



# **Katastrophenschutz in Hessen**

## **Medizinischer Katastrophenschutz**

**Das Hessische Ministerium des Innern und für Sport**

**(Referat V 4 – Katastrophenschutz) hat dieses Konzept federführend erarbeitet.**

**Beteiligt waren:**

- **Hessisches Sozialministerium,**
- **Landesärztekammer Hessen,**
- **Landesapothekerkammer Hessen,**
- **Hessische Krankenhausgesellschaft,**
- **Landesverbände der Hilfsorganisationen ASB, DRK, JUH, MHD  
und Landesfeuerwehrverband Hessen,**
- **Sanitätskommando II der Bundeswehr,**
- **von den o.g. Stellen benannte medizinische Fachkräfte.**

**Der Landesbeirat für den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz hat dieses Konzept am 22. Januar 2003 dem Hessischen Minister des Innern und für Sport zur Einführung empfohlen.**

**Dieser hat das Konzept mit Erlass vom 15. Juli 2003 in Kraft gesetzt.**

# V o r w o r t

Ich freue mich, dass ich Ihnen mit dieser Broschüre das Konzept

## **„Medizinischer Katastrophenschutz in Hessen“**

vorlegen kann. Damit löst die Landesregierung eine Zusage ein, die sie bei der Einführung des Konzeptes „Katastrophenschutz in Hessen“ am 5. August 2002 gegeben hat.

Das Konzept „Medizinischer Katastrophenschutz“ ist ein Novum. Als erstes Land hat sich Hessen dem komplexen Thema des medizinischen Katastrophenschutzes gewidmet und alle Bereiche der „Rettungskette“ im Falle einer Großschadenlage – von der Ersten Hilfe durch Laien vor Ort bis zur Behandlung in einer Spezialklinik – beschrieben und geregelt.

In enger Zusammenarbeit meines Ministeriums und des Sozialministeriums, sowie unter Beteiligung zahlreicher Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens wurde ein Konzept für alle notwendigen Vorbereitungen zur Behandlung einer großen Anzahl Verletzter und Kranker erarbeitet. Ein solches Konzept ist bundesweit einmalig, denn es regelt nicht nur den „klassischen Katastrophenschutz“ mit dem Bereich Sanitätswesen, sondern legt auch die Förderung einer flächendeckenden Erste-Hilfe-Ausbildung fest und trifft konkrete Regelungen für Krankenhäuser. Auch für die Aus-, Weiter- und Fortbildung des medizinischen Fachpersonals in „Notfall- und Katastrophenmedizin“ und eine Bevorratung von Heil- und Hilfsmitteln enthält es wichtige Vorgaben, die nach und nach umgesetzt werden müssen.

Ich bin sicher, dass das Konzept „Medizinischer Katastrophenschutz“ einen nutzbringenden „Roten Faden“ für alle darstellt, die beruflich oder ehrenamtlich an der Bewältigung einer Großschadenlage oder Katastrophe beteiligt sind. Mit seiner Umsetzung wird sich die medizinische Versorgung der Opfer weiter verbessern.

Allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe und der Unterarbeitsgruppen danke ich für ihre engagierte Mitarbeit. Sie haben mit ihren praxisorientierten Vorschlägen dazu beigetragen, ein auf breiter Basis akzeptiertes und gut realisierbares Konzept zu erstellen.

Wiesbaden, im Juli 2003

(Volker Bouffier)  
Hessischer Minister des Innern  
und für Sport



## Inhaltsverzeichnis

Stichwortverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Vorbemerkung

<b>1</b>	<b>Grundlage und Aufgabe des Konzeptes „Medizinischer Katastrophenschutz in Hessen“</b>	<b>1</b>
1.1	Bezug zum Konzept „Katastrophenschutz in Hessen“	1
1.2	„Katastrophe“ aus medizinischer Sicht	2
1.3	Schnittstellen vom täglichem Einsatz des Rettungsdienstes bis zum Einsatz von Katastrophenschutzeinheiten	3
<b>2</b>	<b>Rechtsgrundlagen zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der Versorgung im Katastrophenfall</b>	<b>4</b>
2.1	<b>Gesetz zur Neuordnung des Rettungsdienstes in Hessen (Hessisches Rettungsdienstgesetz 1998)</b>	<b>5</b>
2.1.1	Vorläufiger Rettungsdienstplan des Landes Hessen	5
2.1.2	Fachplan Luftrettung für das Land Hessen	5
2.1.3	Verordnung zur Ausführung der §§ 5 und 6 des Gesetzes zur Neuordnung des Rettungsdienstes in Hessen (Zentrale Leitstellen, Besondere Gefahrenlagen)	6
2.1.4	Verordnung zur Ausführung des § 10 des Hessischen Rettungsdienst- gesetzes 1998 (Rettungsdienst-Betriebsverordnung)	6
2.1.5	Verordnung über die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst (Rettungsdienst-Notarztverordnung)	7
2.1.6	Verordnung über die Qualitätssicherung im Rettungsdienst	7
2.1.7	Richtlinie „Einsatzplanung für den Sanitätsdienst bei Großveranstaltungen“	7
2.2	<b>Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2002)</b>	<b>8</b>
2.3	<b>Hessisches Gesetz über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz</b>	<b>8</b>
2.4	<b>Gesetz zur Neuordnung des Zivilschutzes (Zivilschutzneuordnungsgesetz)</b>	<b>9</b>



<b>2.5</b>	<b>Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung)</b>	9
<b>2.6</b>	<b>Rechtsgrundlagen für den Einsatz der Bundeswehr</b>	10
<b>3</b>	<b>Aufgabenverteilung / Funktionen für den medizinischen Katastrophenschutz</b>	11
<b>3.1</b>	<b>Landesebene</b>	11
3.1.1	Hessisches Sozialministerium	11
3.1.2	Hessisches Ministerium des Innern und für Sport	11
3.1.3	Landesärztekammer Hessen	12
3.1.4	Landesapothekerkammer Hessen	12
3.1.5	Landesverbände der Hilfsorganisationen (ASB, DLRG, DRK, JUH und MHD) und Landesfeuerwehrverband Hessen	12
3.1.6	Hessische Krankenhausgesellschaft	13
3.1.7	Beratende Gremien	13
<b>3.2</b>	<b>Ebene der Regierungsbezirke</b>	13
<b>3.3</b>	<b>Ebene der Landkreise / kreisfreien Städte</b>	14
3.3.1	Gesundheitsamt	14
3.3.2	Träger des Rettungsdienstes	14
3.3.3	Zentrale Leitstellen / Leitfunkstellen	15
3.3.4	Besondere Einsatzleitung	15
3.3.5	Technische Einsatzleitung (nach § 6 Abs. 1 HRDG)	16
3.3.5.1	Leitende Notärztin / Leitender Notarzt	16
3.3.5.2	Organisatorische Leiterin / Organisatorischer Leiter Rettungsdienst	17
3.3.6	Ärztliche Leiterin / Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	18
3.3.7	Führungspersonal in Sanitätszügen und Betreuungszügen	18
3.3.8	Krankenhaus-Einsatzleitung (für interne und externe Gefahrenlagen)	19
3.3.8.1	Brandschutzbeauftragte / Brandschutzbeauftragter des Krankenhauses	20
3.3.8.2	Beauftragte / Beauftragter des Krankenhauses für interne und externe Gefahrenlagen	21
3.3.9	Untere Katastrophenschutzbehörde	21
3.3.9.1	Fachberaterin / Fachberater für sanitäts-taktischen Einsatz	22
3.3.9.2	Fachberaterin / Fachberater für medizinische Fragen	23
<b>4</b>	<b>Vorbereitungen zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung</b>	23
<b>4.1</b>	<b>Erste-Hilfe-Ausbildung und Ausbildung in Herz-Lungen-Wiederbelebung für die Bevölkerung</b>	23
<b>4.2</b>	<b>Erste-Hilfe-Ausbildung und Ausbildung in Herz-Lungen-Wiederbelebung in Betrieben und Verwaltung</b>	25
<b>4.3</b>	<b>Einrichtung von Voraus-Helfer-Systemen</b>	25



<b>4.4</b>	<b>Ausbildung von Pflegehilfskräften</b>	26
<b>4.5</b>	<b>Rettungsdienstplan des Landes Hessen und Bereichspläne</b>	27
<b>4.6</b>	<b>Zentraler Bettennachweis</b>	28
<b>4.7</b>	<b>Krankenhaus-Einsatzpläne einschließlich Planung von „Behelfs-Krankenhäusern“</b>	29
<b>4.8</b>	<b>Bevorratung von Heil- und Hilfsmitteln</b>	31
4.8.1	Allgemeine Bevorratung im Gesundheitswesen	31
4.8.2	Bevorratung für den Rettungsdienst und die Sanitätszüge	32
4.8.3	Notfalldepots der Landesapothekerkammer	33
4.8.4	Bevorratung für spezielle medizinische Gefahrenlagen	34
4.8.5	Bevorratung des Bundes für den Zivilschutz	35
4.8.6	Bevorratung der Bundeswehr	35
4.8.7	Bevorratung im pharmazeutischen Großhandel und bei den Herstellern	36
4.8.8	Bevorratung von Blutkonserven	36
<b>4.9</b>	<b>Einsatzplanung für den Sanitätsdienst bei Großveranstaltungen</b>	37
<b>4.10</b>	<b>Einbindung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte</b>	37
<b>4.11</b>	<b>Rationelle Nutzung personeller und materieller Ressourcen im Gesundheitswesen durch Einsatz digitaler Technologien</b>	38
<b>5</b>	<b>Organisatorische Regelungen für Großschadenlagen und Katastrophen</b>	40
<b>5.1</b>	<b>Verstärkung des Rettungsdienstes</b>	40
<b>5.2</b>	<b>Alarmierung und Einsatz niedergelassener Ärztinnen und Ärzte</b>	41
<b>5.3</b>	<b>Einsatz von Sanitätszügen und Betreuungszügen</b>	42
<b>5.4</b>	<b>Einsatz der Bundeswehr</b>	44
<b>5.5</b>	<b>Anwendung von Sichtungskategorien und Kennzeichnung Verletzter</b>	45
<b>5.6</b>	<b>Maßnahmen in Krankenhäusern</b>	46
5.6.1	Verstärkung des Personals	46
5.6.2	Umstellung der Arbeitsabläufe für die Aufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten	47
5.6.3	Erhöhung der Aufnahmekapazität	47
5.6.4	Einrichtung und Betrieb von „Behelfs-Krankenhäusern“	48
<b>5.7</b>	<b>Inbetriebnahme von Laboren</b>	49



<b>6</b>	<b>Notwendige Aus-, Weiter- und Fortbildung für den medizinischen Katastrophenschutz</b>	<b>50</b>
<b>6.1</b>	<b>Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Personals der approbierten Heilberufe und spezifischer Fachberufe im Gesundheitswesen in Notfall- und Katastrophenmedizin</b>	<b>51</b>
<b>6.2</b>	<b>Empfehlungen zur Hospitation bei Einsätzen des Rettungsdienstes</b>	<b>53</b>
<b>6.3</b>	<b>Empfehlungen zur Hospitation in Krankenhäusern</b>	<b>54</b>
<b>6.4</b>	<b>Weiter- und Fortbildung von</b> – Leitenden Notärztinnen/Leitenden Notärzten – Organisatorischen Leiterinnen/Organisatorischen Leitern Rettungsdienst – Ärztlichen Leiterinnen/Ärztlichen Leitern Rettungsdienst	<b>54</b>
<b>6.5</b>	<b>Übungen</b>	<b>55</b>
6.5.1	Übungen des Rettungsdienstes und des Personals der Sanitätszüge und Betreuungszüge	56
6.5.2	Übungen in Krankenhäusern	56

## **Anlagen**

<b>1</b>	<b>Übersicht: Rettungsdienst in Hessen</b>
<b>2</b>	<b>Übersicht: Rettungswachen, Notarztstandorte, Sanitätszüge und Betreuungszüge</b> – Aufteilung auf die Landkreise und kreisfreien Städte –
<b>3</b>	<b>Der Aufgabenbereich „Sanitätswesen“ im Katastrophenschutz; Aufgaben und Gliederung des Sanitätszuges</b>
<b>4</b>	<b>Der Aufgabenbereich „Betreuung“ im Katastrophenschutz; Aufgaben und Gliederung des Betreuungszuges</b>
<b>5</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>



# Stichwortverzeichnis

## Erläuterungen

Nr. und Zahl = Nummer im Textteil

Anl. = Anlage

RetTD = Rettungsdienst

SZ = Sanitätszug

BtZ = Betreuungszug

<b>A</b>	Alarmierung	- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte - Krankenhauspersonal - Rettungsdienst und KatS-Einheiten	Nr. 5.2 Nr. 5.6.1 Nr. 5.1	<b>E</b>	Einsatz	- des Rettungsdienstes - der Bundeswehr - niedergelassener Ärztinnen und Ärzte - von SZ und BtZ	Nr. 5.1 Nr. 5.4 Nr. 5.2 Nr. 5.3		
	Anhängekarte für Verletzte und Kranke		Nr. 5.5		Einsatzleitung,	- Besondere - Technische	Nr. 3.3.4 Nr. 3.3.5		
	Apothekenbetriebsordnung		Nr. 2.5		Einsatzplanung für den Sanitätsdienst bei Großveranstaltungen		Nr. 2.1.7		
	Ärztliche Leiterin/Ärztlicher Leiter Rettungsdienst		Nr. 2.1.6 u. 3.3.6		Erste-Hilfe-Ausbildung		Nr. 4.1 u. 4.2		
	Ausbildung	- allgemein			Nr. 6	<b>F</b>	Fachberaterin/Fachberater im KatS-Stab	- für medizinische Fragen	Nr. 3.3.9.2
		- Erste Hilfe			Nr. 4.1 u. 4.2			- für sanitäts-taktischen Einsatz	Nr. 3.3.9.1
		- für ÄLRD, LNA, OLRD			Nr. 6.4		Fachplan Luftrettung für das Land Hessen		Nr. 2.1.2
		- für Personal der approbierten Heilberufe			Nr. 6.1		Fortbildung	- siehe „Ausbildung“	
		- für Personal SZ und BtZ			Nr. 6		Führungspersonal in SZ und BtZ		Nr. 3.3.7
	- Herz-Lungen-Wiederbelebung		Nr. 4.1 u. 4.2		<b>G</b>	Funktionen für den medizinischen KatS		Nr. 3	
- Pflegehilfskräfte		Nr. 4.4	Gesetz zur Neuordnung des Rettungsdienstes in Hessen			Nr. 2.1			
<b>B</b>	Beauftragte/Beauftragter des Krankenhauses für interne und externe Gefahrenlagen		Nr. 3.3.8.2	<b>H</b>	Gesetz zur Neuordnung des Zivilschutzes		Nr. 2.4		
	Behelfs-Krankenhäuser		Nr. 4.7 u. 5.6.4		Gesundheitsamt: Aufgaben		Nr. 3.3.1		
	Bereichspläne für den Rettungsdienst		Nr. 4.5		Großveranstaltungen, Sanitätsdienst bei		Nr. 2.1.7 u. 4.9		
	Besondere Einsatzleitung		Nr. 3.3.4	Handbuch für sanitätsdienstliche Hilfeleistungen der Bundeswehr			Nr. 2.6		
	Besondere Gefahrenlagen, Verordnung für....		Nr. 2.1.3		Herz-Lungen-Wiederbelebung		Nr. 4.1 u. 4.2		
	Betreuungszug - Aufgaben	- Einsatz von			Nr. 5.3	Hessisches Gesetz über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz		Nr. 2.3	
		- Gliederung			Anl. 4	Hessisches Krankenhausgesetz		Nr. 2.2	
	Betriebsverordnung für den Rettungsdienst		Nr. 2.1.4		Hessisches Rettungsdienstgesetz		Nr. 2.1		
	Bevorratung	-von Heil- und Hilfsmitteln, allgemein		Nr. 4.8	Hilfeleistungen der Bundeswehr		Nr. 2.6		
		- der Bundeswehr		Nr. 4.8.6	Hochkontagiöse Krankheiten	- Kompetenzzentrum - Transporte	Nr. 3.3.1 Nr. 2.1.4		
		- des Bundes für den Zivilschutz		Nr. 4.8.5	Hospitation	- bei Einsätzen des Rettungsdienstes	Nr. 6.2		
		- für den RetTD und die SZ		Nr. 4.8.2		- in Krankenhäusern	Nr. 6.3		
		- für spezielle medizinische Gefahrenlagen		Nr. 4.8.4	<b>K</b>	Katastrophe	- aus medizinischer Sicht	Nr. 1.2	
		- im pharmazeutischen Grosshandel und bei den Herstellern		Nr. 4.8.7			- Definition in § 24 HBKG	Nr. 1.2	
		- in Apotheken		Nr. 4.8.1		Katastrophenschutzbehörde, untere		Nr. 3.3.9	
- in Krankenhausapotheken			Nr. 4.8.1	Kennzeichnung Verletzter			Nr. 5.5		
- in Notfalldepots		Nr. 4.8.3	Kompetenzzentrum für hochkontagiöse Krankheiten		Nr. 3.3.1				
- von Blutkonserven		Nr. 4.8.8	Konzept „KatS in Hessen“		Nr. 1.1				
Bevorratungssatz San. KatS		Nr. 4.8.2							
Brandschutzbeauftragte/Brandschutzbeauftragter des Krankenhauses		Nr. 3.3.8.1							
Bundeswehr	-Einsatz		Nr. 5.4						
	-Rechtsgrundlagen		Nr. 2.6						



