sich wie folgt kennzeichnen (vgl. Handlungsanweisungen Nr. 2.1 und 2.3):

SK	Band	Zustand des Patienten/Behandlung	Behandlungsbereich
SK-1	rot	Vitalbedrohung/Sofortintervention	OP / ITS / Schockraum
SK-2	gelb	Schwerverletzte bzw. Schwererkrankte mit dringlicher Behandlung	Intermediate-Care, Aufwachraum
SK-3	grün	Leichtverletzte bzw. Leichterkrankte, ggf. spätere / ambulante Behandlung	KH-Ambulanz, ambulante Praxen; Fachkollegen
SK-4	blau	Patienten ohne Therapieaussichten	Besonderer Bereich / Krisenintervention

Tabelle 1.9

Bezüglich der Arbeitsbelastung muss gerade unter den Bedingungen des Ü-MANV, wenn es auch zur Überforderung des Teams kommen kann, dafür gesorgt werden, dass dieses

durch auswärtige Fachkollegen ergänzt wird. Ggf. sind die OP-Teams durch operations-erfahrene Kollegen aus „nahen Fachbereichen“ aufzufüllen. **Im Vordergrund steht die reine Primärversorgung** – OP's zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen, Repositionen bzw. Schienungen.

1.8 Externe Gefährdung durch besondere Gefahrenlagen

1.8.1 Emissionen sowie Kampfmittel

Nach dem Bekanntwerden von Gefahrenlagen wie durch Rauch, Gase, Dämpfe bzw. radioaktive Störfälle, die das KH bedrohen können, sind folgende Sofortmaßnahmen einzuleiten:

- Außentüren und Fenster so dicht wie möglich schließen (Lautsprecher-Durchsage)
- Leitstelle der Feuerwehr informieren und nach weiterem Vorgehen abfragen
- Brandschutz- bzw. Strahlenschutzbeauftragten umgehend verständigen
- Zuluftanlagen abschalten.

1.8.2 Kampfmittelfunde und andere externe Ereignisse

Bei einem Kampfmittelfund (Bomben, Granaten u. ä.) in der Nähe des KH's ist ggf. unter der Leitung von Feuerwehr und Polizei eine vorsorgliche Evakuierung des betroffenen Geländes vorzunehmen.

Neben der erhöhten Regelleistung bis hin zur Beanspruchung bei externen Großschadenslagen stellen Schadstoffwolken sowie bei A-, B- bzw. C-Ereignissen besondere Herausforderungen dar. Hier ist nicht ohne die besondere Fachkompetenz der Feuerwehr und der Giftzentrale zu arbeiten. Im Alarm- und Einsatzplan soll eingearbeitet werden, wo eine entsprechende Dekontamination, die von Spezialkräften vorzunehmen ist, stattfinden kann, und es sollen alle Telefonnummern von Feuerwehr, Giftinformationszentren, Zentrum für Gesundheits- und Infektionsschutz im Nds. Landesgesundheitsamt bzw. die Internet-Adressen der entsprechenden Institutionen aufgezeichnet sein.

1.8.3 Naturkatastrophen

Naturkatastrophen wie Hochwasser oder extremer Schneefall können zu einer Unterbrechung von Versorgungsleitungen (Gas, Wasser, Strom etc.) oder der Verbindung des Krankenhauses mit der Außenwelt führen, ohne dass eine Evakuierung zeitnah möglich ist. Für derartige Fälle sind Vorkehrungen zur Versorgung mit Gas, Wasser, Strom etc. ebenso wie zur Versorgung mit Medikamenten, medizinischem Bedarf, Nahrung und sonstigen Versorgungsgütern zu treffen. Ebenso sollten Planungen für den Umgang mit der Tatsache vorliegen, dass das Krankenhaus ggf. die Patientenversorgung mit der bei Eintritt des Ereignis bestehenden personellen Ausstattung aufrecht erhalten muss.

1.8.4 Sonderfall: Pandemien bzw. außergewöhnliche Infektionserkrankungen

Das Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit hat den **Niedersächsischen Pandemieplan** veröffentlicht. Darin werden grundsätzliche Aussagen zum Stand der Planung für Niedersachsen sowie Empfehlungen zum Patienten- und Hygienemanagement in Krankenhäusern getroffen, die bei den eigenverantwortlichen Planungen berücksichtigt werden sollten. Der Plan ist auf der Homepage des **Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes NLGA** (www.nlga.de) abrufbar und wird fortgeschrieben.

Das Vorgehen beim Ausbruch einer Pandemie ist in der Algorithmusdarstellung 3.4 „Einsatzablauf bei infektiologischen Krisensituationen“ skizziert.

1.9 Interne Ereignisse

1.9.1 Brand, Ausfall der Betriebstechnik

*Das Vorgehen bei Bränden ist in der **Brandschutzordnung** niedergelegt (vgl. Algorithmus „Brand, Explosionen“). Ein Problem stellt die nicht zeitgerechte Anpassung der Brandschutzmaßnahmen an baulichen oder funktionellen Veränderungen dar (Aus- bzw. Umbau von Stationen). Gefordert ist eine ständige Kontrolle und Schärfung des Problembewusstseins aller Beteiligten, um Schäden vorzubeugen. Alle Mitarbeiter müssen dokumentiert in ihre Aufgaben eingewiesen werden! Dies umfasst sowohl die theoretische als auch die praktische Einweisung (Notrufinhalte, Brandbekämpfung, Räumungsmaßnahmen, Begehung von Brandabschnitten), dazu gehört eine regelmäßige Überwachung und ggf. eine Anpassung der Maßnahmen. Die Vorhaltung von Schutzausrüstungen (z. B. von **Schutzhauben, Rettungstransportmatten**) und das praktische Training mit diesen müssen für alle Bereiche (Absprache mit Feuerwehr) sichergestellt werden.*

Da mit dem Ausbruch eines Brandes auch sämtliche technische Installationen betroffen sein können, muss neben der Feuerwehr und dem Brandschutzbeauftragten des KH's auch der Technische Leiter vom Dienst (TvD) alarmiert werden.

Um bei einem Ausfall von Versorgungseinheiten adäquat reagieren zu können, müssen die Notrufnummern aller Funktionsträger dem KAEP zugrunde gelegt sein. Es muss im Vorfeld auch geklärt sein, welche Ersatzbeschaffung bzw. welche Ausweichversorgung möglich ist. Dies gilt für den Ausfall von Strom, Wasser, medizinischer Gasversorgung, Sterilisation, EDV-Anlage, Kommunikationseinrichtungen, Apotheke, Labor, Lagerwirtschaft etc.

1.9.2 Bombendrohung, Terroranschläge

Hier ist die sofortige Kontaktaufnahme mit der Polizei und der Feuerwehr erforderlich (vgl. Handlungsanweisung Nr. 2.16). Die unmittelbare Verfügbarkeit eines Formblattes hat sich bewährt. Eine ähnliche Vorgehensweise ist auch bei einer Geiselnahme bzw. einer terroristischen Bedrohung zu empfehlen.

1.9.3 Räumung und Evakuierung

Eine **Räumung** - definitionsgemäß eine Anordnung, die für einen kurzen Zeitabschnitt gilt - bzw. eine **Evakuierung** - eine Maßnahme mit längerfristiger Wirksamkeit - von einem gesamten Gebäudekomplex stellen Sicherheitsmaßnahmen dar, die bei einer erheblichen Gefährdung der Gebäudenutzer z. B. bei außergewöhnlichem Brand (Brandschutzordnung), Bombendrohung, Kampfmittelfund auf oder in der Nähe der Liegenschaft oder der fehlenden technischen Versorgung angeordnet werden. Die Anordnung zur Evakuierung erfolgt durch die zuständige Stelle.

Die Evakuierungsmaßnahmen müssen im KAEP und der Brandschutzordnung klar festgelegt sein und von den Mitarbeitern jederzeit umgesetzt werden können. Die Planungen für die Ausweichmöglichkeiten bei der Unterbringung der Patienten müssen im Vorfeld erfolgen. Dabei sind interne Ausweichmöglichkeiten (z. B. Brandabschnitt oder andere Gebäude im Rahmen der horizontalen Evakuierung bzw. im besonders dringlichen Fällen in tiefergelegene Bauabschnitte) ebenso einzuplanen wie auch externe, die Krankenhausgrenzen überschreitende Verlegungsmöglichkeiten (z. B. andere Krankenhäuser, Behelfskrankenhäuser).

Logistische Probleme z. B. für die Verlegung von beatmungspflichtigen Patienten bedürfen einer weitsichtigen Planung, die mit dem Rettungsdienst abgestimmt sein sollte. Besonders zu berücksichtigen ist die Verfügbarkeit von einem transportablen Monitoring, einer ausreichenden Anzahl an Beatmungsgeräten, Notstrom, medizinischer Gasversorgung, Transportgeräten sowie von anderen notwendigen Ressourcen.

