

Rahmenplan zur Krankenhausalarm- und Einsatzplanung Baden-Württemberg



**Baden-Württemberg
Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Integration**

Vorwort des Ministers



Sehr geehrte Damen und Herren,

unser staatliches Gemeinwesen steht vor großen politischen als auch gesellschaftlichen Herausforderungen. Gerade der Gesundheitssektor, als eine wesentliche Säule einer funktionierenden, sozialen und demokratischen Gesellschaftsstruktur darf bei all den gegenwärtigen und künftigen Herausforderungen nicht erkranken. Sei es der steigende Behandlungsbedarf einer immer älter werdenden Bevölkerung, der Anstieg chronischer Erkrankungen oder der dringende Bedarf an medizinischem und pflegerischem Personal.

Nicht zuletzt hat uns die Corona-Pandemie gezeigt, dass unser Gesundheitssystem mit all seinen Facetten, sei es der ambulante wie auch der stationäre Sektor, in Krisenzeiten gut aufgestellt ist und flexibel auf Herausforderungen reagieren kann. Nichtsdestotrotz nehmen die Aufgaben weiter zu. Zu dem seit Jahren von mir geforderten und geförderten Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft auf Landesebene und der Umsetzung der bundesweiten Krankenhausreform, rücken globale Krisenszenarien aktuell zunehmend in den Fokus. Nicht zuletzt mit dem russischen Angriffskrieg auf die Ukraine und einer im Raum stehenden möglichen Beteiligung der NATO im Bündnisfall. Bei Letzterem sprechen wir leider nicht von einer abstrakten Möglichkeit, sondern von einer realen Gefahr.

Gerade in Krisensituationen kommt unseren Krankenhäusern für das staatliche Gemeinwesen eine wichtige Bedeutung zu. Als wesentlicher Bestandteil der Kritischen Infrastruktur (KRITIS) würden bei deren Beeinträchtigung oder Ausfall nicht nur nachhaltige Versorgungsengpässe drohen, sondern auch erhebliche Störungen der öffentlichen Sicherheit.

Die vergangenen Jahre haben uns vor Augen geführt, wie wichtig es ist, auf Krisen vorbereitet zu sein – sei es durch Naturereignisse, technische Ausfälle, Großschadenslagen oder gesundheitliche Notlagen wie Pandemien. Ein funktionierender Krankenhausalarm- und Einsatzplan (KAEP) ist deshalb ein zentrales Instrument, um schnell, koordiniert und effektiv handeln zu können. Mit dieser Handreichung möchten wir Sie in der Erstellung, Weiterentwicklung und Anwendung eines strukturierten KAEP unterstützen. Der Rahmenplan bietet eine praxisnahe Orientierung und berücksichtigt die aktuellen gesetzlichen Anforderungen, fachlichen Standards sowie die Erfahrungen aus vergangenen Einsatzlagen.

Ziel ist es, dass das jeweilige Krankenhaus sich gezielt auf diese besonderen Anforderungen vorbereiten kann. Oberste Prämisse soll dabei sein, dass die Funktionsfähigkeit der Krankenhausversorgung und damit einhergehend die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu jeder Zeit gewährleistet ist.

Zusammen mit den Vertreterinnen und Vertretern der mit den Inhalten von KAEPs befassten Ministerien und Institutionen haben wir konzeptionelle Vorstellungen und Umsetzungsempfehlungen erarbeitet, welche in diesem Rahmenplan ihren Niederschlag gefunden haben. Ich danke allen, die an der Erarbeitung dieser Handreichung mitgewirkt haben, für ihr Fachwissen, ihr Engagement und ihren Einsatz für die Resilienz unseres Gesundheitswesens. Ganz besonders danke ich der klüsiko bw e.V. (Klinikübergreifende Sicherheitskonferenz Baden-Württemberg), die maßgeblich zu Struktur und Inhalt beigetragen haben.

Wichtig ist mir zu betonen: ein KAEP ist nur so gut, wie er auch beübt wird. Daher meine dringende Bitte: führen Sie Übungen aller Art durch. Kleinere Teilübungen, Stabsrahmenübungen oder beteiligen Sie sich an Katastrophenschutzübungen in Ihren Land- und Stadtkreisen. Bereiten Sie sich gemeinsam mit Ihren Mitarbeitenden auf die unterschiedlichen Szenarien vor.

Lassen Sie uns weiterhin gemeinsam daran arbeiten, unsere Krankenhäuser auch für zukünftige Herausforderungen gut aufzustellen.

Ihr Manfred Lucha MdL

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration
Baden-Württemberg

Disclaimer

Verwendung des Begriffs „Notfall“

Im vorliegenden Rahmenplan ist, wenn der Begriff „Notfall“ verwendet wird, nicht ein Notfall im individualmedizinischen Sinn gemeint, sondern eine Störung im betrieblichen Ablauf. In manchen Zusammenhängen ist der Begriff aber in der Literatur etabliert, z. B. in der „Notfall- und Krisenkommunikation“, und wird daher auch in diesem Rahmenplan genutzt.

Executive Summary

Der vorliegende Rahmenplan stellt eine Grundlage für Krankenhäuser dar, um in eigener Zuständigkeit einen KAEP zu er- oder überarbeiten. Die Krankenhausalarm- und einsatzplanung stellt ein zentrales Instrument zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung, auch unter Bedingungen eines außergewöhnlichen medizinischen Versorgungsnotstands infolge innerer oder äußerer Schadensereignisse, dar. Durch den KAEP kann auf diese Belastungen strukturiert, koordiniert und wirksam reagiert werden.

Die Krankenhausalarm- und einsatzplanung greift in alle Strukturen und Abläufe der Krankenversorgung, in Administration und Technik ein. Ziel der im KAEP zusammengestellten Maßnahmen ist es, über ein korrektes Erkennen, Beurteilen und Klassifizieren einer Schadenslage sowie durch Auslösen eines Alarmierungssystems frühzeitig und umfassend die zu deren Bewältigung notwendigen Sofortmaßnahmen einzuleiten.

Für die Krankenhausalarm- und einsatzplanung sind die Bundesländer zuständig. In Baden-Württemberg sind die Krankenhäuser nach § 28 LKHG, § 5 LKatSG verpflichtet, Alarm- und Einsatzpläne zu erstellen, sie fortzuführen und regelmäßig zu üben.

In der Planung ist eine sorgfältige Risikoanalyse zu berücksichtigen – sämtliche Risiken sind zu identifizieren, die es für das Krankenhaus zu vermeiden oder zu mindern gilt. Aus dieser lassen sich Konsequenzen für die notwendige Vorhaltung und Beübung ableiten.

Zur Umsetzung und Ausgestaltung eines KAEP wird die Einrichtung einer Stabsstelle Krisenmanagement oder KAEP empfohlen. Bei der Implementierung und Ausgestaltung dieser spielt die Schnittstellenpflege – insbesondere mit externen Stellen – eine große Rolle.

Die im vorliegenden Rahmenplan aufgeführte Darstellung dient als Grundlage und sollte auf die eigenen krankenhaus-spezifischen Gegebenheiten modifiziert werden.

Im Anhang B des Rahmenplans finden sich exemplarische Checklisten zum jeweiligen Vorgehen in einer Schadenslage, die hausspezifisch angepasst werden können und für einen schnellen Überblick über Verantwortlichkeiten, Aufgaben, Raumordnung und Personalstruktur sorgen.

Im Falle von Schadenslagen ist es bereits in der Frühphase notwendig, einsatztaktische Entscheidungen für eine erfolgreiche Schadensbewältigung zu treffen. Der KAEP sieht dafür eine mehrstufige Führungsstruktur vor:

Operative Ebene (opKEL): Lagebeurteilung, unmittelbare Umsetzung taktische Vorgaben, Koordination von Personal und Patientenflüssen

Taktische Ebene (Führungsstab/KEL): Analyse, Maßnahmenbeschlüsse, Zuteilung Ressourcen, Schnittstelle zwischen operativer und strategischer Ebene

Strategische Ebene (Krisenstab): Festlegung übergeordneter Ziele und Prioritäten, Sicherung der Gesamtfunktionalität, Kommunikation nach extern

Die Einstufung des Schadensereignis bestimmt, welche o. g. Führungseinheit oder Kombination zur Bewältigung erforderlich ist.

Im KAEP wird der Ablauf der Alarmierungskaskade dargestellt. Ziel dieser Kaskade ist, mit wenigen Schritten eine Führungsstruktur aufzubauen und benötigtes Personal zur Lagebewältigung hinzuzuziehen. Es ist festzuhalten, welches Alarmierungstool eingesetzt wird und welche Medien zur Alarmierung verwendet werden. Sowohl diensthabendes als auch dienstfreies Personal müssen nach festgelegten Verfahren erreichbar sein.

Weiterhin sollten im Sinne eines Krisenkommunikationsplans Funktionen, Verantwortlichkeiten und Maßnahmen der Mitglieder eines jeden Kommunikationsteams festgelegt werden. Die Kommunikationswege und -mittel zwischen den Führungseinheiten sowie innerhalb dieser sind abzustimmen.

Im KAEP sind spezielle Maßnahmenbereiche wie Evakuierung / Räumung, psychosoziales Krisenmanagement und Objektschutz/Zutrittsrechte aber auch Raum- und Wegeordnung geregelt.

Durch ein betriebliches Kontinuitätsmanagement werden Vorplanungen in den Krankenhäusern getroffen, um auf den Voll- oder Teilausfall verschiedener Prozesse bzw. Bereiche reagieren zu können. Hierdurch wird sichergestellt, dass der Geschäftsbetrieb auch bei Schadensereignissen nicht unterbrochen wird oder nach einer Unterbrechung auf einem definierten Niveau fortgeführt werden kann.

Die speziellen Schadenslagen (u. a. Brand, Massenanfall von Verletzten (MANV)/Massenanfall von Erkrankten (MANE), Kontaminationslagen, Naturgefahren) werden im KAEP dargestellt und ihren Besonderheiten Rechnung getragen.

Der KAEP sollte allen Mitarbeitenden zur Verfügung stehen und dessen Anwendung regelmäßig durch Schulungen und Übungen vermittelt werden. Die Übungen haben die Sensibilisierung der Mitarbeitenden, die Identifizierung von Verbesserungsmöglichkeiten und die Anpassung der bestehenden Pläne zum Ziel.

Der KAEP ist ein lebendiges Instrument zur Stärkung der Krisenbewältigung. Im Ernstfall dient er dazu, Menschenleben zu retten und die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser aufrecht zu erhalten. Nur durch regelmäßige Aktualisierung und Übung der Abläufe kann die Einsatzbereitschaft in Schadenslagen sichergestellt werden.

Inhalt

Vorwort des Ministers.....	2
Disclaimer	4
Executive Summary	5
I. Präambel.....	10
1. Einleitung, Zielsetzung	10
2. Zusammenarbeit mit Behörden und anderen Krankenhäusern.....	11
II. Ausführungsbestimmungen	12
1. Geltungsbereich	12
2. Gesetzliche Regelungen	12
2.1. Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg	12
2.2. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG).....	12
2.3. Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg	13
2.4. Landeskatastrophenschutzgesetz Baden-Württemberg	13
3. Planungsvorgaben.....	14
3.1. Schutzziele.....	14
3.2. Risikoanalyse.....	14
3.3. Umsetzung und äußere Gestalt des Plans.....	15
3.4. Checklisten, Handlungsanweisungen.....	15
4. Gültigkeitsdauer, Planfreigabe, Aktualisierungsturnus	16
5. Schulung und Übung	16
5.1. Finanzierung	16
5.2. Übungsszenarien.....	17
5.3. Übungsarten	17
6. Strukturierte Nachbereitung von Schadensereignissen.....	18
III. Struktur des Krankenhausalarm- und Einsatzplans.....	19
1. Grundlagen des Krankenhausalarm- und Einsatzplans.....	19
1.1. Einstufung von Schadensereignissen und Definition des Alarmfalls	19
1.2. Führungsorganisation.....	20
1.2.1 Operative Führungsebene	21
1.2.2 Taktische Führungsebene	22
1.2.3 Strategische Führungsebene	25
1.2.4 Weisungsrecht.....	25
1.3. Alarmierung	26
1.3.1 Alarmierung diensthabendes Personal	27
1.3.2 Alarmierung dienstfreies Personal	27
1.4. Raumordnung, Wegeführung.....	27

1.5. Kommunikation.....	28
1.6. Evakuierung, Räumung	29
1.7. Ressourcenmanagement und Logistik.....	30
1.7.1 Personal.....	30
1.7.2 Material	30
1.7.3 Räume/Flächen	30
1.8. Psychosoziales Krisenmanagement	31
1.8.1 Psychosoziale Notfallversorgung für Mitarbeitende (PSNV-M).....	32
1.8.2 Psychosoziale Notfallversorgung für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige/„Betroffene“ (PSNV-B).....	32
1.9. Objektschutz und Zutrittsrechte	32
2. Business Continuity Management – Wiederanlauf und Wiederherstellung bei Störungen und Ausfällen	33
2.1. Medizin.....	35
2.2. Krankenhausinformationssystem (KIS).....	35
2.3. Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP).....	35
2.4. Apotheke.....	36
2.5. Blutbank	36
2.6. Gastronomie/Verpflegung	36
2.7. Hauswirtschaft/Reinigung/Wäscherei.....	37
2.8. Kommunikation und Marketing	37
2.9. Finanzdienstleistungen.....	37
2.10. Personalabteilung/Gehaltsabrechnung.....	37
2.11. Medizincontrolling/Leistungsabrechnung.....	38
2.12. Abfallentsorgung.....	38
2.13. Einkauf.....	38
2.14. Lager und Logistik.....	38
2.15. IT	39
2.16. Technik.....	40
2.16.1 Strom.....	40
2.16.2 Kommunikation.....	41
2.16.3 Wasser und Abwasser.....	42
2.16.4 Medizinische Gasversorgung.....	43
2.16.5 Wärme- bzw. Primärenergieträgerversorgung und Kälteversorgung.....	44
3. Spezielle Schadenslagen.....	44
3.1. Brand.....	44
3.2. Massenanfall von Verletzten/Erkrankten (MANV/MANE).....	45
3.2.1 Definition und Feststellung des MANV/MANE.....	45
3.2.2 Ablauf der medizinischen Versorgung.....	45
3.2.3 Klinische Sichtung (Kategorisierung) und Behandlungspriorisierung	46
3.2.4 Erhöhung der Versorgungskapazität.....	48
3.2.5 Operative Versorgung von Traumapatientinnen und -patienten	49

3.3. Kontaminationslagen (CBRN).....	50
3.4. Lebensbedrohliche Einsatzlagen (LebEL)	51
3.5. Naturgefahren, Gefahren durch Klimawandel.....	52
3.6. Zivil-militärische Zusammenarbeit bei Landes- und Bündnisverteidigung.....	53
IV. Abkürzungsverzeichnis	57
V. Literaturverzeichnis	59
Anhang A: Beispiel Alarmplan	61
Anhang B: Checklisten	62
1. Checkliste diensthabende/r Krisenmanager/in – Lagebeurteilung.....	63
2. Checkliste Inbetriebnahme Stabsraum und Arbeitsaufnahme des Stabs	65
3. Checkliste Leitung des Stabs (Führungs-/Krisenstab).....	66
4. Checkliste für Sachgebiet 1 – Personal (Führungsstab).....	68
5. Checkliste für Sachgebiet 2 – Lage (Führungsstab).....	69
6. Checkliste für Sachgebiet 3 – Einsatz (Führungsstab)	71
7. Checkliste für Sachgebiet 4 – Versorgung und Logistik (Führungsstab).....	73
8. Checkliste für Sachgebiet 5 – Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation (Führungsstab).....	75
9. Checkliste für Sachgebiet 6 – Informations- und Kommunikationstechnik (Führungsstab).....	76
10. Checkliste interne und externe Evakuierung.....	77
11. Checkliste MANV	79
12. Checkliste Brand	80
13. Checkliste strukturierte Nachbereitung von Echtlagen und Übungen	81

I. Präambel

1. Einleitung, Zielsetzung

Ein KAEP soll die Voraussetzungen schaffen, den Krankenhausbetrieb auch unter Bedingungen eines außergewöhnlichen medizinischen Versorgungsnotstandes infolge innerer oder äußerer Schadensereignisse zu gewährleisten. Unabhängig vom Ort der Schadensereignisse können diese zu einer Störung der Funktionalität oder einer Einschränkung der Behandlungskapazität führen, wobei sich beide Konsequenzen gegenseitig beeinflussen (konsequenzbasiertes Modell nach Wurmb, Rechenbach, & Scholtes, 2017). Der diesem Rahmen-KAEP zugrunde liegende All-Gefahren-Ansatz nimmt statt der Fokussierung auf einzelne Risiken sämtliche Gefahren in den Blick, die in der Planungsphase gleichermaßen zu berücksichtigen sind (BMI, 2009; BBK, KRITIS-Gefahren, o. J.). Gleichzeitig dient der Ansatz als Grundlage für Führungs-, Kommunikations- und Alarmierungsmaßnahmen, die – neben szenariospezifischen Vorbereitungen – geplant werden sollten ohne Wissen über das spezifische Ereignis (von der Forst, Dietrich, Schmitt, Popp, & Ries, 2025).

Die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung greift in alle Strukturen und Abläufe der Krankenversorgung, in Administration und Technik ein. Ziel der im Alarm- und Einsatzplan zusammengestellten Maßnahmen ist es, über ein korrektes Erkennen, Beurteilen und Klassifizieren einer Schadenslage sowie durch Auslösen eines Alarmierungssystems frühzeitig und umfassend die zu deren Bewältigung notwendigen Sofortmaßnahmen einzuleiten. Die benötigte Störungs- und Krisenmanagementstruktur muss bedarfsgerecht aufgebaut und entsprechend den Erfordernissen qualifiziertes Personal möglichst kurzfristig zusätzlich zur Verfügung stellen.

Die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung fällt in den Zuständigkeitsbereich der Bundesländer. Der vorliegende Rahmenplan soll Krankenhausträgern als Grundlage dienen, um in eigener Zuständigkeit einen KAEP zu erarbeiten. Oberste Prämisse muss sein, die Funktionalität und Versorgungskapazität des Krankenhauses in Schadenslagen aufrechterhalten zu können. Als Orientierung dienen unter anderem fachlich fundierte Alarm- und Einsatzpläne von baden-württembergischen Krankenhäusern, insbesondere die der Mitglieder der klüsiko bw e.V., sowie der hessische Rahmenalarm- und Einsatzplan. Der vorliegende Rahmenplan stellt eine länderspezifische Konkretisierung des vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) herausgegebenen Handbuchs Krankenhausalarm- und Einsatzplanung dar.

Um auch neuen oder sich verändernden Bedrohungslagen gerecht zu werden, bedarf der KAEP einer regelmäßigen Evaluierung, Aktualisierung und insbesondere Beübung.

2. Zusammenarbeit mit Behörden und anderen Krankenhäusern

Öffentlich geförderte Krankenhäuser sind verpflichtet, Alarm- und Einsatzpläne in Abstimmung mit den Alarm- und Einsatzplänen der Katastrophenschutzbehörden auszuarbeiten und weiterzuführen (§ 5 Abs. 2 Nr. 2 Landeskatastrophenschutzgesetz Baden-Württemberg (LKatSG), s. II.2). Dies ergibt sich allein schon daraus, dass auch Szenarien unterhalb der Katastrophenschwelle, wie etwa die Evakuierung oder Räumung eine enge Zusammenarbeit der betroffenen Institutionen, wie beispielweise Feuerwehr, Rettungsdienst, Sanitätsdienst und Technischem Hilfswerk erfordern. Erst recht ist diese engmaschige Zusammenarbeit bei Schadensereignissen notwendig, welche die Katastrophenschwelle überschreiten. Hier greift auch die Rechtssystematik des LKatSG (befindet sich zum Zeitpunkt der Erstellung in Überarbeitung). Darüber hinaus sollte, soweit sich im Einzugsbereich eines Krankenhauses Einheiten bzw. Einrichtungen der Bundeswehr befinden, die Abstimmung der Notfallplanung und der Hilfeleistungsmöglichkeiten mit den zuständigen militärischen Stellen erfolgen. Die Abstimmung sollte grundsätzlich auch mit der für zivil-militärische Zusammenarbeit zuständigen Verwaltungsbehörde auf Ebene der Stadt- und Landkreise erfolgen (Kreisverbindungskommandos). Es ist sinnhaft eine festgelegte Schnittstelle (SPOC) zu den unteren Katastrophenschutzbehörden der Stadt- und Landkreise, bzw. den zuständigen Ämtern der Kommunen und Gemeinden zu identifizieren. Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist mit seiner fachlichen Expertise nicht nur im Bereich des Infektionsschutzes auf Landkreisebene miteinzubeziehen. Er kann zudem in Fragen seines Aufgabengebiets soweit nicht besondere Dienste der öffentlichen Verwaltung zuständig sind, beratend tätig sein.

II. Ausführungsbestimmungen

1. Geltungsbereich

Der vorliegende Rahmenplan stellt eine Empfehlung für Krankenhäuser gemäß Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) dar. Auch Berufsgenossenschaftlichen- und Reha-Kliniken sowie Alten- und Pflegeheimen wird eine Adaptierung und Umsetzung des KAEP empfohlen.

Der Geltungsbereich des jeweiligen KAEP soll alle Betriebsstätten des Krankenhauses, die direkt oder auch indirekt der Krankenversorgung dienen, umfassen. Insbesondere müssen bei der Erstellung eines KAEP an einem Standort lokale Besonderheiten mitberücksichtigt werden, wie beispielsweise Satelliten, Ambulanzen oder auch MVZ, die sich an dem jeweiligen Standort befinden. Es empfiehlt sich vorab mit allen Gesundheitseinrichtungen und nach Rücksprache mit dem Landesgesundheitsamt (vgl. § 16 ÖGDG) mit dem Stadt- beziehungsweise Landkreis als zuständige Katastrophenschutzbehörde in der Umgebung Kontakt aufzunehmen, Abstimmungen zu treffen und Prozesse und Kommunikationspfade zu vereinbaren.

2. Gesetzliche Regelungen

In verschiedenen Gesetzen finden sich die Krankenhausalarm- und Einsatzplanung und Katastrophenfälle betreffende Vorschriften.

2.1. Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg

Gemäß § 28 Absatz 2 LKHG stellen die Krankenhäuser durch geeignete Vorkehrungen, insbesondere durch die Erstellung und Fortschreibung von Alarm- und Einsatzplänen, sicher, dass auch bei einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten eine ordnungsgemäße Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden kann. Die untere Verwaltungsbehörde (Gesundheitsamt) kann sich die Alarm- und Einsatzpläne vorlegen lassen.

2.2. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)

§ 16 ÖGDG Aufgaben des Landesgesundheitsamts: Im Landesgesundheitsamt ist eine Geschäftsstelle Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz eingerichtet. Ihr obliegt die koordinierende Schnittstellenfunktion auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge und der Gefahrenabwehr beim Auftreten von gefährlichen übertragbaren Krankheiten, Großschadens- und Katastrophenfällen sowie bei terroristischen Bedrohungen.

2.3. Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg

§ 13 (RDG) Integrierte Leitstelle, Zusammenarbeit mit anderen Stellen:

Die Integrierten Leitstellen arbeiten zur Erfüllung ihrer Aufgaben mit benachbarten Integrierten Leitstellen, den besonderen und den mit überregionalen oder speziellen Aufgaben beauftragten bestehenden Integrierten Leitstellen nach § 11 Absatz 8, den Feuerwehren, den Leistungserbringern und den im Bevölkerungsschutz tätigen Hilfsorganisationen, der Polizei, dem ÖGD, den Krankenhäusern, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, den Katastrophenschutzbehörden, den Einrichtungen des Digitalfunks der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS), den weiteren Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben sowie mit sonstigen in der Notfall- und Akutversorgung tätigen Stellen und Kräften zusammen.