K	Krankenhaus	- Bevorratung von Heil- und Hilfsmitteln in Krankenhäusern - Einsatzleitung - Einsatzplan - Erhöhung der Aufnahmekapazität - Umstellung der Notfallaufnahme - Verstärkung des Personals	Nr. 4.8.1 Nr. 3.3.8 Nr. 3.3.8 Nr. 5.6.3 Nr. 5.6.2 Nr. 5.6.1	
	Krankenhäuser	Krankenhauskonferenzen	Nr. 3.1.7	
	L	Labore,	Inbetriebnahme	Nr. 5.7
		Landesbeirat für den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz		Nr. 3.1.7
		Landesbeirat für den Rettungsdienst		Nr. 3.1.7
		Landeskrankenhauseusschuss		Nr. 3.1.7
		Leitende Notärztin, Leitender Notarzt		Nr. 3.3.5.1
		Leitfunkstellen (siehe auch Zentrale Leitstellen)		Nr. 1.3 u. 3.3.3
		Luftrettung, Fachplan für das Land Hessen		Nr. 2.1.2
	M	Muster Krankenhaus-Einsatzplan		Nr. 4.7
N	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Einbindung in die med. Versorgung		Nr. 4.10 u. 5.2	
	Notarztverordnung (für den Rettungsdienst)		Nr. 2.1.5	
O	Notfalldepots der Landesapothekerkammer		Nr. 4.8.3	
P	Organisatorische Leiterin/ Organisatorischer Leiter Rettungsdienst		Nr. 3.3.5.2	
	Pflegehilfskräfte		Nr. 4.4	
Q	Qualitätssicherung im Rettungsdienst		Nr. 2.1.6	
R	Rechtsgrundlagen für den medizinischen KatS		Nr. 2	
	Rettungsdienst -Notarztverordnung		Nr. 2.1.5	
	-Träger -Übersicht		Nr. 3.3.2 Anl: 1	
	Rettungsdienstplan des Landes Hessen		Nr. 2.1.1 u. 4.5	
	Richtlinie, Einsatzplanung für den Sanitätsdienst bei Großveranstaltungen		Nr. 2.1.7	
S	Sanitätsdienst bei Großveranstaltungen		Nr. 2.1.7 u. 4.9	

	Sanitätsmateriallager Katastrophenschutz		Nr. 4.8.2	
	Sanitätszug, Aufgaben		Anl. 3	
	Sanitätszüge, - Einsatz von - Gliederung		Nr. 5.3 Anl. 3	
	Schnelleinsatzgruppe Betreuung		Nr. 5.3 u. Anl. 4	
	Schnelleinsatzgruppe Sanität		Nr. 5.3 u. Anl. 3	
	Sichtungskategorien		Nr. 5.5	
	Staatliches Untersuchungsamt		Nr. 3.2	
	Technische Einsatzleitung (nach § 6 Abs. 1 HRDG)		Nr. 3.3.5	
T	Träger des Rettungsdienstes		Nr. 3.3.2	
U	Übungen	- allgemein - des RettD, der SZ und BtZ - in Krankenhäusern	Nr. 6.5 Nr. 6.5.1 Nr. 6.5.2	
	V	Verordnung	- für Zentrale Leitstellen und besondere Gefahrenlagen - über den Betrieb von Apotheken - über die notärztliche Versorgung im RettD - über die Qualitätssicherung im RettD - zu §§ 5 und 6 HRDG - zu § 10 HRDG	Nr. 2.1.3 Nr. 2.5 Nr. 2.1.5 Nr. 2.1.6 Nr. 2.1.3 Nr. 2.1.4
		Verstärkung des Rettungsdienstes		Nr. 5.1
Voraus-Helfer-Systeme			Nr. 4.3	
W		Wälzung von Vorräten an Heil- und Hilfsmitteln		Nr. 4.8.2
	Weisungsbefugnis – für Krankenhauspersonal – LNA / OLRD		Nr. 3.3.8 Nr. 3.3.5.1 u. 3.3.5.2	
	Weiterbildung - siehe „Ausbildung“			
Z	Zentrale Leitstellen		Nr. 1.3 u. 3.3.3	
	Zentrale Leitstellen, Verordnung für		Nr. 2.1.3	
	Zentraler Bettenachweis		Nr. 4.6	
	Zivilschutzgesetz		Nr. 2.4	



**Abkürzungsverzeichnis**

In dieser Zusammenstellung sind alle im Textteil enthaltenen Abkürzungen zusammengestellt. Zusätzlich sind Abkürzungen aufgeführt, die im Katastrophenschutz üblicherweise verwendet werden, deren Kenntnis aber nicht als allgemein bekannt vorauszusetzen ist.

<b>A</b>	ABC	Atomar, biologisch, chemisch	<b>L</b>	LAB	Landesauskunftsbüro
	AKNZ	Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz		LÄK	Landesärztekammer
	ÄLRD	Ärztliche Leiterin/Ärztlicher Leiter Rettungsdienst		LAK	Landesapothekerkammer
	ArztTr	Arzttrupp		LBK	Landesbeirat für Brandschutz, Allgemeine Hilfe und Katastrophenschutz
	ArztTrKW	Arzttruppkraftwagen (in Hessen als GW-San bezeichnet)		LFuSt	Leitfunkstelle
	ASB	Arbeiter-Samariter-Bund		LNA	Leitende Notärztin/ Leitender Notarzt
<b>B</b>	Bes EL	Besondere Einsatzleitung		LSt	Leitstelle (Zentrale Leitstelle)
	BGBI.	Bundesgesetzblatt		Ltr	Leiterin/Leiter
	BKS	Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste	<b>M</b>	MANV	Massenanfall Verletzter
	Bt	Betreuung		MHD	Malteser-Hilfsdienst
	BtKombi	Betreuungs-Kombi	<b>N</b>	NA	Notärztin/Notarzt
	BtLKW	Betreuungs-Lastkraftwagen		NAW	Notarztwagen
	BtTr	Betreuungstrupp		NEF	Notarzt-Einsatzfahrzeug
	BtZ	Betreuungszug		NFS	Notfallstation
	BW	Bundeswehr	<b>O</b>	Org	Organisation
<b>D</b>	DLRG	Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft		OLRD	Organisatorische Leiterin/ Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
	DRK	Deutsches Rotes Kreuz	<b>R</b>	RBE	Rettungswache Bergen-Enkheim
	DSt	Dienststelle/Dienststellen		RE	Rahmen-Empfehlungen
	DV	Dienstvorschrift		Rettd	Rettungsdienst
<b>E</b>	EH	Erste Hilfe		RP	Regierungspräsidium
	EL	Einsatzleitung/Einsatzleiterin/Einsatzleiter		RTH	Rettungshubschrauber
<b>F</b>	FaBe	Fachberaterin/Fachberater		RTW	Rettungswagen
	FaBe Med	Fachberaterin/Fachberater Medizin	<b>S</b>	San	Sanität (swesen)
	FaBe San/Bt	Fachberaterin/Fachberater Sanitätswesen und Betreuung		SanGr	Sanitätsgruppe
	FüGrTEL	Führungsgruppe Technische Einsatzleitung		SanTr	Sanitätstrupp
<b>G</b>	GG	Grundgesetz		SAR	Such- und Rettungsdienst (Search and Rescue)
	GMBI.	Gemeinsames Ministerialblatt		SEG	Schnelleinsatzgruppe
	Gr	Gruppe		StAnz.	Staatsanzeiger
	GrFü	Gruppenführerin/Gruppenführer		stv.	stellvertretende/stellvertretender
	GVBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt		SZ	Sanitätszug
	GW	Gerätewagen	<b>T</b>	TEL	Technische Einsatzleitung
	GW-San	Gerätewagen-San (ArztTrKW)		TeTr	Techniktrupp
	GW-T	Gerätewagen Technik		Tr	Trupp
<b>H</b>	HBKG	Hessisches Gesetz über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz		TrFü	Truppführerin/Truppführer
	HiOrg	Hilfsorganisation (en)		TrTr	Transporttrupp
	HKatS-ZL	Hessisches Katastrophenschutz-Zentrallager	<b>U</b>	UKatSB	Untere Katastrophenschutzbehörde
	HKG	Hessische Krankenhausgesellschaft		UkTr	Unterkunftstrupp
	HKHG	Hessisches Krankenhausgesetz		UVBtGr	Unterkunfts-, Verpflegungs- und Betreuungsgruppe
	HLW	Herz-Lungen-Wiederbelebung	<b>V</b>	VMBI.	Ministerialblatt des Bundesministeriums der Verteidigung
	HMDI	Hessisches Ministerium des Innern und für Sport		VO	Verordnung
	HRDG	Hessisches Rettungsdienstgesetz		VpfTr	Verpflegungstrupp
	HSM	Hessisches Sozialministerium	<b>Z</b>	Z	Zug
	HSOG	Hessisches Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung		zbV	zur besonderen Verwendung
<b>J</b>	JUH	Johanniter-Unfall-Hilfe		ZFü	Zugführerin/Zugführer
<b>K</b>	KAB	Kreisauskunftsbüro		ZSG	Zivilschutzgesetz
	KatS	Katastrophenschutz		ZSNeuOG	Zivilschutzneuordnungsgesetz
	KatSL	Katastrophenschutzleitung		ZTr	Zugtrupp
	Kf und Buchst.	Kraffahrerin/Kraffahrer mit Angabe der betreffenden Fahrerlaubnisklasse		ZTrKW	Zugtrupp-Kraftwagen
	KHR	Krankenhaus-Richtlinien			
	Kombi	Kombinationsfahrzeug			
	KTW	Krankentransportwagen			
	KTW- 4	Krankentransportwagen für vier liegende Personen (4 Tragen)			



### Vorbemerkung

*Der Bereich der medizinischen Versorgung der Bevölkerung für alle Normalfälle des täglichen Lebens sowie für Großschadenlagen und Katastrophen ist auf Bundes- und Länderebene durch eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen geregelt. Sie unterliegen einer ständigen Überarbeitung in Anpassung an grundsätzliche Änderungen in organisatorischer, finanzieller und medizinisch-fachlicher Art. Für den Bereich des Katastrophenschutzes wirken sich diese Änderungen - Reduktion der für die medizinische Versorgung notwendigen Ressourcen - erschwerend aus. Diese Entwicklung kann nur durch eine noch bessere Vorbereitung für die medizinische Versorgung einer großen Anzahl Verletzter oder Kranker und eine bessere Zusammenarbeit aller in diesem Bereich Tätigen teilweise aufgefangen werden.*

*Nach den Terroranschlägen am 11. September 2001 in den USA werden in vielen Gremien, insbesondere auf Bundesebene, Konzepte für eine Verbesserung der Vorbereitungsmaßnahmen im medizinischen Bereich erarbeitet, auch für besondere Gefahrenlagen wie Bio-Terrorismus. Diese sind zur Zeit aber noch nicht so konkret, dass sie in diesem Konzept berücksichtigt werden können.*

*Aus diesem Grund wird um Verständnis dafür gebeten, dass derzeit zum Teil nur auf Forschungsprojekte oder Vorhaben ohne konkrete Aussagen hingewiesen werden kann. Das Hessische Ministerium des Innern und für Sport und das Hessische Sozialministerium verfolgen alle entsprechenden Entwicklungen und werden sie – soweit für Hessen sinnvoll und möglich – jeweils allen betroffenen Stellen mitteilen und gegebenenfalls erforderliche Regelungen einführen.*

*Das Konzept „Medizinischer Katastrophenschutz in Hessen“ stellt eine Bestandsaufnahme dar, weist auf besonders wichtige Regelungen hin und ergänzt diese. Es soll für alle im Bereich des medizinischen Katastrophenschutzes (siehe Erläuterungen hierzu in Nr. 1.2) Tätigen eine in dieser Form bisher noch nicht vorhandene Zusammenfassung und Ergänzung der bestehenden Regelungen für diese wichtige Aufgabe der staatlichen Vorsorge in Hessen bieten.*



## 1 Grundlage und Zweck des Konzeptes

### „Medizinischer Katastrophenschutz in Hessen“

#### 1.1 Bezug zum Konzept „Katastrophenschutz in Hessen“

Dieses Konzept ist eine Ergänzung zum Konzept „Katastrophenschutz in Hessen“.\* Bei der Ausarbeitung des Konzeptes

„Katastrophenschutz in Hessen“

wurden Einzelheiten zum „Medizinischen Katastrophenschutz“ weitgehend ausgeklammert, da dieser Bereich wegen seiner Wichtigkeit und seines Umfangs in dem vorliegenden Konzept „Medizinischer Katastrophenschutz in Hessen“ bearbeitet werden sollte.

Unter dem Arbeitstitel „medizinischer Katastrophenschutz“ werden

- alle vorbereitenden und einsatzmäßigen Regelungen und Maßnahmen zusammengefasst,
- die bei einer ungewöhnlich hohen Zahl Verletzter, Kranker oder sonstwie Betroffener anlässlich von Großschadenlagen oder Katastrophen
- für eine optimale medizinische Versorgung notwendig sind.

Es werden keine speziellen medizinischen Handlungsanweisungen gegeben.

Ziel aller Vorbereitungen und Maßnahmen muss es sein, auch bei einer Vielzahl Verletzter oder Kranker möglichst schnell für alle Betroffenen eine Versorgung nach individualmedizinischen Grundsätzen herbeizuführen.

Die Inhalte des Konzeptes „Katastrophenschutz in Hessen“ werden nur dann aufgeführt, wenn sie zum Verständnis notwendig sind.

Bei Verweisen auf das Konzept „Katastrophenschutz in Hessen“ wird die Kurzform: „KatS-Konzept“ verwendet.

\*Das Konzept „Katastrophenschutz in Hessen“ wurde mit Erlass des Hessischen Ministeriums des Innern und für Sport vom 5. August 2002 (StAnz. S. 3177) herausgegeben und von Amts wegen im Geschäftsbereich verteilt.

Es ist im INTERNET unter <http://www.hmdi.hessen.de/gesetze/gesetze/htm> abrufbar.



## 1.2 Katastrophe“ aus medizinischer Sicht

Der Begriff „Katastrophe“ ist für das Land Hessen in § 24 des Hessischen Gesetzes über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (HBKG) verbindlich wie folgt definiert:

*Katastrophe im Sinne dieses Gesetzes ist ein Ereignis, das Leben, Gesundheit oder die lebensnotwendige Versorgung der Bevölkerung, Tiere oder erhebliche Sachwerte in so ungewöhnlichem Maße gefährdet oder beeinträchtigt, dass zur Beseitigung die einheitliche Lenkung aller Katastrophenschutzmaßnahmen sowie der Einsatz von Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes erforderlich sind.*

Nach § 34 HBKG stellt die untere Katastrophenschutzbehörde den Katastrophenfall fest. (Nähere Erläuterungen siehe „KatS-Konzept“ Nr. 2.1.1)

Für die Feststellung eines „medizinischen“ Katastrophenfalles im Sinne dieser Ausarbeitung ist die Definition des HBKG zu erweitern. Für ein Krankenhaus kann z.B. die plötzliche Einlieferung einer ungewöhnlich großen Zahl Verletzter oder Kranker (externe Ursache) oder ein Schadenfeuer (wie 1981 im Stadtkrankenhaus Offenbach am Main – interne Ursache) durchaus zu einer „Katastrophe“ führen, die nur mit entsprechend vorbereiteten Maßnahmen zu bewältigen ist. Je mangelhafter die Vorbereitungen für solche Fälle sind, desto größer wird die „medizinische Katastrophe“.

Deshalb sind als **Kriterien für eine Katastrophe aus medizinischer Sicht** anzusehen:

- Gesundheitliche Schädigung oder Gefährdung sehr vieler Menschen, die mit den örtlich oder regional verfügbaren Kräften und Mitteln der Regelversorgung allein nicht zu bewältigen sind,
- Fehlen der Kräfte und Mittel für die erforderliche medizinisch qualifizierte und zeitgerechte Hilfeleistung.

In diesem Sinn kann es auch für den Rettungsdienst und die Leitung eines Krankenhauses oder eines Gesundheitsamtes notwendig sein, bei der unteren KatS-Behörde auf die Feststellung des Katastrophenfalles nach § 34 HBKG hinzuwirken. Auf diesem Hintergrund sind alle Anregungen und Vorschläge dieses Konzeptes zu sehen.



### 1.3 Schnittstellen vom täglichem Einsatz des Rettungsdienstes bis zum Einsatz von Katastrophenschutzeinheiten

Die Schnittstelle vom täglichen Regel-Einsatz des Rettungsdienstes bis zum Einsatz zahlreicher Einsatzkräfte im Katastrophenfall kann je nach Tageszeit, Wochentag, Witterung und Ort/Gegend (Großstadt /ländlicher Bereich) stark unterschiedlich sein. Der Übergang hängt nicht grundsätzlich von der Anzahl der Verletzten oder Kranken ab und ist immer fließend.

Allgemeingültige verbindliche Kriterien für Schnittstellen (wie die Gefahrenstufen für Feuerwehreinsätze) können insofern nicht festgelegt werden. Auch im Katastrophenfall ist der Einsatz aller Kräfte des Rettungsdienstes zwingend notwendig. Es obliegt zunächst immer der Erst-Einschätzung des Personals in der Zentralen Leitstelle <sup>1)</sup>, welche und wieviel Einsatzkräfte alarmiert und eingesetzt werden.

Später fordert die Technische Einsatzleitung die notwendigen Kräfte an. Ausführliche Hinweise zum stufenweisen Einsatz der Kräfte des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes sowie zur Erstellung eines konkreten Maßnahmenplanes für die jeweilige Zentrale Leitstelle sind in der „Verordnung zur Ausführung der §§ 5 und 6 des Gesetzes zur Neuordnung des Rettungsdienstes in Hessen (Zentrale Leitstellen, Besondere Gefahrenlagen)“ vom 31. Mai 1999 (GVBl. I S. 366) enthalten. Die nachfolgenden Schnittstellen im Sinne eines Überganges der Führung der Einsatzkräfte vor Ort ergeben sich aus den in Nr. 2 aufgeführten einschlägigen Rechtsgrundlagen.

- **Regel-Einsatz des Rettungsdienstes**

Führung: Notärztin/Notarzt

- **Einsatz bei größeren Notfallereignissen und besonderen Gefahrenlagen unterhalb der Katastrophenschwelle <sup>2)</sup>**

Führung: Technische Einsatzleitung nach § 6 HRDG: Leitende Notärztin/Leitender Notarzt und Organisatorische Leiterin/Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (beim Zusammenwirken mit Einheiten des Brandschutzes als Bestandteil der Technischen Einsatzleitung nach den für den Brandschutz maßgeblichen gesetzlichen Bestimmungen – hier: § 41 HBKG).

1) In den Städten Darmstadt, Frankfurt am Main, Fulda, Gießen, Kassel, Offenbach am Main und Wiesbaden werden die Zentralen Leitstellen als „Leitfunkstellen“ bezeichnet, da sie zusätzliche Aufgaben übernehmen.  
2) Katastrophenschwelle; Ausmaß einer Gefährdung oder eines Schadens, bei dem die Kriterien des § 24 HBKG im Einzelfall erfüllt sind, um den Katastrophenfall feststellen zu können.



- **Einsatz im Katastrophenfall**

Führung: Katastrophenschutzstab mit Fachberaterin/Fachberater für den sanitäts-taktischen\* und medizinischen Einsatz; am Schadenort durch die Technische Einsatzleitung nach § 43 Abs. 4 HBKG (siehe Nr. 3.3.5).