Für die Räumungsmaßnahmen müssen strukturelle Bestandteile wie Brandabschnitte, Fluchtwege und Sammelplätze festgelegt sein. Für Notfalltransporte, die nicht mittels fahrbarer Betten auf derselben Ebene, sondern in tiefergelegene Stationen erfolgen müssen, sollten geeignete Transportmittel wie z. B. Evakuierungsgleittücher - ggf. mit Brandschutzhauben - für den Transport eingesetzt werden. Diese Gleittücher sollten in jedem der infrage kommenden Betten bereits als Matratzenunterlagen vorliegen.

1.10 Weitergehende Maßnahmen

1.10.1 Pressedienst, Öffentlichkeitsarbeit

Dieser Funktionsbereich wird in der Handlungsanweisung 2.4 dargestellt. Die Ausstattung des Pressebereichs, die Räumlichkeiten, die Wegeführung und die Personen, die beauftragt sind, Auskunft zu geben, sollen im KAEP klar festgelegt sein.

1.10.2 Kriseninterventionsteam

Dem Kriseninterventionsteam obliegt die Betreuung der Verletzten und der Angehörigen - vor allem der betroffenen Kinder - das Betreuungsangebot für Helfer, die Überbringung schlimmer Nachrichten und der Beistand für Sterbende. Die Erreichbarkeit dieses Personenkreises muss deutlich kenntlich gemacht werden, und dieser muss ständig erreichbar sein.

1.10.3 Objektsicherung

Bei Schadensereignissen kann es erforderlich werden, Gebäude, Gebäudeteile oder das ganze Betriebsgelände abzusperren.

1.10.4 Patientenunterbringung

Das Management zur Regulierung der Patientenströme erfordert ein koordinierendes Vorgehen und eine entsprechende Fachkompetenz der Funktionsträger:

- Weiterversorgung von evakuierten Patienten
- Sammeln in bestimmten Bereichen für Entlassungs- bzw. Verlegungspatienten
- Abfragen von Aufnahmekapazitäten
- Patientenrückführung nach Behebung des Schadensereignisses
- Koordination von Pflege, Hol- und Bringedienst und ggf. weiteren einbezogenen Funktionseinheiten

1.10.5 Sicherstellung der Versorgung und der Entsorgung

Diese Funktionseinheit muss genaue Kenntnisse über die Ressourcen haben: Blutbank, medizinischer Bedarf, Sterilgut, Medikamente etc. Die Anlieferung und die Transportwege eines entsprechenden Nachschubs müssen geregelt sein. Gleiches gilt für die Entsorgung.

1.10.6 Technik

Die logistischen Vorkehrungen zur Weiterversorgung beim Ausfall bestimmter technischer Funktionsbereiche muss im Vorfeld für jeden einzelnen geregelt sein (vgl. Handlungsanweisung 2.7).

1.10.7 Speisen- und Getränkeversorgung

Gerade bei einem Großschadensereignis ist mit einem erheblichen Aufwand in der Versorgung der betroffenen Menschen zu rechnen: Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und Helfer, Verstärkungspersonal, Feuerwehr, Polizei, Beschaffung von Material und Lebensmittel, Zubereitung und Verteilung der Versorgung mit Essen etc.

Die Versorgung des Krankenhauses bei Ausfall von Strom, Wasser, Gas, bei Sperrung der Küche bzw. dem Ausfall von Mitarbeitern muss sichergestellt sein.

1.11 Notwendigkeit der Aufstellung von Handlungsanweisungen

In den Handlungsanweisungen müssen der Aufenthaltsort, die Aufgaben und die Erreichbarkeit des jeweiligen Personals nach Alarmierung unmissverständlich festgelegt sein. Dabei sollen die Zuständigkeiten des Routinebetriebes möglichst nicht verändert werden.

Die Handlungsanweisungen sind in den Funktionsbereichen sowie möglichst an zwei zentralen Punkten vorzuhalten. Sie sind bei Einweisungsveranstaltungen dem Mitarbeiter auszuhandigen. Sie bedürfen einer ständigen Aktualisierung.

1.12 Einsatzübungen

Diese sind regelmäßig erforderlich - in Teilübungen, Übungen mit der gesamten Belegschaft, am besten in übergreifenden Übungen mit dem örtlichen Rettungsdienst.

1.13 Aktualisierung

Es empfiehlt sich eine jährliche Aktualisierung des KAEP (siehe Kapitel 1.2).

**1.14 Dieser Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplan tritt am
..... in Kraft.**

(Datum)

(Unterschrift der KH-Leitung)

Handlungsanweisung Nr. 2.1

Patientenregistrierung

1. Patienten, die das Krankenhaus erreichen, sollten mit den Verletzten-Anhängekarten versehen sein.
2. Für Patienten, die über keine Verletzten-Anhängekarte verfügen, ist eine solche unverzüglich anzulegen. Geeignete Karten (s. Beispiel) sollten im Lager des Sichtungsbereichs (vgl. Kap. 1.7.2) zur Verfügung stehen.
3. In den Fällen der Ziffern 1. und 2. ist sicherzustellen, dass Kopien der Anhängekarten über die Rettungsleitstelle dem Ltd. Notarzt (LNA) bzw. dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL) in der Technischen Einsatzleitung (TEL) zeitnah übermittelt werden.
4. Sobald möglich (d. h. möglichst an Ort und Stelle, sofern nicht mehrere Patienten zeitgleich eintreffen), ist über die Notfallregistrierung hinaus eine Aufnahme der Patienten mit der im KH üblichen Aufnahmedokumentation vorzunehmen.
5. Wichtig ist eine **lückenlose namentliche Erfassung aller Patienten auf einer Liste** mit Zuordnung des weiteren Weges im Krankenhaus.
6. Die Registrierung wird initial von den Mitarbeitern des Sichtungsteams geleistet. Bei erheblichem Patientenandrang sollte dem Sichtungsteam ein Mitarbeiter der Patientenverwaltung / des Patientenmanagements angehören.
7. Sofern ein Sichtungsarzt tätig wird, obliegt ihm auch die **Verantwortung für die Registrierung der Notfallpatienten**.

8. Zur Ermöglichung der DV-gestützten Registrierung gemäß Ziffer 3. ist es vorteilhaft, ab MANV-2 im Sichtungsraum (vgl. Kap. 1.7.2) einen Patientenaufnahmeplatz vorzuhalten.
9. Soweit möglich, ist die Informationsstelle über erhobene Patientendaten (Name etc.) fortlaufend zu informieren.
10. **Beschreibung der Standorte für die Materialien, EDV, Schlüsseldepots, Netzwerkverschlüsselung, Betriebs- und Informationssysteme, Servicestellen mit Hotlines etc. . .**

Beispiel:

Anhängekarte für Verletzte / Kranke - einschließlich Suchdienstkarte - des DRK's

Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke innenliegend

➕ Anhängekarte für Verletzte/Kranke ➕

Registration card for injured/sick persons - Fiche d'enregistrement pour blessés/malades

Name
Name
Nom

Vorname
First name
Prénom

Geburtsdatum/-Alter
Date of birth/-age
Date de naissance/-âge

Nationalität
Nationality
Nationalité

Sex: ☐ m ☐ f

Datum
Date

Sichtung Sorting/Triage Catégorie	1. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom	2. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom	3. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom	4. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom
I				
II				
III				
IV				

Transportmittel
Transportation
Moyen de transport

Transportziel
Destination

Transport Transportation	liegend lying couché	sitzend sitting assis	mit Notarzt with doctor avec médecin	isoliert isolated isolé	Priorität Priority Priorité
	☐	☐	☐	☐	☐

Innenliegende Suchdienstkarte
inboard card for tracing service, Fiche d'enregistrement en interne

1. Ausfertigung 1 st Copy, 1 ^{re} Copie	weitergeleitet referred, acheminé	☐
2. Ausfertigung 2 nd Copy, 2 ^{ème} Copie	weitergeleitet referred, acheminé	☐

© Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat 01/2004

Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke außenliegend

Kurz-Diagnose
short diagnosis
diagnostic brief

Verletzung
injury
blessure

Verbrennung
burn
brûlure

Erkrankung
disease
maladie

Vergiftung
intoxication

Verstrahlung
excessive radiation
radiation excessive

Psyche
psychic condition
état psychique

Zustand/ Uhrzeit state/ time état/heure	Erst-Therapie first therapy thérapie première
Bewusstsein consciousness conscience	o.B. ☐
Atemung respiration	o.B. ☐
Kreislauf circulation	o.B. ☐

Bemerkungen
notes
remarques

© Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat 01/2004

Suchdienstkarte für Verletzte / Kranke

Tracing service card for injured/sick persons -
Fiche de service de recherches pour blessés/malades

Name Name Nom	Patienten-Nr.	
Vorname First name Prénom	☐ m ☐ f	Religion Religion Religion
Geburtsdatum / -Alter Date of birth / -age Date de naissance / -âge	Nationalität Nationality Nationalité	
Wohnort Residence Domicile	Bemerkungen Remarks Remarques	
Straße Street Rue	Datum Date Date	Uhrzeit Time Heure
Fundort place of finding Lieu de découverte	Verbleib Whereabouts Lieu de séjour	
Transportziel Destination Destination		

1. Ausfertigung für den Suchdienst
1st copy for tracing service • 1^{re} copie pour le service de recherches

© Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat 01/2004

Beim Massenanfall wird die innen liegende Suchdienstkarte möglichst bereits im Schadensgebiet, spätestens jedoch auf dem Behandlungsplatz ausgefüllt und Verlegungen ebenso darauf dokumentiert. Mit den so gewonnenen und zusammengeführten Informationen kann der Suchdienst die Anfragen insbesondere von Angehörigen der Verletzten / Erkrankten möglichst schnell und präzise beantworten.