2.4. Landeskatastrophenschutzgesetz Baden-Württemberg

Auch das LKatSG (derzeit in Überarbeitung) verpflichtet Krankenhäuser zur Ausarbeitung und Weiterführung von Alarm- und Einsatzplänen (§ 5 Abs. 2 Nr. 2 LKatSG). Gemäß § 1 Absatz 2 iVm § 2 Absatz 1 Nr. 7 LKatSG haben die Katastrophenschutzbehörden als vorbereitende Maßnahmen insbesondere regelmäßige Übungen unter einheitlicher Führung der Katastrophenschutzbehörde und Hinzuziehung unter anderem der im Katastrophenschutz Mitwirkenden im Sinne von § 5 LKatSG durchzuführen. Gemäß § 5 Absatz 3 LKatSG berücksichtigen die Alarm- und Einsatzpläne der Krankenhäuser die Unterstützungsmöglichkeiten durch benachbarte Krankenhäuser, durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte, öffentliche Apotheken, pharmazeutische Großhandlungen, Betriebe der pharmazeutischen Industrie und Verbandstoffindustrie sowie durch Personal nichtakademischer Helferberufe des Gesundheitswesens. Sie berücksichtigen auch Maßnahmen zur Ausweitung der Bettenkapazität.

3. Planungsvorgaben

3.1. Schutzziele

Der Schutz der im Krankenhaus arbeitenden bzw. versorgten Personen hat oberste Priorität. Als Schutzziele gelten außerdem die Aufrechterhaltung der Krankenversorgung auf dem jeweiligen Versorgungslevel, bezogen auf den Normalzustand, sowie die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der KRITIS. Des Weiteren gilt es einen Imageschaden durch entsprechende Krisenkommunikation zu vermeiden und die Liquidität zu sichern.

3.2. Risikoanalyse

Eine eingehende Risikoanalyse ist im Rahmen der Krankenhausalarm- und Einsatzplanung als Grundlage des Risikomanagements notwendig (BBK, 2020). Im Sinne des All-Gefahren-Ansatzes sind sämtliche Risiken zu identifizieren, die es für das Krankenhaus zu vermeiden oder zu mindern gilt. Das Risiko wird als Maß für die Wahrscheinlichkeit betrachtet, mit der ein Schaden eintritt, sowie die Auswirkungen, die ein solcher Schaden mit sich bringt (BBK, 2020).

Durch ein Risikomanagement soll die Auswirkung unabwendbarer bzw. unvorhersehbarer Ereignisse möglichst gering gehalten werden (BBK, 2020). Die Konsequenz aus der Risikoanalyse ist daher einerseits das Ableiten von präventiven Maßnahmen zur Verhinderung von Schadensereignissen und zur Reduzierung der Verwundbarkeit. Damit zählt die Risikoanalyse mit dem Zweck der Prävention zum Krisenmanagementzyklus (s. Abbildung 1). Andererseits müssen die als kritisch eingeschätzten Risiken bzw. Szenarien in den KAEP aufgenommen werden (Vorbereitung/Planung). Des Weiteren ergeben sich daraus direkte Konsequenzen für die Vorhaltung und Beübung.

Ein methodischer Vorschlag für die Risikoanalyse findet sich in der BBK-Publikation „Schutz kritischer Infrastruktur: Risikomanagement im Krankenhaus“ (2008)¹.

¹ Aktuell in Überarbeitung durch das BBK (Stand 04/2025)

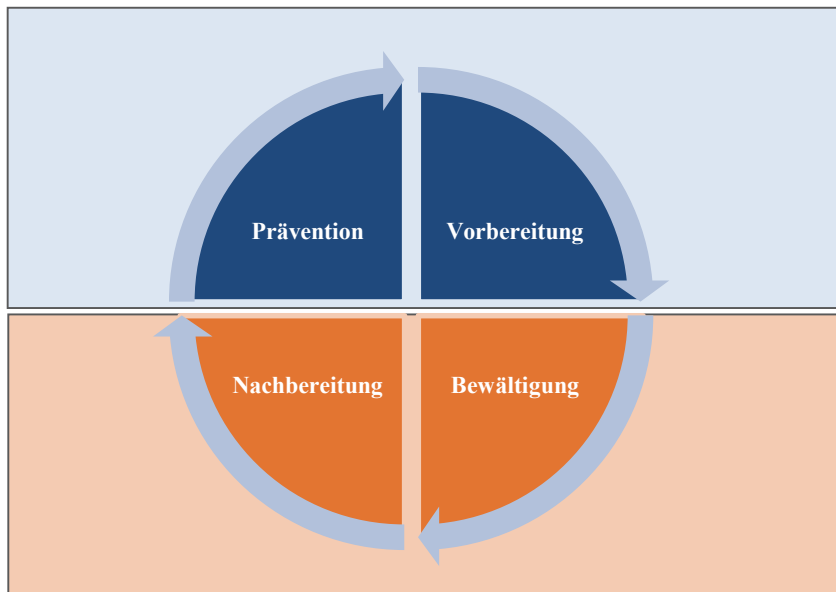


Abbildung 1: Krisenmanagementzyklus (BBK, o. J.)

Auch das Ableiten von Maßnahmen aus realen Schadensereignissen in der eigenen oder in anderen Einrichtungen sollte im Sinne des Risikomanagements beachtet werden (s. II.6).

3.3. Umsetzung und äußere Gestalt des Plans

Vor einer Umsetzung und Ausgestaltung eines KAEP steht die Klärung und Festlegung der Zuständigkeiten und Kompetenzen sowie Abläufe innerhalb des jeweiligen Krankenhauses. Eine Stabsstelle Krisenmanagement oder KAEP, die direkt der Geschäftsführung untergeordnet ist und an diese berichtet, wird empfohlen. Die Stabsstelle sollte außerdem eine dauerhafte Arbeitsgruppe Krisenmanagement oder KAEP mit Mitarbeitenden aus weiteren Abteilungen einrichten. Bei der Implementierung und weiteren Ausgestaltung kommt der Schnittstellenpflege – auch mit externen Stellen – eine große Bedeutung zu. Gerade auch den unteren und oberen Katastrophenschutzbehörden sollte daher ein Einvernehmen angestrebt werden.

Die unter Ziff. III. aufgeführte Darstellung des KAEP soll als Grundlage herangezogen und unter Berücksichtigung örtlicher Gegebenheiten modifiziert und ggf. erweitert werden. Die Gliederungspunkte sind im Sinne einer landesweiten Vereinheitlichung beizubehalten.

3.4. Checklisten, Handlungsanweisungen

In Anhang B finden sich exemplarische Checklisten zum jeweiligen Vorgehen in einer Schadenslage. Für einen schnellen Überblick sind diese kompakt gehalten. Die Checklisten sollen für eine übersichtliche Darstellung der Verantwortlichkeiten, Aufgaben, Raumordnung und Personalstruktur sorgen. Sie müssen hausspezifisch angepasst werden und dienen der Erleichterung zur Bewältigung der Ereignisse.

4. Gültigkeitsdauer, Planfreigabe, Aktualisierungsturnus

Aus Haftungsgründen sollte eine Planfreigabe durch die Geschäftsführung erfolgen. Empfohlen wird eine Gültigkeitsdauer des KAEP von einem Jahr und damit jährliche Aktualisierung. Inhaltliche Änderungen sind dabei von der Geschäftsführung freizugeben. Im Rahmen eines Dokumentenmanagements sollte eine nachvollziehbare Dokumentation des Versionsverlaufs und Änderungsdatums sowie eine Archivierung erfolgen.

5. Schulung und Übung

Der KAEP sollte vom Krankenhausträger allen Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt werden. Außerdem soll der Krankenhausträger alle Mitarbeitenden regelmäßig über Änderungen informieren und sie im Rahmen ihres Arbeitsvertrags verpflichten, sich selbst in regelmäßigen Abständen über den ihren Arbeitsbereich betreffenden Teil des KAEP zu informieren sowie sich über Neuerungen auf dem Laufenden zu halten (BBK, 2020).

Der Umgang mit dem KAEP ist dem Personal in regelmäßigen Schulungen und Übungen zu vermitteln. Dadurch wird auch ein größeres Bewusstsein für die Notwendigkeit des Risiko- und Krisenmanagements bei den Mitarbeitenden erreicht. Die Schulungen, ggf. unterstützend im Online-Format, sollten knapp gehalten werden. Hier können auch Inhalte zur persönlichen Resilienz platziert werden, da diese indirekt förderlich für das gesamte Krankenhaus ist².

Nach § 5 Abs 2 LKatSG (derzeit in Überarbeitung) sind die Akutkrankenhäuser verpflichtet auf Anforderung an Übungen unter einheitlicher Führung der Katastrophenschutzbehörde teilzunehmen. Darüber hinaus ist aber auch die eigenständige Planung und Durchführung von Übungen dringend empfohlen. Um Ressourcen zu schonen, sollten die Inhalte der Übungen den Aufgabenbereichen angepasst werden.

5.1. Finanzierung

Mit jeder Übung sind auch finanzielle Aufwendungen verbunden, die durch die Krankenhäuser selbst zu tragen sind. Diese können insbesondere in folgenden Bereichen anfallen:

- Eigenes Personal (Ausfall, Überstunden, ggf. Fahrtkosten)
- Materielle Ausstattung
- Verletztendarstellung (Personal, Fahrzeuge, Schminkmaterial)
- Externe Dienstleister (z. B. für die Übungsvorbereitung bei Stabsübungen)

² z. B. mittels BBK (2019): Ratgeber für Notfallvorsorge und richtiges Handeln in Notsituationen

https://www.bbk.bund.de/DE/Warning-Vorsorge/Vorsorge/Ratgeber-Checkliste/ratgeber-checkliste_node.html

- Übungsbeobachter (z. B. umliegende Kliniken, klüsiko bw e.V. oder andere Vereine, externe Fachbeobachter).

5.2. Übungsszenarien

Mögliche Übungsszenarien können sein:

- Alarmierung (s. III.1.3)
- Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV/MANE) extern oder intern (s. III.3.2)
- Chemische, radiologische, biologische oder nukleare (MANV-) Lage (CBRN) (s. III.3.3)
- Lebensbedrohliche Einsatzlage (LebEL) extern oder intern (s. III.3.4), z. B. Amok, Terrorlage, Geiselnahme
- Ausfall oder Störung/Beschädigung von Ressourcen oder Infrastruktur (IT, Kommunikation, Strom, Wasser, Abwasser, AEMP, Apotheke, Lieferketten, Personal usw.) (s. III.2)
- Naturgefahr (s. III), z. B. Hochwasser/Starkregen, Sturm, Hitze
- Evakuierung (s. III.1.6)

Sowohl bei externen als auch internen Lagen kann eine Kooperation mit externen Stakeholdern erforderlich sein ((Orts-)Polizei, Feuerwehr, THW, untere Katastrophenschutzbehörde, Gesundheitsamt usw.). Es wird empfohlen, diese regelhaft in Übungen mit einzubeziehen.

5.3. Übungsarten

Es kann im Wesentlichen in drei Übungsarten differenziert werden, die auch hinsichtlich des Planungsaufwands variieren (Bodur, Neuner, Geiger, & Fekete, 2024; BSI, Übungsbaukasten: Übungsplanung, 2022). Im Zuge der Übungsvorbereitung sollte eine krankenhausinterne (und ggf. mit den externen Partnern abgestimmte) Zieldefinition aufgestellt werden.

Eine Planbesprechung ist eine Szenario-basierte Besprechung zur Validierung der bestehenden Pläne, Handbücher und Checklisten. Bei diesem Übungsformat steht das gedankliche Durchspielen ohne Anordnung oder Durchführung von Maßnahmen im Mittelpunkt. Damit dient es als Vorbereitung auf umfangreichere und praktische Übungen sowie reale Ereignisse. Je nach Auswahl des Szenarios sollte für die Planbesprechung ein Personenkreis gewählt werden, der sich im Ereignisfall in dieser Konstellation und in den dafür vorgesehenen Räumlichkeiten zusammenfindet. Die Übungsleitung moderiert, steuert die Lageentwicklung und bespricht diese mit den Übungsteilnehmenden.

Eine Simulation z. B. in Form einer Stabsrahmenübung dient der Überprüfung der Zusammenarbeit im jeweiligen Gremium und ggf. mit weiteren eingebundenen Akteuren. Sie erfolgt in den festgelegten Führungsstrukturen auf operativer, taktischer und/oder strategischer

Ebene (s. III.1.2). Die Lagebewältigung wird für das Führungselement möglichst realistisch simuliert und Arbeitsaufträge werden aktiv ausgeführt. Im Krankenhausbetrieb werden allerdings keinerlei Maßnahmen umgesetzt und Akteure außerhalb der Führungsstruktur werden maximal für die Informationsabfrage eingebunden. Alternativ spielt die Übungsleitung die Lageentwicklung, Konsequenzen der getroffenen Maßnahmen und weitere Informationen ein, die das Führungselement normalerweise von internen oder externen Akteuren erhalten würde. Vor allem in der Aufbauphase des Krisenmanagements können auch Einzelbausteine geübt bzw. simuliert werden, wie z. B. die Inbetriebnahme des Stabsraums, die Registrierung von Patientinnen und Patienten oder Betreuung von Angehörigen.

Bei einer Vollübung werden alle zur Ereignisbewältigung notwendigen Abläufe – soweit möglich – real vor Ort ausgeführt. Damit wird die Zusammenarbeit aller krankenhausinternen (und ggf. externen) Akteure geübt. Das realitätsnahe Arbeiten aller Übungsbeteiligten ermöglicht eine umfassende Einschätzung über den Vorbereitungsstand des Krankenhauses.

Ziel sämtlicher Übungen ist die Sensibilisierung der Mitarbeitenden, die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen sowie Anpassung der vorhandenen Pläne im Rahmen einer strukturierten Nachbearbeitung (s. 0.6).

6. Strukturierte Nachbereitung von Schadensereignissen

Krisenmanagement wird als Prozess bzw. Regelkreislauf verstanden (s. Abbildung 1). Daher gilt der Leitsatz „Nach der Lage ist vor der Lage“.

Um aus Schadensereignissen wie auch Übungen zu lernen und die Bewältigung zukünftiger Ereignisse zu verbessern, sind diese strukturiert nachzuarbeiten. Es sollte eine Evaluation der Maßnahmen stattfinden, das entstandene Wissen gesammelt und in das Risikomanagement eingebracht werden. Mit den relevanten externen und internen Akteuren sollte dafür eine Nachbesprechung durchgeführt sowie ein Maßnahmenplan aufgestellt werden. Nach Übungen ist außerdem zu analysieren, inwieweit das Ziel der Übung erreicht wurde. Die Ergebnisse der Nachbereitung sollen auf das übrige Übungsprogramm übertragen werden (DIN EN ISO 22361, 2023). Bestehende Pläne und Abläufe müssen ggf. als Konsequenz des Schadensereignisses oder der Übung angepasst werden (s. Anhang B, Checkliste Nachbereitung). Insgesamt wird damit eine Erhöhung der Versorgungssicherheit und Resilienz angestrebt.

III. Struktur des Krankenhausalarm- und Einsatzplans

Bitte nutzen Sie die nachfolgenden Gliederungspunkte als Vorlage und befüllen Sie diese mit den auf Ihr Haus angepassten Inhalten. Die enthaltenen Textpassagen dienen als Hinweise und Erläuterung.

1. Grundlagen des Krankenhausalarm- und Einsatzplans

1.1. Einstufung von Schadensereignissen und Definition des Alarmfalls

Ein Schadensereignis kann je nach Auswirkung als Störung, große Störung, kritischer Vorfall oder Krise eingestuft werden.

	Störung	große Störung	kritischer Vorfall	Krise
Beschreibung	Störung im Normalbetrieb, ohne Auswirkung oder Betriebsunterbrechung	Störung des Normalbetriebs mit (potenziell) Auswirkungen auf den Betrieb	nicht-tolerable Störung von mind. einem zeitkritischen Geschäftsprozess, vorliegende Pläne ¹ können angepasst werden	krisenhafte Beeinträchtigung eines oder mehrerer Geschäftsprozesse, für die keine Pläne ¹ vorliegen oder die vorliegenden Pläne nicht ausreichend sind
Wiederherstellungsplan der Abteilung	aktiviert	aktiviert	aktiviert	aktiviert
Wiederanlaufplan für Notbetrieb		einzelne Pläne lageabhängig aktiviert	werden vom Krisenstab aktiviert	werden vom Krisenstab aktiviert
Diensthabender Krisenmanager / Leiter Krisenstab		wird informiert, bewertet Lage	wird informiert, ruft Krisenstab auf	wird informiert, ruft Krisenstab auf
BAO mit den notwendigen Ebenen		ggf. aufgerufen	aufgerufen	aufgerufen

¹BCM-Pläne (Wiederanlauf/Wiederherstellung) oder ereignisspezifische Pläne

Modifiziert nach BSI-Standard 200-4

Es ist zu regeln wer die Lage beurteilt, den Alarmfall definiert und ggf. die Besondere Aufbauorganisation (BAO) aufruft (s. III.1.3). Ein diensthabender Krisenmanager wird hierfür empfohlen. Der Kreis der zu alarmierenden Personen hängt ab vom Ausmaß des Schadensereignisses.

Wird ein Alarmfall definiert und eine Führungseinheit (s. III.1.2) aufgerufen, markiert dies den Übergang vom (vorsorgenden) Krisenmanagement in der Allgemeinen Aufbauorganisation (AAO) zum Krisenmanagement in der BAO.

1.2. Führungsorganisation

Die umfangreichen Koordinierungsaufgaben im Falle von Gefahren- und Schadenslagen erfordern feste Aufgabenverteilungen und Kompetenzzuweisungen. Bereits in der Frühphase ist es notwendig, abhängig von der Schadensart und inneren und äußeren Gegebenheiten zum Schadenszeitpunkt einsatztaktische Entscheidungen für eine erfolgreiche Schadensbewältigung zu treffen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die ersten Maßnahmen bereits vom anwesenden Dienstpersonal getroffen werden müssen, bis durch ein lageabhängiges Aufwachsen der Führungsorganisation die koordinativen Funktionen durch entsprechend geschulte Führungskräfte übernommen werden.

Auf der operativen Ebene wird eine Führungsgruppe oder operative Krankenhauseinsatzleitung (opKEL) aufgerufen. Darüber steht auf taktischer Ebene ein Führungsstab, eine Krankenhauseinsatzleitung (KEL) oder ein Lagezentrum und die strategische Ebene wird durch einen (Kern-)Krisenstab abgebildet. Es ist abhängig von der Größe des Krankenhauses, ob und inwieweit die drei Führungsebenen besetzt werden. Die operative und taktische Ebene sollte jedes Krankenhauses beplanen.

Die Einstufung des Schadensereignisses bedingt, ob die Bewältigung auf Ebene der betroffenen Abteilung, mit einer operativen, taktischen oder strategischen Führungseinheit bzw. einer Kombination daraus erfolgt.

Im KAEP ist eine klare Regelung zu treffen, dass Mitglieder der BAO im Einsatzfall insoweit von ihren alltäglichen Aufgaben entbunden sind, dass sie der Stabsarbeit ungehindert nachgehen können. Trotz Ausnahmesituation sind Ruhe- und Pausenzeiten im Rahmen der Möglichkeiten auf allen Ebenen zu gewährleisten, um die Resilienz zu erhalten.

Die Besetzung, Verantwortlichkeiten und die Aufgabenverteilung der Führungsebenen sollen in den folgenden Unterkapiteln beschrieben werden. Die strukturelle Planung der Führungsebenen kann für Kliniken der Grund- und Schwerpunktversorgung herausfordernd sein. Es ist dennoch anzustreben, dass alle Führungskompetenzen mit einem Hauptverantwortlichen und einem Stellvertretenden vorab benannt sind. Der Treffpunkt des jeweiligen Führungselements und entsprechende Räumlichkeiten, z. B. Stabsräume, sind ebenfalls vorab festzulegen und für die Nutzung vorzubereiten. Dies trägt zu einer zügigen Arbeitsaufnahme des

Gremiums bei. In den Räumlichkeiten sollten Mittel zur Informations- und Kommunikationstechnik sowie entsprechende Redundanzen geplant werden (z. B. netzwerkunabhängige Laptops), ein Sicherheitskonzept ausgearbeitet und eine Notstromversorgung sichergestellt werden. Außerdem sollte weiteres Arbeitsmaterial wie Whiteboards, Flipcharts und Moderationskoffer in den Räumlichkeiten hinterlegt werden. Perspektivisch sind voreingerichtete und jederzeit einsatzbereite Stabsräume für die taktische und strategische Ebene der anzustrebende Standard.

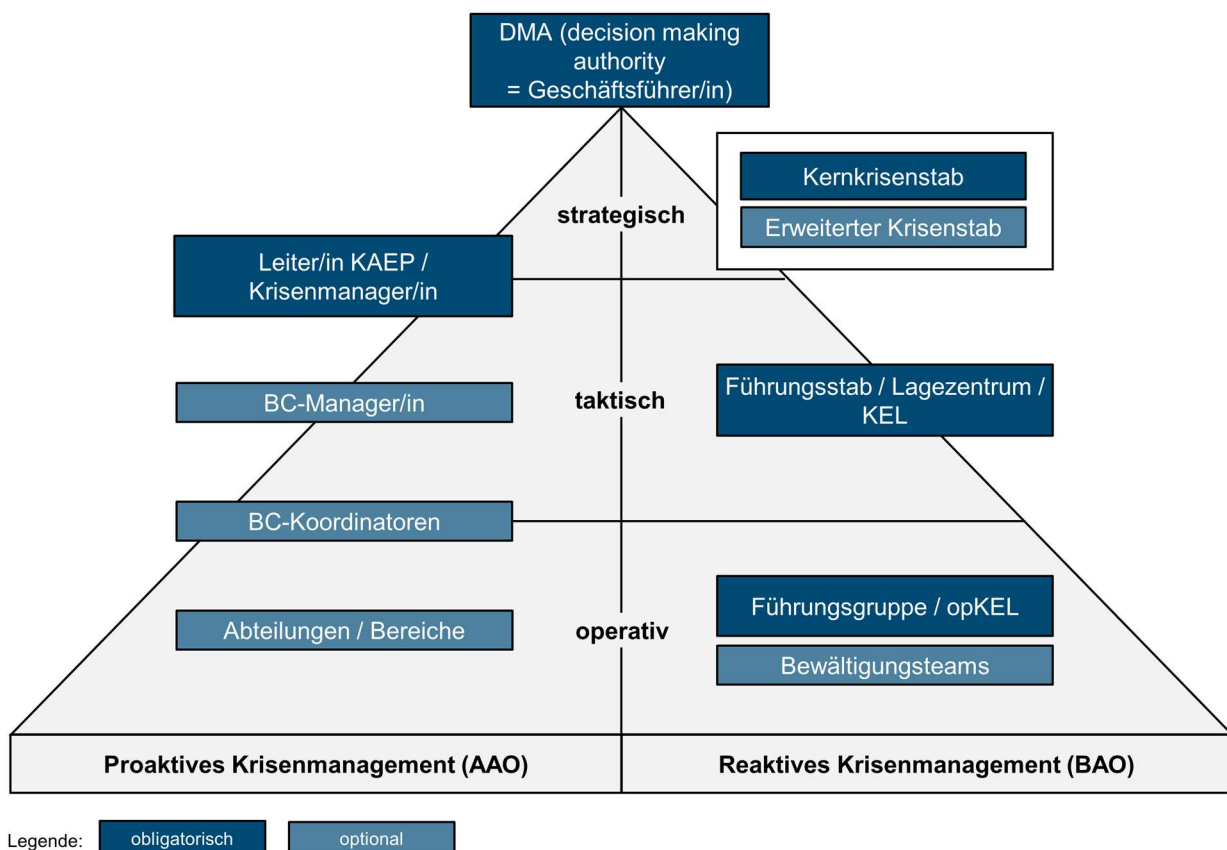


Abbildung 2: Führungsebenen und Verantwortlichkeiten in der AAO und BAO modifiziert nach BSI-Standard 200-4

1.2.1 Operative Führungsebene

Die operative Führungsebene setzt sich aus im Haus befindlichem Dienstpersonal zusammen. Die Führungsgruppe oder opKEL sollte aus einer Leitung, einer ärztlichen Vertretung, einer Vertretung der Pflege und Technik bestehen sowie ggf. haus- und lagespezifisch erweitert werden. Ggf. kann die Leitung von einem Mitglied aus der Führungsgruppe in Personalunion übernommen werden.