## **2 Rechtsgrundlagen zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der Versorgung im Katastrophenfall**

Die Sicherstellung der medizinischen „Grund“-Versorgung der Bevölkerung ist in zahlreichen Bundes- und Landes-Gesetzen und –Verordnungen sehr umfangreich geregelt. Diese werden regelmäßig auf Grund organisatorischer, technischer, medizinisch-fachlicher und finanzieller Änderungen aktualisiert. Ihre Kenntnis ist bei allen im Gesundheitswesen und Rettungsdienst Beschäftigten Voraussetzung für die tägliche Arbeit. Sie werden deshalb hier nicht ausdrücklich behandelt. Die Vielzahl und der Umfang der Einzelbestimmungen lassen einerseits zwar erkennen, dass fast alles geregelt ist, setzen andererseits aber voraus, dass die für besondere Gefahrenlagen und Katastrophen vorgesehenen Anordnungen immer wieder durch Ausbildungsveranstaltungen, Übungen und Belehrungen im Bewusstsein verankert werden, um im Ernstfall ohne Zeitverzögerung angewendet werden zu können.

Die nachfolgende Zusammenstellung weist im Wesentlichen nur auf die Gesetze, Verordnungen und Erlasse hin, die Regelungen zur Vorbereitung und Durchführung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung bei Massenanfall Verletzter oder Kranker anlässlich von Großschadenlagen und Katastrophen oder bei internen und externen Gefahrenlagen in Krankenhäusern enthalten und als „Katastrophe“ im Sinne der Definition „Medizinischer Katastrophenschutz“ in Nr. 1.2 gelten können.

\*Unter „Sanitäts-Taktik“ (Taktik: Kunst des Einsatzes) versteht man den taktischen Einsatz aller Sanitäts-Kräfte und -Mittel in Abhängigkeit von:  
- Zahl und Art der Verletzten oder Kranken,  
- verfügbaren Kräften (Anzahl, Art, Ausstattung, Leistungsfähigkeit),  
- Ort, Wetter, Verkehrslage,  
- medizinischer Infrastruktur.



**2.1 Gesetz zur Neuordnung des Rettungsdienstes in Hessen  
(Hessisches Rettungsdienstgesetz 1998 – HRDG) vom 24. November 1998  
(GVBl. I S. 499)**

Das Hessische Rettungsdienstgesetz legt den Rahmen für die Notfallversorgung und den Krankentransport als Aufgabe des Rettungsdienstes fest. Für die rettungsdienstliche Versorgung bei besonderen Gefahrenlagen sind wichtig:

§ 5 Abs. 3 Bildung einer Besonderen Einsatzleitung bei der Zentralen  
Leitstelle (bei besonderen Gefahrenlagen),

§ 6 Rettungsdienstliche Versorgung bei besonderen Gefahrenlagen  
mit zahlreichen Einzelpflichten.

**2.1.1 Vorläufiger Rettungsdienstplan des Landes Hessen (1. Fortschreibung)**

- Erlass des Hessischen Sozialministeriums vom 30. April 2001 (StAnz. S. 1926)

In diesem Erlass zur Durchführung des HRDG sind alle grundlegenden Einzelregelungen für die „Regel“-Versorgung durch den Rettungsdienst enthalten, einschließlich der Luft-, Berg- und Wasserrettung. Der Rettungsdienstplan wird durch Bereichspläne in den Rettungsdienstbereichen umgesetzt.

In Nr. 1.2 sind die Aufgaben des Rettungsdienstes bei größeren Schadenereignissen und im Katastrophenfall beschrieben. Es wird darauf hingewiesen, dass der Rettungsdienst nach Feststellung des Katastrophenfalles zum Bestandteil des Katastrophenschutzes wird und ihm auch im Katastrophenfall in der Regel die Aufgabe zukommt, am schnellsten und am qualifiziertesten medizinische Hilfe zu leisten.

Die ordnungsgemäße Beachtung aller Regelungen des vorläufigen Rettungsdienstplanes gewährleistet im Alltag ein hohes Qualitätsniveau für die medizinische Versorgung bis zur Einlieferung in ein Krankenhaus und ist als stabile Grundlage auch für Katastrophenfälle enorm wichtig.

**2.1.2 Fachplan Luftrettung für das Land Hessen**

– Erlass des Hessischen Sozialministeriums vom 14. Januar 2002 (StAnz. S. 544)

In diesem Fachplan ist die Durchführung der Notfallversorgung mit Luftrettungsmitteln (Rettungshubschraubern und Flugzeugen) geregelt. Aufgaben und Einsatzgrundsätze der Luftrettung sind darin sehr detailliert beschrieben. Luftrettungsmittel können neben den üblichen Primär- und Sekundärtransporten auch bei der Wasser-, Berg- oder Höhenrettung



sowie für Transporte lebenswichtiger Medikamente, Blutkonserven oder von speziellem Personal (z.B. Ärzteteams) eingesetzt werden. Insofern sind die Luftrettungsmittel - auch die der Bundeswehr - bei Großschadenlagen und Katastrophen ein wichtiges Einsatzmittel.

**2.1.3 Verordnung zur Ausführung der §§ 5 und 6 des Gesetzes zur Neuordnung des Rettungsdienstes in Hessen (Zentrale Leitstellen, Besondere Gefahrenlagen) vom 31. Mai 1999 (GVBl. I S. 366)**

Diese Verordnung enthält die wichtigsten Regelungen zur Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung bei besonderen Gefahrenlagen und zur Mitwirkung der Krankenhäuser. Ein Erlass des Hessischen Sozialministeriums vom 8. Juni 1999 (Min VIII 6 a – 18 c 12.01.40) gibt zusätzliche Hinweise zu dieser Verordnung. Auf diese Verordnung wird unter „VO zu §§ 5 und 6 HRDG“ an zahlreichen Stellen des vorliegenden Konzeptes hingewiesen.

**2.1.4 Verordnung zur Ausführung des § 10 des Hessischen Rettungsdienstgesetzes 1998 (Rettungsdienst-Betriebsverordnung) vom 3. Mai 2000 (GVBl. I S. 282)**

Diese Verordnung enthält u.a. wesentliche Angaben zur fachlichen und gesundheitlichen Eignung und zur Ausbildung des Einsatzpersonals im Rettungsdienst, zur Hygiene und für Transporte von Patienten mit hochkontagiösen oder gefährlichen Krankheiten. Die Beachtung dieser Verordnung dient der Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionsgefahren und damit gegebenenfalls von Seuchen, die mit Sicherheit zu einer „medizinischen Katastrophenlage“ führen würden. Der Erlass des Hessischen Sozialministeriums vom 13. Juni 2000 – (VIII/VIII 5 a – 18 c 12.01.44) enthält zusätzliche Hinweise zur Anwendung dieser Verordnung. Die Regelungen für die Beförderung von Patienten mit hochkontagiösen Erkrankungen wurden mit Erlass vom 2. Mai 2001 (VIII/VIII 5a – 18 c 12.01.44) nochmals ergänzt.





**2.1.5 Verordnung über die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst  
(Rettungsdienst-Notarztverordnung) vom 16. Mai 2001 (GVBl. I S. 263)**

In dieser Verordnung ist u.a. die Aufgabe „Notärztliche Versorgung“ definiert. Sie enthält Festlegungen für die notärztliche Besetzung von Rettungsmitteln sowie die Mitwirkung und Qualifikation von Ärzten. Sie wurde mit Verordnung vom 7. Dezember 2001 (GVBl. I S. 562) mit Wirkung vom 19. Dezember 2001 geändert. Dies bezog sich jedoch nur auf die Vergütung der notärztlichen Leistungen.

**2.1.6 Verordnung über die Qualitätssicherung im Rettungsdienst  
vom 27. Februar 2003 (GVBl. I S. 105)**

In dieser Verordnung werden wichtige grundsätzliche Festlegungen für die Qualitätssicherung im Rettungsdienst getroffen. Durch die Bestellung einer Ärztlichen Leiterin oder eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD – je Rettungsdienstbereich höchstens eine halbe Stelle) soll die effiziente Erfüllung der Aufgaben im Bereich des medizinischen Qualitätsmanagements sichergestellt werden. Die/der ÄLRD hat auch für die Vorbereitungen des medizinischen Katastrophenschutzes eine wichtige Funktion. Einzelheiten siehe in Nr. 3.3.6.

**2.1.7 Richtlinie „Einsatzplanung für den Sanitätsdienst bei Großveranstaltungen“**

Erlass des Hessischen Sozialministeriums vom 2. Oktober 2000  
(VIII/VIII 5.2 – 18 t 12.01.19)

Diese Richtlinie legt die Grundsätze für eine Risikoanalyse von Großveranstaltungen und die Berechnung zur Einsatzplanung des notwendigen Sanitätsdienstes – je nach Veranstaltungsart – fest. Sie soll den Ordnungsbehörden der Kommunen (für die Genehmigung von Großveranstaltungen) und den Sanitätsorganisationen eine Hilfe für Vorbereitung und Sicherstellung des Sanitätseinsatzes bieten. Ihre konsequente Anwendung ist für den „vorbeugenden Katastrophenschutz“ wichtig, da für Großveranstaltungen eine ausreichende sanitätsdienstliche Versorgung notwendig ist. Diese Versorgung kann gemäß der Richtlinie durch Einsatzkräfte der Sanitätsorganisationen (z.B. Schnelleinsatzgruppen Sanität oder komplette Sanitätszüge) oder andere qualifizierte Kräfte erfolgen.



## **2.2 Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2002 – HKHG) vom 6. November 2002 (GVBl. I S. 662)**

Das Hessische Krankenhausgesetz 2002 hat das Ziel, im Lande Hessen eine patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes gegliedertes System qualitativ leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser sicherzustellen und zu sozial tragbaren Vergütungen beizutragen. §§ 4 und 9 des Gesetzes verpflichten die Krankenhäuser entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur Zusammenarbeit auch in der Notfallaufnahme und zur Vereinbarung über die Organisation eines Bettennachweises mit der zuständigen Zentralen Leitstelle / Leitfunkstelle.

Zur Mitwirkung im Brand- und Katastrophenschutz haben die Krankenhäuser die Pflicht, Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen (Einzelheiten hierzu siehe Nr. 4.7).

Dies gilt insbesondere für die Aufnahme und Versorgung einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker oder bei speziellen medizinischen Lagen (z.B. Masseninfektionen). Spezielle Vorschriften für Maßnahmen in Katastrophenfällen enthält das HKHG nicht.

## **2.3 Hessisches Gesetz über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (HBKG) vom 17. Dezember 1998 (GVBl. I S. 530).**

In diesem Gesetz sind neben den grundsätzlichen Vorschriften für die Vorbereitung der Abwehr und die Abwehr von Katastrophen u.a. Regelungen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Katastrophenfall enthalten, insbesondere in:

- § 26 Abs. 1: Einheiten für Sanitätswesen und Betreuung,
- § 36: Zusammenarbeit im Gesundheitswesen,
- § 37: Besondere Pflichten von Angehörigen der Gesundheitsberufe.

Das Konzept „Katastrophenschutz in Hessen“ vom August 2002 enthält umfangreiche Einzelregelungen zu diesen Themenbereichen, unter anderem zur Aufstellung, Ausbildung und Finanzierung von Sanitätszügen und Betreuungszügen.



## 2.4 Gesetz zur Neuordnung des Zivilschutzes

(Zivilschutzneuordnungsgesetz –ZSNeuOG) vom 25. März 1997 (BGBl. I S. 726), hier insbesondere Artikel 1: Zivilschutzgesetz (ZSG), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3306)

In § 1 Abs. 2 ZSG sind „Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit“ als Aufgabe des Zivilschutzes genannt. Wichtig sind hierfür:

- § 15: Planung der gesundheitlichen Versorgung (Pflicht der nach Landesrecht zuständigen Behörden zur Planung ergänzender Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Verteidigungsfall),
- § 16: Erweiterung der Einsatzbereitschaft  
(Rechtsgrundlage zur Umstellung und Erweiterung der Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung auf die Anforderungen im Verteidigungsfall),
- § 17: Sanitätsmaterialbevorratung  
(Rechtsgrundlage zur Vorhaltung von Sanitätsmaterial für den zusätzlichen Bedarf im Verteidigungsfall),
- § 18: Erste-Hilfe-Ausbildung und Ausbildung von Pflegehilfskräften  
(Förderung des Bundes für die Ausbildung der Bevölkerung in Erster Hilfe mit Selbstschutzzinhalten und zu Pflegehilfskräften).

## 2.5 Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung – ApBetrO) in der Neufassung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), zuletzt geändert durch Verordnung vom 1. Juli 1998 (BGBl. I S. 1752)

In § 15 dieser Verordnung sind Regelungen für die Vorratshaltung von Arzneimitteln, Verbandstoffen, Einwegspritzen und Einwegkanülen festgelegt. Wegen Einzelheiten hierzu wird auf Nr. 4.8 - Bevorratung von Heil- und Hilfsmitteln - verwiesen.



## 2.6 Rechtsgrundlagen für den Einsatz der Bundeswehr

Der Katastrophenschutz als Aufgabenbereich der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr ist im Frieden nach Artikel 30 Grundgesetz (GG) Aufgabe der Länder. Die Bundeswehr kann deshalb nur auf Ersuchen der zivilen Behörden entsprechend den Grundsätzen der Amtshilfe nach Artikel 35 GG tätig werden (außer beim Selbstschutz auf Grund einer akuten örtlichen Schadenlage).

Die rechtlichen Voraussetzungen und die organisatorischen Abläufe für Hilfeleistungen der Bundeswehr sind im Erlass „Hilfeleistungen der Bundeswehr bei Naturkatastrophen oder besonders schweren Unglücksfällen und im Rahmen der dringenden Nothilfe“ (VMBl.\* 1988, S. 279 ff mit Änderungen in VMBl. 1991 S. 212, 392 und VMBl. 1995 S. 260) festgelegt.

Die konkrete Hilfsmöglichkeit der Bundeswehr für den Bereich der medizinischen Katastrophenhilfe ist in dem vom Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr herausgegebenen

### **„Handbuch für sanitätsdienstliche Hilfeleistungen der Bundeswehr“**

beschrieben. Ziel dieses Handbuches ist es, Kommandobehörden, Dienststellen, zivile Hilfs- und Rettungsorganisationen sowie Katastrophenschutzbehörden in die Lage zu versetzen, im Bedarfsfall die notwendige sanitätsdienstliche Unterstützung und Hilfe schnell und unbürokratisch planen, anfordern und gewähren zu können.

Die Katastrophenschutzbehörden können dieses Handbuch sowie zusätzliche Einzelinformationen bei dem für Hessen zuständigen Sanitätskommando II in Diez erhalten und dort weitere für ihren Bereich notwendige Informationen über mögliche Sanitätshilfe der Bundeswehr einholen.

\* VMBl. = Ministerialblatt des Bundesministeriums der Verteidigung



### **3 Aufgabenverteilung/Funktionen für den medizinischen Katastrophenschutz**

Vorbereitung und Durchführung des „medizinischen Katastrophenschutzes“ als Teil des Katastrophenschutzes sind in Hessen auf Ebene des Landes, der Regierungsbezirke und der Landkreise/kreisfreien Städte auf zahlreiche Stellen und einzelne Funktionen verteilt. Bei der Wahrnehmung der jeweiligen Aufgaben ist auch bei Großschadenlagen und Katastrophen eine - den jeweiligen Umständen entsprechend mögliche - qualifizierte medizinische Versorgung sichergestellt. Wichtig ist die gegenseitige Kenntnis der verschiedenen Aufgaben, Zuständigkeiten, Strukturen und Personen im örtlichen Bereich, um unter dem besonderen Druck einer Großschadenlage oder Katastrophe ohne Reibungsverluste (zeitliche/fachliche/menschliche) schnell und qualifiziert alle notwendigen Maßnahmen zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung treffen zu können.

#### **3.1 Landesebene**

Für Regelungen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung sind auf Landesebene die nachstehenden Ministerien zuständig. In die Umsetzung sind die unter Nr. 3.1.3 bis 3.1.7 genannten Körperschaften, Organisationen und Gremien eingebunden.

##### **3.1.1 Hessisches Sozialministerium**

Krankenhauswesen, Rettungsdienst, allgemeiner und betrieblicher Gesundheitsschutz, Infektionsschutz, Gesundheitsberufe, Arzneimittelüberwachung.\*

##### **3.1.2 Hessisches Ministerium des Innern und für Sport**

Grundregelungen für Organisation und Einsatz der Kräfte des Katastrophenschutzes, hier insbesondere: Sanitätszüge und Betreuungszüge.

*\* Die Aufgabenbereiche „Lebensmittelüberwachung und Veterinärwesen“ sind ab 2003 dem Hessischen Ministerium für Umwelt, ländlicher Raum und Verbraucherschutz zugeordnet.*



### 3.1.3 Landesärztekammer Hessen

- Weiter- und Fortbildung des ärztlichen Fachpersonals,  
hier insbesondere:
  - Notärztinnen und Notärzte,
  - Leitende Notärztinnen und Leitende Notärzte,
  - Ärztliche Leiterinnen und Ärztliche Leiter Rettungsdienst,
- Qualifikationspezifische Fortbildung,
- Aus-, Weiter- und Fortbildung von Arzthelferinnen und Arzthelfern.

### 3.1.4 Landesapothekerkammer Hessen

Bevorratung von Heil- und Hilfsmitteln, Organisation von Notfalldepots für bestimmte, seltene Notfallpräparate.

### 3.1.5 Landesverbände der Hilfsorganisationen (ASB, DLRG, DRK, JUH und MHD) und Landesfeuerwehrverband Hessen

Verbandsinterne Grundsatzregelungen für die von ihrer Organisation übernommenen Aufgaben:

- Rettungsdienst (einschließlich Berg- und Wasserrettung),
- Erste-Hilfe-Ausbildung,
- Ausbildung von Pflegehilfskräften,
- Aus- und Fortbildung des Sanitätspersonals,
- Aus- und Weiterbildung für Rettungssanitäterinnen/Rettungssanitäter sowie der Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten,
- Aufstellung und Ausbildung der Sanitätszüge und Betreuungszüge des Katastrophenschutzes,
- Aufstellung und Ausbildung von Kräften für Krisen-Intervention und Stressbewältigung (psychosoziale Betreuung für Betroffene und Einsatzkräfte),
- Betrieb von Landesausbildungsstätten,
- DRK: Blutspendedienst.



### 3.1.6 Hessische Krankenhausgesellschaft

Informations- und Beratungsfunktion für die Krankenhäuser.