Handlungsanweisung Nr. 2.2

Verkehrsregelung im Gelände

1. Die Anfahrt aller Rettungsfahrzeuge erfolgt **ab Alarmierungsstufe 2** über folgende Wegeföhrung:
Fahrzeuge, die nicht dem Patienten- bzw. dem erforderlichen Materialtransport dienen, sind durch die **Polizei und / oder dafür eingeteilte Mitarbeiter des KH's** an der Einfahrt zu hindern.
2. Fahrzeuge, die die falsche Anfahrt anfahren, werden durch einen Lotsendienst umgeleitet.
3. Für die Rettungsfahrzeuge wird durch ... (z. B. die **Technische Abteilung / Gebäudemanagement**) ein möglichst kreuzungsfreier Zu- und Abfahrtverkehr ausgeschildert und geregelt (Einfahrt: ; Ausfahrt:). Der Haltebereich liegt und die Patientenübergabe ist vor dem
Den Rettungsfahrzeugen werden in diesem Bereich durch ... (z. B. durch die **Technische Abteilung / Gebäudemanagement**) Haltepunkte zugewiesen, welche ohne Wendemanöver wieder zu verlassen sein sollten. Auch Privatfahrzeuge mit Patienten werden über diesen Haltebereich geleitet. Für mit Privatfahrzeugen angelieferte Patienten sollten Transportmöglichkeiten (Fahrtragen, Rollstühle, Tragetöcher o. ä.) vorgehalten werden. Die Transportgeräte der Rettungsdienste sind möglichst schnell durch krankenhauseigene umzutauschen, um den weiteren Einsatz dieser Fahrzeuge wieder herstellen zu können.
4. Der Sichtungsbereich ist im Einsatzfall (ab Stufe 2) für unbeteiligte Personen (stationäre Patienten, Besucher, Presse usw.) durch ... (z. B. die **Technische Abteilung / Gebäudemanagement**) abzusperren. Mit dem Aufzug aus den Obergeschossen kommende Personen werden, wenn möglich, durch ... (z. B. einen **Mitarbeiter der Patientenverwaltung / des Patientenmanagements / des PflegeD**) über einen anderen Ausgang ins Freie geleitet.

5. Soweit dies zur ungehinderten Abwicklung des Einsatzes erforderlich ist, veranlasst ... (z. B. die **Technische Abteilung / des Gebäudemanagement**) die Räumung der internen Wege und Parkplätze, wenn nötig durch Veranlassung der Entfernung von Fahrzeugen.
6. Alle zur Verkehrsregelung dienenden Hinweisschilder sind durch ... (z. B. die **Technische Abteilung / das Gebäudemanagement**) vorzubereiten und im Einsatzfall bereitzuhalten. Das Material für Beschilderung und Lotsendienst (Absperrband, Leuchtstab, Pfähle, Schilder usw.) befindet sich Zugang zu diesem Lagerraum erhält man über ... (z. B. einen bei der Hauptpforte bzw. der Haustechnik hinterlegten Schlüssel).

Handlungsanweisung Nr. 2.3

Erstsichtung

1. Ab Einsatzstufe 2 (entsprechend den tatsächlichen Kapazitäten des KH's) erfolgt die Patientenaufnahme grundsätzlich nach einem gesonderten Sichtungskonzept. Bei sicher feststehender geringer Patientenzahl oder leichter Verletzungsschwere kann auf eine Anwendung des Sichtungskonzeptes nach Entscheidung der KEL verzichtet werden; hierbei ist die Möglichkeit zu bedenken, dass betroffene Patienten auch unter Umgehung des Rettungsdienstes zur Aufnahme gelangen können.
2. Sichtsungsraum ist ... (zentral erreichbarer Bezirk, wie eine Eingangshalle - sofern es dort nicht zu Stausituationen kommt) die zentrale Aufnahmeeinheit oder ein zu den anderen Funktionsabteilungen (ITS, Intermediate-Care-Station, OP, Röntgen etc.) günstig gelegener Bereich. Das räumliche Konzept ist in der folgenden Lageplan-Übersicht dargestellt (alternative Ersatzmöglichkeit mit einplanen, falls der primär vorgesehene Bezirk nicht zur Verfügung steht!).

Skizzen zum Sichtungsbereich und der Weiterleitung der Patienten entsprechend festlegen.

(Vgl. Sichtungskategorien Kapitel 1.7.3)

3. Die Erstbestückung des Sichtsungsraumes mit Ge- und Verbrauchsmaterialien - vgl. Kap. 1.7.2 - (z. B. ärztlich-pflegerisches Verbrauchsmaterial, Medikamente, Plastiksäcke zur Aufbewahrung des persönlichen Eigentums von Patienten usw.) erfolgt im Einsatzfall durch ... (z. B. liegt bereits im Bevorratungsbereich der Sichtsungszone vor / wird aus der Ambulanz bereit gestellt) Betten und Tragen werden durch ... (z. B. durch Bettenzentrale, die Stationen x, y ... etc.) ergänzt.
4. Die Durchführung der Sichtung sollte von erfahrenen Ärzten der jeweils zuzuordnenden Fachrichtung (Chirurgie / Innere Medizin / Intensivmedizin / Notfallmedizin) vorgenommen werden. Hilfsweise zur Weiterbehandlung für KH ohne entsprechende Fachabteilung.

Sichtungsärzte sind:**(Namentliche Benennung der entsprechenden Ärzte und deren Vertreter]**

5. Die Sichtungsärzte sind verantwortlich für die Durchführung der Sichtung und entscheiden über die Weiterleitung der Patienten. Wird infolge mangelnder Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus eine externe Weiterleitung des Patienten erforderlich, hat der Sichtsungsarzt hierüber unverzüglich den LNA und den OrgL (bzw. die KEL) zu informieren.

6. **Patienten der Sichtungskategorie 1 (SK 1: Vitalbedrohung)** - vgl. Kap. 1.7.3

Diese Patienten werden unverzüglich vom Sichtungsbereich zur sofortigen Weiterbehandlung in ... (z. B. den Schockraum, den OP, die ITS) sowie ggf. in weiteren Räumlichkeiten / Behandlungsplätzen mit Beatmungsmöglichkeit (Intermediate-Care-Station, OP-Einleitung, Stationen mit Wandanschluss etc.) weitergeleitet (zuständig: diensthabender Anästhesist bzw. Intensivmediziner in Zusammenarbeit mit den Fachpflegekräften).

Anm.: Die Begrenzung der Versorgung kann außer an den räumlichen bzw. apparativen Ressourcen auch in der Personalknappheit liegen! Im Alarmierungsplan sollte für den Extremfall auch Personal von extern mit herangezogen werden (z. B. dem Rettungsdienst).

7. **Patienten der SK 2 (kurzfristige Versorgung erforderlich)**

werden zunächst im Sichtungsbereich untergebracht, untersucht und - sofern die Zeit gegeben ist - erstbehandelt. Hierfür ist die Beschaffung von Betten erforderlich. Untersuchung und Betreuung der Patienten werden durch Zuordnung von Ärzten und Pflegekräften sichergestellt.

8. **Patienten der SK 3 (Leichtverletzte)**

können in den ausgewiesenen Wartebereichen untergebracht werden. Von dort aus ist auch eine Weiterleitung zur externen ambulanten Versorgung möglich.

9. Patienten der SK 4 (Schwerstverletzte ohne Aussicht auf eine erfolgreiche Therapie sowie bereits Verstorbene)

sollten in einen separaten Bezirk weitergeleitet werden, in den evtl. auch enge Angehörige zum Abschiednehmen (unter Begleitung einer Person aus dem Interventionsteam) geführt werden können.

10. Evtl. Weitertransporte erfolgen über ... (z. B. die Liegendkranken-An- bzw. -Zufahrt) Hier sollten Fahrzeuge für externe und für interne Verlegungen vonseiten des Rettungsdienstes bereitgestellt werden.

Handlungsanweisung Nr. 2.4

Info-Stelle und Bürgertelefon, Pressestelle

1. Der ... (z. B. Kfm. **Geschäftsführer - Stab S 5**) richtet eine **Info-Stelle**, ein **Bürgertelefon** sowie eine **Pressestelle** ein.

Die entsprechenden Telefonnummern sollten bereits in der Planung festgelegt werden.