Eine Kennzeichnung der Funktionsträger in der operativen Bewältigung mithilfe von Überwurfwesten wird empfohlen. Eine Farbwahl in Anlehnung an die regionale Funktionskennzeichnung der nicht-polizeilichen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben kann im Zuge der Zusammenarbeit hilfreich sein.

Auf der operativen Ebene werden eine Lagebeurteilung und erste Führungs- und Koordinationsaufgaben durchgeführt. Daraus muss die Entscheidung folgen, ob die Lagebewältigung mit vorhandenen Ressourcen möglich ist oder nicht und in letzterem Fall eine Alarmierung gestartet bzw. ausgeweitet werden. Die Führungsgruppe oder opKEL verantwortet die Einleitung der ersten Evakuierungsmaßnahmen und die Steuerung des Patientinnen- und Patientenzu- und -abflusses. Sie ist zuständig für die Umsetzung der von der taktischen Ebene beschlossenen Maßnahmen und deren Dokumentation sowie die Koordination von Personal und Ressourcen. Das operative Führungselement führt die Behandlungsteams und kann zur Lagebewältigung Einsatzabschnitte bilden.

1.2.2 Taktische Führungsebene

Ein Führungsstab, eine KEL oder ein Lagezentrum bildet die taktische Führungsebene. Im Interesse einer landesweit einheitlichen Nomenklatur wird eine Gliederung in die Sachgebiete S1 bis S6, analog zur Feuerwehr-Dienstvorschrift 100 empfohlen (https://www.lfs-bw.de/fileadmin/LFS-BW/themen/gesetze_vorschriften/fwdv/dokumente/FwDV_100.pdf). Die Krankenhausadministration, z. B. die Stabsstelle Krisenmanagement/KAEP und andere als die in der aktuellen Dienststruktur anwesenden Mitarbeitenden können Mitglieder der taktischen Führungsebene sein. Auch Fachberatende und Verbindungspersonen können bei Bedarf hinzugezogen werden. Wichtig ist, die Besetzung der Sachgebiete, der Leitung sowie Vertretungen im Vorfeld festzulegen. Bei der personellen Ausstattung sollte man auch an Verbindungspersonen in benachbarten Führungs- und Regieeinheiten insbesondere der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr denken und diese vorhalten.

Der taktisch agierende Führungsstab, die KEL oder das Lagezentrum stellt die Schnittstelle zwischen operativer und strategischer Ebene dar. Diese führen das operative Führungselement. Die taktische Führungsebene analysiert die Lage, führt das Lagebild und beschließt und koordiniert dahingehend Maßnahmen. Außerdem überwacht sie, ob die Maßnahmen umgesetzt werden und wirksam sind. Das taktische Führungselement entscheidet bei Ressourcenausfällen über die Inkraftsetzung der Wiederanlaufpläne (s. III.2) und steuert bei ggf. auftretenden Engpässen den Ressourceneinsatz. Es steuert außerdem die Bewältigungsteams der Fachabteilungen, z. B. das IT-, Personal-, Kommunikations- oder technische Bewältigungsteam (BSI, 2023), welche zuständig sind für Maßnahmen innerhalb der jeweiligen Abteilung (z. B. Umsetzung der alternativen Arbeitsprozesse im Notbetrieb, s. III.2). Der Führungsstab oder die KEL verantwortet ebenso die taktische Steuerung des Patientinnen- und Patientenzu- und -abflusses und das Infrastruktur- und Logistikmanagement. Auch das taktische Führungselement kann ggf. Evakuierungen einleiten sowie Einsatzabschnitte bilden.

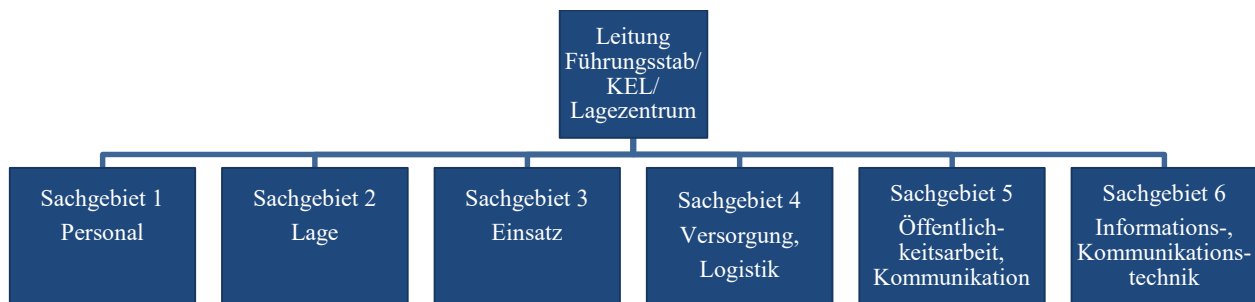


Abbildung 3: Beispielhafte Zusammensetzung des taktischen Führungselements modifiziert nach BBK, 2020

Stabsarbeit findet im Rhythmus von eigenständigen Arbeitsphasen und regelmäßigen, strukturierten Lagebesprechungen statt. Dieser Rhythmus bzw. zeitliche Abstand zwischen den Stabssitzungen ist lageabhängig anzupassen, dabei gilt: je dynamischer die Lage, desto häufiger, dafür eher kürzer. Stabssitzungen bringen den Stab auf den aktuellen Stand in Bezug auf die wesentlichen Entwicklungen der Lage. Es findet ein Informationsaustausch statt, die nächsten erforderlichen Schritte werden festgelegt sowie Aufgaben verteilt. Stabssitzungen dienen auch dazu, ein gemeinsames mentales Modell und Lagebild im Stab zu erreichen, das zielgerichtetes Handeln bei zugleich arbeitsteiliger Lagebewältigung ermöglicht (Zinke & Hofinger, 2022).

Sitzungen des Stabs sollten nach einem festen Schema erfolgen:

- In der ersten Sitzung: Vorstellung der Beteiligten und der jeweiligen Aufgabengebiete
- Lagedarstellung
 - Allgemeine Lage: Je nach Schadenslage im Land/Kreis/Stadt/Standort, Bevölkerungslage, Medienlage
 - Schadenslage (an der Einsatzstelle): Art, Umfang, evtl. Ursache der Schäden, Personen-, Sachschäden, bereits bekämpfte oder beseitigte Schäden
 - Eigene Lage: Personal- und Einsatzkräftelage, Versorgungslage, Ressourcen
- Erwartete Lagefortentwicklung (Schadenslage und eigene Lage) sowie Lagebewertung
- Kontrolle der bisherigen Aufträge und Beschlüsse in Bezug auf ihren Umsetzungsgrad
- Problemidentifikation und Priorisierung der Probleme
- Lösungserarbeitung und Auftragserteilung inkl. Angaben zu Ressourcen und Fristen (für die Stabsbereiche und die an der Lagebewältigung beteiligten Akteure)

Zum Erlernen der Arbeits- und Funktionsweise von Führungsstäben werden organisationsübergreifende Ausbildungen empfohlen, wie sie z. B. an der Bundesakademie für Bevölkerungsschutz und Zivile Verteidigung (BABZ) angeboten werden.

Die nachfolgend genannten Aufgaben der Sachgebiete sind als beispielhaft zu verstehen und müssen hausspezifisch definiert werden (s. Anhang B, Checklisten Sachgebiete). Lageabhängig können auch nur bestimmte Sachgebiete aufgerufen, zusammengefasst oder um weitere ergänzt werden.

Sachgebiet 1 ist für alle personaltechnischen Themen zuständig, die die Schadenslage betreffen. Es verantwortet die Personalalarmierung und -registrierung, die Rekrutierung weiteren Personals und organisiert die Verteilung der eintreffenden Mitarbeitenden. Das Sachgebiet stellt laufend die aktuellen Personalkennzahlen inkl. Prognose zur Verfügung und stellt die Durchhaltefähigkeit sicher. Es verantwortet außerdem die Organisation des Stabs und sorgt für die Erstellung eines Dienstplans.

Sachgebiet 2 ist zuständig für die Beschaffung, Aus- und Bewertung von Informationen. Es erhält dazu in regelmäßigen Abständen Lagemeldungen der anderen Sachgebiete und hält diese schriftlich fest. Sachgebiet 2 erstellt fortlaufend die Lagedarstellung, deren Ziele die Prüfung der Daten und das Aufdecken von Zusammenhängen, eine Komplexitätsreduktion sowie die Förderung eines gemeinsamen einheitlichen Verständnisses der Situation sind. Die Darstellung und Einschätzung dienen als Basis für die weitere Arbeit des taktischen Führungselements und die Entscheidungen und Beschlüsse von dessen Leitung. Während des Aufrufs der BAO ist das Sachgebiet verantwortlich für die Dokumentation aller das Schadensereignis betreffenden Meldungen, Beschlüsse und Anweisungen in einem Einsatztagebuch (ETB).

Sachgebiet 3 verantwortet die Taktik der medizinischen Patientinnen- und Patientenversorgung. Demgegenüber liegt die Umsetzung der medizinischen Patientinnen- und Patientenversorgung im Aufgabenbereich der operativen Ebene. Das Sachgebiet 3 verantwortet die Einsatzdurchführung und legt dafür z. B. Einsatzschwerpunkte sowie die erforderlichen Einsatzkräfte, -mittel und Reserven fest. Es beaufsichtigt und kontrolliert die Einsatzdurchführung. Das Sachgebiet ist zuständig für die Führungsorganisation und stellt dafür die Führung im Rahmen des Einsatzplans sicher. Das Sachgebiet 3 ordnet außerdem vorzeitige Entlassungen stabiler Patientinnen und Patienten bzw. die Absage von Elektivmaßnahmen an. Bei Bedarf organisiert es Betreuungsmöglichkeiten und eine Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) für Angehörige und/oder Personal. Es informiert das Sachgebiet Lage regelmäßig über die Anzahl von Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie Behandlungskapazitäten.

Sachgebiet 4 ist zuständig für die Planung, Organisation und Bereitstellung aller notwendigen Versorgungsgüter. Es verantwortet die Materialbeschaffung und den Materialnachschub z. B. über die Apotheke und den Einkauf sowie die zugehörige Logistik. Das Sachgebiet stellt den technischen Betrieb sicher. Es organisiert außerdem die Versorgung der Einsatzkräfte und eingesetzten Mitarbeitenden. Es führt Übersichten über den Materialstand und medizinischen Sachbedarf und berichtet darüber dem Sachgebiet Lage.

Sachgebiet 5 ist verantwortlich für die interne und externe Kommunikation der relevanten Informationen zur Schadenslage oder arbeitet dem/der im Krisenkommunikationsplan festgelegten Verantwortlichen zu (s. III.1.5). Prinzipiell orientiert sich die interne und externe Kommunikation an einer auch mit anderen betroffenen BOS abgestimmten einheitlichen Sprachregelung. Das Sachgebiet organisiert Ansprechpartner für Angehörige von Patientinnen und Patienten. Es verfolgt die Nachrichtenlage im Fernsehen, Internet und der Presse zum aktuellen Schadensereignis und stellt diese Informationen dem Sachgebiet Lage zur Verfügung.

Sachgebiet 6 ist verantwortlich für die in den Führungseinheiten eingesetzte IT- und Kommunikationstechnik. Es rüstet deren Mitglieder mit der erforderlichen Hard- und Software aus und stellt die Kommunikation innerhalb der Führungseinheiten und zwischen den verschiedenen Ebenen sicher. Des Weiteren verantwortet das Sachgebiet die Funktionsfähigkeit der Medizintechnik. Bei einem Ausfall oder einer Störung der IT läuft die Wiederherstellung der IT-Infrastruktur parallel in der Abteilung.

1.2.3 Strategische Führungsebene

In der Regel wird die strategische Führungsebene bei umfangreichen oder länger andauernden Gefahren- oder Schadenslagen durch einen Krisenstab gebildet. Der Kernkrisenstab setzt sich zusammen aus der Leitung des Stabs, einer Funktion für Kommunikation, Information und Öffentlichkeitsarbeit sowie für Dokumentation und Visualisierung (BSI, 2023). Lageabhängig wird dieser Kernkrisenstab erweitert z. B. um die Funktionen IT, Personal, Gebäudeverwaltung, Recht, Finanzen oder andere Fachspezialisten. Eine Vertretungsregelung ist dringend erforderlich. Die Leitung des Krisenstabs kann auf eigenen Wunsch Entscheidungen durch Abstimmung der Mitglieder herbeiführen. Der Krisenstab sollte aus einer ungeraden Anzahl an Mitgliedern bestehen oder für die Leitung ein doppeltes Stimmrecht vorsehen, so dass Mehrheitsentscheidungen immer möglich sind.

Der Krisenstab bereitet strategische Entscheidungen für die DMA (Geschäftsführung) vor, die Ziele und Prioritäten in der Bewältigung betreffen. Er koordiniert die Arbeit in den Verwaltungsbereichen und gewährleistet die Aufrechterhaltung des Betriebs. Die strategische Ebene organisiert und koordiniert Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungskapazität und Funktionalität des Krankenhauses (BBK, 2020). Außerdem gibt der Krisenstab eine einheitliche Sprachregelung zum Schadensereignis vor (s. III.1.5). In der Regel steht die strategische oder taktische Führungsebene mit einem SPOC als Ansprechpartner und Bindeglied für die externen Führungskräfte von Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst, Katastrophenschutz und ggf. Gesundheitsamt etc. bereit (BBK, 2020).

1.2.4 Weisungsrecht

Die Entscheidungs- und Weisungsbefugnisse sind im Rahmen der Vorplanungen festzulegen. Es wird empfohlen, dass die in der BAO aufgerufenen Führungseinheiten den jeweils nachge-

ordneten Mitarbeitenden gegenüber weisungsbefugt sind. Die Geschäftsführung hat uneingeschränktes Weisungsrecht und ist die letzte Entscheidungsinstanz, wenngleich sie grundsätzlich nicht im Krisenstab vertreten ist.

1.3. Alarmierung

Durch eine Alarmierungskaskade kann mit wenigen Schritten eine Führungsstruktur aufgebaut werden (BBK, 2020). Außerdem muss zur Lagebewältigung benötigtes Personal hinzugezogen werden.

Im Alarmierungskonzept ist festzuhalten welches Alarmierungstool eingesetzt wird und welche Medien zur Alarmierung verwendet werden. In der Regel erfolgt die Alarmierung über Personenrufanlagen, Pager, Telefonsammelanrufe, Lautsprecher oder sonstige interne Kommunikationssysteme. Ggf. sind zur Panikvermeidung Dritter anlassbezogene Textcodierungen zu verwenden. Das Alarmierungskonzept soll außerdem beinhalten, ob es verschiedene Vorgehensweisen zu bestimmten Tages- oder Wochenzeiten gibt, wie die Alarmierung von diensthabendem und dienstfreiem Personal abläuft, wer alarmieren kann und wie eskaliert wird. Des Weiteren sollte beschrieben werden, für welche Szenarien Sonderverfahren gelten und welche Alarmpläne es gibt.

In Alarmplänen wird der Ablauf der Alarmierung von der Ereignis-/Schadensdetektion über die Einstufung der Ereignismeldung bis zur Alarmierung der BAO dargestellt (s. Anhang A). Bei unterschiedlichen Abläufen je nach Schadensereignis sollten dafür jeweils eigene Alarmpläne erstellt werden, abgesehen davon können verschiedene Ereignisse in einem Alarmplan zusammengefasst werden. Besondere Relevanz in den Alarmplänen hat die Festlegung, wer in der AAO alarm-auslöseberechtigt ist. Diese Funktion muss durchgehend anwesend oder erreichbar sein. Ein diensthabendes Krisenmanagement, das auch die Leitung des Krisenstabs sein kann, wird empfohlen. Diese Funktion muss befähigt werden, die (potenzielle) Lage zu beurteilen und darauf basierend eine Alarmierung auszulösen. Auch die Meldestellen, bei denen Meldungen zuerst auflaufen, müssen bei einem Ereignis einschätzen können, ob es das Potenzial zu einer großen Störung (oder mehr) hat und wie ab, aber auch unterhalb dieser Schwelle zu verfahren ist.

Bei der Einrichtung des Alarmierungstools sollten sowohl spezielle Schadenslagen (z. B. MANV, Brand, s. III.3) als auch Störungen oder Ausfälle von Infrastruktur bedacht werden (s. III.2), bei denen z. B. auch die Bewältigungsteams verschiedener Fachabteilungen alarmiert werden müssen. Neben der Alarmierung des eigenen Personals sind auch Abläufe und Zuständigkeiten für eingehende Alarme, z. B. von der Leitstelle, zu planen.

Es sollte software-seitig oder manuell eine Alarmierungsdokumentation erfolgen. Der KAEP sollte aktuell gehalten werden, insbesondere was die Alarmierungsabläufe angeht.

Wenngleich automatisierte Alarmierungssysteme grundsätzlich zu bevorzugen sind, ist auch im Falle eines IT-Ausfalls die Funktionsfähigkeit der Alarmierungssystematik sicherzustellen. Als Rückfallebene ist eine telefonische Alarmierung grundsätzlich geeignet. Hierfür sind entsprechende Listen der Alarmgruppen mit den Erreichbarkeiten des Personals in Papierform oder anderen jederzeit verfügbaren Formaten vorzuhalten. Die Führungselemente müssen jederzeit einen Überblick über die Anzahl und Qualifikationen des verfügbaren Personals haben und erhalten. Bei Auslösung einer Alarmstufe wird das diensthabende Personal lagespezifischen Aufgaben zugeordnet und ggf. Personal aus der Freizeit alarmiert.

1.3.1 Alarmierung diensthabendes Personal

Gefahren- oder Schadenslagen können schnell einen erhöhten Personalbedarf zur Folge haben (BBK, 2020). Die taktische Führungsebene muss im Verlauf entscheiden, welches Funktionspersonal in welchem Umfang alarmiert werden muss. Die Alarmierungswege und insbesondere Kommunikationswege müssen festgelegt werden (BBK, 2020).

Das im Dienst befindliche Personal sollte sich nach Alarmierung zu einem definierten Treffpunkt oder zur zentralen Personalsammelstelle begeben.

1.3.2 Alarmierung dienstfreies Personal

Für die Alarmierung des dienstfreien Personals ist ein Vorgehen der schnellen und bedarfsgerechten Alarmierung festzulegen (BBK, 2020). Hier ist im Vorfeld unter Umständen eine Abstimmung über Verfahren mit dem jeweiligen Datenschutzbeauftragten und dem Personal-/Betriebsrat von Nöten. Um das eintreffende dienstfreie Personal zu erfassen und gezielt einsetzen zu können, wird die Einrichtung einer zentralen Personalsammelstelle empfohlen. Eine Kinderbetreuung mitgebrachter Kinder durch dienstfreies Personal sollte eingerichtet werden (z. B. im Betriebskindergarten).

1.4. Raumordnung, Wegeführung

Raumordnung und Wegeführung sind abhängig von der Schadens- oder Gefahrenlage, müssen aber im Vorfeld festgelegt sein (BBK, 2020).

Geregelt werden müssen:

- Räumliche Unterbringung der Führungsebenen (u. a. Stabsraum)
- Festlegung des innerklinischen Sichtungspunkts sowie eines alternativen Sichtungspunkts vor dem Krankenhaus
- Festlegung der Behandlungsbereiche entsprechend den Sichtungskategorien
- Anlaufpunkte sowie Bereitstellungsräume/Haltepunkte
- Anfahrtspunkte des Rettungsdienstes
- Anfahrtswege und Aufstellflächen Feuerwehr und Polizei

- Zugangswege für das Personal *
- Treffpunkt und Meldung Personal (Personalsammelstelle)
- Räumliche Unterbringung Personal
- Sammelplätze für Patientinnen und Patienten
- Wegeführung für Angehörige
- Betreuungsort für Angehörige
- Ort des Materiallagers
- Ggf Aufbau von Dekon-Strecken / Schleusen
- Empfangsort für Pressevertreter

* Auch dem erhöhten Bedarf an Parkmöglichkeiten durch die Fahrzeuge der Mitarbeitenden im Falle einer externen Nachalarmierung sollte Rechnung getragen werden – adäquate Parkmöglichkeiten sind im Vorfeld zu identifizieren und bekanntzugeben.

1.5. Kommunikation

Jedes Führungselement der BAO gibt die notwendigen Informationen oder Anweisungen nach unten oder oben weiter. Die Kommunikationswege und –mittel zwischen den Führungselementen sowie innerhalb dieser sind vorab festzulegen.

Im Sinne eines Krisenkommunikationsplans (DIN EN ISO 22361, 2023) sollten Funktionen, Verantwortlichkeiten und Maßnahmen der Mitglieder des Kommunikationsteams festgelegt werden. Es sollte eine strukturierte Konzeption für die Durchführung der Kommunikation entwickelt werden. In der Regel erfolgen die interne Kommunikation und Mitarbeiterinformation durch die taktische Führungsebene auf Basis der von der strategischen Ebene vorgegebenen Sprachregelung. Die Pressestelle ist auf der taktischen oder strategischen Ebene angesiedelt und steuert die koordinierte Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Es ist ebenso festzulegen, wer die Informationsweiterleitung an und Kommunikation mit beteiligten Organisationen oder Partnern, z. B. Polizei oder Feuerwehr, verantwortet. Liegt die Informationshoheit bei einem Partner, ist die Informationsweitergabe an die Öffentlichkeit und an die Presse diesem verantwortlichen Partner vorbehalten.

Um im Ereignisfall schnell reagieren zu können, sollten folgende Elemente der Krisenkommunikation vorbereitet werden (modifiziert nach DIN EN ISO 22361, 2023):

- Entwürfe erster Stellungnahmen
- Leitlinien für Mitarbeitende, die Anrufe entgegennehmen
- Darksites und Textbausteine
- Informationsblätter und Pressemappen
- Orte für Pressekonferenzen

- Liste der zu nutzenden Medienkanäle
- Instrumente und Systeme für die Überwachung und Einbindung sozialer Medien
- Liste der Beteiligten und ihrer Aufgaben und Funktionen
- Kontaktinformationen für Ressourcen, einschließlich Ansprechpartner

In der Regel ist die Telefonzentrale/ der Empfang ein Führungswerkzeug der taktischen Führungsebene und arbeitet nach deren Weisung.

Prinzipiell sollten bei der Kommunikation im Sinne des Stakeholder-Managements die verschiedenen Interessengruppen berücksichtigt werden.

1.6. Evakuierung, Räumung

Gefahren- und Schadenslagen können erfordern, dass alle Personen das Krankenhaus oder bestimmte Gebäudeteile verlassen müssen. Die Maßnahmen einer Räumung und Evakuierung sind im Vorfeld zu planen (s. Checkliste Anhang B). Dabei sind der/die Brandschutzbeauftragte/r, medizinisches Fachpersonal sowie BOS zu beteiligen. Für die Umsetzung der Maßnahmen bei Räumungen sind Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienste erfolgskritisch.

Eine Räumung läuft ohne Vorlaufzeit ab und bezeichnet das schnellstmögliche Herausbringen von Personen aus einem Gefahrenbereich. In der Regel wird eine Räumung durch eine Führungskraft oder ein Führungselement der BAO veranlasst. Ist jedoch erkennbar, dass aufgrund einer Gefahren- oder Schadenslage unmittelbar Menschenleben gefährdet sind, ist empfohlen, dass der/die ranghöchste anwesende Mitarbeitende vor Ort die Räumung veranlasst, durchführt und anschließend für seinen Bereich bestätigt. Sie/er übernimmt die Koordination der Erstmaßnahmen vor Ort, gibt die nötigen Anweisungen und steht – sofern bereits aufgerufen – im Kontakt zum taktischen Führungselement. Räumungsmaßnahmen müssen durch alle aktiv unterstützt werden.

Eine Evakuierung kann meist geplant und strukturiert ablaufen, da keine akute Gefährdung besteht. Vorbereitende Maßnahmen wie z. B. Erhebung von Patientenzahlen, Absage von Eingriffen, Abstimmung mit umliegenden Krankenhäusern, Planung der Transporte und Information von Mitarbeitenden, Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Öffentlichkeit sind zu treffen. Es sollte eine möglichst gleichwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten angestrebt werden. Die Koordination der Evakuierung obliegt dem taktischen Führungselement (BBK, 2020).