### 3.1.7 Beratende Gremien

- Für den Bereich des Rettungsdienstes und des Krankenhauswesens:
  - Landesbeirat für den Rettungsdienst (nach § 23 HRDG),
  - Landesweiter Arbeitskreis zur medizinischen Qualitätssicherung im Rettungsdienst (nach § 2 Abs. 2 der „Verordnung über die Qualitätssicherung im Rettungsdienst“),
  - Landeskrankenhausausschuss (nach § 21 HKHG),
  - Krankenhauskonferenzen (nach § 22 HKHG),
- Für den Bereich des Katastrophenschutzes:

Landesbeirat für den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (nach § 56 HBKG).

### 3.2 Ebene der Regierungsbezirke

Den Regierungspräsidien obliegen folgende Aufgaben:

- Fachaufsicht über die Gesundheitsämter mit Ausnahme der Infektions-Erfassung \* (Medizinal-Dezernate),
- Rechtsaufsicht über die Gesundheitsfachberufe (Medizinal-Dezernate),
- Arzneimittelüberwachung (Herstellung, Vertrieb, Lagerung einschließlich Kontrollen vor Ort) für ganz Hessen nur durch das Pharmazie-Dezernat im Regierungspräsidium Darmstadt,
- Lebensmittelaufsicht (Veterinär-Dezernate).

\* Die Infektions-Erfassung erfolgt durch das Staatliche Untersuchungsamt in Dillenburg



### 3.3 Ebene der Landkreise/kreisfreien Städte

#### 3.3.1 Gesundheitsamt

In jedem Landkreis/in jeder kreisfreien Stadt besteht grundsätzlich \* ein Gesundheitsamt.

Allgemeine Aufgaben:

- Hygiene-Überwachung (Schulen, Krankenhäuser usw.), wobei die Lebensmittelkontrolle durch die Veterinärämter erfolgt,
- Allgemeine Beaufsichtigung der Krankenhäuser,
- Infektions-Überwachung,
- Trinkwasser- und Badewasser-Hygiene,
- Medizinalstatistik.

Die Überwachung des Rettungsdienstes ist in den Landkreisen/kreisfreien Städten zum Teil unterschiedlichen Ämtern zugeordnet.

Besonderheit: Dem Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main ist organisatorisch zugeordnet: „Hessisches Kompetenzzentrum für hochkontagiöse Krankheiten“.

#### 3.3.2 Träger des Rettungsdienstes

Nach § 4 Abs. 1 HRDG sind die Landkreise und kreisfreien Städte die Träger der bodengebundenen Notfallversorgung einschließlich der Berg- und Wasserrettung.

Sie nehmen diese Aufgabe als Selbstverwaltungsangelegenheit wahr. Damit liegt der Sicherstellungsauftrag für den Rettungsdienst – mit Ausnahme der Luftrettung – bei den Landkreisen und den kreisfreien Städten.

Träger der Luftrettung ist nach § 4 Abs. 4 HRDG das Land.

Nach § 4 Abs. 6 HRDG haben die Träger des Rettungsdienstes im Zusammenwirken mit den an der notärztlichen Versorgung Beteiligten sicherzustellen, dass die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst und die Aufnahme von rettungsdienstlich erstversorgten Personen in Krankenhäusern jederzeit gewährleistet ist.

\* *Der Landkreis Darmstadt-Dieburg und die Stadt Darmstadt haben ein gemeinsames Gesundheitsamt.*

Darüber hinaus sind benachbarte Landkreise und kreisfreie Städte nach § 4 Abs. 3 HRDG bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zur Zusammenarbeit verpflichtet.



Außerdem sind in den Landkreisen der Kreisausschuss und in den kreisfreien Städten der Magistrat Genehmigungsbehörde für den Krankentransport (§ 20 Abs. 1 HRDG).

### **3.3.3 Zentrale Leitstellen/Leitfunkstellen**

Die rund um die Uhr besetzten Zentralen Leitstellen/Leitfunkstellen (Notrufannahme 112) haben für den Einsatz des Rettungsdienstes und der Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes (Schnelleinsatzgruppen Sanität und Betreuung oder komplette Sanitätszüge, Betreuungszüge) eine hohe Bedeutung, insbesondere zu Beginn eines Einsatzes. Ihre Hauptaufgaben sind in § 5 HRDG festgelegt. Sie haben außerdem umfangreiche vorbereitende Aufgaben zur Gewährleistung einer schnellen, fachgerechten Alarmierung und für die Koordination der Einsätze zu erfüllen. Umfangreiche Einzelregelungen für die Zentralen Leitstellen sind in der VO zu §§ 5 und 6 HRDG und dem Erlass zu dieser Verordnung (siehe Nr. 2.1.3) ausführlich beschrieben. Die sorgfältige Beachtung und laufende Aktualisierung der vorbereitenden Maßnahmen stellen einen schnellen, der Lage angepassten Einsatz aller notwendigen Einsatzkräfte sicher.

### **3.3.4 Besondere Einsatzleitung**

Nach § 5 Abs. 3 HRDG ist zur Abstimmung der Einsatzsteuerung bei besonderen Gefahrenlagen für jede Zentrale Leitstelle eine „Besondere Einsatzleitung“ zu bilden. In § 4 der VO zu §§ 5 und 6 HRDG (siehe Nr. 2.1.3) sind ihre Zusammensetzung und die Einsatzkriterien festgelegt. Wichtig ist, dass die Zentrale Leitstelle an die Entscheidungen der Besonderen Einsatzleitung gebunden ist. Im Erlass zu der Verordnung wird davon ausgegangen, dass die Besondere Einsatzleitung im Katastrophenfall im Katastrophenschutzstab aufgehen kann. Dies sollte bei der personellen Zusammensetzung der Besonderen Einsatzleitung und des KatS-Stabes berücksichtigt werden.

### **3.3.5 Technische Einsatzleitung (nach § 6 Abs. 1 HRDG)**

Zur Sicherstellung der rettungsdienstlichen Versorgung bei größeren Notfallereignissen unterhalb der Katastrophenschwelle ist nach § 6 Abs. 1 HRDG für jeden Rettungsdienstbereich (d.h. den Bereich einer Zentralen Leitstelle/Leitfunkstelle) eine



Technische Einsatzleitung einzurichten. Die Technische Einsatzleitung obliegt nach dem Eintreffen am Schadenort der notärztlichen (LNA) und organisatorischen (OLRD) Leitung gemeinsam (siehe Nr. 3.3.5.1 und 3.3.5.2). Sie wird tätig, wenn die regelmäßig vorgehaltenen Rettungsmittel zur Gesamtversorgung nicht ausreichen und eine übergeordnete medizinische und organisatorische Führung erforderlich ist. Einzelheiten zu ihrer Zusammensetzung und ihren Aufgaben sind in § 6 HRDG und in § 15 der VO zu §§ 5 und 6 HRDG festgelegt.

Als Ausnahmeregelung ist die Festlegung in § 6 Abs. 2 HRDG wichtig, nach der die Technische Einsatzleitung nach § 6 Abs. 1 HRDG beim Zusammenwirken mit Einheiten des Brandschutzes Bestandteil der Technischen Einsatzleitung entsprechend den für den Brandschutz maßgeblichen gesetzlichen Bestimmungen (§ 41 HBKG) wird. Konkret bedeutet dies in der Regel, dass das Personal der Technischen Einsatzleitung nach § 6 Abs. 1 HRDG („Rettungsdienst-TEL“) zwar als „Fachberater“ zur Technischen Einsatzleitung nach § 41 HBKG („Feuerwehr-TEL“) tritt, aber den fachlichen Einsatz des Rettungsdienstes in dieser Funktion weiterhin regeln wird. Nach Feststellung des Katastrophenfalles bestimmt nach § 43 Abs. 4 HBKG der Katastrophenschutzstab eine oder mehrere Technische Einsatzleitungen („KatS-TEL“). Es ist dabei aber in der Regel davon auszugehen, dass für den Bereich des Rettungsdienst- und Sanitätseinsatzes die Verantwortung bei dem bereits hierfür eingesetzten Personal bleibt und das Führungspersonal nicht ohne Grund ausgetauscht wird.

### 3.3.5.1 Leitende Notärztin/Leitender Notarzt

Einer Technischen Einsatzleitung (§ 6 Abs. 1 HRDG) sollen mindestens eine Leitende Notärztin oder ein Leitender Notarzt (LNA) und eine Organisatorische Leiterin oder ein Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OLRD\*) angehören. Nach § 6 Abs. 3 HRDG ist die/der LNA im Einsatzfall gegenüber dem Personal des Rettungsdienstes weisungsberechtigt, fachlich auch gegenüber dem ärztlichen

\* Für Hessen wurde die Abkürzung „OLRD“ (Organisatorische(r) Leiter(in) Rettungsdienst) statt „OrgL“ zwischen allen Beteiligten vereinbart.

Personal des Rettungsdienstes und weiterem ärztlichen Personal im jeweiligen Einsatzbereich. Die/der LNA hat insofern vorwiegend medizinische Aufgaben zu erfüllen, besonders hinsichtlich der Sichtung. Nach § 6 Abs. 4 HRDG stimmt die/der LNA alle medizinischen Maßnahmen aufeinander ab und überwacht sie. Von der Qualifikation der/des LNA hängt die lagebedingte medizinische Versorgung sehr wesentlich ab. Weitere



Einzelheiten zum Aufgabenbereich und zur Qualifikation der/des LNA sind festgelegt in § 6, Abs. 3 bis 6 HRDG und der VO zu §§ 5 und 6 HRDG (siehe Nr. 2.1.3), dort insbesondere in §§ 15 und 16.

### **3.3.5.2 Organisatorische Leiterin/Organisatorischer Leiter Rettungsdienst**

Einer Technischen Einsatzleitung nach § 6 Abs. 1 HRDG sollen neben der/dem LNA mindestens eine Organisatorische Leiterin oder ein Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OLRD) angehören. Die/der OLRD ist als Angehörige (r) der Technischen Einsatzleitung gegenüber dem Personal des Rettungsdienstes weisungsberechtigt.

Ihre/seine Aufgabe wird sich in Absprache mit der/dem LNA vorwiegend auf alle sanitäts-taktischen Maßnahmen am Einsatzort beziehen, die zu einem - je nach Lage höchstmöglichen - qualifizierten Einsatz des Rettungsdienstpersonals und sonstiger Einsatzkräfte (z.B. von Schnelleinsatzgruppen) notwendig sind. Die „sanitäts-taktische“ Qualifikation der/des OLRD hat einen hohen Einfluss auf den Einsatzablauf.

Einzelheiten zum Aufgabenbereich und zur Qualifikation der/des OLRD sind festgelegt in § 6 Abs. 3 bis 6 HRDG und der VO zu §§ 5 und 6 HRDG (siehe Nr. 2.1.3), dort insbesondere in den §§ 15 und 17.

### 3.3.6 Ärztliche Leiterin/Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Nach § 3 der „Verordnung über die Qualitätssicherung im Rettungsdienst“ (siehe Nr. 2.1.6) haben die Träger der Notfallversorgung zur Sicherstellung der effizienten Erfüllung der Aufgaben im Bereich des medizinischen Qualitätsmanagements eine Ärztliche Leiterin oder einen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) – mit höchstens einer halben Stelle pro Rettungsdienstbereich – zu bestellen. Diese Regelung sichert die bereits jetzt in einigen Rettungsdienstbereichen vorhandene Funktion „ÄLRD“ rechtlich und finanziell ab. Soweit fachlich und wirtschaftlich sinnvoll, kann auch für mehrere Rettungsdienstbereiche gemeinsam ein(e) ÄLRD bestellt werden.

Der/die ÄLRD muss die Anforderungen nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Landesärztekammer Hessen erfüllen.

Der Aufgabenbereich sollte im Rahmen des Qualitätsmanagements auch die Vorbereitung des Rettungsdienstes auf den Einsatz bei Großschadenlagen und Katastrophen sowie die Mitwirkung bei Planungen für die Einbindung der Einheiten des Katastrophenschutzes und für die Bevorratung von Heil- und Hilfsmitteln umfassen. Diese Aufgaben nimmt die/der ÄLRD als Bedienstete(r) des Trägers des Rettungsdienstes wahr. Ein Einsatz als Fachberaterin/Fachberater im KatS-Stab kann ebenfalls je nach Schadenlage sinnvoll sein und sollte bei ihrer/seiner Ausbildung berücksichtigt werden.

### 3.3.7 Führungspersonal in Sanitätszügen und Betreuungszügen

Bei Großschadenlagen und Katastrophen mit Massenanfall Verletzter oder Kranker können für die medizinische Versorgung vor Ort und den Transport neben dem gesamten Personal des Rettungsdienstes auch Sanitätszüge und Betreuungszüge des Katastrophenschutzes oder einzelne Gruppen eingesetzt werden (§ 12 Abs. 1 der VO zu §§ 5 und 6 HRDG). Dies gilt auch unterhalb der Katastrophenschwelle, insbesondere für die Schnelleinsatzgruppen Sanität und die Schnelleinsatzgruppen Betreuung. Die Zug- und Gruppenführer (innen) dieser Züge sowie die Ärztinnen und Ärzte der Sanitätszüge haben daher eine wichtige Funktion für die Ausbildung sowie den fachlichen und taktischen Einsatz dieses Personals. Insbesondere die Zugführer (innen) müssen in alle örtlichen Planungen zur Alarmierung und zum taktischen/fachlichen Einsatz (auch einzelner Trupps oder Gruppen dieser Züge) eingebunden sein und jeweils aktuell über Änderungen informiert werden.



Hierfür ist von ihnen enger Kontakt zu

- ihrer Hilfsorganisation,
  - dem örtlichen Träger des Rettungsdienstes (auch der/dem ÄLRD, siehe Nr. 3.3.6) und
  - der unteren Katastrophenschutzbehörde
- zu halten.

Aufgaben und Gliederung der Sanitätszüge und Betreuungszüge sind in den Anlagen 3 und 4 ersichtlich.

### **3.3.8. Krankenhaus-Einsatzleitung (für interne und externe Gefahrenlagen)**

Im Erlass des Hessischen Sozialministeriums vom 8. Juni 1999 (M`in /VIII 6 a – 18 c 12.01.40) ist als Ergänzung zu den Regelungen der VO zu §§ 5 und 6 HRDG für Krankenhäuser eine „Krankenhaus-Einsatzleitung“ (für interne und externe Gefahrenlagen) vorgeschrieben.

Sie ist im Einsatzfall gegenüber dem gesamten im Krankenhaus tätigen Personal weisungsbefugt und entscheidet, welche Maßnahmen nach dem Krankenhaus-Einsatzplan auszuführen sind. Nähere Einzelheiten sind im o.a. Erlass festgelegt. Diese Krankenhaus-Einsatzleitung hat eine wichtige Aufgabe. Hierauf muss das Personal durch eingehende Einweisung und regelmäßige Übungen – der o.a. Erlass schreibt Übungen im Abstand von höchstens zwei Jahren vor – qualifiziert vorbereitet werden. Die Leitung des Krankenhauses ist für die Aufstellung und Ausbildung dieser Krankenhaus-Einsatzleitung verantwortlich. Für die planerischen Vorbereitungen und die Ausbildung dieser Einsatzleitung sollte eine Beauftragte oder ein Beauftragter des Krankenhauses für interne und externe Gefahrenlagen benannt werden (siehe Nr. 3.3.8.2).

### 3.3.8.1 Brandschutzbeauftragte/Brandschutzbeauftragter des Krankenhauses

Feuer oder sonstige Gefahrenlagen in einem Krankenhaus können zu einer internen Gefahrenlage oder gar einer Katastrophe führen. Um dies zu verhindern, ist in den „Krankenhaus-Richtlinien“ (KHR) des Landes Hessen vom 25. Januar 1996 (StAnz. S. 704) unter Nr. 5.1 Satz 3 vorgeschrieben:

*„Wer eine Krankenhausanlage betreibt, hat eine für den Brandschutz verantwortliche fachkundige Person, die Stellvertretung und weitere Hilfsfeuerwehrlaute zu bestimmen. Zu den Aufgaben der verantwortlichen fachkundigen Person gehört es insbesondere, die Brandmelde- und Feuerlöscheinrichtungen, die anderen brandschutztechnischen Sicherheitseinrichtungen und die Freihaltung der Rettungswege zu überwachen sowie die Hilfsfeuerwehrlaute zu unterweisen“.*

Für diese fachkundigen Personen wird bundesweit die Bezeichnung „Brandschutzbeauftragte/Brandschutzbeauftragter“ verwendet. Die verantwortungsbewusste Wahrnehmung dieser Funktion ist eine wichtige Aufgabe zur Vermeidung von internen Gefahrenlagen.

Die/der Brandschutzbeauftragte muss entsprechend ausgebildet sein (Lehrgänge werden vom „VdS-Schadenverhütung“ angeboten), eng mit der/dem Beauftragten des Krankenhauses für interne und externe Gefahrenlagen zusammenarbeiten und dieser/diesem hinsichtlich des Aufgabenbereiches „Brandschutz“ fachlich unterstellt sein. Im Einsatzfall sollte sie/er der Krankenhaus-Einsatzleitung direkt zugeordnet werden.

### **3.3.8.2 Beauftragte/Beauftragter des Krankenhauses für interne und externe Gefahrenlagen**

Diese Funktion ist derzeit zwar noch nicht in einer Rechtsgrundlage verankert, wird aber von erfahrenen Krankenhausärztinnen/-ärzten dringend für jedes Krankenhaus empfohlen, bei größeren Klinik-Komplexen für jede Klinik. Die/der Beauftragte sollte (in der Regel als Nebenfunktion) federführend den Krankenhaus-Einsatzplan sowie die Aufstellung und Ausbildung der Krankenhaus-Einsatzleitung bearbeiten und dieser Einsatzleitung angehören. In diesem Aufgabenbereich sollte sie/er direkt der Leitung des Krankenhauses unterstellt sein.

Sie/er sollte in dieser Funktion Ansprechpartnerin/-partner des Trägers des Rettungsdienstes, des Gesundheitsamtes sowie der unteren Katastrophenschutzbehörde für die nach § 36 HBKG vorgeschriebenen Aufgaben der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen sein. Den Beauftragten sollte Gelegenheit gegeben werden, einmal jährlich an einem Erfahrungsaustausch teilzunehmen, den die kommunalen Verantwortungsträger für die Krankenhäuser organisieren sollten.