2. **Info-Stelle** und **Bürgertelefon** werden im eingerichtet. Dort werden vorgehalten:
 - Telefon:
 - Fax :
 - Email:
3. Info-Stelle und Bürgertelefon werden durch ... (z. B. das Patientenmanagement, die Öffentlichkeitsarbeit) besetzt. Diese Info-Stelle erhält ihre Informationen durch die **KEL** bzw. das **Kriseninterventionsteam**. Der Schutz der patientenbezogenen Daten ist gemäß der gesetzlichen Bestimmungen zu gewährleisten.

Bei Eintreten eines Schadensereignisses ist mit dem Erscheinen von Pressevertretern im Krankenhaus zu rechnen. Um ungeplante Aufenthalte von Pressevertretern bzw. Kontaktaufnahmen (ggf. unter Störung des Betriebsablaufs) von Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen zu vermeiden, sollte eine Pressestelle vorgehalten werden. Die **Pressestelle** sollte separat - ohne Kontakt zum Sichtungsbereich bzw. zu Angehörigen - im ... eingerichtet werden.

Vorzuhalten sind dort im Rahmen der im KH verfügbaren Ressourcen:

- Telefon
- Fax
- Email
- Fotokopierer

Die **Pressestelle** wird durch ... (z. B. gemeinsam durch **Patientenmanagement** / **Öffentlichkeitsarbeit**) besetzt.

Auskünfte an die Presse erteilen ausschließlich diese Pressestelle bzw. die KH-Leitung bzw., nach Rücksprache mit der KH-Leitung, die KEL - wenn möglich jedoch nur eine Person. Die Pressearbeit erfolgt, soweit sie Informationen betrifft, die nicht nur das KH betreffen, in Abstimmung mit der Gefahrenabwehrbehörde. Bei Einrichtung einer zentralen Pressestelle durch die Gefahrenabwehrbehörde ist ggf. eine Beteiligung an dieser zu prüfen.

4. Die Ausschilderung zur Auffindung von Info-Stelle und Pressestelle erfolgt durch Aushänge; zuständig ist die ... (z. B. Gebäudemanagement).

Handlungsanweisung Nr. 2.5

Bettenzentrale / Zentralsterilisation

1. Zuerst stellen ab **Einsatzstufe 2** die Bettenzentrale, das Bettenlager bzw. die Stationen (nach Entlassung bzw. Verlegung von geeigneten Patienten) die dort vorhandenen einsatzbereiten Betten für den Sichtungsbereich bereit.
2. Die schon aufbereiteten Betten sind dem Sichtungsbereich durch ... (z. B. den Hol- und Bringedienst) zuzuführen. Durch ... (z. B. die PDL) sind im gesamten KH die verfügbaren Betten zu erfassen. Diese sind anschließend durch ... (z. B. den Hol- und Bringedienst) jeweils in der Anzahl, die im Sichtungsbereich benötigt wird, dorthin zuzuführen.
3. Durch Entlassungen freiwerdende Betten sowie benutzte Betten sind ebenfalls durch ... (z.B. den Pflegedienst) an die Bettenzentrale zu melden. Diese veranlasst beim ... (z. B. den Hol- und Bringedienst) den Transport dieser Betten zur Aufbereitung.
4. Zum Transport sollte eine Wegeleitung gewählt werden, die den Patiententransport nicht behindert.
5. **Ab Einsatzstufe 3** stellen Bettenzentrale, Zentralsterilisation bzw. das entsprechende Stationspersonal ihre volle Bereitschaft her. Über die Alarmketten wird die gesamte Mitarbeiterschaft alarmiert (vgl. 5.4.).

Ggf. ist die Klärung der Frage erforderlich, woher zusätzliche Betten beschafft werden können.

Eine Abwandlung der Anweisung ist bei dezentraler Bettenaufbereitung unter Einbeziehung der folgenden Punkte sinnvoll:

- Sicherstellung Personal
- Sicherstellung Reinigungsmaterial
- Sicherstellung Bettwäsche

Zu klären ist, wer wem wie die aufzubereitenden Betten meldet.

(Überlegung zur Planung: muss das über die KEL laufen oder kann diese entlastet werden, indem der Kontakt direkt über Pflegedienst / Reinigung läuft und nur absehbare Engpässe der KEL gemeldet werden?)

Handlungsanweisung Nr. 2.6

Zentrale Mitarbeiter-Basis / interne Sammelstelle

1. Bei den **Einsatzstufen 3 und 4** werden aufgrund der erfolgten Alarmierung Mitarbeiter der verschiedensten Betriebsstellen nachrücken. Soweit diese Mitarbeiter nicht unmittelbar zur Dienstleistung an ihrer Arbeitsstelle benötigt werden (s. entspr. Handlungsanweisungen), melden sie sich bei der zentralen Mitarbeiter-Basis und halten sich dort auf Abruf zum Einsatz bereit. Mitarbeiter, die direkt an ihren Arbeitsplatz gehen, melden dieses ebenfalls der Sammelstelle.
2. Die zentrale Mitarbeiter-Basis wird ... (z. B. in der Cafeteria, in Besprechungs- bzw. Versammlungsräumen, im Hörsaal- / Studiengebäude) eingerichtet und mit Kräften der ... (z. B. Personalabteilung) besetzt.
3. Aufgabe der Leitung für die zentrale Mitarbeiter-Basis ist die Registrierung der sich am Arbeitsplatz befindlichen sowie der sich bereithaltenden Mitarbeiter nach Funktionen. Als Grundlage der Registrierung hält die Personalabteilung betriebsbezogene, alphabetische Mitarbeiterlisten bereit.
4. Über den Einsatz von Personal, das sich in der Mitarbeiter-Basis bereit hält, entscheidet die KEL bzw. die KEL-PDL; sie ruft die erforderlichen Mitarbeiter dort bei Bedarf ab und bestimmt den Einsatzort.

Anm: Mitarbeiter kleiner bzw. technischer Funktionseinheiten sollten sich in ihren Einheiten melden und durch die jeweiligen Abteilungsleitungen eingeteilt werden, zum einen, um die KEL zu entlasten, zum anderen um die Kommunikationswege zu verkürzen; ferner haben die jeweiligen Leiter (mit Hilfe der Handlungsanleitungen) ohnehin die größte Fachkompetenz in ihren Bereichen. In diesen Fällen wären lediglich ein Mitarbeitermangel und dadurch drohende Funktionseinschränkungen / -ausfälle der KEL rechtzeitig zu melden.

Handlungsanweisung Nr. 2.7

Betriebsbereitschaft der technischen Anlagen

1. Die Betriebsbereitschaft der technischen Anlagen ist während des Notfalls / des Einsatzes rund um die Uhr zu gewährleisten. Es erfolgt eine permanente Kontrolle der Betriebsbereitschaft und die Überwachung möglicher Störungen bzw. Ausfälle von technischen Anlagen beispielsweise über das Gebäudemanagement / den Technischen Dienst.
2. Falls der besondere Einsatz von bestimmten technischen Anlagen und Geräten beim Eintreten eines externen Massenanfalls von Verletzten / Erkrankten notwendig wird, erfolgt die entsprechende Veranlassung und Sicherstellung in Koordination zwischen dem TvD und der jeweils zuständigen Handwerkergruppe bzw. Rufbereitschaft der Technischen Abteilung. Hinsichtlich des Einsatzes von medizintechnischem Gerät erfolgt dies unter Leitung der ... (Medizintechnischen Abteilung).
3. Es ist anzuraten, die Telefonnummern von Servicediensten für technische Geräte für den Störfall so zu erfassen, dass sie auch außerhalb der regulären Dienstzeiten des Gebäudemanagements / der Technischen Abteilung leicht auffindbar sind (z. B. Aufkleber am Gerät und / oder Liste an zentraler Stelle).

Handlungsanweisung Nr. 2.8

Betriebsbereitschaft des Fuhrparks, Unterstützung der logistischen Funktionen

1. Sammelstelle für die alarmierten Mitarbeiter der Abteilung Zentrale Dienste / Hol- und Bringendienst ist ... (z.B. den Aufenthaltsraum). Hier finden sich alle Mitarbeiter ein, die für die Unterstützung der logistischen Funktionen zusätzlich alarmiert worden sind und die keine anderweitig zugewiesenen Aufgaben zu verrichten haben. Die Sammelstelle muss den Mitarbeitern bekannt sein.
2. Dienstfreie Mitarbeiter der Zentralen Dienste / des Hol- und Bringendienstes, die nach Alarmierung von außen dazukommen, lassen sich **bei Eintreffen im KH** in der zentralen Mitarbeiter-Basis / internen Sammelstelle namentlich registrieren. Während der Dienstzeit meldet die Leitung der Zentralen Dienste über den eigenen Bedarf hinaus bereitstehende anwesende Mitarbeiter an die zentrale Mitarbeiter-Basis.
3. Ggf. vorhandene Fahrzeuge begeben sich an ... (einen zentral gelegenen Ort - z. B. Liegendkrankenfahrt) und stehen dort für interne Verlegungen bereit.
4. Weitere Weisungen sind abzuwarten und erfolgen für die schon im Einsatz befindlichen Mitarbeiter fernmündlich über die Pforte oder die Leitstelle des Krankentransportdienstes. Personelle und materielle Anforderungen der KEL erfolgen über die

Leitstellen-Nr.:

5. Zündschlüssel, Fahrzeugpapiere etc. werden an ... (einem gegen unbefugten Zugriff gesicherten aber permanent erreichbaren Ort z. B. die Information / Pforte oder ein verschließbares Büro, zu dem die Mitarbeiter Zutritt haben) aufbewahrt.