Die Entscheidung zur Evakuierung kann auch durch zuständige Gefahrenabwehrbehörden angeordnet werden. Daher sollte eine Abstimmung mit der örtlichen Gefahrenabwehrbehörde erfolgen.

1.7. Ressourcenmanagement und Logistik

Für das Krankenhaus sind die Komponenten Personal, Material und Raum von entscheidender Bedeutung und bestimmen die Versorgungsqualität von der Individualversorgung über die kompensierte Krisenversorgung mit gesicherter oder gefährdeter Versorgung bis hin zur dekompenzierten Krisenversorgung. In einer Schadenslage muss die Behandlungskapazität an den lagebedingten Bedarf angepasst werden, wofür die Beseitigung von Ressourcenengpässen entscheidend ist. Es sollte ein regelmäßiges Monitoring der Komponenten Personal, Material und Raum erfolgen. Für die Lagedarstellung kann das Windmühlenmodell hilfreich sein (Wurmb, Hahn, Leßnau, Meybohm, & Kraus, 2022). Dabei bilden die drei Komponenten jeweils einen Windmühlenflügel. Besonders zu betonen ist, dass der Windmühlenflügel mit dem geringsten Versorgungslevel die Versorgungsqualität des Gesamtsystems bestimmt.

Die nachfolgend genannte Ressourcenverteilung ist als grobe Einordnung anzusehen und muss hausspezifisch ausdefiniert werden.

1.7.1 Personal

In der Individualversorgung erfolgt die Personalrekrutierung aus vorhandenen Ressourcen über interne und/oder externe Alarmierung. Es wird ausschließlich eingelerntes Fachpersonal eingesetzt. In der kompensierten Krisenversorgung mit gesicherter Versorgung wird zunehmend Personal an bisher fremden Arbeitsplätzen eingesetzt, z. B. Intermediate-Care-Pflege auf Intensivstationen. In der kompensierten Krisenversorgung mit gefährdeter Versorgung erfolgt weitere Personalrekrutierung und eine zunehmende Aufgabenanpassung. In der dekompenzierten Krisenversorgung muss die Spezialisierung aufgegeben werden.

1.7.2 Material

In der Individualversorgung ist das vorhandene Material ausreichend. In der kompensierten Krisenversorgung mit gesicherter Versorgung werden die Materialressourcen durch eine erweiterte Beschaffung und Ausweitung der Lagerhaltung erhöht. Bei kompensierter Krisenversorgung mit gefährdeter Versorgung wird auf die Wiederverwendung von Material und Nutzung besonderer Bestände ausgeweitet. In der dekompenzierten Krisenversorgung fehlen Geräte und Versorgungsgüter.

1.7.3 Räume/Flächen

In der Individualversorgung werden die üblichen Räumlichkeiten verwendet, während in der kompensierten Krisenversorgung mit gesicherter Versorgung zusätzliche Räumlichkeiten aus versorgungstypischen Ressourcen gewonnen werden. Ist die Versorgung gefährdet, erfolgt die Rekrutierung weiterer Räume zur Intensivtherapie, z. B. Aufwachräume und OP-Säle. In der dekompenzierten Krisenversorgung werden medizinfremde Flächen und Räume genutzt.

1.8. Psychosoziales Krisenmanagement

Psychosoziales Krisenmanagement ist im Klinikalltag und auch in komplexen Gefahren- oder Schadenslagen notwendig (BBK, 2020). Zum einen wird darin die Stärkung der individuellen und sozialen Notfallbildung und -kompetenz im Vorfeld von Notfällen verstanden, um die individuelle Resilienz sowie die Widerstandsfähigkeit von Gemeinschaften zu fördern. Zum Psychosozialen Krisenmanagement zählen zudem die Gestaltung der Risiko- und Krisenkommunikation unter psychosozialen Gesichtspunkten sowie die Stärkung der Kompetenzen von Einsatz- und Führungskräften in der Führung und Kommunikation (Beerlage, 2025). Auch die Krisenstabsarbeit und insbesondere das Erstellen psychosozialer Lagebilder ist ein Handlungsfeld des Psychosozialen Krisenmanagements (Knoch, 2024).

Als Teil des Psychosozialen Krisenmanagements ist Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) ein System von Maßnahmen der kurz-, mittel- und langfristigen Unterstützung, Beratung und Therapie. Ziel der PSNV-Maßnahmen ist es, die Verarbeitung eines Notfallereignisses oder belastenden Einsatzes durch Ressourcenstärkung und -ergänzung zu ermöglichen und zu unterstützen. Außerdem sollen anhaltende psychische und soziale Belastungen vermieden und/oder abgepuffert werden (Beerlage, 2025).

PSNV-Maßnahmen sind gegliedert in Maßnahmen für Betroffene, d. h. Patientinnen und Patienten, Angehörige, Hinterbliebene oder Zeuginnen und Zeugen (PSNV-B) und Maßnahmen für Einsatzkräfte (PSNV-E), d. h. hier Mitarbeitende des Krankenhauses. Die PSNV-B erfordert Abstimmungen im Vorfeld, da diese in verschiedenen Bereichen (Polizei, Katastrophenschutz) stattfindet. Die Abkürzung PSNV-E ist nicht ganz treffend, da diese für Einsatzkräfte von Einsatzorganisationen verwendet wird (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), 2020). Daher wird die Abkürzung PSNV-M für Mitarbeitende als sinnvoll erachtet. Mit der Unterscheidung in PSNV-B und PSNV-M wird der Tatsache Rechnung getragen, dass sich die Ausgangsbedingungen und Bedürfnisse sowie Perspektiven der unterschiedlichen Betroffenenengruppen unterscheiden.

Für die PSNV-M ist die Festlegung im Arbeitsschutzgesetz (§ 2 ArbSchG) wesentlich. Durch den betrieblichen Arbeitsschutz müssen demnach auch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren abgewendet oder mindestens minimiert werden. Grundlage für betriebliche Maßnahmen ist die Gefährdungsbeurteilung (§ 5 ArbSchG), in der auch Gefährdungen durch traumatische Ereignisse zu erfassen sind. Leitet sich aus der Gefährdungsbeurteilung ein Handlungsbedarf ab, sind entsprechende präventive Maßnahmen zu treffen. Da sich nicht alle Quellen psychischer Traumatisierung technisch oder organisatorisch vermeiden lassen, müssen in solchen Fällen Maßnahmen zur Unterstützung und Betreuung betroffener Mitarbeitenden ergriffen werden (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), 2015).

Es wird empfohlen, ein Multiprofessionelles Kriseninterventionsteam (MKIT) im Krankenhaus aufzubauen mit speziell dafür qualifizierten psychosozialen Fachkräften (z. B. Ausbildung

zum/r betrieblichen psychologischen Erstbetreuenden). Auch die Seelsorge sowie ggf. klinikinterne Psychologinnen und Psychologen und Psychiaterinnen und Psychiater sollten in die PSNV einbezogen werden.

1.8.1 Psychosoziale Notfallversorgung für Mitarbeitende (PSNV-M)

- Informations- und Auskunftsstelle bzw. Hotline/Helpline
- Einzelsupervision und Teamsupervision
- Gewährung und Vermittlung weiterführender psychosozialer Hilfen (z. B. über UKBW) (BBK, 2020)

1.8.2 Psychosoziale Notfallversorgung für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige/„Betroffene“ (PSNV-B)

- Betrieb einer Angehörigeninformation und -betreuung, zielgruppenspezifisch angepasst an die Schadenslage
- Informations- und Auskunftsstelle bzw. Hotline/Helpline
- Gewährung und Vermittlung weiterführender psychosozialer Hilfen (BBK, 2020)

1.9. Objektschutz und Zutrittsrechte

Liegenschaften kritischer Infrastrukturen bedürfen eines besonderen Schutzes. Der physische Schutz von Krankenhäusern ist durch bauliche und technische Maßnahmen sicherzustellen.

Die Etablierung von Zutrittsrechten und -kontrollen sollte den Zugang zum Krankenhaus ausschließlich dazu befugtem Personal ermöglichen. Für die gesamten Liegenschaften ist ein Konzept zu erarbeiten, das Stufen mit bestimmten Zutrittsrechten vorsieht, z. B. Patientinnen und Patienten/Angehörige/Besuchende, Personal, Personal mit „Sonderfunktionen“. Als technische Umsetzung erfolgt dies in der Regel durch Transponder und einen elektrischen Schließmechanismus. Außerdem ist vor allem in Gefahren- und Schadenslagen sicherzustellen, dass der Zutritt nicht-autorisierten Personen verwehrt wird. Sensible Bereiche wie z. B. der Stabs- oder Serverraum sollten mit einem entsprechenden Sicherheitskonzept ausgestattet sein und es sollte die Möglichkeit bestehen, diese abzuriegeln.

Zur Erhebung von Ansprechpersonen und Festlegung von Meldewegen in Notfällen ist der Kontakt mit der regional zuständigen Polizeidienststelle aufzunehmen. Diese steht auch für Empfehlungen in Bezug auf baulich-technische Sicherungsmaßnahmen zur Verfügung.

2. Business Continuity Management – Wiederanlauf und Wiederherstellung bei Störungen und Ausfällen

Im Sinne eines betrieblichen Kontinuitätsmanagements / Business Continuity Managements müssen Krankenhäuser Vorplanungen treffen, um auf den Voll- oder Teilausfall verschiedener Prozesse oder Bereiche zu reagieren. Ziel des BCM ist sicherzustellen, dass der Geschäftsbetrieb auch bei Schadensereignissen nicht unterbrochen wird oder nach einer Unterbrechung in angemessener Zeit auf einem definierten Mindestniveau fortgeführt werden kann (BSI, 2023). Je nach Größe der Einrichtung ist für die Erstellung und Fortführung dieser Planungen ein eigenes BCM mit einem/r Business-Continuity-Manager/in (BC-Manager/in) sowie BC-Koordinatorin/Koordinator einzurichten. Letztere führen die Prozessspezialisten der Abteilungen zusammen und sind für das Monitoring von Abhängigkeiten und die Kompatibilität zwischen den verschiedenen Plänen verantwortlich.

Sämtliche direkt oder indirekt mit der Patientenversorgung befassten Bereiche sollten alternative Abläufe für zeitkritische Prozesse erarbeiten, sog. Wiederanlaufkonzepte. Als zeitkritisch gelten Prozesse, wenn deren Ausfall in einem vom Krankenhaus definierten Zeitraum zu nicht tolerierbaren Auswirkungen führt.

Die Wiederanlaufkonzepte beschreiben alle Maßnahmen, um strukturiert in einen vorab geregelten Notbetrieb wechseln zu können (s. Abbildung 4). Je nach Bereich und Anwendbarkeit sollten u. a. alternative Prozesse für einen Ausfall von Gerätschaften (z. B. Maschinen, Fahrzeuge, Betriebsstoffe), Technik (z. B. Strom, Wasser, Lüftung, medizinische Gasversorgung), IT (sämtliche Soft- und Hardware; die Wiederanlaufkonzepte hängen mit dem jeweiligen Digitalisierungsgrad zusammen) und Personal geplant und dokumentiert werden. Ggf. weitere für den Prozess notwendige Ressourcen sind ebenfalls einzubeziehen. Außerdem sollte die Information der vor- bzw. nachgelagerten Stellen über die Prozesse des Notbetriebs beachtet werden. Zeithorizonte für die Wiederanlaufkonzepte müssen mit dem/der BC-Managerin/Manager und der jeweils für den Wiederherstellungsprozess zuständigen Fachabteilung abgestimmt werden.

In einem Schadensereignis läuft parallel zum Wiederanlauf und zum Notbetrieb die Wiederherstellung der ausgefallenen Ressource(n), welche ebenfalls Teil des BCM ist. Der Wiederherstellungsprozess hat einen Zustand zum Ziel, in dem der Normalbetrieb wieder möglich ist. Er umfasst alle Tätigkeiten ausgehend vom Beginn der Bewältigung bis hin zur Deeskalation des Ereignisses. Typischerweise erfolgt die Wiederherstellung ausgefallener Ressourcen durch die ressourcenzuständigen Organisationseinheiten. Diese sind üblicherweise nicht Teil der BAO, sondern arbeiten parallel zu deren Maßnahmen (BSI, 2023). Ausgefallene Ressourcen können z. B. neu beschafft, Ersatzteile eingesetzt oder Komponenten neu installiert und konfiguriert werden. Beispiele für Abteilungen, die typischerweise Wiederherstellungskonzepte benötigen, sind IT und Technik.

Hat der Ausfall eines Bereichs oder einer Ressource Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit der kritischen Prozesse des Krankenhauses, ist die BAO auf der entsprechend notwendigen Stufe aufzurufen (s. III.1.2). Zu alarmieren sind ebenso das Bewältigungsteam der für die Wiederherstellung zuständigen Abteilung und die Bewältigungsteams der Fachabteilungen (z. B. zuständig für die Aufnahme der Arbeit an Ausweicharbeitsplätzen und Aufnahme von Ausweichverfahren im Notbetrieb) (BBK, 2020; BSI, BSI-Standard 200-4 Business Continuity Management, 2023). Tritt im Notbetrieb oder Wiederherstellungsprozess eine Ressourcenknappheit ein, muss (z. B.) vom taktischen Führungselement eine Priorisierung und Verteilung gesteuert werden.

Die Nacharbeiten im Anschluss an den Wiederherstellungsprozess benötigen in der Regel personelle oder maschinelle Ressourcen. Dieser erhöhte Ressourcenbedarf muss berücksichtigt werden, alternativ kann der Regelbetrieb erst nach den Nacharbeiten wieder aufgenommen werden.

Eine Dokumentenvorlage für die Wiederanlauf- und Wiederherstellungspläne sowie weitere Handreichungen für das BCM finden sich auf der Website des BSI³. Die Wiederanlauf- und Wiederherstellungskonzepte sollten an einer zentralen Stelle gesichert abgespeichert sowie in ausgedruckter Form vorgehalten werden. Dies gilt ebenfalls für sämtliche Papierformulare, die für die analogen Prozesse benötigt werden (Anforderungen, Bestellscheine, etc.). Ein regelmäßiger Überarbeitungszyklus der Konzepte ist zu etablieren.

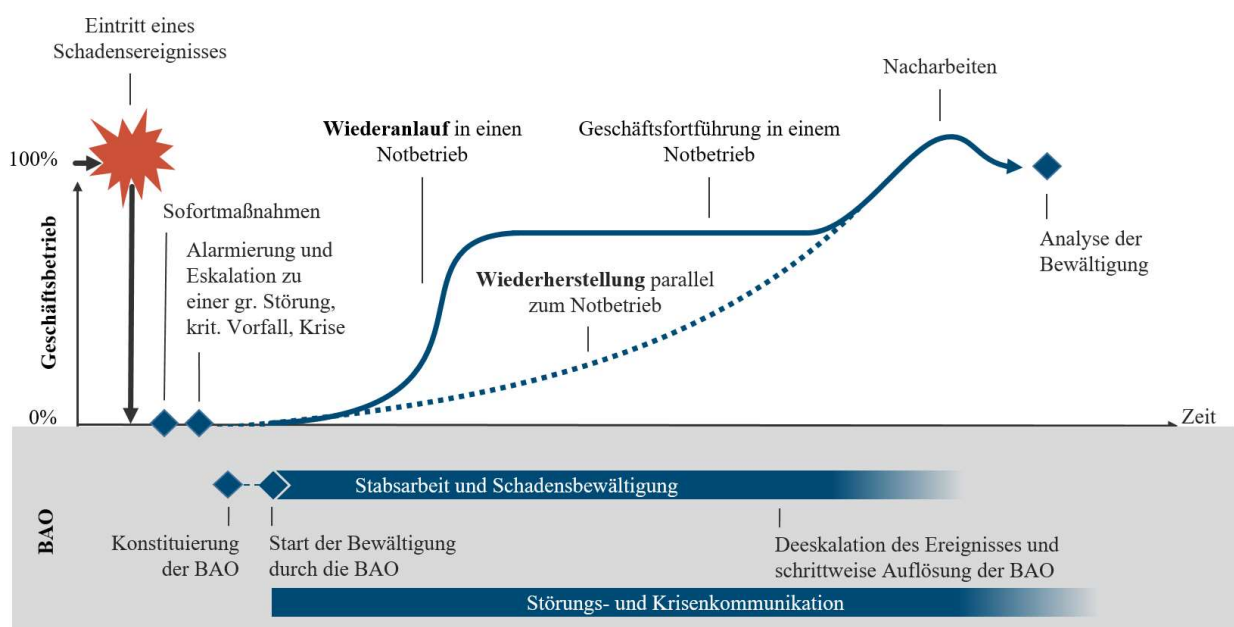


Abbildung 4: Schadensbewältigung mit BCM in der BAO modifiziert nach BSI-Standard 200-4

³ <https://www.bsi.bund.de/dok/200-4-hilfsmittel>

2.1. Medizin

Wiederaufbau in einen Notbetrieb: Sämtliche medizinische Funktionsbereiche und bettenführende Abteilungen sollten alternative Abläufe definieren, z. B. Ambulanz, Endoskopie, HKL, Intensivstation/Normalstation, Labor, Mikrobiologie, OP, Pathologie, Radiologie, Urologie. Dafür sind voraussichtlich nicht mehr zu Verfügung stehende Diagnose- und Therapiemöglichkeiten bei verschiedenen Ausfallszenarien (z. B. Strom, Wasser, IT, Kühlung, etc.) zu identifizieren. Es müssen z. B. Maßnahmen der hausinternen Umorganisation festgelegt werden, Prozesse zur papiergestützten Arbeit und Befundübermittlung definiert und Vereinbarungen oder Kontakte zu externen Partnern festgehalten werden.

Besonders wichtige oder überlebensnotwendige Geräte müssen mit Notstrom versorgt werden. U. a. Labor, Pathologie und Radiologie sollten eine Priorisierung der Patientinnen und Patienten oder Proben aufstellen.

2.2. Krankenhausinformationssystem (KIS)

Wiederaufbau in einen Notbetrieb: Es sollten alternative Kommunikationsformen mit internen und externen Partnern geplant und vorgehalten werden (Faxmeldungen, telefonische Kommunikation, papiergestützte Anforderungen und Befundrückübermittlung).

Für den Fall des KIS-Ausfalls sollten Patientenakten in Papierform vorgehalten werden. Diese sollten folgende Formulare enthalten: Anamnese, Visiten, Arztanordnung, Verlaufsbericht, Krankengeschichte, Kurvenblätter, Pflegeanamnese, Pflegeplanungen, Pflegebericht, Wunddokumentation, Verlegungsbericht, OP-Checkliste, Bewegungsprotokoll, MRSA-Dokumentation, Palliative Komplexbehandlung, Überwachungsbogen, Intensiv Überwachungsbogen.

Des Weiteren sollten insbesondere folgende Formulare in Papierform vorgehalten werden:

- Formulare Leistungsanforderungen und Befundrückübermittlung (EKG, Röntgen, Konsile, Labor, Pathologie, Sozialdienst, Physiotherapie)
- Rezeptformulare für die interne Apothekenbelieferung
- Formulare Entlassungsprozess (Entlassbrief, Verordnungen, Krankschreibungen, Transportscheine, etc.)

2.3. Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP)

Wiederaufbau in einen Notbetrieb: Der Ausfall der Zentralen Sterilisation bzw. Aufbereitung von Medizinprodukten kann in kurzer Zeit zu erheblichen Störungen der Funktionalität des OP-Bereiches und damit einer Einschränkung der Behandlungskapazität führen. Die Grundprinzipien und gesetzlichen Regelungen der Sterilisation sind auch in Gefahrenlagen einzuhalten. Es muss definiert werden, welche Störungen oder Ausfälle innerhalb der AEMP kompensiert werden können und welche Maßnahmen dafür notwendig sind. Eine Priorisierung von dringend benötigten Sieben und Instrumenten sollte aufgestellt werden (HMFG, 2024).

Je nach Art des Ausfalls können z. B. elektrisch betriebene zentrale oder geräteseitig dezentrale Schnelldampferzeuger Ersatzlösungen sein, die zumindest für einen Teil der Instrumentenaufbereitung in Reinigungs- und Desinfektionsgeräten (RDG) oder Dampfsterilisatoren eine schnell verfügbare und gute Alternative bieten (BBK, 2020). Außerdem sollten Einmal-Medizinprodukte sowie Sieblisten in Papierform vorgehalten werden. Es sollte geplant und dokumentiert werden, ab wann und wohin der Prozess notfalls ausgelagert wird.

2.4. Apotheke

Wiederaufstart in einen Notbetrieb: Um die Folgen eines Ausfalls der Apotheke bis zur Entfaltung der Wirkung von Notfallmaßnahmen puffern zu können, sollte ein Notfalldepot (z. B. Antidota, Antibiotika, PEP) angelegt werden (HMFG, 2024).

Für Lieferausfälle sollten alternative Lieferanten bestimmt und ggf. Kooperationen mit benachbarten Apotheken getroffen werden. Bezüglich technischer und IT-Ausfälle muss vorab festgelegt werden, wie die Lagerhaltung vorschriftsgemäß fortgeführt und Anforderungen abgewickelt werden können. Die Notstromversorgung wichtiger Lagerstätten und Kühleinrichtungen ist zu prüfen und ggf. anzupassen. Auch die eigene Arzneiprodukte-Herstellung sowie Substitutionsmöglichkeiten sollten in der Planung bedacht werden. Auslagerungsmöglichkeiten sind zu prüfen und einzubeziehen.

2.5. Blutbank

Wiederaufstart in einen Notbetrieb: Die Auswirkungen eines Ausfalls sind davon abhängig, ob das Krankenhaus selbst eine Transfusionsmedizin betreibt oder von einem Dienstleister abhängig ist. Es müssen alternative Lieferwege und -partner festgelegt werden, über die verbrauchte Produkte aufgefüllt werden können. Es sollten Absprachen mit den Blutspendediensten erfolgen u. a. zu Verfügbarkeit und Kommunikation. Zusätzlich sollten auch Pläne für eine mögliche Kapazitätserhöhung aufgestellt werden, zum Beispiel für eine personelle Verstärkung der Blutbank im Falle eines MANV (s. III.3.2). Die Notstromversorgung wichtiger Lagerstätten und Kühleinrichtungen ist zu prüfen und ggf. anzupassen (HMFG, 2024).

2.6. Gastronomie/Verpflegung

Wiederaufstart in einen Notbetrieb: Die Sicherstellung der Verpflegung (Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten) muss organisiert werden. Die Ausfallplanungen sind davon abhängig, ob das Krankenhaus über eine eigene Küche verfügt oder auf eine Belieferung angewiesen ist.

Für den Ausfall sämtlicher Maschinen und Prozesse müssen soweit möglich alternative, ggf. manuelle Abläufe definiert werden. Auch muss für einen Ausfall der Informations- oder Kommunikationstechnik ein Ablauf für die interne und externe Essensbestellung festgelegt werden. Vorab sollten außerdem Alternativen zur Essensbeschaffung ausgearbeitet werden, z. B.

Cateringservice oder alternative Lieferanten, welche aktiviert werden, wenn die Essensversorgung nicht mehr aufrechterhalten werden kann.

Für Personal- oder technische Ausfälle sollte ein Bestand an Getränken und Kaltverpflegung – auch für Mitarbeitende – eingelagert werden. Es sollte verpackte Ware/ Getränke angeboten werden. Bei der Vorratshaltung von Lebensmitteln sollte die Wälzung gemäß Haltbarkeit mitgeplant werden. Hinsichtlich der Patientenverpflegung sollten Gerichte bzw. eine Kostform angeboten werden, bei der die größte Anzahl an Patientinnen und Patienten abgedeckt wird (z. B. Leichte Kost + vegetarische Kost).

2.7. Hauswirtschaft/Reinigung/Wäscherei

Wiederanlauf in einen Notbetrieb: Ein Ausfall der Wäscherei – unabhängig davon ob es sich um eine eigene Wäscherei oder eine externe Firma handelt – kann schnell zu einer Störung der Versorgung der Patientinnen und Patienten führen. Zudem kann die Funktionswäsche aller Berufsgruppen betroffen sein. Eine Bevorratung an Berufskleidung und Stationswäsche für mehrere Tage, um einen kurzfristigen Ausfall ohne Einschränkungen der Funktionalität oder Behandlungskapazität überbrücken zu können, sollte erfolgen. Bei einem externen Dienstleister ist zu prüfen, ob ein Ausfallkonzept besteht. Zudem sollten Ausweichmöglichkeiten und ein Wäschesparkonzept definiert werden.