### **3.3.9 Untere Katastrophenschutzbehörde**

Die untere Katastrophenschutzbehörde (nach § 25 HBKG der Landrat als Behörde der Landesverwaltung in den Landkreisen und der Oberbürgermeister in den kreisfreien Städten) hat auch bei der Vorbereitung und Abwehr „medizinischer“ Katastrophen wichtige Aufgaben, die sich u.a. aus § 29 HBKG ergeben. Sie ist in diesem Zusammenhang insbesondere verantwortlich für die:

- Aufstellung der Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes, hier insbesondere der Sanitätszüge und der Betreuungszüge,
- Ausbildung und Fortbildung der Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes,
- Aufstellung und Fortschreibung von Katastrophenschutzplänen,
- Vorbereitung und Durchführung von Katastrophenschutzübungen,
- Zusammenarbeit mit den Sanitätsorganisationen, Krankenhäusern, Apotheken und berufsständischen Vertretungen der Angehörigen der Gesundheitsberufe auf ihrem Gebiet (§ 36 HBKG).

Im (nach § 34 HBKG festgestellten) Katastrophenfall hat die untere Katastrophenschutzbehörde alle für die Abwehr der Katastrophe notwendigen Maßnahmen zu treffen (§ 33 Abs. 1 HBKG). Dies schließt die Bildung eines Katastrophenschutzstabes (§ 43 Abs.



4 HBKG) ein. Für die Dauer der Abwehrmaßnahmen sind alle an der Katastrophenabwehr beteiligten Einsatzkräfte und Dienststellen der die Abwehrmaßnahmen leitenden Katastrophenschutzbehörde unterstellt (§ 43 Abs. 7 HBKG).

Im Zusammenhang mit besonderen medizinischen Katastrophenlagen (z.B. Seuchen, Infektionen) ist wichtig, dass nach § 35 Abs. 2 HBKG die obere (Regierungspräsidium) oder die oberste (Ministerium des Innern und für Sport) Katastrophenschutzbehörde im Einzelfall die Zuständigkeit an sich ziehen oder nach § 35 Abs. 1 HBKG die obere Katastrophenschutzbehörde die Zuständigkeit einer anderen unteren Katastrophenschutzbehörde übertragen kann, insbesondere, wenn die Abwehrmaßnahmen wirksamer von deren Gebiet aus zu leiten sind. Diese (Ausnahme-) Regelungen ermöglichen insbesondere bei flächendeckenden medizinischen Schadenlagen einen einheitlichen und/oder an Schwerpunkten orientierten Einsatz aller Kräfte und Mittel.

Im Einsatzfall brauchen die Katastrophenschutzbehörden (untere, obere, oberste) in ihren Katastrophenschutzstäben bei „medizinischen“ Schadenlagen in jedem Fall Fachberatung für

- den sanitäts-taktischen Einsatz \* und
- medizinische Fachfragen.

Es wird hierzu auf Nr. 3.3.9.1 und 3.3.9.2 verwiesen.

### **3.3.9.1 Fachberaterin / Fachberater für sanitäts-taktischen Einsatz**

Für den taktisch sinnvollen Einsatz aller Kräfte des Rettungsdienstes sowie der Sanitätszüge und Betreuungszüge des Katastrophenschutzes ist in jedem KatS-Stab eine „sanitäts-taktische Fachberatung“ erforderlich. Hierfür wird in der Regel eine qualifizierte (ehrenamtliche) Führungskraft einer Hilfsorganisation (nach § 43 Abs. 4 Satz 2 HBKG) als „Fachberaterin/Fachberater Sanitätswesen und Betreuung“ (FaBe San/Bt) eingesetzt. Ihr/ihm müssen die örtlichen Verhältnisse der medizinischen Versorgung, die Struktur des Rettungsdienstes sowie der Sanitätszüge und Betreuungszüge mit der personellen und materiellen Einsatzbereitschaft sowie die sanitäts-taktischen Grundsätze genau bekannt sein. Die Fachberaterin/der Fachberater San/Bt kann auch der „Besonderen Einsatzleitung“ (siehe Nr. 3.3.4) angehören, um bei einem größeren Einsatz bereits von Anfang an die Alarmierung aller notwendigen Einsatzkräfte und den sanitäts-taktischen Einsatz optimal und lageangemessen mitorganisieren zu können.

\* Erläuterung „sanitäts-taktisch“ siehe Fußnote auf Seite 4





### 3.3.9.2 Fachberaterin/Fachberater für medizinische Fragen

Für die medizinische Fachberatung ist in jedem Katastrophenschutzstab in der Regel eine „Fachberaterin Medizin“ oder ein „Fachberater Medizin“ (FaBe Med) erforderlich, insbesondere bei Seuchen, Infektionskrankheiten oder Personenkontamination durch atomare (radioaktive), biologische oder chemische Stoffe (bei ABC-Lagen). Sie/er ist grundsätzlich aus dem Gesundheitsamt zu stellen; bei infektiösen Agenzien ist das Gesundheitsamt in jedem Fall hinzuzuziehen. Je nach Schadenlage muss auch spezielles externes medizinisches Fachpersonal zur Beratung des KatS-Stabes zugezogen werden. Bei Schadenlagen auf Grund Lebensmittelvergiftung oder bei Tierseuchen kann auch veterinärmedizinisches Fachpersonal hinzugezogen werden müssen.

In den Katastrophenschutzplänen muss für alle annehmbaren medizinischen Schadenlagen entsprechendes medizinisches Fachpersonal benannt sein.

## 4 Vorbereitungen zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung

### 4.1 Erste-Hilfe-Ausbildung und Ausbildung Herz-Lungen-Wiederbelebung für die Bevölkerung

„Medizinischer Katastrophenschutz“ im erweiterten Sinn beginnt bei Unfällen im Haushalt, im Betrieb oder bei Verkehrsunfällen mit der Leistung von Erster Hilfe (EH) durch anwesende „medizinische Laien“ als erstes Glied der Rettungskette. Dies gilt ebenso für alle Unfälle mit Massenanfall Verletzter (MANV). Je größer in solchen Fällen der Anteil der Bürgerinnen und Bürger ist, der qualifiziert in Erster Hilfe - und möglichst auch in Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW) - ausgebildet ist und je griffbereiter entsprechende Verbandmaterialien und sonstige Heil- und Hilfsmittel sind, desto besser und schneller kann auch bei Massenanfall Verletzter den Betroffenen Hilfe geleistet werden. In gleichem Maße kann das „therapiefreie Intervall“ bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes oder sonstigen medizinischen Fachpersonals häufig lebensrettend überbrückt werden.

Deshalb ist die planmäßige Breitenausbildung der Bevölkerung in EH und HLW in das Konzept für einen „flächendeckenden medizinischen Katastrophenschutz“ als wichtiges Element einzubeziehen. Auch bei Großeinsätzen des Rettungsdienstes und der Sanitätszüge ist die Unterstützung durch qualifizierte Erste-Hilfe-Kräfte - z.B. beim Verletzentransport oder bei einfacheren Hilfeleistungen - in vielen Fällen notwendig. § 323 c Strafgesetzbuch (Unterlassene Hilfeleistung) ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen. \*



Die von den Hilfsorganisationen und anderen anerkannten Stellen angebotene Aus- und Fortbildung in EH und HLW hat daher einen hohen Stellenwert und muss unterstützt werden.

Bei der Ausarbeitung dieses Konzeptes wurden zur Förderung der Kenntnisse in beiden Bereichen zusätzlich folgende Anregungen – vorwiegend gerichtet an die Sanitätsorganisationen, die für Kindergärten und Schulen zuständigen Ministerien und die Medienanstalten – erarbeitet:

- Einführung der Ausbildung in Erster Hilfe bereits in den Kindergärten und in allen Schultypen, altersmäßig aufbauend und in Curricula verbindlich festgelegt. Da nach dem Erlass des Hessischen Kultusministeriums vom 4. Juni 2002 (StAnz. S. 4083) alle Lehrkräfte als Ersthelfer aus- und fortgebildet sein sollen, ist in den Schulen hierfür eine gute Grundlage vorhanden.

Angebote der Hilfsorganisationen zum Aufbau eines Schulsanitätsdienstes sind zu fördern.

- Entwicklung und Einführung eines die Kinder und Jugendlichen motivierenden Leistungsabzeichens für Kenntnisse in Erster Hilfe (ähnlich dem beliebten „Seepferdchen“ für Schwimm-Kenntnisse),
- Regelmäßige Sendungen kurzer Fernseh-Spots (ähnlich „7. Sinn“) zu Themen „Erste-Hilfe“ und „Herz-Lungen-Wiederbelebung“ (die Erarbeitung solcher Szenen kann in den Hilfsorganisationen als „Film-Wettbewerb“ erfolgen),
- Wettbewerbe in Erster Hilfe und Herz-Lungen-Wiederbelegung in Schulen und Betrieben sowie anlässlich geeigneter Veranstaltungen.

Es gilt, phantasievoll die Bedeutung derartiger Ausbildung und die Notwendigkeit laufender Aktualisierung im Bewusstsein der Bevölkerung zu verankern, da dies auch für Großschadenlagen und Katastrophen eine große Hilfe darstellt.

Die vom Bund für den Zivilschutz vorgesehene Förderung der Ausbildung in Erster Hilfe mit Selbstschutzzinhalten (§ 18 ZSG) durch die privaten Organisationen sollte als zusätzliche Möglichkeit zur Verbesserung der Breitenausbildung in großem Umfang genutzt werden.

*\*Auf den Versicherungsschutz nach dem Sozialgesetzbuch VII für Personen, die bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not Hilfe leisten oder einen anderen aus erheblicher gegenwärtiger Gefahr für seine Gesundheit retten, wird hingewiesen.*



#### **4.2 Erste-Hilfe-Ausbildung und Ausbildung in Herz-Lungen-Wiederbelebung in Betrieben und Verwaltung**

Für Betriebe und Verwaltungen gelten die Aussagen in Nr. 4.1 zur Wichtigkeit der Ausbildung in Erster Hilfe und Herz-Lungen-Wiederbelebung analog. Das Arbeitsschutzgesetz, das Arbeitssicherheitsgesetz, das Sozialgesetzbuch VII sowie die einschlägigen Verordnungen und Unfallverhütungsvorschriften geben allerdings für Betriebe und Verwaltungen – in Abhängigkeit von der Gefahrensituation – verbindliche Vorgaben zur Anzahl und Qualifikation von betrieblichen „Ersthelfern“ sowie zur Vorhaltung von Verbandmaterialien und sonstiger Hilfsmittel. Diese Regelungen führen dadurch im betrieblichen Bereich zu einem höheren Qualitätsstandard für Erste Hilfe auch bei Massenanfall Verletzter. In Großbetrieben sind zusätzlich Betriebsärztinnen oder Betriebsärzte vorhanden, die auch einen „medizinischen Katastrophenschutz“ im Betrieb vorbereiten müssen.

Das Land fördert die HLW-Ausbildung, z.B. durch die Beschaffung halbautomatischer Defibrillatoren für Sanitätszüge und Dienststellen der Verwaltung sowie die Unterstützung der Aktion „Kampf dem Herztod“. Bei örtlichen Großschadenlagen und Katastrophen ist – je nach Lage im Betrieb – das Sanitätspersonal von Betrieben mit einzubeziehen.

#### **4.3 Einrichtung von Voraus-Helfer-<sup>\*</sup> Systemen**

Für eine leistungsfähige Rettungskette ist die Unterstützung des Rettungsdienstes durch Laienhelferinnen oder Laienhelfer unverzichtbar. Dies gilt insbesondere für die Reanimation beim plötzlichen Herzstillstand, der die häufigste Todesursache im Rettungsdienst darstellt. In ländlichen Gebieten – wegen der oft langen Anfahrtswege –, aber auch in der Großstadt – während der so genannten Spitzenzeiten – kann der Rettungsdienst bzw. die notärztliche Versorgung, was die Eintreffzeiten anbelangt, schnell an Grenzen stoßen. Um in solchen Fällen das therapiefreie Intervall – insbesondere bei Herz-Kreislauf-Stillstand – zu verkürzen, wurden auch in Hessen auf Grund einer Empfehlung des Landesbeirates für den Rettungsdienst Kriterien für die Einrichtung von Voraus-Helfer-Systemen erarbeitet. (In anderen Ländern werden andere Bezeichnungen verwendet, z.B. „First-Responder-System“ oder „Voraus-Retter“. Das DRK verwendet bundesweit die Bezeichnung „Helfer vor Ort – HvO“).

<sup>\*</sup> *Unter der Bezeichnung „Helfer“ sind bei diesem Fachbegriff gleichermaßen Männer und Frauen zu verstehen.*



Voraus-Helfer sind gut ausgebildete Ersthelferinnen oder Ersthelfer (in der Regel Angehörige einer Feuerwehr oder einer Hilfsorganisation), die von der Zentralen Leitstelle rund um die Uhr alarmierbar sind und insbesondere bei akut oder vital gefährdeten Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten in der Nähe ihres Wohn- oder Aufenthaltsortes lebensrettende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des parallel alarmierten Rettungsdienstes durchführen. Voraus-Helfer können auch bei Massenanfall Verletzter als Erste eine qualifizierte Rückmeldung an die Zentrale Leitstelle geben und für die Einweisung der Rettungskräfte sorgen sowie diese unterstützen. Insofern ist ein flächendeckendes Netz von Voraus-Helfern auch zur Verbesserung des medizinischen Katastrophenschutzes wünschenswert.

Empfehlungen für Voraus-Helfer-Systeme (u.a. mit Einsatzindikationen, Mindestqualifikation, Mindestausstattung und Verpflichtung der Trägerorganisation) sind mit Erlass des Hessischen Sozialministeriums vom 17. September 2001 (VIII/VIII 8 a – 18 c 12.07.35) festgelegt worden.

#### **4.4 Ausbildung von Pflegehilfskräften**

Im Rahmen der vom Bund für den Zivilschutz vorgesehenen Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit ist die Ausbildung der Bevölkerung zu Pflegehilfskräften (§ 18 ZSG) ein wichtiger Bestandteil. Der ursprüngliche Grund dieser Ausbildung (Verstärkung des Krankenhauspersonals in einem Verteidigungsfall) ist zwar nach Ende des Ost-West-Konfliktes nicht mehr so aktuell, die Notwendigkeit hierfür ist aber weiterhin gegeben. Terroranschläge, Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle, Seuchen oder Epidemien können jederzeit den Einsatz zusätzlicher Pflegehilfskräfte in Krankenhäusern erforderlich machen. Die Bereitschaft des Bundes zur Weiterfinanzierung dieser Ausbildung sollte in vollem Umfang von den Hilfsorganisationen genutzt werden. Die Hilfsorganisationen und die unteren Katastrophenschutzbehörden müssen Regelungen – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen – treffen, ausgebildete Pflegehilfskräfte zu erfassen, um sie im Bedarfsfall nicht nur per Aufruf durch die Medien, sondern auch gezielt für einen Dienst einsetzen zu können. Die Krankenhäuser sollten im eigenen Interesse die Ausbildung von Pflegehilfskräften unterstützen, da nur durch Praktika in Krankenhäusern eine realistische Ausbildung möglich ist.

#### **4.5 Rettungsdienstplan des Landes Hessen und Bereichspläne**



Die wichtigste Grundlage für den organisatorischen Aufbau und die Durchführung des Rettungsdienstes in Hessen sind

- der Rettungsdienstplan des Landes Hessen und
- Bereichspläne für die jeweiligen Rettungsdienstbereiche (siehe Nr. 2.1.1).

Der sehr umfangreiche Rettungsdienstplan des Landes regelt u.a. umfassend:

- Gegenstand und Abgrenzung der Aufgaben des Rettungsdienstes (Notfallversorgung und Krankentransport),
- Anforderungen an die Organisation und Durchführung der Notfallversorgung,
- Anforderungen an die Strukturqualität des Rettungsdienstes,
- Anforderungen an die Luftrettung sowie die Berg- und Wasserrettung (die Luftrettung ist zusätzlich im „Fachplan Luftrettung für das Land Hessen“ geregelt – siehe Nr. 2.1.2),
- Mindestanforderungen an die Bereichspläne,
- Indikationsliste für den Einsatz der Notärztin oder des Notarztes,
- Einsatzformenkatalog für Notfalleinsätze,
- Zeitpunkte, Teilzeiten und Zeitabschnitte im Rettungsablauf (Begriffsbestimmungen),
- Einzelheiten zur wirtschaftlichen Organisation des Rettungsdienstes.

Schadenereignisse mit einem erhöhten Anfall von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten stellen nach Nr. 1.2 des Rettungsdienstplanes dann einen Ausnahmezustand unterhalb der Katastrophenschwelle dar, wenn dadurch eine Disposition nach den Grundsätzen der Regelversorgung nicht mehr möglich ist. Für diese Fälle verweist er auf die Regelungen der VO zu §§ 5 und 6 HRDG, in der eine stufenweise Unterstützung des Rettungsdienstes durch Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes (z.B. durch Schnelleinsatzgruppen Sanität) vorgesehen ist.

Im Katastrophenfall wird der Rettungsdienst Bestandteil des Katastrophenschutzes. Ihm kommt auch in diesem Fall in der Regel die Aufgabe zu, am schnellsten und am qualifiziertesten medizinische Hilfe zu leisten. Die Zentralen Leitstellen, Besonderen Einsatzleitungen und Technischen Einsatzleitungen (nach § 6 HRDG) sowie das gesamte hauptamtliche Rettungsdienstpersonal müssen planerisch auf den Einsatz des Rettungsdienstes und der Sanitätskräfte (einschließlich des Personals der Voraus-Helfer-Systeme) vorbereitet sein, um im Einsatzfall schnell und sachgerecht zusammenarbeiten zu können. Hierzu gehören auch gemeinsame Übungen, allerdings mit einer ausreichenden Personalreserve des Rettungsdienstes für Realfälle während der Übung.

Hinweis:

*Als Überblick über den Rettungsdienst sind in den Anlagen 1 und 2 einige Angaben (z.B.*



*Anzahl des Personals und der Fahrzeuge, Anzahl und räumliche Verteilung der Rettungswachen und Notarztstandorte) zusammengestellt.*

#### **4.6 Zentraler Bettennachweis**

Nach § 9 Abs. 1 HKHG sind die Krankenhäuser verpflichtet, mit der zuständigen Leitstelle Vereinbarungen über die Organisation eines Bettennachweises zu treffen. Der Begriff Bettennachweis ist allerdings so zu verstehen, als hierunter nicht in erster Linie die Zahl freier Betten verstanden wird, sondern die medizinische Versorgungskapazität.

Die Führung eines aktuellen Bettennachweises hat in den letzten Jahren durch die Strukturveränderungen im Gesundheitswesen eine höhere Bedeutung erhalten, da z.B. die Auslastung der Operationssäle erhöht und durch die verkürzte Verweildauer der Patientinnen und Patienten nicht mehr sicher ist, ob wie früher etwa 30 Prozent der leichteren Fälle kurzfristig entlassen werden können, um Betten für Katastrophenopfer freizumachen.