Handlungsanweisung Nr. 2.9

Pforte / Information und Telefonzentrale

1. Pfortenmitarbeiter sowie Mitarbeiter der Telefonzentrale begeben sich unmittelbar nach erfolgter Alarmierung an ihre Dienststellen. Werden sie dort nicht eingesetzt, begeben sie sich in die zentrale Mitarbeiter-Basis / interne Sammelstelle.
2. Alle krankenhauseigenen Kommunikationsmittel wie Funkgeräte, mobile Telefone, usw. sind in Betriebsbereitschaft zu nehmen. U. U. hebt die KEL das krankenhaushinterne Handy-Verbot auf, wobei die durch die Nutzung von Mobiltelefonen gefährdeten Bereiche gekennzeichnet werden müssen.
3. Auskünfte erfolgen ausschließlich über Infostelle / Bürgertelefon und Pressestelle (Handlungsanweisung Nr. 4). Anfragen sind dorthin weiterzuleiten.

Handlungsanweisung Nr. 2.10

Materialwesen

Vorzusehen sind krankenhaushausindividuelle Lösungen für:

- Beschaffung [Bedarfsermittlung / Order / Annahme / (Zwischen-) Lagerung]
- Abgabe und Transport an den Verbrauchsort
- Entsorgung Normalabfall / med. Abfall / kontaminierter Abfall

Dabei sind sowohl die personellen und sachlichen Anforderungen (ausreichend Mitarbeiter, erforderliche Kenntnisse / Qualifikationen bzw. Anzahl und Eignung z. B. von Transportgeräten) als auch die logistischen Erfordernisse (Wegeführung, Kommunikationswege und -mittel) zu berücksichtigen.

Handlungsanweisung Nr. 2.11

Pflegedienst

Folgende Punkte sind je nach krankenhausindividuellen Voraussetzungen für die Gefahren-/ Schadensereignisse zu planen:

- Personalplanung
- Planung und Durchführung der Pflege Tätigkeit unter Ausnahmebedingungen
- Verwaltung der Raumkapazitäten zur Patientenversorgung („Stationsmanagement“)
- Erfassung Bettenkapazität („Bettenmanagement“)
- Entlastung ärztlicher Tätigkeiten
- (Pflegerisches) OP-Management
- Materialwesen OP-Bereich (Kooperation mit der Materialwirtschaft)
- Koordinierung OP-Reinigung / -Aufbereitung (Kooperation mit dem Reinigungsdienst)

Handlungsanweisung Nr. 2.12

Speisen- / Getränkeversorgung

Vorzusehen sind krankenhaushausindividuelle Lösungen für:

- Beschaffung Material / Speisen / Getränke, etc.
- Zubereitung
- Verteilung
- Versorgung Patienten / Mitarbeiter / ggf. externe Helfer

Dabei sind sowohl die personellen und sachlichen Anforderungen (ausreichend Mitarbeiter, erforderliche Kenntnisse / Qualifikationen bzw. Anzahl und Eignung z. B. von Gerätschaften) als auch die logistischen Erfordernisse (Wegeführung, Kommunikationswege und -mittel) zu berücksichtigen.

Handlungsanweisung Nr. 2.13

Patiententransport

Vorzusehen sind krankenhaushausindividuelle Lösungen für:

- Personalplanung
- Planung Transportmittel
- Trennung von Patientenströmen: Aufnahme, Weiterleitung, Entlassung
- Verstorbenentransport
- Organisation in den Zielbereichen

Handlungsanweisung Nr. 2.14

Alarmierung

- die Alarmierung wird ausgelöst durch ... (innerhalb / außerhalb der Geschäftszeiten)
- die Alarmierung erfolgt durch ... (innerhalb / außerhalb der Geschäftszeiten)
- alarmiert wird entsprechend dem Alarmierungsplan je nach Art und Umfang des Schadensereignisses
- die Form der Alarmierung je nach Art und Umfang des Schadensereignisses sollte festgelegt sein
- in folgenden Fällen erfolgt zusätzlich eine externe Alarmierung:

Feuer	Notruf	112
Bombendrohung	Polizei	110

Handlungsanweisung Nr. 2.15

Weiterleitungsmanagement

Zur Sicherstellung der Versorgung von Patienten, die im Großschadensereignis vom KH an andere Leistungserbringer (andere KH, niedergelassene Ärzte, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, etc.) weitergeleitet werden müssen, ist ein folgendes Vorgehen sehr sinnvoll.

- Festlegung der für eine Weiterleitung geeigneten Patienten durch ... (ärztlicher Dienst)
- Abprüfung der für eine Weiterleitung im akuten Fall zur Verfügung stehenden Kapazitäten außerhalb des KH's (im Idealfall anhand vorliegender Listen) durch ... (z. B. Patientenmanagement, PflegeD)
- Vorbereitung der weiterzuleitenden Patienten (Herstellung der Weiterleitungsfähigkeit einschl. ggf. erforderlicher Therapieempfehlungen, Packen von Patienteneigentum, Stellung der erforderlichen Unterlagen, Sicherstellung des Transports, Aufklärung des Patienten, ...) durch ... (z. B. PflegeD)
- Sicherstellung des Verlassens des KH's in der geplanten Weise durch ... (z. B. PflegeD)
- Erfassung der Weiterleitung im KIS / in geeigneter Weise durch ... (z. B. PflegeD / Patientenmanagement)
- Meldung des aufzubereitenden Bettes durch ... (z. B. PflegeD) an Bettenzentrale / ReinigungsD zur weiteren Veranlassung

Handlungsanweisung Nr. 2.16

Bombendrohung

- **Sofortige Information an die Polizei – ggf. Weiterleitung an die Feuerwehr**
- **Unbedingt die Anordnungen der Polizei befolgen**
- **Keine eigenständigen Aktionen ohne zuvor erfolgte Rücksprache mit der Polizei**
- **Mitschnitt bzw. Aufzeichnung des Gesprächs, wenn möglich**

Ihr Verhalten:

- Zuhören
- Nicht unterbrechen
- Sofort Notizen machen
- Viele Informationen gewinnen
- Weitersprechen erreichen

Sie notieren:

Datum, Uhrzeit: _____

Genauer Text der Drohung:

Dauer des Anrufs: Sek. / Min.

Ihre Rückfragen:

- Wo befindet sich die Bombe?

- Wie ist die Bombe verzögert, wie wird sie ausgelöst?

- Wie heißen Sie?

- Von wo rufen Sie an?

- Warum haben Sie die Bombe gelegt?

! Zeit für die Ermittlung gewinnen !

- Jetzt sich für nicht zuständig erklären!
- Weitervermittlung versuchen (z. B. KEL)!
- Vor Abschluss des Gesprächs nach dem Namen des Anrufers fragen!

Angaben zum Anrufer:

Verstellte Sprache: _____

Dialekt, Akzent: _____

Geschlecht: ☐ w ☐ m

Geschätztes Alter: _____

Sprachart:

- ☐ Langsam ☐ Schnell ☐ Normal
☐ Verstellt ☐ Gebrochen ☐ Bestimmt
☐ Aufgeregt ☐ Laut ☐ Leise
☐ Nasal ☐ Lispelnd ☐ Klar

Sonstige besondere Sprachmerkmale:

Hintergrundgeräusche:

Sofortige Meldung der Drohung:

Polizei, Tel. 110 um Uhr

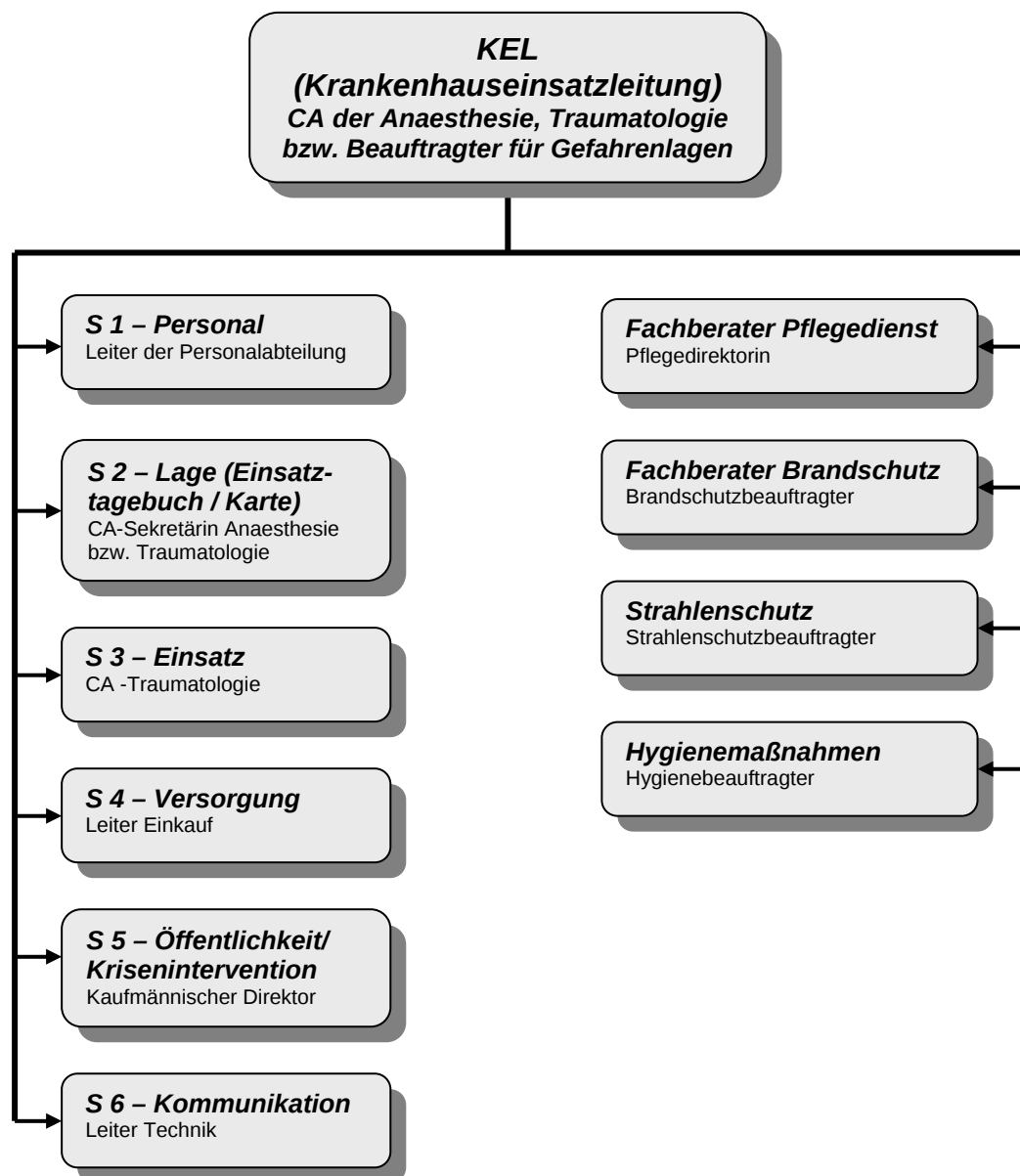
Angerufener (Name, Vorname):

KEL um _____ Uhr

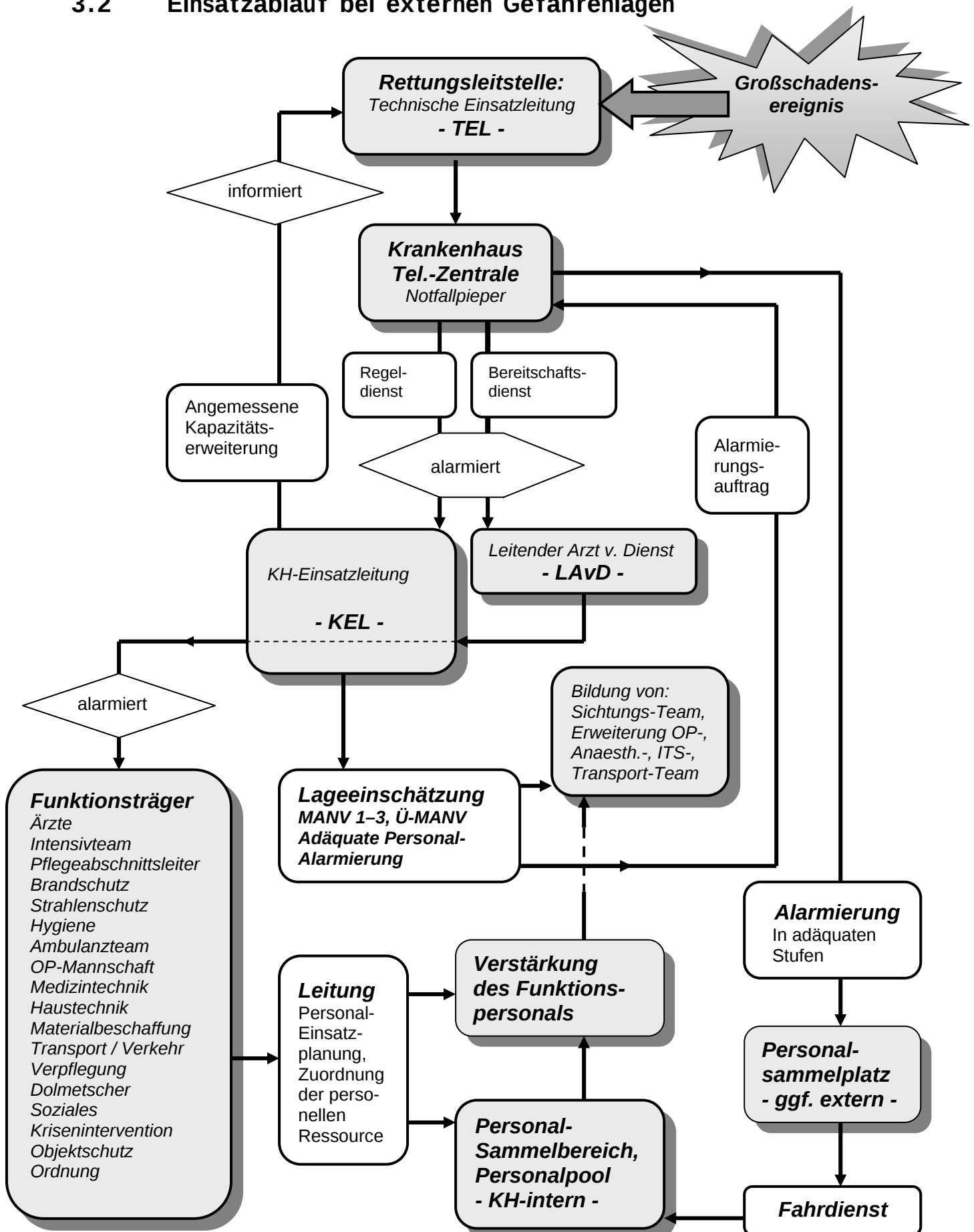
Angerufener (Name, Vorname):

Telefon:

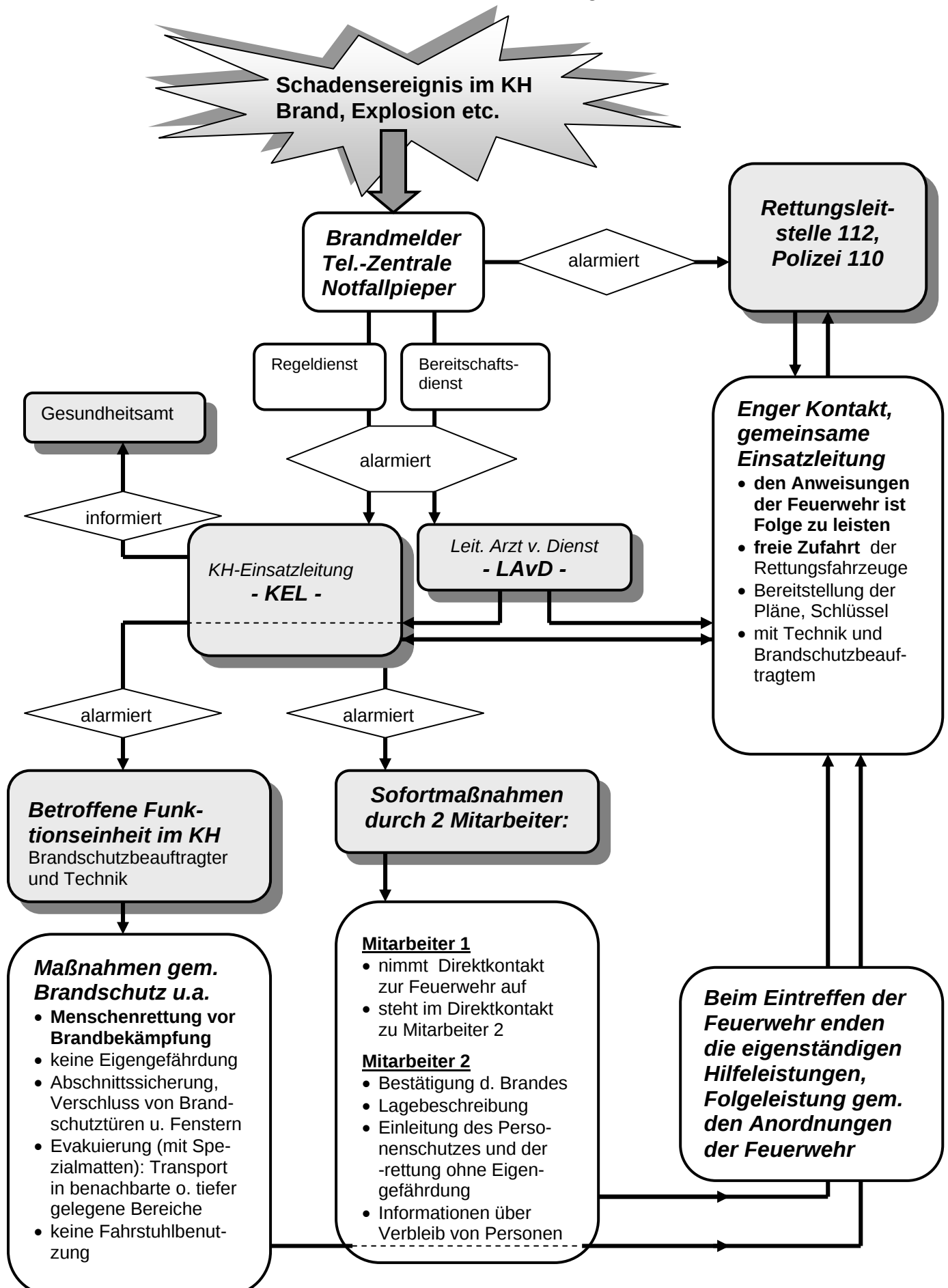
3.1 Struktur der Krankenhauseinsatzleitung