Für die Reinigung sollten alternative Lieferanten für Material sowie alternative Dienstleister dokumentiert werden. Außerdem sollte geprüft werden, ob vertragliche Regelungen für einen Ausfall auf Seiten des Dienstleisters bestehen oder abgeschlossen werden. Im Krankenhaus ist vorausplanend eine Priorisierung der zu reinigenden Bereiche vorzunehmen.

2.8. Kommunikation und Marketing

Wiederanlauf in einen Notbetrieb: Die Kommunikationsabteilung benötigt alternative Arbeitsmittel und Kommunikationswege für bspw. einen Ausfall von Kommunikations- oder Informationstechnik. Dabei ist die interne und externe Kommunikation zu beachten.

2.9. Finanzdienstleistungen

Wiederanlauf in einen Notbetrieb: Insbesondere für längere Ausfälle der Abteilung Finanzdienstleistungen sollten alternative Prozesse festgelegt werden. Kontaktdaten zu Debitoren und Kreditoren sollten vorgehalten werden.

2.10. Personalabteilung/Gehaltsabrechnung

Wiederanlauf in einen Notbetrieb: Die Zahlung der monatlichen Bezüge an das Personal ist für einen Ausfall der Personallohnabrechnungssoftware zu planen. Die Überweisungsdaten

der Mitarbeitenden sollten dafür gesichert werden. Ebenso ist eine kontinuierliche monatliche Sicherung der Gehaltsauszahlungen zu empfehlen als Basis für eine „manuelle“ Auszahlung, z. B. in Form eines Abschlags vom Vormonat, sollte die Dokumentation der geleisteten Dienste nicht zugänglich sein. Es ist eine Absprache mit der Hausbank über einen alternativen Ablauf und das Format der notwendigen Daten zu treffen.

Vor allem in Hinblick auf länger andauernde Ausfälle sollte der Online-Bewerbungsprozess und eine entsprechend proaktive Kommunikation berücksichtigt werden.

2.11. Medizincontrolling/Leistungsabrechnung

Wiederanlauf in einen Notbetrieb: Um einen Wiederanlauf zu ermöglichen, sollte ein Telefon- und Kontaktregister mit den wichtigsten Kontakten und Ansprechpartnern (bspw. Kostenträger, Medizinischer Dienst, Rechtsanwälte, etc.) analog und als digitales Back-Up vorgehalten werden. Backup-Dateien und Programme sollten auf einer externen Festplatte netzwerkunabhängig vorgehalten werden. Auch die unterschiedlichen Formen der Qualitätssicherung sind zu berücksichtigen.

2.12. Abfallentsorgung

Wiederanlauf in einen Notbetrieb: Die Abfallentsorgung z. B. bei einem Ausfall von Maschinen (Müllpresse), Personal und Logistik(-dienstleister) ist soweit möglich durch Umorganisation im Haus sicherzustellen. Geeignete Lagerflächen im und am Krankenhaus sollten vorgeplant sowie vorgesehene Flächen vorbereitet werden (z. B. Zugangsschutz). Geeignete, ggf. verschlossene Behälter und stabile Kunststoffsäcke (z. B. Schwerlastsäcke) sind vorzuhalten (BBK, 2023). Kontaktdaten zu alternativen Entsorgungsunternehmen sollten dokumentiert werden.

2.13. Einkauf

Wiederanlauf in einen Notbetrieb: Neben dem Ausfall von Software ist vor allem der Ausfall von Lieferanten und Lieferketten zu berücksichtigen. Kontaktlisten externer Lieferanten sollten regelmäßig gepflegt und ausgedruckt und der alternative Bestellvorgang mit diesen abgesprochen werden. Nachzubestellendes Material inkl. Artikelnummern sollte je Bereich/Abteilung als Papierlisten vorgehalten werden. Außerdem sollten alternative Lieferanten ermittelt sowie Kontakte dokumentiert werden.

2.14. Lager und Logistik

Wiederanlauf in einen Notbetrieb: Für einen Ausfall des Lagers und/oder der Logistik sind auf den Stationen und in den Funktionsbereichen festzulegende Mengen an Material zu bevorzugen. Für die elektronische Materialanforderung sollte ein Backup geplant werden. Lagerbestände sollten regelmäßig gesichert werden für den Fall eines IT-Ausfalls.

2.15. IT

IT-Ausfälle können nicht-intendiert, wie bspw. durch ein technisches Problem, oder intendiert sein, z. B. bei einem Cyber-Angriff. In Krankenhäusern finden sich neben der klassischen Informationstechnik (z. B. PC-Arbeitsplätze, Betriebssysteme) auch IT-Systeme und Komponenten in technischen Unterstützungsprozessen wie der Kommunikationstechnik (z. B. Rufsysteme und Diensttelefonie) und der Versorgungstechnik (z. B. Sanitäre Anlagen, Wärme/Heizung und Klima/Kühlung), aber auch in der Medizintechnik (z. B. Patientendatenmanagementsysteme, Telemedizinische Systeme/Telemetrie-Systeme) (BBK, 2020). Störungen der IT können zum Ausfall oder zu erheblichen Beeinträchtigungen der kritischen Prozesse und zur Einschränkung der Funktionalität des Krankenhauses führen, was einen hohen Schaden für das Krankenhaus zur Folge haben oder gar Gesundheit und Leben der Patientinnen und Patienten gefährden kann.

Grundlage für den Schutz der IT-Systeme und der dadurch erstellten, verarbeiteten oder transportierten Informationen ist ein ganzheitliches Informationssicherheitsmanagement, das auf den Ergebnissen des Risikomanagements und der proaktiven IT-Ausfallplanung aufbaut (BBK, 2020). Das NIS-2-Umsetzungs- und Cybersicherheitsstärkungsgesetz wird vsl. in naher Zukunft konkretere Vorgaben auch für Krankenhäuser machen.

Die Bedrohungslage durch Cyberkriminalität ist von steigender Komplexität und Intensität, zudem steigt die potenzielle Schadenshöhe (BMI, Cybersicherheitsstrategie für Deutschland, 2021). In Krankenhäusern sind Cyberangriffe keine Seltenheit (von der Forst, Popp, Weigand, & Neuhaus, 2023). Aufgrund der täglichen Gefahr und ausgefeilten Angriffsmethoden kommt der regelmäßigen Sensibilisierung der Mitarbeitenden als präventive Maßnahme eine besondere Bedeutung zu (s. auch Gesetzesbegründung NIS2UmsuCG).

Je nach Art des Vorfalls und des betroffenen Systems können IT-Störungen im Krankenhaus an unterschiedlichen (internen und externen) Stellen zuerst auffallen (Beispiele: durch Stationspfleger oder Ärzte bei Ausfällen oder Prozessunregelmäßigkeiten wie stark verlangsamte IT-Prozesse, durch regelmäßige bzw. kontinuierliche Analysen in der IT-Abteilung, Warnungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), oder Meldungen in der Presse, durch Externe etc.). Störungen der IT werden in der Regel zunächst dem IT-Support des Krankenhauses gemeldet. Dabei muss sichergestellt sein, dass rund um die Uhr IT-Experten erreichbar sind, die technisch und personell auf eine Meldung reagieren können – außerhalb der regulären Arbeitszeiten beispielsweise durch Schicht- oder Bereitschaftsdienste oder durch Outsourcing (BBK, 2020). Ein Alarmplan (s. III.1.3) für den Ablauf der Meldekette, die Lagebeurteilung und Alarmierung ist zu erstellen. Neben der Alarmierung (ggf.) der BAO sowie der Bewältigungsteams ist bei IT-Störungen schnellstmöglich über Sofortmaßnahmen wie z. B. das kontrollierte Herunterfahren von Servern und IT-Systemen zu entscheiden.

Die jeweils aktuelle Version der IT-Ausfallplanung ist auch als Offlinelösung (ggf. als Papierausdruck) vorzuhalten. Dazu gehören auch Server- und Lagepläne sowie Informationen zu

den Spezifikationen der relevanten IT-Infrastrukturen (z. B. Hersteller, Seriennummer, Software und Softwareversion (BBK, 2020).

Bei einem Cyberangriff im Krankenhaus müssen verschiedene Rechtspflichten beachtet werden, die unterschiedliche Voraussetzungen und Adressaten haben. Die Nicht-Befolgung insbesondere der Meldepflichten nach dem BSI-Gesetz und der Datenschutz-Grundverordnung kann Strafmaßnahmen für die Klinik zur Folge haben, die den entstandenen finanziellen Schaden noch vergrößern könnten (klüsiko bw e.V., 2024). Für die Meldung stellt das BSI ein Melde- und Informationsportal zur Verfügung⁴; Informationen zu den meldepflichtigen Ereignissen und dem vorgeschriebenen Verfahren finden sich unter <https://www.bsi.bund.de/dok/12211790>. Darüber hinaus kann je nach Szenario auch eine Information des jeweiligen Landesdatenschutzbeauftragten sowie des jeweiligen Krankenhaus-Gewährträgers, der Aufsichtsbehörden oder lokalen Entscheidungsträger (z. B. Ministerien, Oberbürgermeister, Landrat) erforderlich werden. Die relevanten Melde- und Informationswege sind hausspezifisch zu dokumentieren.

Weitere Hinweise für die Vorbereitung, den Notbetrieb und die Bewältigung eines Cyberangriffs finden sich in den Handlungsempfehlungen der klüsiko bw e.V. (2024).

Wiederaufbau in einen Notbetrieb: Für die Sofortmaßnahmen notwendige Anweisungen und konkrete Aufgaben sind im Vorfeld festzulegen und zu dokumentieren. Für den Wiederaufbau können z. B. vorab beschaffte und Bereichen zugewiesene Laptops verteilt werden, die netzwerkunabhängig sind. Weitere Ausweichsysteme sind in Betrieb zu nehmen. Im Fall von IP-Telefonie sind redundante Kommunikationskanäle aufzubauen und bei einem IT-Ausfall zu aktivieren (s. III.2.16.2). Die IT-Abteilung benötigt selbst einen Notbetrieb, der eine Arbeitsfähigkeit so weit ermöglicht, dass der Wiederherstellungsprozess erfolgen kann.

Wiederherstellung: Für sämtliche im Krankenhaus eingesetzte Informationstechnik müssen Wiederherstellungspläne erstellt werden.

2.16. Technik

2.16.1 Strom

Wiederaufbau in einen Notbetrieb: Nahezu alle Prozesse im Krankenhaus fußen auf einer funktionierenden Stromversorgung (BBK, 2020). Die Absicherung bei Stromschwankungen oder kurzfristigen Ausfällen erfolgt über dieselbetriebene Notstromaggregate. Kraftstoff ist vorzuhalten – je nach Lagermöglichkeiten wird eine Kraftstoffmenge von bis zu 72 Stunden empfohlen (BBK, 2023) – und rechtzeitig nachzubestellen. Auch längere Stromausfälle und die damit verbundenen Wartungsarbeiten an Notstromaggregaten sind zu berücksichtigen

⁴ <https://mip2.bsi.bund.de/>

(Vorhaltung von z. B. Starterbatterie, Kraftstofffilter, Schmieröl, Sicherungen). Ein in Betrieb befindliches Notstromaggregat sollte fortlaufend überprüft werden. In Hinblick auf den Notbetrieb können Kooperationsverträge mit treibstoffliefernden Unternehmen vereinbart werden.

Zur Schonung des Treibstoffvorrats sollten Checklisten zur Abschaltung weniger wichtiger technischer Anlagen und Geräte geplant und erstellt werden. Die Beschaffung und Hinterlegung von Taschen- und Stirnlampen inkl. einer entsprechenden Menge von Batterien/Akkus in wichtigen bzw. fensterlosen Bereichen kann bei einem Ausfall der (Not-)Beleuchtung hilfreich sein.

Um die Notstromaggregate zu testen, werden regelmäßige Schwarztests empfohlen, bei denen die Normalstromversorgung bewusst unterbrochen wird. Diese müssen strukturiert aufgearbeitet und die Versorgungssicherheit damit kontinuierlich stabilisiert werden.

Wiederherstellung: Für die Wiederherstellung der Stromversorgung ist ein Prozess in Absprache mit dem Stromversorger zu erarbeiten.

Mehr Informationen zum Stromausfall siehe auch in der Publikation „Krisenvorsorge im Krankenhaus: Gesundheitsversorgung trotz Gasmangel und Stromausfall“ des BBK (2023).

2.16.2 Kommunikation

Wiederanlauf in einen Notbetrieb: Neben einer Risikominimierung liegt der Fokus der Vorplanungen auf der Einführung alternativer IT- und Kommunikationsmittel.

Für die Kommunikation zu Mitarbeitenden, externen Dienstleistern und BOS sollten prinzipiell Erreichbarkeits- und Telefonlisten analog vorgehalten werden. Es wird die Vorhaltung von Reserve-Kommunikationstechnik, z. B. digitaler Betriebsfunk, für strategisch wichtige Bereiche empfohlen. Für eine punktuelle Kommunikation von wenigen Entscheidungsträgern am Standort und zur Stabs-Kommunikation mit übergeordneten Stellen bieten sich außerdem Satellitentelefone an (klüsiko bw e.V., 2024). Im Krankenhaus müssen weitere Redundanzen geschaffen werden, z. B. über die Vorhaltung einsatzbereiter Mobilfunktelefone (Akku geladen!) mit vorab festgelegter Zuordnung für die wichtigsten Personen, Funktionen und Funktionsbereiche (BBK, 2020). Zu jedem Mobiltelefon wird eine Notfall-Telefonliste in Papierform beigelegt.

Als Kommunikationsplattform eignet sich auch ein vom Standortbetrieb unabhängiges Messenger System. Dieses ist für den Notbetrieb zu konfigurieren und an die betreffenden Personengruppen zu kommunizieren. Die Nutzung kann über private und dienstliche mobile Endgeräte und eine standortunabhängige Mobildatenverbindung oder über private Netzwerke zur Einbindung von Externen erfolgen (klüsiko bw e.V., 2024).

Interne Alarme wie z. B. Reanimations-/Schockraumalarm oder Notsectio müssen berücksichtigt und alternative Alarmierungswege etabliert werden, falls diese vom Kommunikationsausfall mitbetroffen sind. Auch kann je nach Art und Ausmaß des Ausfalls die Wirksamkeit von Gefahrenmeldeanlagen, z. B. Brandmeldeanlagen oder Einbruchanlagen in den Gebäuden des Krankenhauses beeinträchtigt sein. Dadurch gehen im Routinebetrieb bestehende, automatisierte Schnittstellen zur Feuerwehr, Polizei o. ä. und Alarmierungsabläufe verloren. Auf einen Ausfall dieser Anlagen muss nötigenfalls mit dem zusätzlichen Einsatz von Sicherheitspersonal an neuralgischen Punkten bzw. der Stellung einer Brandwache zur Überwachung der betroffenen Bereiche reagiert werden (klüsiko bw e.V., 2024). Es ist sicherzustellen, dass bei Bedarf manuell eine Alarmierung der anwesenden Personen sowie der Feuerwehr bzw. Polizei erfolgt.

Für die externe Alarmierung muss in Hinblick auf einen IT-Ausfall – falls der Alarmserver nicht cloudbasiert betrieben wird – eine alternative Alarmierung mithilfe von Telefonlisten vorgeplant werden (s. III.1.3).

Wiederherstellung: Die Wiederherstellung der Kommunikation liegt in der Verantwortung der Technik bzw. bei IP-Telefonie in der Verantwortung der IT-Abteilung.

2.16.3 Wasser und Abwasser

Wiederaanlauf in einen Notbetrieb: Die Versorgung mit Trinkwasser erfolgt in der Regel über eine externe Versorgung. Eine Störung oder ein Ausfall der Trinkwasserversorgung oder Abwasserentsorgung kann zu einer weitreichenden Notlage führen (BBK, 2020). Die Exceltabelle Materialbedarf Grundversorgung⁵ ist eine Hilfestellung zur Berechnung des Grundbedarfs an Gütern, Getränken und Alternativen für WCs für den Krankenhausbetrieb (BBK, 2020).

Im Zuge des Wiederaanlaufs sollten schnellstmöglich Informationen über den Sachstand der Störung, deren Umfang und Dauer beim Wasserversorger eingeholt werden. Es sollte auch eine Absprache mit dem Gesundheitsamt und der Gefahrenabwehrbehörde stattfinden. Ein Wassersparkkonzept ist zu erarbeiten, um den Verbrauch zu reduzieren. Ggf. müssen Prozesse stillgelegt oder durch wasserlose Alternativen ersetzt werden. Hierzu kann z. B. die Vorhaltung von Einmalprodukten zur Pflege von Patientinnen und Patienten oder Beutel zur Verwendung in Steckbecken und Toilettenstühlen sinnvoll sein. Die Notstromversorgung der eigenen Hebeanlagen (Pumpen) sollte geprüft und ggf. ergänzt werden. Außerdem können Prozesse der Brauchwassernutzung z. B. für Toiletten erarbeitet werden (BBK, 2023).

⁵ <https://www.th-koeln.de/nowater>

Wenn möglich sollten Redundanzsysteme geplant und im Störfall aktiviert werden, z. B. ein Umschalten zwischen verschiedenen Einspeisungen des Wasserversorgers. Leitungsgebundene Ersatzversorgungen wie die Nutzung von Verbundleitungen sind immer zu bevorzugen, da somit eher die Einhaltung der Vorgaben der Trinkwasserversorgung gewährleistet werden kann. Leitungsungebundene Maßnahmen, z. B. der Transport via Tankwagen, weisen neben den hygienischen Aspekten u. a. Probleme hinsichtlich des logistischen Aufwands und der unterbrechungsfreien Versorgung auf (BBK, 2020). Für die Trinkwasserversorgung als Nahrungsmittel ist auch die Beschaffung von Flaschenwasser einzubeziehen.

Eine (hausinterne) Verlegung von Patientinnen und Patienten aus besonders betroffenen Bereichen kann in Erwägung gezogen werden. Die Entscheidung zur Evakuierung sollte gut durchdacht und reflektiert und stets das letzte Mittel zur Ereignisbewältigung sein.

Wiederherstellung: Die Wiederherstellung der Trinkwasserversorgung muss in Absprache mit dem Gesundheitsamt erfolgen, da dieses das Trinkwasser freigeben muss. Je nach Dauer des Ausfalls wird die Unterbrechung klassifiziert und die Wiederherstellung unterliegt unterschiedlichen Anforderungen (NOWATER, 2024). Bei der Wiederherstellung der Abwasserentsorgung ist das von Abwasser ausgehende erhöhte Infektionsrisiko zu beachten, das durch die Umsetzung entsprechender Schutzmaßnahmen in Abstimmung mit der Krankenhaushygiene gesenkt werden sollte.

Im Weiteren wird auf die Dokumente des NOWATER Projekts⁶ verwiesen.

2.16.4 Medizinische Gasversorgung

Wiederaufstart in einen Notbetrieb: Bei der medizinischen Gasversorgung handelt es sich um medizinische Druckluft und medizinischen Sauerstoff. Eine Planung im Fall einer Einschränkung der Versorgung ist zu erarbeiten. Bei der medizinischen Druckluft sollte vorab geklärt werden, dass die Herstellung mit Notstrom versorgt wird. Die Patientenversorgung mit Sauerstoff kann ggf. durch Alternativen wie z. B. tragbare Sauerstoffdruckflaschen sichergestellt werden. Außerdem sind vorab alternative Lieferanten zu ermitteln. Sind Inhalationsanästhetika betroffen, ist auf andere Arzneimittel umzustellen (BBK, 2020).

Wiederherstellung: Die Wiederherstellung der ausgefallenen Ressource muss in Abstimmung mit dem Lieferanten, der Technik und ggf. Apotheke erfolgen.

⁶ <https://www.bbk.bund.de/DE/Themen/Kritische-Infrastrukturen/KRITIS-Projekte/NOWATER/nowater>

2.16.5 Wärme- bzw. Primärenergieträgerversorgung und Kälteversorgung

Wiederaanlauf in einen Notbetrieb: Krankenhäuser benötigen für primäre und sekundäre Betriebsprozesse geeignete Lösungen für die Wärmeversorgung (Heizung, Warmwasserbereitung), Dampfversorgung (Sterilisation, Klimatisierung) und Kühlung (MRT, OP). Eigene Ersatzlösungen mit geeigneten Brennstoffvorräten sind erforderlich. Für die Vorplanung von Störungen und Ausfällen sollten neben dem Anlegen von Kraftstoffvorräten verschiedene Möglichkeiten der Einspeisung geprüft werden. Für die Wärme- bzw. Kälteversorgung sind ggf. mobile Geräte vorzuhalten. Außerdem sollten die Priorisierung und Reduktion der Versorgung geprüft (z. B. Raumluftechnik) und alternative Lieferanten festgelegt werden.

Wiederherstellung: Die Wiederherstellung der ausgefallenen Ressource(n) muss in Absprache mit dem Lieferanten erfolgen.

Mehr Informationen zur Gasmangellage siehe auch in der Publikation „Krisenvorsorge im Krankenhaus: Gesundheitsversorgung trotz Gasmangel und Stromausfall“ des BBK (2023).

3. Spezielle Schadenslagen

Bei den nachfolgenden speziellen Schadenslagen gilt grundsätzlich:

- Risikoanalyse (s. 0.3.2)
- Führungsorganisation (s. III.1.2)
- Alarmierung (s. III.1.3)
- Krisenkommunikation (s. III.1.5)
- Evakuierung (s. III.1.6)
- Ressourcenmanagement (s. III.1.7)
- Psychosoziales Krisenmanagement (s. III.1.8)

3.1. Brand

Die Verantwortung für den vorbeugenden Brandschutz liegt haftungstechnisch beim Klinikträger und verantwortlichen Brandschutzbeauftragten des Klinikträgers.

Besonderheiten beim Krankenhausbrand: Durch das Brandereignis kann eine Gefährdung von Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden (Leib und Leben) bestehen, Gebäude und Infrastruktur können lokal bedroht sein, und/oder es gibt Auswirkungen auf Prozesse und Versorgungsstrukturen der gesamten Einrichtung. Bei einem Brandereignis und allen weiteren Feuerwehraufgaben liegt die Verantwortung der Einsatzführung bei der Feuerwehr, welche in der Schadensbekämpfung der Führungsstruktur des Krankenhauses übergeordnet ist. Die Kommunikation mit der Feuerwehr erfolgt über die vorab im Krisenkommunikationsplan festgelegte Funktion.

Folgende Themen sollten durch (z. B.) das taktische Führungselement beachtet werden:

- Sind besondere Funktionsbereiche betroffen / gefährdet?
- Welche kritischen Prozesse sind im Haus betroffen?
- Sind wichtige Infrastrukturen durch den Brand gefährdet?

3.2. Massenanfall von Verletzten/Erkrankten (MANV/MANE)

3.2.1 Definition und Feststellung des MANV/MANE

MANV/MANE = Notfall mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen, der besondere planerische und organisatorische Maßnahmen erfordert, weil er mit der vorhandenen und einsetzbaren Vorhaltung der präklinischen und klinischen Versorgung nicht bewältigt werden kann.

Ein MANV/MANE definiert ein Missverhältnis von Verletztetenzahl/Erkranktenzahl gegenüber der zum Zeitpunkt der Aufnahme für die Versorgung der vorliegenden Verletzungsmuster oder Erkrankungsfälle zur Verfügung stehenden akuten Behandlungskapazitäten.

Die Feststellung des MANV/MANE und Auslösung der Alarmierung muss im Alarmplan geregelt sein (s. III.1.3). Je nach Ausmaß des Schadensereignisses ist zu entscheiden, welche Führungsebenen aktiviert werden. Für die Bewältigung wird (mind.) der Aufruf des operativen Führungselements empfohlen. Dieses hat die Gesamtverantwortung für den Einsatz und die Organisation der medizinischen Versorgung (ggf. bis zum Aufruf des taktischen Führungselements). Das operative Führungselement ist verantwortlich für die Bereitstellung der erforderlichen Behandlungsressourcen, u. a. Schockraum-, Intensiv-, IMC- und OP-Kapazitäten.