Vorgaben zur einheitlichen Organisation des Bettennachweises bestehen nicht.

Mit Erlass vom 22. Dezember 1993 (III/III B 5a – 18 c-12 13 31 Sc/Mü) hat das damalige Hessische Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (heutiges Sozialministerium) Mindestanforderungen für die Organisation des Bettennachweises festgelegt.

Eine Führung des Bettennachweises unter Nutzung eines EDV-Systems ist grundsätzlich möglich, da dies eine laufende Aktualisierung erleichtert. Im Zuge immer mehr entstehender telematischer Vernetzungen oder Internet-Nutzung ist der Einsatz dieser Medien bei der Führung von Bettennachweisen zu prüfen. Diesbezügliche Entwicklungen werden vom Sozialministerium aufmerksam verfolgt.

In der Vereinbarung des jeweiligen Krankenhauses mit der Leitstelle ist in jedem Fall zu berücksichtigen, dass bei Massenanfall Verletzter oder Kranker die reguläre Form des Meldeweges für den Bettennachweis unter Umständen nicht mehr sinnvoll oder möglich ist. Für diese Fälle muss der Leitstelle eine Stelle (z.B. bei der Notaufnahme oder der Krankenhaus-Einsatzleitung) benannt werden, über die sie die jeweilige aktuelle Aufnahmekapazität des Krankenhauses – gegebenenfalls aufgegliedert für bestimmte Verletzungs-/Erkrankungsmuster – erfragen kann. Im Krankenhaus-Einsatzplan ist diese Vereinbarung zu berücksichtigen.



#### 4.7 Krankenhaus-Einsatzpläne einschließlich Planung von „Behelfs-Krankenhäusern“

Schadenereignisse innerhalb eines Krankenhauses (z.B. Brand oder Explosion) oder außerhalb des Krankenhauses (z.B. Unfälle mit Massenanfall Verletzter oder Epidemien) führen dazu, dass der normale Dienstbetrieb beendet und ein der Lage angepasster besonderer Dienstbetrieb organisiert werden muss. Solche Lagen stellen für die Leitung des Krankenhauses und das gesamte Personal eine große Belastung dar, die nur durch gute planerische Vorbereitung reduziert werden kann. In verschiedenen Rechtsgrundlagen werden die Krankenhäuser zu derartigen Vorbereitungen verpflichtet, z.B.:

- § 9 Abs. 2 HKHG und § 36 Abs. 3 HBKG

- Pflicht zur Aufstellung von Alarm- und Einsatzplänen, Abstimmung mit den Stellen für den Brand- und Katastrophenschutz, Pflicht zur Abstimmung mit benachbarten Krankenhäusern,

- § 22 Abs. 1 bis 4 und § 23 der VO zu §§ 5 und 6 HRDG

- Pflicht zur Festlegung von Maßnahmen in einem Krankenhaus-Einsatzplan für die Aufnahme einer erhöhten Zahl von notfallmedizinisch erstversorgten Patientinnen oder Patienten zur Bewältigung interner Gefahrenlagen sowie für einen erhöhten Anfall von Vergiftungen, Brandverletzungen und medizinisch zu versorgenden Strahlenexpositionen.

Für die Unterlage, in der diese Vorbereitungen zu regeln sind, bestehen derzeit auf Grund der unterschiedlichen Rechtsgrundlagen verschiedene Begriffe, z.B.

- Katastrophenschutzplan des Krankenhauses,
- Katastrophenschutz-Alarmplan,
- Krankenhaus-Einsatzplan.

Da mit allen Begriffen die selbe Materie geregelt wird, empfiehlt das federführende Sozialministerium die Bezeichnung

#### **„Krankenhaus-Einsatzplan für interne und externe Gefahrenlagen“,**

zumal unter diesem Titel vom Regierungspräsidium Gießen ein Muster erarbeitet und hessenweit verteilt wurde. Dieses Muster wird derzeit von Fachleuten für Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung überarbeitet. Hierbei sollen Vorlagen und Checklisten eingearbeitet werden, die unter EDV-Nutzung leicht für die Belange des jeweiligen Krankenhauses umgesetzt werden können und auf die besonderen Aufgaben einzelner



Funktionen bezogen sind (z.B. für Stationsärztliches Personal, Stationsleitendes Personal, Personal der Pforte oder Telefonzentrale). Für Kliniken kann gegebenenfalls ein eigener derartiger Plan je Klinikgebäude notwendig sein.

Im Krankenhaus-Einsatzplan sind in jedem Fall vorzusehen:

- Aufstellung einer Krankenhaus-Einsatzleitung,
- ein schnelles Verfahren zur Alarmierung des gesamten Krankenhauspersonals über ein automatisches Wähl- und Durchsage-System,
- Maßnahmen zur Erhöhung der Aufnahmekapazität und die Verlagerung oder Behandlung transportfähiger Patientinnen oder Patienten in andere geeignete Objekte in der Nähe des Krankenhauses, z.B. Schulen, Turnhallen („Behelfs-Krankenhäuser“),
- Maßnahmen für die Evakuierung von Teilen oder des gesamten Krankenhauses,
- Notstrom-Versorgung für lebenswichtige Betriebseinrichtungen.

Die Einrichtung von „Behelfs-Krankenhäusern“ ist zumindest überall dort in Absprache mit der unteren KatS-Behörde vorzuplanen, wo in Nähe des Krankenhauses geeignete öffentliche oder private Objekte (z.B. Schulen, Bürgerhäuser, Turnhallen, Hotels) vorhanden sind, in denen bei Massenanfall Verletzter oder Kranker die Behandlung leichter traumatischer Notfälle unter behelfsmäßigen Bedingungen bis zu ihrer Entlassung oder Weiterleitung möglich ist.

Bei Einrichtung und Betrieb eines solchen „Behelfs-Krankenhauses“ können auch Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes eingeplant werden, in der ersten Phase in der Regel aber nicht aus den örtlichen Sanitätszügen, da diese an den Schadenstellen eingesetzt sein werden. Die Maßnahmen des Krankenhaus-Einsatzplanes sind im Abstand von mindestens zwei Jahren durch Übungen zu überprüfen (siehe Nr. 3.3.8).

Der Krankenhaus-Einsatzplan sollte von der oder dem Beauftragten des Krankenhauses für interne und externe Gefahrenlagen (siehe Nr. 3.3.8.2) aufgestellt, mit der unteren Katastrophenschutzbehörde abgestimmt und regelmäßig fortgeschrieben werden.

Die Überwachung der Aufstellung und der Fortführung der Krankenhaus-Einsatzpläne obliegt dem jeweiligen Gesundheitsamt (§ 22 Abs. 5 VO zu §§ 5 und 6 HRDG).



## 4.8 Bevorratung von Heil- und Hilfsmitteln

Ein erhöhter Anfall an Verletzten oder Kranken verursacht immer einen erhöhten Verbrauch an Heil- und Hilfsmitteln, die in der Regel kurzfristig verfügbar sein müssen. Das bedingt eine erhöhte Bevorratung, für deren Art und Menge es jedoch keine gesetzlich vorgeschriebenen verbindlichen Regelungen gibt. Eine Bezugnahme auf die allgemein durch die Apothekenbetriebsordnung (siehe Nr. 2.5) vorgeschriebene Bevorratung ist nicht ausreichend. Deshalb sind die nachfolgend beschriebenen Festlegungen für Katastrophenfälle wichtig.

### 4.8.1 Allgemeine Bevorratung im Gesundheitswesen

In § 15 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) ist festgelegt:

#### **Bevorratung in Apotheken**

- Bevorratung von bestimmten häufig benötigten Arzneimitteln (nach Anlage 2 der ApBetrO), Verbandstoffen, Einwegspritzen und Einwegkanülen:  
in einer Menge für den durchschnittlichen Bedarf einer Woche,
- Bevorratung seltener benötigter Arzneimittel (nach Anlage 4 der ApBetrO):  
hierfür ist vorgeschrieben, dass diese entweder in der Apotheke (ohne Angabe einer Menge) vorrätig gehalten werden oder sichergestellt sein muss, dass sie kurzfristig beschafft werden können. Die Landesapothekerkammer Hessen hat für diese Arzneimittel in Hessen fünf Notfalldepots eingerichtet (siehe Nr. 4.8.3)

#### **Bevorratung in Krankenhausapotheken**

Bevorratung der für die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten des Krankenhauses notwendigen Arzneimittel in einer Menge für den durchschnittlichen Bedarf von zwei Wochen. Demnach ist in Krankenhausapotheken je nach Art des Krankenhauses oder der Klinik keine Bevorratung von bestimmten festgelegten Arzneimitteln zu erwarten.

Für Großschadenlagen und Katastrophen können die Vorräte der Apotheken und Krankenhausapotheken nur aufgrund verbindlicher Vereinbarungen für den örtlichen Erst-Einsatz des Rettungsdienstes und der Einsatzkräfte der Sanitätszüge eingeplant werden.

### Empfehlung für eine Bevorratung in der Notfallaufnahme eines Krankenhauses

Für die schnelle Aufnahme einer größeren Anzahl von Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten und deren (nochmalige) Sichtung ist es zweckmäßig, in der für eine derartige Aufnahme vorgesehenen Räumlichkeit des Krankenhauses einen in einer Plastiktüte zusammengestellten vorbereiteten Satz („**KatS-Beutel**“) mit einheitlich durchnummerierten

- üblicherweise im Krankenhaus verwendeten Vordrucke, z.B. Anmeldung zur Röntgenuntersuchung, Begleitschein und Befundbericht,
- Sichtungs-Kennzeichnungen, Dokumentationsbögen, Triage- oder Sichtung-Protokollen,
- Kanülen und Materialien zur Blutentnahme,
- Plastikbeuteln (ein kleinerer für Uhr, Wertgegenstände und Ausweise; ein größerer für Bekleidung)

**in größerer Stückzahl** (abhängig von der Größe des Krankenhauses) vorzuhalten (Beispiel: Städtische Kliniken Offenbach am Main).

Bei Übungen hat sich erwiesen, dass diese „KatS-Beutel“ die schnelle Aufnahme erleichtern, da alle Teile durch die einheitliche Nummerierung eindeutig einer bestimmten Patientin oder einem bestimmten Patienten zuzuordnen sind.

Falls künftig eventuell EDV-vernetzte Systeme schon bei der Notfallaufnahme eingesetzt werden, sollten diese „KatS-Beutel“ auch entsprechend systemgerecht vorbereitet werden, da jegliche Änderung eines Systems in Situationen unter Zeitdruck schwierig ist.

#### 4.8.2 Bevorratung für den Rettungsdienst und die Sanitätszüge

Für den täglichen Regel-Einsatz des Rettungsdienstes werden die für seine Aufgaben notwendigen Heil- und Hilfsmittel, Verband- und medizinischen Verbrauchsmaterialien stets in ausreichender Menge in den Fahrzeugen und als kleinere Vorräte in den Rettungswachen gelagert.\* Auch die Fahrzeuge der Sanitätszüge müssen mit einer Erst-Ausstattung versehen sein, da sie jederzeit auch unterhalb der Katastrophenschwelle zur Verstärkung des Rettungsdienstes einsatzbereit sein müssen. Die Wälzung der Vorräte in den Sanitätszügen ist nach Angabe der Hilfsorganisationen im Rahmen des Rettungsdienstes und durch Übungen gewährleistet.

*\*Die Empfehlungen des Deutschen Städtetages für die Bevorratung im Rettungsdienst können hierfür als Anhalt genommen werden.*



Mit diesen Ausstattungen sind jedoch nach Einschätzung des Fachpersonals je nach Verletzungsmuster pro Fahrzeug nur zwei bis höchstens fünf traumatologische Notfälle zu versorgen, so dass bei Massenansturm Verletzter ein kurzfristiger Nachschub – insbesondere von Verbandmaterialien – notwendig wird. Diese Versorgungslücke soll auf Vorschlag einer Arbeitsgruppe künftig durch Einrichtung von örtlichen „Sanitätsmateriallagern Katastrophenschutz“ geschlossen werden. Gedacht ist an die Bevorratung von ausgewählten Heil- und Hilfsmitteln für den Massenansturm Verletzter (für 100 Personen) sowie für die Behandlung von Vergiftungen mit Rauchgas und Blutgiften und von bestimmten Medikamenten.

Solch ein „Bevorratungssatz San KatS“ soll pro Landkreis/kreisfreie Stadt einmalig beschafft werden und – in Alu-Kisten nach einer verbrauchsgerechten Aufteilung verpackt – in einem geeigneten Krankenhaus (in Anlehnung an die Krankenhausapotheke) so gelagert werden, dass er jederzeit durch den Rettungsdienst oder Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes abgeholt und an die Einsatzstelle gebracht werden kann.

Die Gesamtmenge für Hessen (für 2.600 Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten) stellt eine hohe kurzfristig verfügbare Sicherheitsreserve für Katastrophenfälle dar. Nach dem Muster anderer Länder soll die regelmäßige Wälzung der Vorräte im Rahmen des Regelbetriebes des betreffenden Krankenhauses erfolgen, so dass außer der Erstbeschaffung keine weiteren Kosten entstehen. Die Organisation dieser Bevorratung soll dem Träger des Rettungsdienstes (in Verbindung mit dem Gesundheitsamt als Krankenhausaufsicht) obliegen. Sobald der Umfang dieser Bevorratung festgelegt und die Finanzierung durch das Land sichergestellt ist, kann mit dem Aufbau dieser „Sanitätsmateriallager Katastrophenschutz“ begonnen werden.

#### **4.8.3 Notfalldepots der Landesapothekerkammer**

Die Landesapothekerkammer Hessen hat in fünf Städten (Darmstadt, Frankfurt am Main, Fulda, Gießen und Kassel) in je einer dortigen Krankenanstalt/Klinik diejenigen Präparate zur jederzeitigen Abholung bereitgestellt, die nach § 15 Abs. 2 und Anlage 4 ApBetrO in Apotheken vorrätig gehalten werden müssen oder deren kurzfristige Beschaffung jede Apotheke sicherstellen muss. Es handelt sich hierbei um seltener benötigte Präparate (z.B. Tollwut-Immunglobulin, Diphtherie-Antitoxin oder Schlangengift-Immuneserum).

Diese Notfalldepots dienen der landesweiten Sicherstellung der Versorgung. Bei Verbrauch dieser Präparate ist die umgehende Auffüllung des Vorrates sichergestellt.



In allen Apotheken muss ein Merkblatt mit den Anschriften und der Erreichbarkeit sowie der Präparatliste dieser Notfalldepots vorhanden sein. Eine Auslieferung erfolgt nur an Apotheken, nicht an Patientinnen oder Patienten. Solche Depots bestehen flächendeckend auch in anderen Ländern, bundesweit derzeit 88 Depots (Quelle: ROTE LISTE 2001).

#### **4.8.4 Bevorratung für spezielle medizinische Gefahrenlagen**

Seuchen, Epidemien, Terroranschläge, Großschadenlagen mit Freisetzung gefährlicher Stoffe oder Unfälle mit Freisetzung radioaktiver Stoffe können dazu führen, dass selten oder im Normalfall überhaupt nicht benötigte Medikamente kurzfristig in großer Menge erforderlich sind. Für derartige Fälle besteht teilweise eine zeitliche und mengenmäßige Versorgungslücke insofern, als bei solchen Medikamenten (z.B. auch Pocken- oder Grippe-Impfstoff) auf Großhandel und Herstellerbetriebe zurückgegriffen werden oder sogar die Produktion größerer Mengen aufgenommen werden muss. Es bestehen derzeit erhebliche Bedenken, ob die leistungsfähige pharmazeutische Industrie Deutschlands in der Lage ist, den Bedarf an Notfallmedizinischen Arzneimitteln, Infusionslösungen, Antidota, Sera usw. in einer für den Zivil- und Katastrophenschutz notwendigen Menge kurzfristig abzudecken (siehe hierzu auch Nr. 4.8.5).

Diese Problematik ist allen Gesundheitsbehörden auf Bundes- und Länderebene bekannt. Die seltenen Fälle regionaler Engpässe in der Versorgung mit speziellen Medikamenten konnten jedoch durch eine gute Zusammenarbeit von Gesundheitsbehörden, Handel und Herstellern bisher stets zufriedenstellend überbrückt werden.

Auf Grund der Terroranschläge in den USA am 11. September 2001, der anschließenden Milzbrand-Fälle in den USA, der „Milzbrand-Brief“-Problematik in Deutschland und der weltweit anhaltenden Bio-Terrorismus-Bedrohungen wurde auf der Ebene der Europäischen Union ein Programm zur Verbesserung der Zusammenarbeit im Hinblick auf die Prävention und die Begrenzung der Folgen terroristischer Bedrohungen verabschiedet. Auf Bund-Länder-Ebene wurden aktuelle Planungen und Forschungsvorhaben begonnen, um die Vorbereitungen für eine flächendeckende Vorsorge für derartige Schadenlagen zu verbessern. Konkrete Ergebnisse liegen derzeit noch nicht vor, da zum Teil noch unterschiedliche Meinungen der Wissenschaftler über die Notwendigkeit von Art und Menge solcher Bevorratung sowie die Bevorratungsmodalitäten bestehen. Hierbei spielen auch die unterschiedlichen Einschätzungen der Bedrohungslage und der Möglichkeit für bestimmte Schadenszenarien sowie finanzielle Fragen eine Rolle. Allen Beteiligten ist bewusst, dass es für spezielle – insbesondere terroristisch verursachte – Schadenlagen derzeit nur einen geringen oder



keinen Schutz gibt, insbesondere wenn es sich um eine große Anzahl Betroffener handelt. Es ist aber zu erwarten, dass hier baldmöglichst realistische Lösungen gefunden werden.

#### **4.8.5 Bevorratung des Bundes für den Zivilschutz**

Nach dem Ende des Ost-West-Konfliktes hat der Bund die zentrale Bevorratung von Arzneimitteln und Verbandmaterialien für den Zivilschutz nach und nach aufgelöst. Erst auf Grund der neuen Bedrohungslage durch den Terrorismus und die bereits in Nr. 4.8.4 festgestellten Bedenken hinsichtlich der kurzfristigen Beschaffung ausreichender Mengen an Sanitätsmaterial wurde ein Umdenken eingeleitet. Dieses wird von den Ländern ausdrücklich begrüßt, da die Vorsorgeplanung gegen diese neuen Gefahren oder Epidemien nur bundesweit sinnvoll und wirtschaftlich ist.

Derzeit wird die Wiederaufnahme der Bevorratung verschiedener Heil- und Hilfsmittel (z.B. Pockenimpfstoff) auf Bundesebene geprüft.