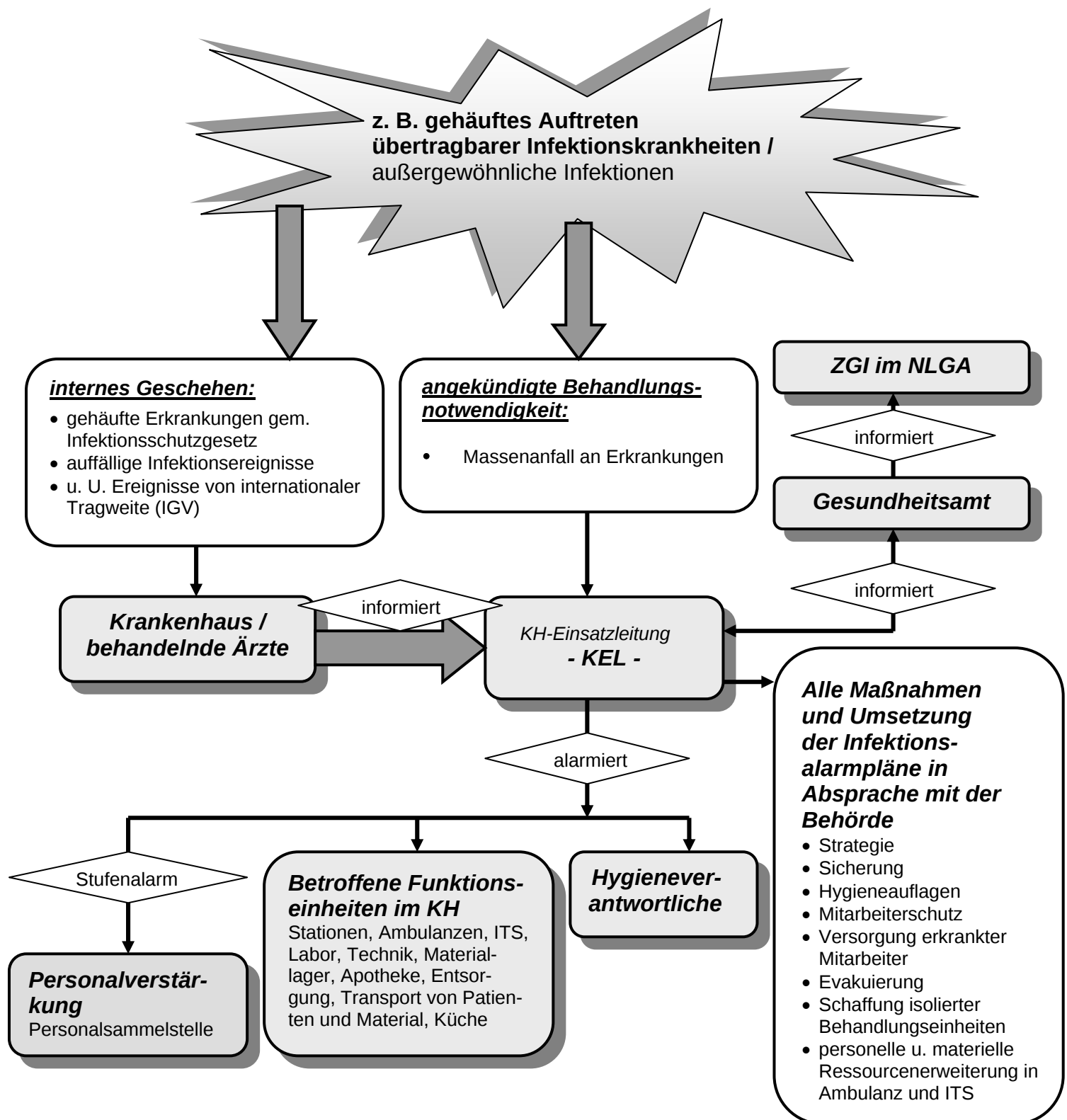
3.2 Einsatzablauf bei externen Gefahrenlagen



3.3 Einsatzablauf bei internen Gefahrenlagen



3.4 Einsatzablauf bei infektiologischen Krisensituationen



A1 Abkürzungsverzeichnis

ÄLvD	Ärztlicher Leiter vom Dienst
CA	Chefarzt
CBRNE	Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and Explosion
ITS	Intensivstation
KAEP	Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplan
KEL	Krankenhauseinsatzleitung
KH	Krankenhaus
KIS	Krankenhaus-Informationssystem
KIT	Kriseninterventionsteam
LAvD	Leitender Arzt vom Dienst
LNA	Leitender Notarzt
MANV	Massenanfall von Verletzten / Erkrankten
NLGA	Nds. Landesgesundheitsamt
NRettdG	Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz
OrgL	Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
PDL	Pflegedienstleitung
PflegeD	Pflegedienst
RLSt	Rettungsleitstelle
SEG	Schnelleinsatzgruppe
SK	Sichtungskategorie
TEL	Technische Einsatzleitung
TvD	Technischer Leiter vom Dienst
Ü-MANV	Massenanfall mit mehr als 200 Verletzten / Erkrankten
ZGI	Zentrum für Gesundheits- und Infektionsschutz im NLGA
ZSG	Zivilschutzgesetz

A2 Freier Platz für den Lage- / Wegeplan

A3 Muster eines Adressverzeichnisses

Die schnelle und sichere Erreichbarkeit der wichtigsten Personen (intern und extern) bzw. Institutionen im Ernstfall ist für die Umsetzung eines Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplanes von entscheidender Bedeutung. Die nachfolgende Liste soll als Vorlage für die vorbereitende Zusammenstellung der wichtigsten Adressen mit Erreichbarkeit innerhalb und außerhalb der Dienstzeiten für jede dieser o.g. Personen bzw. Institutionen dienen. Werden für diese Zwecke bereits an andere Stelle entsprechende Listen vorgehalten, kann hierauf verwiesen werden. Für die Erfassung privater Kontaktdaten ist das Einverständnis der Betroffenen einzuholen!

Funktion	
Titel, Name, Vorname	
Haustelefon	
Mobiltelefon, dienstl.	
Meldeempfänger	
E-Mail, dienstlich	
Anschrift, privat*	
Telefon, privat	
Telefax, privat*	
Mobiltelefon, privat	
E-Mail, privat*	
Sonstige Erreichbarkeit	

* falls erforderlich

A4 Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1	Beispiele externer Gefahrenlagen	1.5
Tab. 1.2	Beispiele interner Gefahrenlagen	1.5
Tab. 1.3	Empfohlene Zusammensetzung einer KH-Einsatzleitung	1.7
Tab. 1.4	Zuzuweisende Funktionsbereiche	1.8
Tab. 1.5	Einteilung der Alarmierungsstufen	1.10
Tab. 1.6	Kriterien zur Einstufung des Alarmierungsumfanges	1.11
Tab. 1.7	Alarmierungsstufen nach den MANV-Kategorien	1.11
Tab. 1.8	Alarmierungsmuster	1.13
Tab. 1.9	Behandlungsablauf nach Sichtungsergebnis	1.18

Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplan (KAEP)

- für den Massenanfall an Patienten und
- für den Gefahrenfall im Krankenhaus (KH)