3.2.2 Ablauf der medizinischen Versorgung

Patientinnen und Patienten, die im Rahmen eines MANV in das Krankenhaus gelangen, müssen zunächst gesichtet und entsprechend der Behandlungsdringlichkeit kategorisiert werden (Kategorisierung). Die Priorisierung findet in den Behandlungsbereichen statt und beschreibt das Festlegen der weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Diesen werden die Patientinnen und Patienten anschließend unter Berücksichtigung der Lageentwicklung zugeführt (Disposition). Die Realisierung ist das Umsetzen der festgelegten Behandlung.



Ablauf der medizinischen Versorgung (BBK, 2020)

3.2.3 Klinische Sichtung (Kategorisierung) und Behandlungspriorisierung

(a) Sichtungspunkt und -kategorien, Patientenaufnahme

Die klinische Sichtung wird an einem Sichtungspunkt vorgenommen, der vor den Behandlungsbereichen lokalisiert ist. Ggf. kann im Falle einer großen Patientenzahl die Einrichtung weiterer Sichtungspunkte oder die Bildung einer „Priority Lane“ notwendig werden (BBK, 2020). Ziel ist die möglichst schnelle Sichtung und Identifikation der Patientinnen und Patienten der Kategorie 1 („rot“), um ihnen eine sofortige Behandlung zu ermöglichen. Der Sichtungspunkt und die Behandlungsbereiche für die verschiedenen Sichtungskategorien sowie deren Kennzeichnung sind vorab im KAEP festzulegen.

Der Sichtungspunkt dient auch der administrativen Aufnahme der Patientinnen und Patienten. Die Aufnahme in das elektronische Krankenhausinformationssystem kann ggf. durch Überlastung nicht möglich sein. Die verwaltungstechnische Aufnahme von Patientinnen und Patienten muss daher im Rahmen des KAEP geregelt werden. Beispielsweise könnte vorausschauend die elektronische Anlage einer definierten Anzahl von Patientinnen und Patienten im KIS erfolgen, die dann im Falle eines MANV nur freigeschaltet werden müssen. Die Patientinnen und Patienten könnten mit MANV001 – MANV XXX benannt werden. Patientenaufkleber und Armbänder werden bereits im Vorfeld ausgedruckt und sind somit im Einsatzfall ohne weitere Maßnahmen sofort verfügbar. So ist auch bei Ausfall des KIS die Patientendokumentation gewährleistet. Präklinische Identifikationsnummern (Patientenanhängekarte) müssen in die klinische patientenbezogene Dokumentation übernommen, mit der klinischen Identifikationsnummer verknüpft werden und jederzeit rückverfolgbar sein. Die präklinische Patientenanhängekarte wird Teil der Patientenakte (Heller, et al., 2025). Nach Abschluss des Schadensereignisses muss eine Vervollständigung der Patientendaten erfolgen. Von Bedeutung sind die zweifelsfreie Klärung der Identität der Patientinnen und Patienten, das Zusammenführen der Datensätze und schließlich der Nachweis der Leistungserbringung im abrechnungstechnischen Sinne.

Für jedes Krankenhaus wird die Anwendung eines Sichtungsalgorithmus empfohlen, welcher hausspezifisch im KAEP festgelegt werden sollte. Der Algorithmus soll die Empfehlungen der 8. Sichtungs-Konsensus-Konferenz erfüllen, das heißt u. a. die eindeutige Festlegung auf eine der Sichtungskategorien ermöglichen, sich am cABCDE-Schema orientieren, Über- und Untertriage möglichst vermeiden und einfach anwendbar sowie erlernbar sein. Ersteinschätzungssysteme der Krankenhäuser wie das „Manchester-Triage-System“ (MTS) werden nicht empfohlen, vielmehr ist das Ziel die Fortführung der in der Präklinik verwendeten Nomenklatur der Sichtungskategorien (Heller, et al., 2025). Als Empfehlung für die innerklinische Sichtung mit hoher diagnostischer Güte gilt der Berliner Sichtungsalgorithmus (Heller, et al., 2023).

Für die Sichtung muss eine/ein verantwortlicher Arzt/Ärztin festgelegt werden (Leitender Arzt/Ärztin Sichtung/LArS). Der LArS organisiert die Abläufe am Sichtungspunkt und überwacht den Sichtungsprozess. Die Verletztenanhängekarten aus der Präklinik werden dabei weiterverwendet. Der LArS muss für die priorisierte Weiterleitung der als Sichtungskategorie 1 identifizierten Patientinnen und Patienten in den vorab festgelegten Behandlungsbereich sorgen (BBK, 2020).

Sichtungskategorien der klinischen Sichtung (BBK, 2019):

- Sichtungskategorie 1 („rot“): vital Bedrohte, sofortige Behandlungsbedürftigkeit
- Sichtungskategorie 2 („gelb“): schwer Verletzte/Erkrankte, dringliche Behandlungsbedürftigkeit
- Sichtungskategorie 3 („grün“): leicht Verletzte/Erkrankte, nicht dringliche Behandlungsbedürftigkeit
- Sichtungskategorie 4 („blau“): Patientinnen und Patienten, deren klinischer Zustand so schlecht ist, dass sie keine Überlebenschancen haben und eine palliative Behandlung indiziert ist
- Kennzeichnung „schwarz“: Tote

Erläuterung zur Sichtungskategorie 4 „blau“: Diese wird bei der Eingangssichtung im Krankenhaus noch nicht vergeben. Die innerklinische Vergabe der Sichtungskategorie „blau“ setzt weitreichende Kenntnisse über die aktuell vorhandenen Ressourcen und die Lageentwicklung voraus und ergibt sich aus der klinischen Reevaluation der Sichtung in den Behandlungsbereichen (Heller, et al., 2025).

Kliniken sollten insbesondere in Vorbereitung auf Krisensituationen ein klinisches Ethikkomitee (KEK) vorhalten, das hausweite Ethikstandards etabliert, Schulungen durchführt und Beratungen anbietet (Heller, et al., 2025).

(b) Bildung von Behandlungsabschnitten/-bereichen und Priorisierung

In den Behandlungsabschnitten findet die (Weiter-)Behandlung und ggf. weitere Priorisierung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Dringlichkeit statt. Eine Strukturierung der Teams in quantitativer und qualitativer Hinsicht zur Patientenversorgung für die einzelnen Bereiche ist notwendig. Die Behandlungsbereiche anhand der Farben „rot, gelb, grün, blau“ werden durch eine Führungskraft koordiniert.

Der Behandlungsbereich „rot“ mit absoluter Behandlungsdringlichkeit für instabile und schwer verletzte Patientinnen und Patienten sollte sich innerhalb der Notaufnahme befinden (Schockraumversorgung), bis dann in einem OP-Saal und/oder auf Intensiv-/IMC-Stationen die Weiterversorgung erfolgen kann.

Die Bereiche „gelb“ (= aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit) und „grün“ (= niedrige Behandlungsdringlichkeit) sollten an strategisch günstigen Orten geplant werden, die den jeweiligen Anforderungen der Versorgung gerecht werden.

Ein Behandlungsbereich „schwarz“ sollte für verstorbene Patientinnen und Patienten vorgehalten werden.

Ein Behandlungsbereich „blau“ ist optional und wird z. B. nur eingerichtet bei Großschadenslagen bzw. im Katastrophenfall mit einer großen Anzahl Schwerstverletzter bzw. Schwersterkrankter. Besondere strategische Anforderungen an den Ort benötigt es nicht. Der Ort sollte eher geeignet sein, Angehörigen die Möglichkeit zu geben, Abschied zu nehmen.

Der/Die Zentrale Operative Notfallkoordinator/in (ZONK) legt bei „rot“ gesichteten Patientinnen und Patienten die Indikation und Reihenfolge der Operation oder Intervention fest. Im KAEP ist festzulegen, wer diese Funktion übernimmt.

3.2.4 Erhöhung der Versorgungskapazität

Nachfolgende Maßnahmen zur Organisation und Kapazitätsausweitung der medizinischen Versorgung sind zielführend:

- Freimachen von Ressourcen durch Einschränkung der Routineversorgung und Beendigung / Absetzen von geplanten Maßnahmen
- Freimachen von Behandlungskapazitäten durch Entlassung oder innerklinische Verlegung stabiler Patientinnen und Patienten
- Umwidmung von zuvor identifizierten Räumlichkeiten
- Einrichten und Inbetriebnahme Sichtungsplatz, Fokussierung und Priorisierung der Behandlung entsprechend o. g. Sichtungskategorien
- Alarmierung von zusätzlichem (dienstfreien) Personal, inkl. Ausweitung der Kapazität von Blutbank und AEMP

Die Qualität der Notfallversorgung im Rahmen eines MANV ist in besonderem Maße von einer schnellen Bereitstellung von Blut und Blutprodukten abhängig. Die Kapazität der Blutbank sollte dafür hochgefahren werden.

Die AEMP/Zentrale Sterilisations- und Versorgungsabteilung wird bei entsprechender Gefahrenlage ebenfalls alarmiert. Notfallsterilisationsbereitschaft muss hergestellt werden bei erwartetem erhöhten Personal-, Zeit- und Materialbedarf wie im Falle eines MANV.

Für die Planung von Aufnahmekapazitäten bei einem MANV werden für die auditierten Trauma-Zentren (TZ) untenstehende Mindestaufnahmehzahlen empfohlen (DGU, 2019).

Aufnahmekapazitäten innerhalb der ersten Stunde pro Sichtungskategorie (SK):

Versorgungsstufe	SK 1 (rot)	SK 2 (gelb)	SK 3 (grün)
Lokales TZ	0	2	8
Regionales TZ	1	3	6
Überregionales TZ	2	5	3

Aufnahmekapazitäten nach Hochfahren des Alarmplans:

Versorgungsstufe	SK 1 (rot)	SK 2 (gelb)	SK 3 (grün)
Lokales TZ	0	4	16
Regionales TZ	2	6	12
Überregionales TZ	4	10	6

Im Falle eines MANE sollte analog verfahren werden.

3.2.5 Operative Versorgung von Traumapatientinnen und -patienten

Die operative Versorgung beschreibt den Prozesspfad „Realisierung“ und muss strukturiert und organisiert werden.

Hierbei ist folgende Reihenfolge sinnvoll (BBK, 2020):

- Unmittelbar operationspflichtig – unmittelbare vitale Bedrohung
- Innerhalb 1 h, mittelbar operationspflichtig – mittelbare vitale Bedrohung
- Innerhalb von 4 bis 6 h, verzögert operationspflichtig – mittelbare Gefährdung des operativen Ergebnisses durch zeitliche Verzögerung
- Innerhalb von 24 bis 48 h operativ zu versorgen sowie Second Look (zweiter operativer Eingriff)
- Elektiv

Das Ziel für Patientinnen und Patienten der Sichtungskategorie 1 ist die definitive Versorgung. Davon abweichend wird für polytraumatisierte oder schwerverletzte Patientinnen und Patienten bei enger Indikationsstellung zur primären Stabilisierung in den DCS-Modus (Damage Control Surgery) gewechselt. Ggf. kann auch die Lage zeitweise ein Umschalten in den TASC-Modus (Tactical Abbreviated Surgical Care) erforderlich machen, um das Überleben möglichst vieler Patientinnen und Patienten zu sichern. Diese Entscheidung ist aktiv durch die taktische Führungsebene zu treffen. Die Gesamtlage zum Entscheidungszeitpunkt, die antizipierte Lageentwicklung sowie die (noch) zur Verfügung stehenden Ressourcen sind hierbei einzubeziehen.

3.3. Kontaminationslagen (CBRN)

Kommt es zur Einwirkung chemischer, biologischer, radiologischer und nuklearer Gefahrstoffe auf den menschlichen Körper, kann es zu schweren Verletzungen, Erkrankungen und/oder sogar zum Tod der Betroffenen führen. Jede Person, die ohne ausreichenden Schutz einem CBRN-Gefahrstoff ausgesetzt ist, gilt als exponiert und erfordert eine medizinische Abklärung (BBK, 2020).

Besondere Schutzziele bei CBRN-Lagen:

- Schutz des versorgenden Personals
- Schutz der vorhandenen Patientinnen und Patienten und sonstiger Personen im Krankenhaus
- Vermeidung einer Kontaminationsverschleppung

Es wird empfohlen, für die Vorplanungen eine Expertengruppe CBRN im Krankenhaus einzurichten.

Wichtigste Maßnahmen bei Verdacht auf eine CBRN-Lage und vorab im KAEP zu regeln (BBK, 2020):

- Anlegen einer geeigneten Schutzausrüstung (durch die im KAEP festgelegten versorgenden Mitarbeitenden)
- Vermeidung eines unkontrollierten Zugangs kontaminierter Personen in das Gebäude, ggf. gesonderte Wegeführung zur Vermeidung von Sekundärkontamination
- Sichtung der zu dekontaminierenden Personen (inkl. Selbsteinweiser)
- Notdekontamination und Erstversorgung (möglichst außerhalb des Gebäudes) ggf. Aufbau von Dekon- und Schleusenbereichen
- Verhindern einer Kontaminationsverschleppung ins Krankenhaus
- Bestellung eines Fachberatenden CBRN (mindestens für Höhe ÜTZ) aus der Expertengruppe CBRN (BBK, 2020) und ggf. Kontaktaufnahme mit Feuerwehreinheiten im CBRN-Bereich

Bei C-Lagen (z. B. Industrie-Agenzien, Brandgase, Kampfstoffe) sind insbesondere die Art der Aufnahme und die Wirkung der schädigenden Substanz zu beachten. Aufgenommen werden können die Substanzen durch Inhalation, Ingestion, Inkorporation über die Haut, ggf. mit lokalen Schädigungen (Verätzungen)- oder Resorption als systemische Wirkung. Giftinformationszentren und Gefahrstoffdatenbanken liefern unterstützend Informationen und Einschätzungen der Toxizität sowie möglicher medikamentöser Maßnahmen.

Bei B-Lagen (z. B. Pandemie, High Consequence Infectious Diseases (HCID)) ist die Ansteckungsgefahr für Mitarbeitende, Einsatzkräfte und Patientinnen und Patienten sowie die Vielzahl externer Schnittstellenpartner zu beachten. Dies sind entscheidende Faktoren im Hin-

blick auf die Planung und Vorbereitung auf eine solche Lage. Das Szenario sollte im Hygieneplan und in den hausinternen Festlegungen zum Ausbruchmanagement Berücksichtigung finden.

Maßnahmen zur Sicherstellung der stationären Versorgung:

- Steuerung der elektiven Patientenversorgung
- Erhöhung der Bettenkapazität für infizierte Patientinnen und Patienten
- Raum- und Verlegungsmanagement
- Personalmanagement bei ärztlichem und pflegerischem Personal, ggf. Rekrutierung freiwilliger Helfer
- Materialmanagement mit Ermittlung der Bestände kritischer Artikel, Ermittlung Tagesverbrauch, Steuerung der Beschaffung kritischer Artikel
- Information und Schulung des Personals
- Einsatz pandemischer Impfstoffe

Bei RN-Lagen handelt es sich um eine erhöhte Exposition gegenüber radioaktiven Stoffen oder ionisierender Strahlung (z. B. Unfälle in der kerntechnischen Industrie oder in Medizin/Forschung). Betroffene müssen auf das Vorliegen aller möglichen Expositionsarten untersucht werden. Da bei einer RN-Lage sowohl strahlenphysikalisch als auch strahlenmedizinisch wichtige Fragen zu berücksichtigen sind, sollten Fachleute eingebunden werden (Medizinphysiker, Radiochemiker, Nuklearmediziner, Strahlenschutzbeauftragte). Es wird an dieser Stelle auf die Empfehlungen der Strahlenschutzkommission verwiesen (BBK, 2020).

3.4. Lebensbedrohliche Einsatzlagen (LebEL)

Bei einer LebEL als Oberbegriff handelt es sich zunächst um eine nicht eindeutig klassifizierbare Einsatzlage mit hohem Gefährdungspotenzial für das Leben von Opfern, Unbeteiligten und Einsatzkräften. Hierbei wird durch den oder die Täter mittels Waffen, Sprengmitteln, gefährlichen Werkzeugen bzw. Stoffen oder außergewöhnlicher Gewaltanwendung gegen Personen vorgegangen, diese verletzt oder sogar getötet und weiter auf Personen eingewirkt (Baden-Württemberg Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen, 2017).

Die Polizei unterscheidet zwischen:

- Bedrohungslage
- Amoklage
- Entführung
- Geiselnahme
- Anschlag
- Gefahr von Anschlägen

Für das Krankenhaus handelt es sich bei einer externen Amoklage oder einem Anschlag um einen MANV mit zusätzlichem Sicherheitsaspekt. Die Sicherheit von im Krankenhaus befindlichen Personen (Mitarbeitende, Patientinnen und Patienten, Angehörige) ist z. B. durch ein Schließkonzept zu gewährleisten. Neben den Patientinnen und Patienten, die vom Rettungsdienst in das Krankenhaus gebracht werden, ist mit Selbsteinweisern zu rechnen. Um die Gefahr eines „Second-Hit“ (Folgeanschlag) innerhalb des Krankenhauses zu verringern, sollte der Sichtungsbereich möglichst außerhalb des Krankenhausgebäudes lokalisiert werden (BBK, 2020). Die Verletzungsmuster können sich vom „normalen“ MANV unterscheiden und überwiegend penetrierende und perforierende Verletzungen umfassen.

Handelt es sich um eine interne LebEL, kommt der ausführlichen Erstmeldung an die Polizei besondere Bedeutung zu. Die Polizei führt den Einsatz und ist der Führungsstruktur des Krankenhauses (AAO oder BAO) übergeordnet. Ggf. muss die Entscheidung getroffen werden, dass das Krankenhaus nicht mehr angefahren wird. Eine gute Kommunikation mit der Polizei in der Planungs- sowie Bewältigungsphase ist essenziell.

Krankenhäuser sollten im Sinne der physischen Sicherheit geeignete bauliche Maßnahmen ergreifen bzw. bei Um- oder Neubauten berücksichtigen, wie z. B. abgetrennte Wartebereiche, Fluchtwege und Schutzräume an exponierten Stellen (z. B. Pforten, Notaufnahmen) (s. auch Wurmb, et al., 2024).

3.5. Naturgefahren, Gefahren durch Klimawandel

Es ist davon auszugehen, dass Deutschland zukünftig vermehrt von Naturkatastrophen betroffen sein wird. Um die individuelle Verwundbarkeit einzuschätzen, kommt der Risikoanalyse im Rahmen des vorsorgenden Krisenmanagements eine besondere Bedeutung zu.

Durch Extremwetterereignisse können Krankenhäuser und deren Infrastruktur geschädigt werden, es kann in der Folge zu einer Beeinträchtigung der Funktionalität und/oder einer erhöhten Patientenzahl kommen. Außerdem kann das Personal selbst betroffen und damit die Versorgungskapazität eingeschränkt sein. Extremwetterereignisse können vorhersehbar oder nicht vorhersehbar eintreten. Bei rechtzeitiger Kenntnis und einem lagebedingt zu erwartenden erhöhten Patientenaufkommen sollten Krankenhäuser zur Aufrechterhaltung ihrer Funktionsfähigkeit rechtzeitig entsprechende Vorkehrungen treffen.

Maßnahmen bei (Verdacht auf) Naturgefahren:

- Erhöhung der Einlagerung von Verbrauchsmaterialien oder Lebensmitteln
- Enge Abstimmung mit Behörden
- Monitoring der Wetterlage ([Deutscher Wetterdienst](#), [Naturgefahrenportal](#), Warn-App NINA)

- Starkregen, Hochwasser: Zu beachten ist die Gefahr durch Wasser im Hinblick auf Stromleitungen und damit verbunden der Eigenschutz. Die ggf. großräumige Betroffenheit kann Patientenverlegungen erschweren. Die Vorlaufzeit kann gering sein, so dass eine Evakuierung i. d. R. nicht möglich ist.
- Sturm, Hagel: Mögliche Besonderheit ist die Gefahr durch Schäden an Gebäuden (z. B. Fensterscheiben) und umherfliegende oder herabstürzende Gegenstände.
- Hitze: Mögliche Besonderheiten sind ein erhöhtes Patientenaufkommen und erhöhter Pflegeaufwand. Besondere Anfälligkeit von Betriebs-, Medizin-, Kommunikationstechnik. Präventive Maßnahmen müssen mittel- und langfristig geplant und frühzeitig eingeleitet und umgesetzt werden. Diese umfassen bauliche Maßnahmen (z. B. Sonnenschutzjalousien, Fassadenbegrünung etc.), sowie organisatorische Maßnahmen (z. B. Beauftragung einer Stelle zum Empfang von akuten Hitzewarnungen des Deutschen Wetterdienstes, z. B. durch Hitzeschutzbeauftragte/n, Entscheidungen über Umsetzung geplanter Akutmaßnahmen wie Verlegung von vulnerablen Patientinnen und Patienten in kühlere Räume).

Kommt es zu einer hohen Anzahl von Patientinnen und Patienten in kurzer Zeit, tritt Kapitel III.3.2 des KAEP (Massenanfall von Patientinnen und Patienten) in Kraft. Die Einschätzung, ob diese Schwelle erreicht ist, obliegt dem diensthabenden Krisenmanager. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt ab diesem Zeitpunkt nach den dort festgelegten Regeln (HMFG, 2024).

3.6. Zivil-militärische Zusammenarbeit bei Landes- und Bündnisverteidigung

Die zivil-militärische Zusammenarbeit (ZMZ) bei Landes- und Bündnisverteidigung ist ein essenzieller Bestandteil einer umfassenden Sicherheitsvorsorge der Bundesrepublik Deutschland (BRD). Die ZMZ im nationalen Bereich hat vielfältige Facetten – von der Amtshilfe der Bundeswehr im Rahmen von Hilfeleistungseinsätzen bei Katastrophen oder Unglücksfällen bis hin zur Zusammenarbeit zwischen zivilen und militärischen Dienststellen im Rahmen der Landes- und Bündnisverteidigung.

Darüber hinaus sieht die Zivil-Militärische Zusammenarbeit auch eine Unterstützung der Zivilstrukturen, unter anderem des Gesundheitswesens, in nationalen Schadenslagen oder Katastrophen vor. Dazu hat die Bundeswehr Verbindungskommandos auf Ebene der Kreise, kreisfreien Städte und Bezirke (Anm.: in Baden-Württemberg: Stadt- und Landkreise, Regierungspräsidien) sowie bei den Landesregierungen der Bundesländer eingerichtet.

Das im Jahr 2024 aufgestellte Operative Führungskommando der Bundeswehr (kurz: OpFÜK-doBw) führt und koordiniert das territoriale Netzwerk. DIE ZMZ regelt die Kooperation zwischen zivilen Einrichtungen (z. B. Behörden, Hilfsorganisationen, kritische Infrastrukturen) und der Bundeswehr im Krisen-, Verteidigungs- oder Spannungsfall. Die ZMZ stellt sicher, dass militärische und zivile Kräfte im Krisenfall koordiniert und effektiv zusammenwirken, um

die Bevölkerung zu schützen und die Funktionsfähigkeit des Staates zu gewährleisten. Es müssen grundsätzlich die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Prinzip der Subsidiarität, d. h. die zivilen Kräfte sind nicht ausreichend, um die Situation zu bewältigen.
- Verhältnismäßigkeit: Der Einsatz der Bundeswehr muss verhältnismäßig sein. Das bedeutet, dass der Einsatz nur so weit erfolgen darf, wie es zur Erreichung des Ziels erforderlich ist und die eingesetzten Mittel in einem angemessenen Verhältnis zum zu erwartenden Erfolg stehen müssen.
- Koordination: Die Zusammenarbeit erfordert eine enge Koordination zwischen den militärischen und zivilen Führungsstellen. Dies geschieht in der Regel durch gemeinsame Lagezentren, Verbindungsstäbe und regelmäßige Übungen.