#### **4.8.6 Bevorratung der Bundeswehr**

Wie in Nr. 2.6 erwähnt, kann die Bundeswehr auf Ersuchen der zivilen Behörden nach den Grundsätzen der Amtshilfe und bei örtlich akuten Schadenlagen selbstständig tätig werden. Dies gilt auch für die Unterstützung mit Sanitätsmaterial, insbesondere für Brandverletzte. Für Hessen sind in diesem Zusammenhang das Sanitätshauptdepot in Lorch/Rheingau und das Sanitätskommando II in Diez wichtig. Einzelheiten zur Bevorratung, zur Anforderung und zum Transport von Sanitätsmaterial der Bundeswehr sind dem „Handbuch für sanitätsdienstliche Hilfeleistungen der Bundeswehr“ (siehe Nr. 2.6) zu entnehmen. Die für die jeweilige Lage der unteren KatS-Behörde notwendigen Angaben sind in deren Katastrophenschutzplan zu übernehmen und auf aktuellem Stand zu halten.



#### **4.8.7 Bevorratung im pharmazeutischen Großhandel und bei den Herstellern**

Durch die in den Nr. 4.8.1 bis 4.8.6 beschriebene Bevorratung ist ein jederzeit verfügbarer Grundvorrat auch für eine größere Anzahl Verletzter oder Kranker gewährleistet. Dennoch hat es bereits Situationen gegeben (z.B. die Flugtagkatastrophe am 28. August 1988 in Ramstein mit vielen Brandverletzten) bzw. sind Lagen denkbar, in denen auch auf die üblichen Lagervorräte im pharmazeutischen Großhandel und bei den Herstellern zurückgegriffen werden muss. Viele Hersteller haben für solche Fälle eine 24-Stunden-Erreichbarkeit mit kurzfristigen Auslieferungs- oder Abholungsmöglichkeiten vorgesehen. Dies ist in der „ROTE LISTE“ beim Verzeichnis der pharmazeutischen Unternehmer jeweils angegeben. Da die „ROTE LISTE“ im Gesundheitswesen weit verbreitet ist und jährlich aktualisiert wird, ist die Information über diesen Beschaffungsweg unproblematisch. Für den Großhandel müssen die unteren Katastrophenschutzbehörden örtliche Informationen einholen, Abholungsmöglichkeiten (rund um die Uhr) organisatorisch vereinbaren, diese Angaben allen Beteiligten bekannt geben und in den Katastrophenschutzplan aufnehmen.

#### **4.8.8 Bevorratung von Blutkonserven**

Bei Katastrophen mit vielen polytraumatisierten Patientinnen oder Patienten kann die kurzfristige Versorgung mit großen Mengen Blutkonserven an Grenzen stoßen. In solchen Fällen wird üblicherweise erfolgreich über Rundfunk und Fernsehen zu spontanen örtlichen Blutspendeaktionen aufgerufen. Hierfür stehen in Hessen in erster Linie die 15 komplett ausgestatteten Teams des Blutspendedienstes (fünf in Kassel, zehn in Frankfurt) zur Verfügung, im Bedarfsfall weitere Teams der Blutspendedienste anderer Länder. Für die Annahme von Blutspenden sind in Hessen beim Blutspendedienst 26.000 Blutbeutelssysteme eingelagert (Stand: Mai 2002).

Größere Mengen sind bei den Herstellern und den Blutspendediensten anderer Länder abrufbar. Die Versorgung mit Blut hängt insofern im Wesentlichen nur von der Spendenbereitschaft der Bevölkerung ab. Diese ist allgemein anlässlich konkreter Unglücksfälle sehr groß.

Die Versorgung mit Blutkonserven kann grundsätzlich als gesichert bezeichnet werden.

#### 4.9 Einsatzplanung für den Sanitätsdienst bei Großveranstaltungen

Alle Großveranstaltungen sind nach den einschlägigen Regelungen genehmigungspflichtig. Bei der Prüfung der Genehmigung muss die Genehmigungsstelle auch berücksichtigen, dass Großveranstaltungen Risiken in sich bergen, die sich bei unzureichender Vorsorge tragisch auswirken und einen Massenansturm Verletzter verursachen können. Um solche Situationen zu vermeiden und den Genehmigungsbehörden eine Grundlage für die Bewertung der Gefahren sowie die Festlegung der notwendigen Sanitätskräfte zu geben, wurde die in Nr. 2.1.7 beschriebene Richtlinie „Einsatzplanung für den Sanitätsdienst bei Großveranstaltungen“ vom Hessischen Sozialministerium erlassen. Sie trägt bei konsequenter Anwendung dazu bei, dass die medizinische Versorgung bei Großveranstaltungen ausreichend sichergestellt ist, auch bei unvorhergesehenen Schadenlagen schnelle und qualifizierte Hilfe vor Ort ist sowie gegebenenfalls weitere Kräfte umgehend nachalarmiert und eingewiesen werden können.

Für die Sanitätsorganisationen bieten Großveranstaltungen außerdem wie jede Übung eine gute Möglichkeit, Führungs- und Einsatzerfahrung für den Katastrophenschutz zu sammeln, auch wenn es zu keinem Einsatz kommt.

#### 4.10 Einbindung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

Grundphilosophie und Einsatztaktik des medizinischen Katastrophenschutzes ist es, alle Notfallpatientinnen und Notfallpatienten so schnell und medizinisch optimal wie möglich zu versorgen. Hierfür ist trotz eines qualifizierten Rettungsdienstes die Einbindung geeigneter niedergelassener Ärztinnen und Ärzte

- mobil zur Unterstützung des Rettungsdienstes, der Sanitätszüge oder auch für den Einsatz in Krankenhäusern oder
- in ihrer Arztpraxis für die Versorgung von leichter verletzten, erkrankten oder sonst gesundheitlich geschädigten Personen

sinnvoll und deshalb organisatorisch vorzubereiten. In Nr. 5 b der Anlage zur VO zu §§ 5 und 6 HRDG (siehe Nr. 2.1.3) ist aus diesem Grund die Erfassung geeigneter Arztpraxen vorgeschrieben.

Diese Maßnahme allein bietet jedoch keine Gewähr für eine funktionierende schnelle Einbindung in das System der medizinischen Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Zusätzlich muss mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Bereich der unteren KatS-Behörde ihre mögliche Einbindung in Notfalleinsätze und für Lagen mit Massenansturm Verletzter oder Kranker – in Abhängigkeit von ihrer Fachrichtung –



verbindlich vereinbart sein. Sie müssen über die Einsatzkriterien des Rettungsdienstes informiert sein. Je nach der Struktur im Rettungsdienstbereich (z.B. bei weit auseinanderliegenden Notarztstandorten) kann es sinnvoll sein, geeignete niedergelassene Ärztinnen oder Ärzte auch schon in die Erst-Alarmierung (analog zu dem Voraus-Helfer-System – siehe Nr. 4.3) einzubeziehen, um so schnell wie möglich eine qualifizierte medizinische Versorgung sicherzustellen. Die Planung für die Einbindung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in das Hilfeleistungssystem ist als gemeinsame Aufgabe von den Gesundheitsämtern sowie den unteren KatS-Behörden in Abstimmung mit den Trägern des Rettungsdienstes wahrzunehmen.

Im Rahmen des Katastrophenschutzes kann die Katastrophenschutzbehörde (in der Regel wird dies die untere KatS-Behörde sein) Ärztinnen oder Ärzte, Zahnärztinnen oder Zahnärzte, Tierärztinnen oder Tierärzte, Apothekerinnen oder Apotheker und Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe sowie das ärztliche Hilfspersonal verpflichten, sich für die besonderen Anforderungen im Katastrophenfall fortzubilden. Angehörige dieses Personenkreises müssen auf Anforderung an Einsätzen, Übungen oder sonstigen Ausbildungsveranstaltungen teilnehmen und den dort ergangenen Weisungen nachkommen, falls sie ohne erhebliche eigene Gefahr oder Verletzung anderer wichtiger Pflichten in Anspruch genommen werden können (§ 37 Abs. 1 HBKG). Diese Regelung bietet den KatS-Behörden eine umfassende Grundlage zur Vorbereitung des medizinischen Fachpersonals und für eventuelle Einsätze.

#### **4.11 Rationelle Nutzung personeller und materieller Ressourcen im Gesundheitswesen durch Einsatz digitaler Technik**

In immer größerem Umfang können die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten der digitalen Technik im Bereich der medizinischen Versorgung eingesetzt werden, z.B. für:

- Erhebung und Speicherung von Daten und Befunden der Patientinnen und Patienten,
- Übermittlung von Befunden zwischen den verschiedenen Behandlungsebenen,
- Datennetze zwischen Praxen, Krankenhäusern oder Kliniken,
- Datenbanken, z.B. bei der Landesärztekammer und anderen Stellen,
- Führung eines elektronischen Bettennachweises,
  
- Bestandsüberwachung von Heil- und Hilfsmitteln und automatisiertes Bestellwesen,
- Alarmierung von Personal für Notfälle und Alarmierung von zusätzlichen Einsatzkräften.





Dieser Einsatz der Technik ist grundsätzlich sinnvoll und sollte Ziel der besseren medizinischen Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten bei Großschadenlagen und Katastrophen sein, z.B. durch

- schnelle, gezielte Alarmierung der notwendigen Einsatzkräfte,
- schnelle und nur einmalige Datenerhebung schon bei der Sichtung,
- Übertragung dieser Daten zur Einsatzleitung, Leitstelle und zu den Krankenhäusern,
- Übertragung von Befunden,
- Nutzung von Datenbanken im medizinischen Bereich,
- telematische Vernetzung der Behandlungseinrichtungen.

Problematisch für eine Nutzung dieser Technik im Bereich des Katastrophenschutzes ist zurzeit noch die Verwendung unterschiedlicher Verfahren und die noch nicht flächendeckende Anwendung. Bei der Erarbeitung dieses Konzeptes hat sich deshalb eine Unterarbeitsgruppe mit dem Thema „Telematik, Datenbanken und Logistik im medizinischen Katastrophenschutz“ befasst und in einer Präsentation „Vernetztes, interaktives Versorgungsmanagement und dessen Nutzung bei Großschadenlagen und Katastrophen“ die mögliche Anwendung der Telematik, insbesondere für die erste Registrierung und Sichtung, dargestellt. Dabei wurden im Prinzip alle derzeitigen Anwendungen grundsätzlich begrüßt, da sie zu einer besseren und schnelleren medizinischen Versorgung beitragen sowie die Vorbereitung von Einsätzen beschleunigen und erleichtern können.

Eine in diesem Zusammenhang besondere Bedeutung wird einem einheitlichen elektronischen „Patientenausweis“ und „Arzttausweis“ beigemessen. Es wurde empfohlen, diese Gesamt-Thematik gemeinsam von den Krankenkassen, den Trägern des Rettungsdienstes, der Hessischen Krankenhausgesellschaft, der Landesärztekammer Hessen und anderen geeigneten Stellen weiterzubearbeiten mit dem Ziel, landeseinheitliche und sichere Betriebsverfahren für den täglichen Dienst zu erreichen. Solche Systeme sind dann auch für den Katastrophenschutz von Nutzen und müssen bei der Ausbildung des Personals der Sanitätszüge und Betreuungszüge berücksichtigt werden.

Die diesbezüglichen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden werden unterstützt.

Abschließende Empfehlungen konkreter Art zur Nutzung der Telematik für den Bereich des Katastrophenschutzes sind derzeit noch nicht möglich.

Das Hessische Ministerium des Innern und für Sport wird in Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der den Sanitätsdienst betreibenden Hilfsorganisationen und der Landesärztekammer Hessen einen Modellversuch zur Anwendung einer EDV-gestützten Patientenregistrierung mit Hilfe eines „elektronischen Armbandes“ (TAG) unterstützen und



die eventuelle Einführung landeseinheitlicher Verfahren für den Katastrophenschutz anregen und koordinieren.

## **5 Organisatorische Regelungen für Großschadenlagen und Katastrophen**

In Nr. 4 wurden bereits alle notwendigen Vorbereitungen für die Organisation der medizinischen Versorgung der Bevölkerung erläutert. Mit der ordnungsgemäßen und rechtzeitigen Durchführung dieser Vorbereitungen sind die meisten Regelungen grundsätzlicher Art für die verschiedenen Behandlungsebenen vorgegeben, so dass Einsätze im Prinzip ohne weitere Einzelfestlegungen planmäßig beginnen und ablaufen können. Nachfolgend werden deshalb nur bestimmte Regelungen nochmals hervorgehoben und ergänzt, die für die Organisation der medizinischen Versorgung bei Massenanfall Verletzter oder Kranker besonders wichtig sind.

### **5.1 Verstärkung des Rettungsdienstes**

Bei Großschadenlagen und Katastrophen mit Massenanfall Verletzter oder Kranker sind die Einsatzkräfte des Rettungsdienstes grundsätzlich je nach Lage zu verstärken durch

- Alarmierung von Schnelleinsatzgruppen Sanität (SEG San) und Betreuung (SEG Bt) oder Alarmierung von kompletten Sanitätszügen und gegebenenfalls von Betreuungszügen,
- Alarmierung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte,
- Alarmierung des dienstfreien Personals des Rettungsdienstes,
- Anforderung von Bundeswehr-Sanitätspersonal.

Die Erst-Entscheidung über den Umfang dieser Verstärkung hat die Zentrale Leitstelle oder die Besondere Einsatzleitung nach § 5 Abs. 3 HRDG) zu treffen, später die Technische Einsatzleitung oder im Katastrophenfall der Katastrophenschutzstab, sobald er die Leitung übernommen hat. Das Personal der Leitstelle ist bei solchen Lagen gegebenenfalls kurzfristig zu verstärken. Da die tatsächliche Lage vor Ort (z.B. Anzahl und Verletzungsgrad der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten) in der Regel bei Massenanfall Verletzter oder Kranker zu Beginn eines Einsatzes noch nicht genau bekannt ist und möglichst jeder Verletzte oder Kranke schnell und qualifiziert medizinisch versorgt werden muss, sollte die Anforderung von Verstärkung schnell und zunächst großzügig erfolgen, selbst auf die Gefahr hin, dass hierdurch zu viele Hilfskräfte alarmiert werden.

Bei Massenanfall Verletzter oder Kranker ist grundsätzlich sofort das Personal der Technischen Einsatzleitung nach § 6 Abs. 1 HRDG mit zu alarmieren, um die Lage schnell



qualifiziert zu erkunden und zu melden sowie eine geordnete Struktur an der Einsatzstelle einzurichten.

Automatisch verbunden mit der Verstärkung des Rettungsdienstes ist das aktuelle Einholen des Bettennachweises (siehe hierzu Ausführungen in Nr. 4.6) und die Information an die zu belegenden Krankenhäuser, damit dort bereits entsprechende Vorbereitungen zur Aufnahme der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten getroffen werden können. Hierfür ist die Leitstelle verantwortlich.

Die o.a. Verfahren erfordern nicht die Feststellung des Katastrophenfalles, sondern ergeben sich zwangsläufig nur auf Grund der Schadenlage. Jegliche Verzögerung oder Zurückhaltung bei der Alarmierung einer größeren Anzahl von Einsatzkräften aus rein formalen Gründen („Feststellung des Katastrophenfalles“) wäre unverantwortlich. Für die Einsatzkräfte des Rettungsdienstes erfordert ein Einsatz bei Massenanfall Verletzter in der Regel eine Änderung ihrer Einsatztaktik: Sichtung und längere Behandlung akuter Notfälle am Einsatzort gehen in solchen Fällen dem schnellen Einzel-Transport in ein Krankenhaus vor. Auch die Einbindung von Hilfskräften aus der Bevölkerung oder aus Voraus-Helfer-Systemen hat das Rettungsdienstpersonal zu berücksichtigen. Je nach örtlicher Lage kann auch der Aufbau eines Verbandplatzes notwendig werden. Insofern muss das Personal des Rettungsdienstes auch über die Einsatzgrundsätze des Sanitätsdienstes informiert sein.

Die Technische Einsatzleitung (LNA und OLRD) muss ihre Einsatztaktik rechtzeitig allen eingesetzten Kräften mitteilen und das Personal lagebezogen so einteilen, dass jeweils eine höchstmögliche qualifizierte Versorgung aller Notfallpatientinnen und Notfallpatienten erreicht wird.

## **5.2 Alarmierung und Einsatz niedergelassener Ärztinnen und Ärzte**

Wie in Nr. 4.10 bereits dargelegt, muss für den Massenanfall Verletzter oder Kranker gegebenenfalls auch auf geeignete niedergelassene Ärztinnen und Ärzte einschließlich ihres Hilfspersonals zurückgegriffen werden.

Wenn dies entsprechend vorbereitet ist, dieses Personal genau erfasst und in die Alarmierung eingebunden ist, ergibt sich dadurch eine schnelle, qualifizierte Verstärkung der medizinischen Versorgung – je nach Notwendigkeit:

- am Schadenort,
- für den Transport und
- in den Krankenhäusern.

Der Einsatz der Ärztinnen und Ärzte einschließlich des Hilfspersonals ist durch die Zentrale Leitstelle aufgrund der Schadenlage, der Anforderung der Technischen Einsatzleitung oder



eines Krankenhauses zu veranlassen, später gegebenenfalls auf Anweisung des Katastrophenschutzstabes.

Im Einsatz ist das ärztliche Personal am Schadenort unterhalb der Katastrophenschwelle fachlich der Leitenden Notärztin oder dem Leitenden Notarzt unterstellt (§ 6 Abs. 4 HRDG). Im Katastrophenfall gelten die Weisungen der Katastrophenschutzbehörde (§ 37 Abs. 1 HBKG).

In Einzelfällen (z.B. bei Epidemien oder Verletzungen/Erkrankungen aufgrund von ABC-Lagen) kann es auch erforderlich werden, Ärztinnen und Ärzte (insbesondere für bestimmte Fachrichtungen, z.B. für Radiologie) aus einer größeren Region und den nicht direkt von einer Katastrophe betroffenen Gebieten zu Schwerpunkten für eine medizinische Versorgung zusammenzuziehen.