Rotkreuz-Krankenhaus
Solferino-Straße 1
12345 Dunantstadt



Allgemeine Grundsätze
Alarmierung im Brand- und Gefahrenfall Immer KEL / Anaesth.-Dienst und Zentrale Allgemeines Vorgehen - Tel.: <i>Kap 1.5.4 / Haw. 2.14 - <u>KEL</u>: Kap 1.4.1 / Alg 3.1</i>
Bei Feuer: Feuerwehr, Polizei, Zentrale, Krankenhauseinsatzleitung (KEL) bzw. Anaesthetist vom verantwortlichen Arzt Tel.: <i>Kap 1.9.1 / Alg 3.3.</i>
Bei Bombendrohung: keine Handlung ohne Polizei !!! - Feuerwehr, Zentrale, KEL, etc. Tel.: <i>Kap 1.9.2 / Haw 2.16 / Alg 3.3</i>
Sonstige interne Schadensereignisse: Große Störungen der Technik, EDV, Versorgung, Unwetter, Geiselnahme, <i>Kap 1.3.1 und 1.9.1-10 / Alg 3.3</i> Sonstige externe Notfälle: Massenanfall an Verletzten, Immissionen durch Brände o. Störfälle <i>Kap 1.3.2 und 1.8.1-3 / Alg 3.2</i> Außergewöhnl. Infektionen u. Pandemien: Sonderfall – Aktionen in Abstimmung mit Gesundheitsamt über KEL Tel.: <i>Kap 1.3.1-2 und 1.8.4 / Alg 3.4</i>
Meldung: ➤ Wer meldet? ➤ Wo ist etwas zu melden? ➤ Was ist passiert? ➤ Menschen gefährdet? ➤ Rückfragen abwarten!
Befolgen der Anweisungen der Technischen Einsatzleitung (TEL), Rettungskräfte, der KEL und Funktionsbereiche
➤ <u>Alarmierungsanordnung</u> befolgen ➤ Beschriebene <u>externe</u> bzw. <u>interne Sammelstellen</u> aufsuchen. <u>Kontakt</u> zur <u>KEL</u> aufnehmen – <i>Kap 1.5.6 / Haw 2.6</i> ➤ In die festgelegten <u>Funktionsbereiche</u> begeben – <i>Kap 1.5.5</i>

Verhalten im Brand- und Gefahrenfall			
Alarmierungsumfang - gem. Schadensgröße und KH-Kapazität / Kap 1.5.1-5 Anweisung durch die Feuerwehr / TEL. den Leitenden Notarzt in Abstimmung mit der KEL sind zu befolgen			
Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
Gefährdung nicht ausgeschlossen	Drohende Gefahr	Akute Gefahr	Höchste Gefahrenstufe
<5 Intensivversorgungsbedürftige	5-10 Intensivversorgungsbedürftige	>11 Intensivversorgungsbedürftige	Massenanfall an Patienten
Allgemeine Vorbereitung	Evakuierungsplanung mit TEL, Polizei, ggf. Gesundheitsamt	Sofortige Evakuierung: Information gem. Feuer, Bombendrohung etc. Tel.: Kap1.9.3/ Haw 2.16 / Alg 3.3.	
Rekrutierung des im KH befindlichen Personals	Rekrutierung von Bereitschafts- und Hintergrunddienst	Alarmierung des nicht im KH befindlichen Personals. Kap 1.5.3-6	Komplette Personalalarmierung + aller Reserven / Rettungsdienst
1. KEL informieren: Diese teilt Personal ein, kontrolliert Vollzähligkeit, verteilt anstehende Aufgaben an die Verantwortlichen der Funktionsbereiche. Ggf. Koordination mit TEL, Polizei bzw. Gesundheitsamt. Kap 1.4.1-3 und 1.5.2-5 / Alg 3.1	1. KEL informieren: Diese teilt Personal ein, kontrolliert Vollzähligkeit, verteilt anstehende Aufgaben an die Verantwortlichen der Funktionsbereiche. Koordination mit TEL, Polizei bzw. Gesundheitsamt. Kap 1.4.1-3 und 1.5.2-5 / Alg 3.1	1.- 6. Vorgehen wie bei Stufe 2	1.- 6. Vorgehen wie bei Stufe 2 u. 3
2. Versorgungskapazität im OP, in Ambulanz, ITS bzw. Stationen organisieren. Ggf. Ab- /Antransport von Verlegungsfähigen / Versorgungsbedürftigen über Sammelplätze organisieren. Kap 1.6.2-3 / Haw 2.2,6 und 8	2. Versorgungskapazität im OP, in Ambulanz, ITS bzw. Stationen organisieren. Ab- / Antransport von Verlegungsfähigen / Versorgungsbedürftigen über Sammelplätze organisieren. Kap 1.6.2-3 / Haw 2.2,6 und 8	TEL, Polizei und Gesundheitsamt sind weisungsbefugt – Abstimmung mit der KEL ist erforderlich	
3. Routinetätigkeit beenden Kap 1.6.1	3. Routinetätigkeit beenden Kap 1.6.1	7. Alarmierung gem. Alarmlisten, tel. Alarmservice, Funk, etc.	
4. Geräte möglichst abschalten	4. Geräte möglichst abschalten	8. Aufsuchen von internen / externen Sammelplatz. Transporte über Polizei regeln - Kap 1.5.6 / Haw 2.6 und 8 Vgl. externe / interne Gefahrenlage / Pandemie – Alg 3.2, 3, 4	
5. Persönliche Sachen am Arbeitsplatz ordnen und notwendige Utensilien bereithalten	5. Persönliche Sachen am Arbeitsplatz ordnen und notwendige Utensilien bereithalten	9. Festlegung von Sichtungsteam sowie Einrichtung der Sichtungs-orte. Erfassung der Sichtungskategorie. Dokumentation von Patient und Verletzung. Zuweisung zur Weiterbehandlung – Kap 1.7.1-4 / Haw 2.1 und 3	
6. Rückmeldung an den Bereichsverantwortlichen und Anweisungen abwarten	6. Rückmeldung an den Bereichsverantwortlichen und Anweisungen abwarten	10. Rekrutierung der erforderlichen Funktionsdienste für Pflege und Ärzte: Ambulanz, ITS, Sichtung, Brand- und Strahlenschutz, Hygiene, Labor / Blutbank, Apotheke, Versorgung: Küche, Apotheke, Bettendienst, Reinigung, Technik: Strom, EDV, Wasser, Gas etc. Kap 1.4.2, 1.5.5, 1.7.1-3 / Haw 2.5, 7, 8, 10, 11-15	
		11. Transportmanagement für An- und Abtransport von Patienten und Mitarbeiter, Wegeführung für Material, Angehörige und Presse (separierte Zugänge), Entfernung von störenden Fahrzeugen	
		12. Einrichtung eines separierten Kriseninterventionsteams und einer separierten Pressestelle - Kap 1.10.1	
Abkürzungen: Kap ... Kapitel Nr. ... Haw ... Handlungsanweisung Nr. ... Alg ... Algorithmus ...		Arbeits- / Ruherhythmus 12:12 h externe Reserven organisieren (aus KH's, SEG's u. Rettung etc.)	

A6 Folgende KAEP wurden als Arbeitsgrundlage einbezogen:

- Einsatz- und Alarmplan des Klinikums Krefeld für externe Gefahren- und Schadenlagen (5. Juli 2002)
- Alarm- und Einsatzplan – „Massenanfall von Verletzten“ – des Landkreises Wittmund (2004)
- Internet: Musterplan eines Einsatz- und Alarmplanes für Krankenhäuser des Landes Bayern (2004/5)
- Einsatz- und Alarmpläne in Kliniken – Vergleichende Konzepte – Projektarbeit im Studiengang – Rescue-Engineering; Autoren Volker Göbel und Christian Theuerkauf (Köln, Nov. 2005)
- Musterhandbuch zur Erstellung und Einführung eines Notfallplans für Krankenhäuser und Kliniken – Eine Empfehlung der Berufsfeuerwehr Hannover (8. Dez. 2005)
- Notfallplan der Medizinischen Hochschule Hannover (25. Febr. 2006)
- Abschluss- und Bilanzbericht zur FIFA-WM 2006 der Arbeitsgruppe WM 2006 des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
- Krankenhaus-Einsatzplan für interne und externe Gefahrenlagen des Hessischen Sozialministeriums (1. Mai 2007)
- Alarm- und Einsatzplan für das Evangelische Krankenhaus Göttingen-Weende e. V. (in Aktualisierung)

A7 Änderungsnachweis

Änderung / Aktualisierung		Eingearbeitet	
Lfd. Nr.	vom	am	durch (Unterschrift)
Änd 1			

Absender:

Stempel oder Anschrift des Krankenhauses

Bitte diese Seite per Fax an die NKG senden: 0511 3076311

**Nds. Muster eines Krankenhaus-Alarm- und -Einsatzplans
Aktualisierungsdienst**

Bitte senden Sie Aktualisierungen zum niedersächsischen Krankenhaus-Alarm- und
-Einsatzplan in digitaler Form an folgende E-Mail-Adresse:

Mail-Anschrift

Name des Ansprechpartners im Krankenhaus

-----, den _____._____._____
Ort Datum

Unterschrift