Grundlagen und Rahmenbedingungen der ZMZ

ZMZ ist in der BRD gesetzlich verankert, u.a. im Grundgesetz (GG) und Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG)

- Art. 35 GG Abs. 1, Art. 5 ZSKG: Amtshilfe. Pflicht von Behörden des Bundes und der Länder sich gegenseitig auf Antrag Amtshilfe bei der Erfüllung ihrer öffentlich-rechtlichen Aufgaben (Amtshandlungen) zu leisten. Es handelt sich hier in der Regel um „technische“ Hilfe. Beispiel: Hochwasser-, Waldbrandbekämpfung, Sanitätsdienstliche Unterstützung, Logistik
- Art. 35 GG Abs. 2: Regionaler Katastrophennotstand. Amtshilfe bei Naturkatastrophen, definiert als unmittelbar drohende Gefahrenzustände oder Schädigungen von erheblichem Ausmaß, die durch Naturereignisse ausgelöst werden, oder besonders schweren Unglücksfällen, definiert als Schadensereignisse von katastrophischem Ausmaß, wenn der Unglücksverlauf bereits begonnen hat (Chemieunfall, großer terroristischer Anschlag). Führung und Verantwortung verbleiben bei der jeweilig zuständigen Polizeibehörde nach geltendem Landespolizeirecht.
- Art. 35 GG Abs. 3: Überregionaler Katastrophennotstand. Einsatz, wenn mehr als das Gebiet eines Landes gefährdet ist, die Bundesregierung gegenüber den Ländern hinsichtlich des unterstützenden Kräfteinsatzes weisungsbefugt wird und den Einsatz der Streitkräfte zur Unterstützung der Polizeikräfte beschließt.
- Art. 87a Abs. 4 GG, Art. 8 ZSKG: Einsatz Bundeswehr im Innern. Einsatz von Streitkräften durch die Bundesregierung zur Unterstützung der Polizei und der Bundespolizei zur Abwehr einer drohenden Gefahr für den Bestand oder die freiheitliche demokratische Grundordnung des Bundes oder eines Landes, z. B. Verteidigungsfall, länderübergreifende Katastrophen. Im letzten Fall kann auch das Bundesministerium des Innern (BMI) die Bundeswehr zur Katastrophenhilfe anfordern. Das Subsidiaritätsprinzip gilt auch hier: Die Länder sind nicht in der Lage, die Situation selbst zu bewältigen, und der Bundesrat muss zustimmen.

Wie kann ein Krankenhaus in Baden-Württemberg im Rahmen ZMZ Hilfe von der Bundeswehr anfordern?

Beispielszenarien: außergewöhnliche Lagen (Naturkatastrophe, Pandemie, überlastete zivile Strukturen)

Gesetzliche Grundlage: GG Art. 35 Abs. 1, Art. 5 ZSG (Amtshilfe):

1. Hilfebedarf feststellen: Konkreter Unterstützungsbedarf (materiell, personelle, Transportkapazität, logistische Unterstützung)
2. Antrag an (je nach Zuständigkeit)
 - a) Landratsamt (untere Katastrophenschutzbehörde). Auf dieser Ebene können Krankenhäuser über Kreisverbindungskommandos (KVK) eine Lageeinschätzung und ggf. Vorberatung erhalten
 - b) Regierungspräsidium (obere Katastrophenschutzbehörde). Ebene Bezirksverteidigungskommandos (BVK)
 - c) Innenministerium Baden-Württemberg, Abt. Bevölkerungsschutz
3. Zuständige Katastrophenschutzbehörde erstellt und leitet formelles Hilfeersuchen an Landeskommmando Baden-Württemberg (LKdo BW) mit Sitz in Stuttgart als zentrale Ansprechstelle ZMZ im jew. Bundesland weiter.
4. Bundeswehr prüft und entscheidet über möglichen Einsatz.

Formelles Hilfesuch muss folgende Punkte enthalten:

- Genaue Bezeichnung des anfordernden Trägers (Klinikname, Betreiber)
- Lagebeschreibung (Was ist passiert? Warum reicht zivile Kapazität nicht aus?)
- Konkret benötigte Hilfeleistung
- Zeitlicher Rahmen (wann wird Hilfe benötigt, wie lange?)
- Ansprechpartner, Kontaktdaten

Im Falle Bündnisverteidigung nach Artikel 5 des NATO-Vertrags werden umgekehrt deutsche zivile Krankenhäuser als Teil der zivilen Verteidigungsinfrastruktur zur Hilfeleistung verpflichtet.

Folgende Auswirkungen zeichnen sich dadurch für die deutschen zivilen Krankenhäuser ab:

1. Patientinnen und Patienten (Verwundete, Verletzte, zivil oder militärisch) werden aktiv und großflächig ohne Abstimmung mit dem aufnehmenden Krankenhaus verteilt (Push-Prinzip).
2. Daraus ergibt sich für die betroffenen Krankenhäuser eine unmittelbare Überlastung, der durch folgende Maßnahmen planerisch entgegengewirkt werden muss:

3. Bedarf an Ausbau von entsprechenden Notfallplänen im KAEP zur Steigerung der Behandlungskapazität, bspw. durch Freihalten von Betten, Umwidmung von Stationen für die Notfallversorgung sowie Reaktivierung/Eröffnung von Reservekliniken, analog zur Covid-19-Pandemie.
4. Gesteigerte Flüchtlingsströme durch Fluchtbewegungen aus Osteuropa, bis hin zur gesteigerten Binnenmigration innerhalb Deutschlands mit gesteigertem Zustrom verletzter, kranker oder traumatisierter Zivilistinnen und Zivilisten.
5. Der Bedarf an Notunterkünften, medizinischer Basisversorgung und die Gefahr der Ausbreitung von Infektionskrankheiten steigt und fordert die Unterstützung durch die Krankenhäuser.
6. Host Nation Support (HNS): Deutschland ist im Kontext der NATO-Bündnisverteidigung Transit- und Logistikkreuzung für die Verlegung von Truppen und Material. HNS umfasst auch zivile Unterstützung militärischer Kräfte in Deutschland. Die Konzeption der zivilen Verteidigung (KZV) wird vor diesem Hintergrund fortentwickelt und das Konzept der Zusammenarbeit u.a. im Bereich Bereichen Gesundheitswesen weiter ausgebaut.
7. Militärisches NATO-Personal muss unter den gleichen Bedingungen wie militärisches deutsches Personal versorgt werden (NATO Standard AJP 4.10). In Deutschland ist nicht explizit gesetzlich geregelt, dass zivile Krankenhäuser im Rahmen des HNS für die Bündnisverteidigung verpflichtet sind, tätig zu werden. Die Unterstützung basiert auf allgemeinen Pflichten zur Hilfeleistung (§ 323c StGB) und kann über Notstandsgesetze oder ein künftiges Gesundheitssicherstellungsgesetz auf Bundesebene konkretisiert werden. Außerdem können die nach Landesrecht zuständigen Behörden anordnen, dass Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung ihre Leistungsfähigkeit im Verteidigungsfall umzustellen, zu erweitern und ihre Einsatzbereitschaft herzustellen haben (ZSKG §22 (1)).
8. Krankenhäuser als Teil der Kritischen Infrastruktur (KRITIS) können Ziele von Cyberattacken, Ausfall von Strom, Wasser, Kommunikation u. a. werden (s. III.2). Ebenso können Lieferketten gestört werden und Personalengpässe durch anderweitigen Einsatz oder Abzug von Personal für militärische Einsätze entstehen.

Vorbereitungen durch Krankenhäuser in Baden-Württemberg sollen u. a. umfassen:

- Aktualisierung KAEP, Berücksichtigung von Kriegs- und Flüchtlingsszenarien, IT-Ausfall
- Festlegung von Zuständigkeiten
- Ggf. Teilnahme an ZMZ-Übungen
- Sanitätsmittelbevorratung § 23 ZSKG, Lagerung von Reservevorräten (Verbrauchsmaterial, Schutzausstattung) (BMI, Konzeption Zivile Verteidigung (KZV), 2016)

IV. Abkürzungsverzeichnis

AAO	Allgemeine Aufbauorganisation
BAO	Besondere Aufbauorganisation
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BCM	Business Continuity Management
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben
BMI	Bundesministerium des Innern
BSI	Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik
CBRN	chemische, biologische, radiologische und nukleare Gefahrenlage
EKG	Elektrokardiogramm
ETB	Einsatztagebuch
HCID	„High Consequence Infectious Diseases“, Krankheitserreger mit potenziell hohem Schadenspotenzial
HMFG	Hessisches Ministerium für Familie und Gesundheit
IMC	Intermediate Care
IT	Informationstechnologie
KAEP	Krankenhausalarm- und einsatzplan
KEL	Krankenhauseinsatzleitung
KIS	Krankenhausinformationssystem
KRITIS	Kritische Infrastrukturen
LebEL	lebensbedrohliche Einsatzlage
LKatSG BW	Landeskatastrophenschutzgesetz Baden- Württemberg
LKHG BW	Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg
MANE	Massenanfall von Erkrankten
MANV	Massenanfall von Verletzten
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanztomographie
MVZ	Medizinische Versorgungszentren

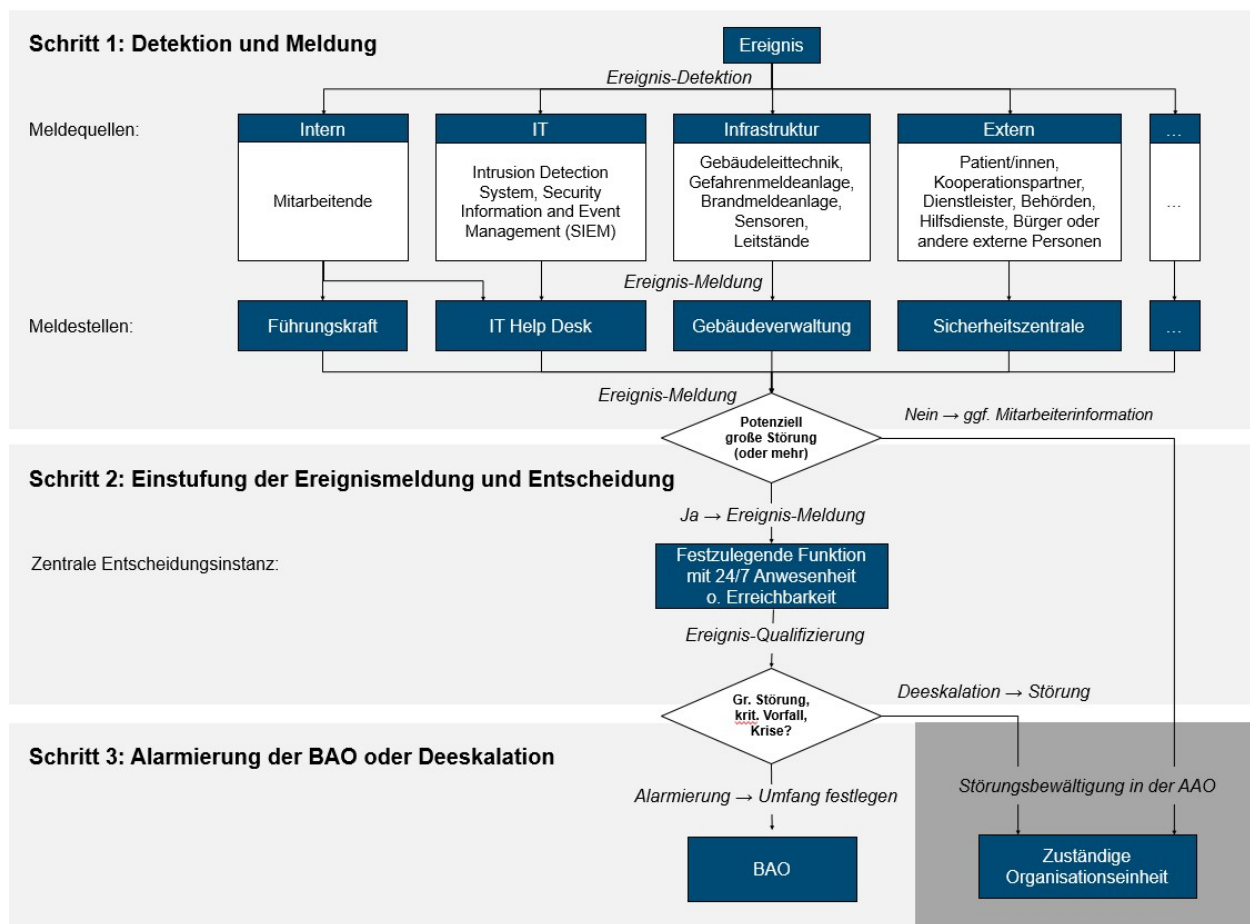
NIS2UmsuCG	Network and Information Security-2-Umsetzungs- und Cybersicherheitsstärkungsgesetz
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
OpKEL	Operative Krankenhauseinsatzleitung
PEP	Postexpositionsprophylaxe
ZMZ	Zivil-militärische Zusammenarbeit

V. Literaturverzeichnis

- Baden-Württemberg Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen. (2017). *Hinweise für den Bevölkerungsschutz bei Terror- und Amoklagen - Anlage 1. Lebensbedrohliche Einsatzlagen*. Von <https://www.lfs-bw.de/themen/einsatzdienst/sonderlagen/hinweiseterroramoklagen/> abgerufen
- BBK. (2019). Protokoll der 8. Sichtungskonsensus-Konferenz 2019. Von https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Gesundheit/Sichtung/8-sichtungskonsensus-konferenz.pdf?__blob=publicationFile&v=4 abgerufen
- BBK. (2020). *Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP)*.
- BBK. (2023). *Krisenvorsorge im Krankenhaus: Gesundheitsversorgung trotz Gasmangel und Stromausfall*. Von https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Gesundheit/KAEP/empfehlung-gas-strom.pdf?__blob=publicationFile abgerufen
- BBK. (o. J.). *KRITIS-Gefahren*. Von https://www.bbk.bund.de/DE/Themen/Kritische-Infrastrukturen/KRITIS-Gefahrenlagen/kritis-gefahrenlagen_node.html abgerufen
- BBK. (o.J.). *Krisenmanagement ist ein Zyklus*. Von https://www.bbk.bund.de/DE/Themen/Krisenmanagement/KMZirkel/KMZirkel_node.html abgerufen
- Beerlage, I. (2025). Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV). (BiÖG, Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. doi:10.17623/BZGA:Q4-i140-2.0
- BMI. (2009). *Nationale Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen (KRITIS-Strategie)*.
- BMI. (2016). *Konzeption Zivile Verteidigung (KZV)*.
- BMI. (2021). *Cybersicherheitsstrategie für Deutschland*.
- Bodur, M. E., Neuner, S., Geiger, M., & Fekete, A. (2024). *Übungskonzept für Infrastrukturausfälle im Krankenhaus*. (T. K.-I. Gefahrenabwehr, Hrsg.) doi:10.18726/2023_5
- BSI. (2022). *Übungsbaukasten: Übungsplanung*. Von <https://www.bsi.bund.de/dok/upk-uebungsbaukasten> abgerufen
- BSI. (2023). *BSI-Standard 200-4 Business Continuity Management*.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). (2015). *Trauma - Psyche - Job. Ein Leitfaden für Aufsichtspersonen*. DGUV Information 206-018.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). (2020). *Leitfaden Psychosoziale Notfallversorgung für Einsatzkräfte. Psychosoziale Notfallversorgung in Einsatzorganisationen*. DGUV Information 205-038.
- DGU. (2019). *Weißbuch Schwerverletztenversorgung*.
- DIN EN ISO 22361. (2023). *Sicherheit und Resilienz – Krisenmanagement – Leitlinien*.
- Heller, A. R., Neidel, T., Klotz, P. J., Solarek, A., Kowalzik, B., Juncken, K., & Kleber, C. (2023). Validierung innerklinischer Sichtungsalgorithmen für den Massenanfall von Verletzten – eine simulationsbasierte Studie. *Die Anaesthesiologie*. doi:10.1007/s00101-023-01291-3

- Heller, A., Hähn, F., Brüne, F., Wurmb, T., Franke, A., & Kowalzik, B. (2025). Ergebnisse der Sichtungs-Konsensus-Konferenzen und Glossar Sichtung. *Notfall Rettungsmed.* doi:10.1007/s10049-025-01547-y
- HMFG. (2024). *Krankenhausalarm- und Einsatzplan Hessen 2024.*
- klüsiko bw e.V. (2024). *Handlungsempfehlungen zur Vorbereitung auf einen Cyberangriff auf eine Klinik.*
- Knoch, T. (2024). 20 Jahre Psychosoziales Krisenmanagement im BBK. (BBK, Hrsg.) *Magazin Bevölkerungsschutz*(2), S. 7-9. Von <https://www.bbk.bund.de/DE/Infothek/Magazin-Bevoelkerungsschutz/Ausgaben/magazin-2024-2/magazin-2024-2.html> abgerufen
- Luxem, B., Kugelman, S., & Roth, A. (2016). *Debriefings - eine praxisorientierte Anleitung für die Nachbesprechung.*
- NOWATER. (2024). *Notfallvorsorgeplanung der Wasserversorgung und Abwasserentsorgung für Krankenhäuser - strategische, organisatorische und technische Hinweise.* doi:10.18726/2023_4
- von der Forst, M., Dietrich, M., Schmitt, F. C., Popp, E., & Ries, M. (2025). Perennial disaster patterns in Central Europe since 2000 and implications for hospital preparedness planning – a cross-sectional analysis. *Scientific Reports*(15). doi:10.1038/s41598-024-84223-4
- von der Forst, M., Popp, E., Weigand, M. A., & Neuhaus, C. (2023). Sonderlagen und Gefahrenabwehr in deutschen Krankenhäusern – eine Umfrage zum Ist-Zustand. *Anaesthesiologie*, 11(72), S. 784-790. doi:10.1007/s00101-023-01349-2
- Wurmb, T., Hahn, N., Leßnau, P., Meybohm, P., & Kraus, M. (2022). Führung in Krisensituationen mithilfe des Windmühlenmodells. *Deutsches Ärzteblatt*(119), S. A64-A68.
- Wurmb, T., Rechenbach, P., & Scholtes, K. (2017). Alarm- und Einsatzplanung an Krankenhäusern: Das konsequenzbasierte Modell. (112), S. 618-621. doi:10.1007/s00063-016-0190-8
- Wurmb, T., Scholtes, K., Kolibay, F., Lechleuthner, A., Scholtes, G., & Schwarzmann, G. (2024). Positionspapier der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung (DAKEP e. V.) zur baulichen Planung von Krankenhausneubauten im Kontext Terrorismus, Amok sowie Bündnis- und Landesverteidigung. doi:10.1007/s10049-024-01325-2
- Zinke, R., & Hofinger, G. (2022). Lagebesprechungen und gemeinsame mentale Modelle. In G. Hofinger, & R. Heimann, *Handbuch Stabsarbeit* (S. 159-165). Springer Berlin, Heidelberg.

Anhang A: Beispiel Alarmplan



Modifiziert nach BSI Standard 200-4

(Originaldatei siehe <https://www.bsi.bund.de/dok/200-4-hilfsmittel>)

Anhang B: Checklisten

Im Folgenden aufgeführte exemplarische Checklisten sind als Handreichung zu verstehen und müssen für die eigene Einrichtung und Aufbauorganisation angepasst werden. Ggf. können sie in Handlungsanweisungen für bestimmte Mitarbeitende(gruppen) oder Bereiche einfließen. Je nach Haus sollten weitere Checklisten und Handlungsanweisungen erstellt werden. Checklisten sind dahingehend zu überprüfen, dass sie auch für Personen, die nicht täglich mit Katastrophenmedizin zu tun haben, verständlich sind. Es sollte eine Freigabe sowie ein regelmäßiger Überarbeitungszyklus etabliert werden. Außerdem sind diese Dokumente den jeweiligen Nutzern zugänglich zu machen, z. B. im Intranet, und für eine schnelle Verfügbarkeit in ausgedruckter Form vorzuhalten.

1. Checkliste diensthabende/r Krisenmanager/in – Lagebeurteilung
2. Checkliste Inbetriebnahme Stabsraum und Arbeitsaufnahme des Stabs
3. Checkliste Leitung des Stabs (Führungs-/Krisenstab)
4. Checkliste für Sachgebiet 1 – Personal (Führungsstab)
5. Checkliste für Sachgebiet 2 – Lage
6. Checkliste für Sachgebiet 3 – Einsatz
7. Checkliste für Sachgebiet 4 – Versorgung und Logistik
8. Checkliste für Sachgebiet 5 – Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation
9. Checkliste für Sachgebiet 6 – Informations- und Kommunikationstechnik
10. Checkliste interne und externe Evakuierung
11. Checkliste MANV
12. Checkliste Brand
13. Checkliste strukturierte Nachbereitung

1. Checkliste diensthabende/r Krisenmanager/in – Lagebeurteilung

- Echtheit der Meldung/des Meldenden prüfen
- Überblick über die Lage verschaffen sowie Einschätzung der Lage, ggf. notwendiges Fachpersonal hinzuziehen
 - Zur Einschätzung der Lage berücksichtigen: verletzte/tote Personen, Sach-/Gebäudebeschädigungen, Ausfall kritischer Prozesse, Verletzung gesetzlicher Pflichten, existierendes/erwartetes Medieninteresse
- Dokumentation im dafür vorgesehenen Tool
- Im Normalbetrieb zu behebende Störung/Ereignis oder BAO notwendig → Alarmauslösung, ggf. ergänzt um spezifische Informationen wie Schadensort oder Sicherheitswarnung
- Je nach Vereinbarung Information an DMA

Beispielhaftes Schema zur Erstbewertung

Diensthabende/r Krisenmanager/in:

Weitere an der Erstbewertung Beteiligte:

Datum, Uhrzeit:

Ort:

Art des Vorfalls:

Gefahr für Leib und Leben	Nein	Unklar	Ja
Verletzte Personen			
Tote			
Personen in Gefahr			
Sachbeschädigungen	Gering	Mittel	Hoch
Beschädigung von Materialien etc.			
Verlust von Gebäuden / Gebäudeteilen			

Ausfall kritischer Prozesse	< 8 h	< 24 h	> 24 h
Ausfall / Störung kritischer IT-Ressourcen			
Ausfall / Störung technischer Ressourcen			
Ausfall / Störung weiterer kritischer Bereiche			
Übersteigung der Kapazitäten	Nein	Unklar	Ja
Eingetretene / erwartete Übersteigung der Behandlungskapazitäten			
Krisenrelevanz für Verbund	Nein	Unklar	Ja
Mehr als ein Standort betroffen			
Risiko des Reputationsschadens / regulatorischer Schäden	Gering	Mittel	Hoch
Existierendes / erwartetes Medieninteresse			
Begonnene / erwartete Ermittlungsmaßnahmen			
Risiko der Verletzung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten			

Weitere Schäden / Informationen:

Alarmierung: ☐ operatives ☐ taktisches ☐ strategisches Führungselement

Bewältigungsteams:

Oder: Deeskalation aufgrund / ergriffene Maßnahmen:

2. Checkliste Inbetriebnahme Stabsraum und Arbeitsaufnahme des Stabs

- Schlüssel für Stabsraum am Empfang/in Raum ... holen
- Raum für Unbefugte unzugänglich machen, Sicherheitskonzept aktivieren
- Raum vorbereiten: Schreibmaterial und (Mobil)Telefone verteilen, ggf. Laptops aufbauen
- Arbeitsfähigkeit der Sachgebiete sicherstellen: Zugriff auf Mailpostfächer, Telefonnummern, Laufwerke
- Wenn notwendig: Einrichtung zusätzlicher Sachgebiete
- Nach Eintreffen weiterer Stabsmitglieder: 1. Stabssitzung planen und kommunizieren
- Erste Stabssitzung
 - Beteiligte und Zuständigkeiten vorstellen
 - Lagevortrag zur Orientierung/ Unterrichtung durch Leitung Sachgebiet Lage, dafür Lageinformationen aus allen Bereichen zusammentragen
 - Festlegung der Ziele und Strategie bzw. Taktik, um „vor die Lage“ zu kommen
 - Aufgaben und erste Aufträge verteilen inkl. Verantwortlichkeit und Zeitziel/Frist
 - Nächste Stabssitzung verkünden, ggf. Rhythmus Arbeitsphasen/Stabssitzungen festlegen
- ETB beginnen/fortführen

3. Checkliste Leitung des Stabs (Führungs-/Krisenstab)

Während der Lage

- Ggf. Moderator/in einsetzen
- Arbeitsphasen einplanen
- Intervall der Stabssitzungen festlegen (Rhythmus angepasst an Dynamik der Lage)
- Prüfen ob Aufgabenverteilung sinnvoll/ zielführend
- Ggf. Einführung weiterer Sachgebiete oder Pausierung von Sachgebieten
- Monitoring der Aufgabendurchführung
- Ressourcenüberprüfung (innerhalb vom Stab)
- Überprüfung der Ziele und Strategie für die Lagebewältigung
- Überwachung der Arbeit der Sachgebiete bzw. anderen Stabsmitglieder (vergewissern dass z. B. Stabsmitglieder rechtzeitig abgelöst werden; Kontakt zum strategischen Führungselement bzw. zur DMA sowie zur Führung externer Kräfte/Verbindungspersonen gehalten wird; Entscheidungs- und Weisungsvorlagen verschriftlicht werden; Sitzungsprotokolle angefertigt werden)
- Auf Betreuung der zentralen Mailpostfächer sowie zentralen Telefonnummer für den Stab (intern + extern) achten

Auf „**Goldene Regeln**“ der Stabsarbeit hinweisen:

- Es gilt das Organigramm der BAO mit den entsprechenden Aufgabenzuordnungen
- Zentrale Aufgaben des Stabs:
 - Informationsmanagement
 - Übergreifende Koordinierung
 - Vorbereitung von Entscheidungen
 - Taktik- bzw. Strategieentwicklung → kein operatives Tagesgeschäft
- Gespräche werden außerhalb des Stabsraums in den dafür vorgesehenen Nebenräumen geführt
- Während der Stabssitzung keine Kommunikation nach außen (z. B. Telefonate)
- Mailfunktionspostfächer nutzen, mündliche Kommunikation verschriftlichen und dem Sachgebiet Lage zuleiten
- Bei relevanten Entscheidungen Einsatztagebuch informieren/in Kopie nehmen
- Selbstmanagement: Überlastung im jeweiligen Sachgebiet und/oder persönliche Überlastung rechtzeitig anzeigen
- Festlegung der Ziele und Taktik/Strategie, um „vor die Lage“ zu kommen → Lageentwicklung antizipieren/beeinflussen

Nach der Lage

- Einsatzende verkünden, Kommunikation nach innen und außen (Datum + Uhrzeit)
- ETB zur Unterschrift an Einsatzleitung
- Nachbetreuung für Stabsmitglieder und sonstige an der Bewältigung beteiligte Mitarbeitende anbieten
- Lage aufarbeiten / nachbesprechen

4. Checkliste für Sachgebiet 1 – Personal (Führungsstab)

Für Handlungsanweisungen ergänzen:

Alarmierung: Sie werden im Schadensfall durch ... (z. B. den Alarmserver unter Angabe des Alarmstichworts) alarmiert.

Treffpunkt: Im Alarmfall begeben Sie sich unverzüglich ... (z. B. in die Einsatzzentrale des Stabs im Gebäude ..., Ebene ..., Raum ... Die Schlüssel sind am Empfang/im Raum ... hinterlegt.)

Einsatzort: Ihr Einsatzort ist ... (z. B. die Einsatzzentrale).

-
- Hinweise zu erster Kontaktaufnahme
 - Anweisungen zur Arbeitsaufnahme des Stabs
 - Wichtige Telefonnummern
 - Weisungsbefugnis gegenüber ...

Aufgaben Sachgebiet 1:

Bereitstellung des notwendigen Personals und Organisation des Stabs durch:

- Veranlassung einer Mitarbeitenden-Registrierung (Ort: ...) und Führen von Personalübersichten
- Nachalarmierung, Überwachung des Alarmierungsergebnisses und Zuteilung von Personal zu Einsatzabschnitt(en). Austausch von Personal zur Gewährleistung von Regenerationsphasen ist zu berücksichtigen.
- Besetzung aller erforderlichen Posten des Stabs, falls erforderlich Nachalarmierung von zusätzlichem Personal für den Stab
- Erstellung von Krisendienstplänen und Management von Personalausfällen
- Temporäre Versetzungen/Abordnungen von Personal
- Fortlaufende Bereitstellung relevanter Personalkennzahlen für Sachgebiet Lage: Ist-Zustand und Prognose, Berücksichtigung von Ausfällen bspw. durch Krankheit oder Urlaub. Außerdem Erstellung eines Überblicks über Abordnungen und Versetzungen sowie den Einsatz externer Kräfte für Sachgebiet Lage.
- Bearbeitung personalrechtlicher Fragestellungen
- Erstellung von Dienstanweisungen
- Lageabhängige Einbeziehung des Personal-/Betriebsrats
- Einbeziehung des Betriebsärztlichen Dienstes nach Erfordernis
- Organisation einer Kinderbetreuung der zu betreuenden Kinder von Mitarbeitenden (Ort: ...)

5. Checkliste für Sachgebiet 2 – Lage (Führungsstab)

Für Handlungsanweisungen ergänzen:

Alarmierung: ...

Treffpunkt: ...

(ggf.) Einsatzort: ...

-
- Hinweise zu erster Kontaktaufnahme
 - Anweisungen zur Arbeitsaufnahme des Stabs
 - Wichtige Telefonnummern
 - Weisungsbefugnis gegenüber ...

Aufgaben Sachgebiet 2:

Kontinuierliche Beschreibung und Bewertung der Einsatzlage sowie Lagedarstellung durch:

- Anforderung von relevanten Informationen u. a. bei den anderen Sachgebieten, z. B.:
 - Anzahl, Art und Umfang der Schäden
 - Anzahl von betroffenen Patientinnen und Patienten und Angehörigen
 - Einsatzabschnitte und -schwerpunkte (z. B. Behandlungsbereiche)
 - Eingesetzte, bereitgestellte und noch erforderliche Einsatzmittel und -kräfte (Klärung der OP-Kapazitäten, Intensivstationskapazitäten, Belegungszahlen)
 - Material, med. Sachbedarf, Gase, Medikamente
 - Interne und externe Transportmöglichkeiten
 - Nachrichtenlage
- Auswerten und Bewerten der Informationen
- Fortlaufende Lagedarstellung und Visualisierung (z. B. Powerpoint-Vorlage auf dem Laufwerk ..., alternativ an Whiteboard/Flipchart im Stabsraum; Gebäudepläne sind abgelegt unter ...).
- Weitere Hilfestellung zur Lagedarstellung kann die Stationsbelegung im KIS sein.
- Regelmäßiges Erstellen und Präsentieren von Lagevorträgen im Stab inkl. Einschätzung der Lage und zu erwartende Lagefortentwicklung
- Regelmäßiges Erstellen von Lageberichten und Übermittlung an das Sachgebiet Kommunikation zur internen und externen Information

- Führen des ETB im Programm ... oder bei EDV-Ausfall papiergestützt (Vorlage siehe ...)→ Dokumentation aller den Einsatz betreffenden Informationen: Ergebnisse der Lagefeststellung, Anweisungen an die Funktions- und Behandlungsbereiche, besondere Vorkommnisse und Erkenntnisse, Beurteilung der Lage, Entschlussfassung über die zu treffenden Maßnahmen und deren Umsetzung
- Meldungen an andere Stellen und Stäbe

6. Checkliste für Sachgebiet 3 – Einsatz (Führungsstab)

Für Handlungsanweisungen ergänzen:

Alarmierung: ...

Treffpunkt: ...

(ggf.) Einsatzort: ...

-
- Hinweise zu erster Kontaktaufnahme
 - Anweisungen zur Arbeitsaufnahme des Stabs
 - Wichtige Telefonnummern
 - Weisungsbefugnis gegenüber ...

Aufgaben Sachgebiet 3:

Einsatzdurchführung und Vorbereitung strategischer Entscheidungen durch:

- Planung der medizinischen Versorgung auf Basis der durch den Krisenstab festgelegten Strategie und unter Berücksichtigung der Lagefortentwicklung und vorhandenen Ressourcen
- Festlegen von Einsatzschwerpunkten und Einsatz-/Untereinsatzabschnitten, Festlegen der erforderlichen Einsatzkräfte, Einsatzmittel und Reserven
- Bestimmen und Einweisen von Führungskräften (z. B. Einsatzabschnittsleitung und Verbindungspersonen)
- Räumliche Organisation (z. B. Bereitstellungsräume, Sammelstellen, Orte für Besprechungen)
- Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern, Behörden und Organisationen
- Bei Bedarf Organisation von Betreuungsmöglichkeiten für Angehörige und/oder Personal. Hierzu kann das Sachgebiet eine Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) mit internen (Psychosomatik, Psychiatrie) und/oder externen Kräften (Notfallseelsorge der Stadt/Landkreise) einrichten. Umsetzung vor Ort durch operatives Führungselement/Einsatzabschnitt Medizin.
- Veranlassung der Leitung von betroffenen Angehörigen in einen separaten Bereich (Ort: ...)
- Organisation des internen Patiententransports
- Organisation externer Transportmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten

- Anordnung von vorzeitigen Entlassungen stabiler Patientinnen und Patienten, Prüfung und Absage von Elektivmaßnahmen
- Beaufsichtigen und Kontrollieren der Einsatzdurchführung
- Regelmäßige Erstellung von Übersichten über Anzahl von Patientinnen und Patienten und Angehörigen, verfügbare OP-Kapazitäten und Intensivstationskapazitäten sowie Behandlungsbereiche → Information an Sachgebiet Lage

7. Checkliste für Sachgebiet 4 – Versorgung und Logistik (Führungsstab)

Für Handlungsanweisungen ergänzen:

Alarmierung: ...

Treffpunkt: ...

(ggf.) Einsatzort: ...

-
- Hinweise zu erster Kontaktaufnahme
 - Anweisungen zur Arbeitsaufnahme des Stabs
 - Wichtige Telefonnummern
 - Weisungsbefugnis gegenüber ...

Aufgaben Sachgebiet 4:

Planung, Organisation, Bereitstellung aller notwendigen Güter sowie Logistik im Krankenhaus durch:

- Veranlassung der Sicherung von Zu- und Abfahrtswegen
- Veranlassung der Beendigung der Besuchszeit und der Räumung des Hauses von allen überflüssigen Personen
- Veranlassung, dass bei externen Schadensereignissen das betroffene Haus nur noch an der dafür vorgesehenen Stelle betreten werden kann
- Organisation der Sicherstellung von Sachwerten, falls erforderlich
- Überblick über Versorgungslage und Bestände, ggf. Durchführung von Ressourcenabfragen
- Materialbeschaffung und -nachschub z. B. über die Apotheke und Einkauf
- Bereitstellung von Schutzausrüstung zum Eigenschutz der Mitarbeitenden
- Bewältigung materieller Ressourcenengpässe im Rahmen der Gefahren- und Schadenslage (wiederverwendbare Medizingeräte, z. B. Beatmungsgeräte, Perfusoren, Überwachungseinheiten; Arzneimittel, Blutprodukte; medizinische Verbrauchsmaterialien, z. B. Verbandstoffe; strukturelle bzw. prozessuale Ressourcen, z. B. Intensivbetten und OP-Säle)
- Bericht an Sachgebiet Lage über Materialstand und pharmazeutischer Produkte (z. B. Gase, Arzneimittel, Blutprodukte)

- Versorgung der Einsatzkräfte durch sofortige Bereitstellung von ausreichend (kostenlosen) Speisen und Getränken (Ort: z. B. *Mitarbeitercafeteria*). Versorgung der Einsatzkräfte vor Ort in den einzelnen Einsatzunterabschnitten; sowie Versorgung der betroffenen Angehörigen/ zu betreuenden Kinder im dafür vorgesehenen separaten Bereich.
- Schaffung von Ruhe- und Rückzugsmöglichkeiten für die Führungskräfte (bei länger andauernden Einsätzen)
- Sicherstellung der sterilen Aufbereitung von Medizinprodukten (AEMP)
- Bau/Technik Infrastruktur: Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des technischen Betriebs oder Veranlassung der Wiederherstellung → z. B. Wasser, Abwasser, Strom, medizinische Gasversorgung, Wärme, Kälte, Abfallentsorgung
- Textilservice: Sicherstellung der Funktionstüchtigkeit der Wäscherei/ externe Dienstleister
- Arbeitssicherheit, Brandschutz

8. Checkliste für Sachgebiet 5 – Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation (Führungsstab)

Für Handlungsanweisungen ergänzen:

Alarmierung: ...

Treffpunkt: ...

(ggf.) Einsatzort: ...

-
- Hinweise zu erster Kontaktaufnahme
 - Anweisungen zur Arbeitsaufnahme des Stabs
 - Wichtige Telefonnummern
 - Weisungsbefugnis gegenüber ...

Aufgaben Sachgebiet 5:

Interne und externe Kommunikation der relevanten Informationen zur Gefahren-/Schadenslage durch:

- Stakeholder-Management
- Information der Mitarbeitenden z. B. über Intranetmeldungen
- Erstellung von Pressemitteilungen, ggf. Abstimmung mit der Stadt-/Kreisverwaltung und/oder mit den Einsatzleitungen der Feuerwehr und Polizei
- Vorbereitung und Durchführung von Pressekonferenzen, regelmäßige Festsetzung von Zeitpunkten, zu denen das Sachgebiet die Medienvertreter mit Informationen versorgt. Diese Termine werden umgehend den Medienvertretern mitgeteilt.
- Kontinuierliches Bereitstellen aufgearbeiteter Informationen für die Pressestelle
- Veranlassung und Betrieb einer Hotline für eingehende Anfragen
- Kommunikation mit Angehörigen, fortlaufende Bewertung und Abstimmung der Angehörigen-Information auch mit Fachberatenden der PSNV und klinischem Kriseninterventionsdienst
- Bei Bedarf Organisation der Einrichtung eines Medienzentrums (Ort: ...)
- Organisation der Betreuung von lokalen Medienbetreuern an einem Standort
- Verfolgen der Nachrichtenlage im Fernsehen, Internet und ggf. Presse zum aktuellen Schadensereignis
- Monitoring und Betreuung von Social-Media-Kanälen

9. Checkliste für Sachgebiet 6 – Informations- und Kommunikationstechnik (Führungsstab)

Für Handlungsanweisungen ergänzen:

Alarmierung: ...

Treffpunkt: ...

(ggf.) Einsatzort: ...

-
- Hinweise zu erster Kontaktaufnahme
 - Anweisungen zur Arbeitsaufnahme des Stabs
 - Wichtige Telefonnummern
 - Weisungsbefugnis gegenüber ...

Aufgaben Sachgebiet 6:

Planung, Organisation, Bereitstellung und Durchführung des technischen Informations- und Kommunikationseinsatzes durch:

- Ausstattung der Mitglieder der BAO mit Hard- und Software
- Gewährleisten der Kommunikationssicherheit (Redundanz)
- E-Mailadressen & Laufwerke: Berechtigungen, Sicherstellen der Funktionstüchtigkeit
- Einrichtung von Videokonferenzen (Hard- und Software) für Besprechungen
- Sicherstellung der technischen Funktionsfähigkeit der Hotline
- Funktionsfähigkeit der Medizintechnik
- Dokumentation des Kommunikationsbetriebs (Nachweisung)

10. Checkliste interne und externe Evakuierung

Vorbereitungen (z. B. durch Führungsstab/KEL)

- Abklären wer den Einsatz führt (z. B. Krankenhaus, Führungs- und Lagezentrum der Polizei, Führungsstab des Stadt-/Landkreises)
- Falls erforderlich Verbindungsperson in die externe Einsatzleitung entsenden
- Einsatzabschnittsleitung intern bestimmen
- Zeitplan aufstellen:
 - Klärung wann Gebäude geräumt, betriebsfrei und kontrolliert/gesichert sein müssen:
Datum: _____ Uhrzeit: _____
 - Festlegung Beginn der betriebsfreien Phase (mit Technik, ggf. Hintergrundbereitschaft alarmieren)
Datum: _____ Uhrzeit: _____
 - Festlegung Startzeitpunkt Evakuierung:
Datum: _____ Uhrzeit: _____
- Klärung wie viel Personal für die Vorbereitung und Durchführung der Evakuierung und der anschließenden Rücküberführung in den Normalbetrieb benötigt wird
- Vorabentlassungen
- Totalen Aufnahmestopp verhängen, Information an Integrierte Leitstelle
- Information der Ambulanzen, ambulante Termine abzusagen
- Ausweichstandort für Führungselemente (z. B. Stab) definieren und einrichten
- Prüfung von Kapazitäten innerhalb des Klinikverbunds
- Bei externer Evakuierung: Informationen über Bettenkapazitäten in umliegenden Krankenhäusern einholen
- Wenn vorhanden Nutzen eines Evakuierungstools im KIS, Evakuierungseinstufung (Isolation und Mobilität) durch die Stationen vornehmen lassen, auf Vollständigkeit prüfen und bei Fehlen von Informationen Kontakt aufnehmen
- Evakuierungsziele festlegen und für jede Patientin/ jeden Patienten im KIS eintragen
- Absprache mit Technik über Sicherungsmaßnahmen für betriebsfreie Zeit
- Ordnungsdienst einrichten
- Abklären der Übergabepunkte mit der Einsatzleitung inkl. Wegeführung für externe Einsatzkräfte
- Absprache zwischen Einsatzabschnittsleitung und Krankenhaus-Stab über die zu evakuierenden Bereiche
- Bestimmung von Begleitpersonal (Ärztin/Arzt/Pflegepersonal) für Busse und Sammelunterkünfte

- Vorbereitung der Rücküberführung

Durchführung der Evakuierung

- Transport der Patientinnen und Patienten zu den Übergabepunkten
- Patientinnen und Patienten im KIS nicht entlassen, um Rücküberführung zu erleichtern
- Führen einer laufenden Übersicht mit evakuierten Patientinnen und Patienten
- Fortlaufende Bettenaufbereitung bis zum Schluss
- Technik anweisen, das Klinikum in den betriebsfreien Zustand zu versetzen
- Finale Prüfung und Kennzeichnung von evakuierten Stationen/Bereichen
- Führungsstab/KEL evakuieren und Ausweichstandort in Betrieb nehmen

Beendigung der Evakuierung und Rücküberführung der Patientinnen und Patienten

- Führungsstab/KEL zurück in ursprüngliche Räumlichkeiten überführen
- Technikabteilung zurückführen, Sicherstellung des technischen Betriebs
- Wiederaufnahme der Bettenaufbereitung
- Stationen mit Personal besetzen und in Betrieb nehmen
- Sichtungsbereich alarmieren und in Betrieb nehmen (alle Patientinnen und Patienten werden über Sichtungsbereich ins Krankenhaus gebracht)
- Ordnungsdienst einteilen, interne und externe Wegeführung für externe Katastrophenschutzkräfte
- Ggf. Verwaltungsmitarbeitende bereitstellen zur Begleitung gehfähiger Patientinnen und Patienten auf die Stationen
- Information an externe Einsatzleitung, dass das Krankenhaus bereit zur Wiederaufnahme ist
- Information/Durchsage an Stationen: KIS-Abgleich mit tatsächlich auf der Station vorhandenen Patientinnen und Patienten durchführen
- Vollständige Demobilisierung und Anordnung des Normalbetriebs sowie Aufhebung des Aufnahmestopps

11. Checkliste MANV

- Lagebeurteilung unter Berücksichtigung der aktuellen Ressourcen
- Personalalarmierung
- Personalregistrierung veranlassen
- Kennzeichnungswesten verteilen und anziehen
- Ordnung des Raumes organisieren: Patientenlieferung durch den Rettungsdienst, Selbsteinweisende, Angehörige, Medienvertreter, ggf. Schließen der Klinikeingänge
- Aufbau des Sichtungsbereichs veranlassen
- Aufbau der Behandlungsbereiche (rot, gelb, grün, blau*) veranlassen, Materialwägen und weiteres benötigtes Material bereitstellen
- Schaffung von Kapazitäten, z. B. Patientinnen und Patienten aus der Notaufnahme verlegen bzw. entlassen
- Abschnitts- und Unterabschnittsleiter festlegen und im Einsatzkräfteverzeichnis dokumentieren
- Behandlungsteams bilden aus Ärztin/Arzt und Pflegekraft
- OP-Programm: nur noch Eingriffe bei vitaler Bedrohung zulassen
- Nutzen der im jeweiligen KIS vorgesehenen Möglichkeiten (z. B. MANV-Modul)
- Zur Patientenaufnahme vorbereitete Patientensets (z. B. mit Patientenarmband, Patientenanhängerkarte, Patientenaufkleber, Wertsachentüte, Kleidertüte, Patientenhemd) und im KIS angelegte MANV-Fälle nutzen
- Vorhandene präklinische Identifikationsnummern (Patientenanhängerkarte) müssen in die klinische patientenbezogene Dokumentation übernommen und mit der klinischen Identifikationsnummer verknüpft werden. Die präklinische Patientenanhängerkarte wird Teil der Patientenakte
- Vervollständigung der Patientinnen- und Patientendaten wenn Zeit dafür ist

* Behandlungsbereich blau: Die innerklinische Vergabe der Sichtungskategorie „blau“ setzt weitreichende Kenntnisse über die aktuell vorhandenen Ressourcen und die Lageentwicklung voraus (Heller, et al., 2025). Ein entsprechender Behandlungsbereich ist erst nach Abwägung und aktiver Entscheidung durch eine dafür befugte Person aufzubauen.

12. Checkliste Brand

- Lagefeststellung, Lagebeurteilung und entsprechende Alarmierung auslösen (intern und Feuerwehr falls noch nicht geschehen)
- Kennzeichnungswesten verteilen und anziehen
- Alle Patientinnen und Patienten, Besuchenden und Mitarbeitenden aus der Gefahrenzone in einen sicheren Brandabschnitt bringen (lassen)
- Bis zum Eintreffen der Feuerwehr liegt die Entscheidung, ob ein betroffener Gebäudeabschnitt geräumt werden muss, beim Personal vor Ort
- Ggf. Abbruch/Absage elektiver Maßnahmen
- Bei Eintreffen der Feuerwehr Kontaktaufnahme durch das operative Führungselement. Ab diesem Zeitpunkt trifft die Entscheidung zur Räumung oder Evakuierung der Einsatzleiter Feuerwehr in Absprache mit dem Krankenhaus
- Ordnung des Raumes organisieren, ggf. Ordnungsdienst
- Dokumentation der Maßnahmen im ETB

13. Checkliste strukturierte Nachbereitung von Echtlagen und Übungen

Ziel/Präambel: Es werden in der Nachbereitung keine Schuldigen gesucht, sondern Ziel ist die Formulierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Bewältigung und zukünftigen Verhinderung von Ereignissen.

- Kurzes „hot debriefing“ direkt nach der Lage/Übung
- Strukturierte Nachbereitung gut vorbereiten, Teilnehmendenkreis prüfen, Betroffenheit der Mitarbeitenden berücksichtigen
- Stärken-Schwächen-Analyse – Was hat gut funktioniert? Wo bestehen Verbesserungsbedarfe? Mögliche Kategorien:
 - Kommunikation und Führung
 - Logistik und Versorgung
 - Ausrüstung
 - Lagedarstellung und Kommunikation
 - Zusammenarbeit verschiedener Bereiche
- Schriftliche Maßnahmenableitung – Wer macht was, bis wann? inkl. Nachverfolgung der Maßnahmenumsetzung
- Integration der abgeleiteten Erkenntnisse in Ausbildungskonzepte und Einsatzpläne
- Dokumentation des gesamten Prozesses
- Interne und externe Kommunikation in Abstimmung mit Unternehmenskommunikation
- Bei Übungen: Erstellung finaler Übungsbericht

CORREKT-Schema für Debriefings (nach Luxem et al. 2016)

- C – Closed Room: Verschwiegenheit, alles Gesagte bleibt im Raum
- O – Offenheit und Objektivität: Positive Fehlerkultur
- R – Richtiger Ort und richtiger Zeitpunkt
- R – Respekt und wertschätzendes Feedback
- E – Empathie und die eigenen Gefühle offen aussprechen
- K – Konstruktivität: Zielführendes Debriefing
- T – Team: Hierarchiefreie Besprechung auf Augenhöhe (Luxem, Kugelmann, & Roth, 2016)