### 5.3 Einsatz von Sanitätszügen und Betreuungszügen

Für Großschadenlagen und Katastrophen kommen zur Verstärkung des Rettungsdienstes in erster Linie die Einsatzkräfte der Sanitätszüge und gegebenenfalls der Betreuungszüge in Frage. Bei der Neukonzeption des Katastrophenschutzes in Hessen vom August 2002 wurde der Sanitätszug bewusst so gegliedert, dass die Trupps und Gruppen auch einzeln einsetzbar sind und in verschiedenen Orten stationiert werden können. Dadurch ist eine größere Flächenabdeckung möglich, die zu kürzeren Eintreffzeiten für erste Kräfte führt und eine schnelle Verstärkung des Rettungsdienstes insbesondere unterhalb der Katastrophenschwelle sicherstellt. In **Anlage 3** sind die Gliederung des Sanitätszuges und die Aufteilung in

- Zugtrupp (ZTr),
- Schnelleinsatzgruppe Sanität (SEG San) mit
  - Arzttrupp (ArztTr),
  - Sanitätstrupp (SanTr),
  - Transporttrupp (TrTr),
- Sanitätsgruppe (SanGr) mit
  - Sanitätstrupp,
  - zwei Transporttrupps

sowie die Beschreibung der Aufgaben dieses Zuges zusammengestellt. Für den Einsatz unterhalb der Katastrophenschwelle ist in erster Linie die SEG San vorzusehen, die dazu mit Funkalarmempfängern ausgestattet sein soll.

Der taktische Einsatz der Kräfte des Sanitätszuges richtet sich nach den Einsatzvorschriften der jeweiligen Hilfsorganisation. Er ist in der Regel auf die Hilfeleistung am Schadenort und den Transport in ein Krankenhaus oder Verlegungstransporte beschränkt. Nur in Ausnahmefällen ist ein Einsatz zur Unterstützung des Personals in Krankenhäusern möglich. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das Personal der Sanitätszüge allgemein keine Ausbildung als „Pflegehilfskraft“ erhält.



Die regelmäßige Einbindung des Personals der Sanitätszüge ist neben dem Vorteil schnellerer medizinischer Hilfe vor Ort auch für die Motivation und den Ausbildungsstand der Einsatzkräfte notwendig. Das KatS-Konzept Hessen hat den Rahmen für sinnvolle individuelle örtliche Lösungen geschaffen. Diese müssen zur schnelleren und besseren medizinischen Versorgung genutzt werden.

Bei den meisten Einsätzen mit Massenanfall Verletzter oder Kranker fallen auch (für die leichter oder nicht verletzten Betroffenen) Betreuungsaufgaben oder einfachere sanitätsdienstliche Aufgaben an, für die insbesondere die Schnelleinsatzgruppe Betreuung (SEG Bt) des Betreuungszuges einsetzbar ist. Aufgaben und Gliederung des Betreuungszuges sind in Anlage 4 ersichtlich.

Wie in der Aufgabenbeschreibung erkennbar ist, können die Betreuungszüge auch bei Sanitätseinsätzen umfangreiche Aufgaben übernehmen und dadurch die Einsatzkräfte der Sanitätszüge oder die Rettungsdienstkräfte entlasten, damit diese sich auf medizinisch notwendige Fachaufgaben konzentrieren können. Auch derartige Einsätze sind unterhalb der Katastrophenschwelle sinnvoll und möglich. Deshalb sollten auch die Trupps und Gruppen der Betreuungszüge in alle größeren Einsätze mit Verletzten, Kranken sowie Evakuierungen von Krankenhäusern oder Pflegeheimen einbezogen werden.

Der Einsatz der Betreuungskräfte anlässlich von Bränden, Explosionen oder Unwettern zur vorübergehenden Unterbringung und Verpflegung Betroffener bleibt hiervon unberührt.

Über die Alarmierung der Sanitätskräfte und der Betreuungskräfte entscheidet zunächst die Leitstelle oder die Besondere Einsatzleitung (siehe Nr. 3.3.4), im Katastrophenfall der KatS-Stab, sobald er den Einsatz übernommen hat. Die Kosten für die Kräfte des Katastrophenschutzes bei Einsätzen unterhalb der Katastrophenschwelle können von den Hilfsorganisationen über die Versicherung der Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten und/oder der Schadenverursacher abgerechnet werden.

#### **5.4 Einsatz der Bundeswehr**

Die Rechtsgrundlagen für den Einsatz der Bundeswehr sind in Nr. 2.6 angeführt.

Im „Handbuch für sanitätsdienstliche Hilfeleistungen der Bundeswehr“ sind die Möglichkeiten sanitätsdienstlicher Unterstützung der Bundeswehr sowie die Anforderungs- und Einsatzkriterien ausführlich erläutert. Dieses Handbuch muss in den Leitstellen und KatS-Stäben verfügbar sein.

Grundsätzlich kann die Bundeswehr für sanitätsdienstliche Maßnahmen zur Unterstützung angefordert werden, aber sie darf nur so lange Hilfe leisten, bis zivile Einrichtungen und



Organisationen zur Durchführung einer ausreichenden Hilfe am Katastrophenort einsatzbereit sind und die Ablösung erfolgen kann.

Dies bedeutet für die Anforderung der Bundeswehr, dass sie aufgrund der örtlichen „sanitätsmäßigen Infrastruktur“ mit geeigneten Sanitätskräften in die Alarmierung eingebunden werden kann, wenn ihre Kräfte voraussichtlich vor den zivilen Kräften oder zusätzlich zu diesen an der betreffenden Einsatzstelle tätig werden können. Diese Einbindung in die Einsatzplanung ist örtlich zwischen den zivilen und militärischen Stellen zu vereinbaren. Dies ist z.B. für die Notarztwagen an Bundeswehrkrankenhäusern örtlich geregelt.

Der Einsatz der Bundeswehr bei sehr personalintensiven Großeinsätzen oder Verlegungen wird in der Regel sehr kurzfristig zwischen den KatS-Behörden und den militärischen Dienststellen vereinbart. Das zur Hilfeleistung eingesetzte Bundeswehrpersonal bleibt seinen Kommandeuren, Dienststellenleitern und Einheitsführern unterstellt. Der den Einsatz der Truppenteile und Dienststellen leitende Offizier erhält seine Weisungen für den Einsatz von dem Leiter der zuständigen Katastrophenschutzbehörde.

Unabhängig vom sanitätsdienstlichen Einsatz der Bundeswehr zur Behandlung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten ist die Anforderung von Verbandmaterial sowie Arznei- und Hilfsmitteln, insbesondere für Brandverletzte, möglich.

Die Bundeswehr kann bei ABC-Schadenlagen durch speziell geschulte Sanitätsoffiziere oder wissenschaftliches Fachpersonal zusätzliche Hilfe leisten.



## 5.5 Anwendung von Sichtungskategorien und Kennzeichnung Verletzter

Beim Massenanfall Verletzter kommt es – wie im Prinzip bei jedem Unfall mit mehreren Verletzten auch – darauf an, im Rahmen einer schnellen Sichtung zu versuchen, möglichst viele Menschenleben durch lebensrettende Sofortmaßnahmen zu retten. Die Aufgabe der Sichtung obliegt grundsätzlich dem ärztlichen Personal. Sofern aber noch keine Ärztin oder kein Arzt anwesend ist, kann im Rahmen der Notkompetenz auch nichtärztliches Personal „nach bestem Wissen und Gewissen“ analoge Behandlungsgrundsätze anwenden, ohne dass dies als „Sichtung“ im ärztlichen Sinn bezeichnet werden sollte. Eine andere Handlungsweise wäre lebensfremd.

Derzeit ist in Hessen für die Kennzeichnung der vier üblichen Sichtungskategorien noch die „Anhängkarte für Verletzte und Kranke“ des DRK verbindlich eingeführt. Bei der Erarbeitung des Konzeptes „Medizinischer Katastrophenschutz in Hessen“ wurde das Thema „Sichtungskategorien und Kennzeichnung der Verletzten“ von einem gesonderten Arbeitskreis untersucht. Es wurde festgestellt, dass zur Zeit im Rahmen einer 1. und 2. „Konsensuskonferenz 2002 zu Sichtungskategorien im Rettungsdienst und im Katastrophenschutz“ an der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) in Bad Neuenahr-Ahrweiler eine Modifikation der katastrophenmedizinischen Sichtungskategorien und deren Dokumentation bearbeitet wird. Die Überlegungen dieser „Konsensuskonferenz“ hat der Arbeitskreis für sehr sinnvoll gehalten, zumal sie auf eine Einheitlichkeit in der Europäischen Union hinzielen.

Insbesondere wurde als wichtig angesehen, die Sichtungskategorien nicht wie bisher mit einer Transport-Priorität zu verbinden und diese Begriffe zu trennen.

Der Arbeitskreis hat einvernehmlich vereinbart, diese modifizierten Sichtungskategorien sowie die Dokumentation (Kennzeichnung und Kriterien für die Registrierung) für Hessen zu übernehmen.

Das Hessische Sozialministerium wird gemeinsam mit der Landesärztekammer, den Landesverbänden der den Sanitätsdienst betreibenden Hilfsorganisationen und Vertretern der Träger des Rettungsdienstes das Ergebnis der „Konsensuskonferenzen“ auswerten und für Hessen umsetzen.



## 5.6 Maßnahmen in Krankenhäusern

Bei Schadenlagen mit vielen Verletzten oder Kranken fällt den Krankenhäusern die Hauptaufgabe der medizinischen Behandlung zu, sowohl von der Zeitdauer als auch vom medizinischen Umfang her. Dies bedeutet – abhängig von der Bettenzahl, der Behandlungs-Kapazität, den Fachabteilungen, der Anzahl der Verletzten oder Kranken und dem Schweregrad der Verletzungen oder Erkrankungen – unter Umständen eine längerfristige grundlegende Änderung des normalen Tagesablaufes und Regel-Dienstbetriebes. In Nr. 4.7 wurde diesbezüglich auf die Notwendigkeit von Krankenhaus-Einsatzplänen für interne und externe Gefahrenlagen, die Einrichtung einer „Krankenhaus-Einsatzleitung“ und gegebenenfalls die Einplanung von „Behelfs-Krankenhäusern“ hingewiesen. Weitere Einzelheiten sind in der VO zu §§ 5 und 6 HRDG festgelegt.

Nachstehend werden besondere Schwerpunkte für diesen Bereich hervorgehoben.

### 5.6.1 Verstärkung des Personals

Im Extremfall ist bei Massenanfall Verletzter oder Kranker damit zu rechnen, dass in allen Krankenhäusern in Nähe des Schadenortes – trotz einer noch so geschickten Verteilung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten auf mehrere Krankenhäuser – so viele Verletzte oder Kranke eingeliefert werden, dass eine schnelle Notfallaufnahme und Behandlung mit dem Personal einer Schicht nicht möglich ist. Dasselbe gilt bei einer internen Schadenlage für eine Teilräumung oder gar Evakuierung eines Krankenhauses.

Im Krankenhaus-Einsatzplan ist daher eine schnelle, gezielte Alarmierung des zusätzlich benötigten Personals vorzusehen. Bei der Aufstellung der Reihenfolge der zu alarmierenden Personen müssen die Mitglieder der Krankenhaus-Einsatzleitung an erster Stelle stehen, danach das Personal für die Notaufnahme.

Die Entscheidung über die Verstärkung des Personals muss zunächst die oder der jeweils für die Notfallaufnahme zuständige diensttuende Ärztin oder Arzt treffen. Je nach Dringlichkeit der Lage ist großzügig zu verfahren, da im Vorhinein nicht bekannt ist, ob und wann alle alarmierten Personen im Krankenhaus eintreffen. Im Extremfall wird eine Alarmierungskette aus Sicherheitsgründen das gesamte Personal umfassen müssen. Für die schnelle Durchführung einer Alarmierung bieten sich technische Lösungen an, z.B. automatische Benachrichtigungssysteme. Eine Alarmierung per telefonischem Einzelanruf ist nur bei der Alarmierung weniger Personen zu verantworten.

Im Katastrophenfall kann der Katastrophenschutzstab das gesamte medizinische Personal zusätzlich über Rundfunk anweisen, sich zu seinem Arbeitsplatz zu begeben.





In Sonderfällen, vor allem bei der Evakuierung von Krankenhäusern, können auch Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes, hier insbesondere der Sanitätszüge und Betreuungszüge, unterstützend mitwirken.

Wenn auch längere Arbeitszeiten durch die notwendige Behandlung vieler Verletzter oder Kranker zwar selbstverständlich sind, so muss die Krankenhaus-Einsatzleitung dennoch frühzeitig eine Dienstplanung - gegebenenfalls in nur zwei Schichten, ohne Berücksichtigung von Wochenenden oder Feiertagen - erstellen, die einen entsprechenden Dauerbetrieb zulässt.

### **5.6.2 Umstellung der Arbeitsabläufe für die Aufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten**

Die Pflicht zur Hilfe in Notfällen ist für die Krankenhausträger in § 5 Abs. 2 HKHG vorgeschrieben. Eine große Anzahl von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten erfordert eine Umstellung der Arbeitsabläufe für die Aufnahme. Dies muss für jedes Krankenhaus anhand der Örtlichkeiten genau untersucht und vorbereitet sein. Je nach der Raum-Infrastruktur wird es hierzu notwendig sein, vor der üblichen Notfallaufnahme eine „Sichtungsstation“ einzurichten, in der alle Notfallpatientinnen und Notfallpatienten nochmals gesichtet und für die Behandlung und Verteilung im Krankenhaus nach Dringlichkeit gekennzeichnet werden. Die in Nr. 4.8.1 vorgeschlagenen „KatS-Beutel“ mit medizinischer Grundausstattung und Kennzeichnungsmaterial sind hierzu besonders wichtig.

Die räumliche und organisatorische Umstellung der Notfallaufnahme ist im Krankenhaus-Einsatzplan festzulegen und im Rahmen der nach Nr. 3.3.8 vorgeschriebenen Übungen zu erproben und einzuüben.

### **5.6.3 Erhöhung der Aufnahmekapazität**

Unabhängig von der schnellen Umstellung der Notfallaufnahme ist die Erhöhung der stationären Aufnahmekapazität für die längere Behandlung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten im Aufnahmekrankenhaus zu sehen, da in diesem erfahrungsgemäß nicht alle erstbehandelten Notfallpatientinnen und Notfallpatienten stationär behandelt werden müssen oder können.

Wegen der heute üblichen kurzen Verweildauer der Patientinnen und Patienten ist die Zahl der kurzfristig durch Entlassungen für Notfälle verfügbaren Betten reduziert. Deshalb stellt



eine notwendige Erhöhung der Aufnahmekapazität zusätzliche Anforderungen an die Krankenhaus-Einsatzleitung.

Patentrezepte zur Lösung bestehen hierfür nicht.

Die folgenden Maßnahmen stellen Möglichkeiten zur Erhöhung der Aufnahmekapazität dar:

- Entlassung oder Verlegung aller Patientinnen und Patienten, die nicht mehr dringend im Krankenhaus verbleiben müssen oder aufgrund ihres Zustandes bereits in ein anderes Krankenhaus (z.B. Reha-Klinik) verlegt werden können,
- In-Betrieb-Nahme von Reservebetten oder Umlaufbetten und höhere Belegung der Krankenzimmer, ggf. Aufstellung von Betten in geeigneten anderen Räumen, z.B. Sozialräumen, Freizeiträumen, notfalls vorübergehend in Fluren,
- Einrichtung eines in Nr. 5.6.4 vorgeschlagenen „Behelfs-Krankenhauses“ und Behandlung in diesen Räumen. Als „Betten“ müssen in solchen Extrem-Situationen gegebenenfalls vorübergehend Krankentragen verwendet werden.

Parallel mit der Erhöhung der Belegungszahl ist der Personalbestand angemessen zu verstärken. Eine massive Erhöhung der stationären Aufnahmekapazität bringt für die Patientinnen und Patienten in der Regel eine gewisse Komfort-Einbuße, die hinzunehmen ist. Eine Minderung der medizinischen stationären Versorgung darf mit einer höheren Kapazität jedoch nicht verbunden sein. Durch eine geschickte Logistik für die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf alle geeigneten Krankenhäuser einer Region soll eine länger andauernde erhöhte stationäre Belegung einzelner Krankenhäuser weitgehend vermieden werden.

#### **5.6.4 Einrichtung und Betrieb von „Behelfs-Krankenhäusern“**

Als äußerste Maßnahme zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung bei einer großen Anzahl Verletzter oder Kranker kann es, insbesondere im ländlichen Bereich, notwendig werden, in organisatorischer und fachlicher Anbindung an ein Krankenhaus ein „Behelfs-Krankenhaus“ einzurichten und zu betreiben (siehe hierzu auch die Anmerkungen in Nr. 4.7). Solche Behelfs-Krankenhäuser eignen sich aber nur für leichtere chirurgische Notfälle und für Kranke, deren Behandlung keine besondere Medizintechnik erfordert oder auch als „Quarantäne-Station“.

Das leitende Personal sollte in der ersten Phase des Aufbaues aus dem „Stamm-Krankenhaus“ gestellt werden, ergänzt durch geeignete niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Hilfspersonal und Pflegehilfskräfte, die von der unteren KatS-



Behörde gezielt persönlich oder durch öffentlichen Aufruf nach § 37 Abs. 1 HBKG zum Dienst angefordert werden.

Bei der technischen Einrichtung (Umräumen, Betten-Transport und Aufbau usw.) können auch Einsatzkräfte des Katastrophenschutzes - insbesondere aus dem Bereich der Betreuung - mitwirken, desgleichen bei nicht speziellen pflegerischen oder medizinischen Maßnahmen (z.B. Essenausgabe).

Vor der sehr arbeits- und personalintensiven Einrichtung eines Behelfs-Kranken-hauses ist zu prüfen, ob eine solche nicht durch Verlegung erstbehandelter transportfähiger Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser der – gegebenenfalls weiteren – Umgebung erspart werden kann.

## **5.7 Inbetriebnahme von Laboren**

In Katastrophenfällen kann es notwendig werden, für Untersuchung von Blut o.Ä. Labore in größerer Anzahl auch außerhalb der üblichen Arbeitszeiten in Anspruch zu nehmen. Die Labore müssen Routine-Untersuchungen übernehmen und organisieren. Bei Seuchen, Epidemien und Infektionen mit hochkontagiösen Erregern müssen diese Aufgabe Speziallabore (mit entsprechenden Sicherheitsstufen) übernehmen. Diese sind bundesweit erfasst und den Gesundheitsbehörden bekannt. Bei Engpässen müssen die Gesundheitsbehörden eine schwerpunktmäßige Verteilung der Proben organisieren und dringende Proben gegebenenfalls auch per Straßen- oder Luft-Transport in weitab gelegene Labore überbringen lassen.

Nach § 28 HBKG haben alle staatlichen Labore im Katastrophenfall die KatS-Behörden zu unterstützen. Sie sind somit in erster Linie heranzuziehen.



## 6 Notwendige Aus-, Weiter- und Fortbildung\* für den medizinischen Katastrophenschutz

Die besonderen Aufgaben des medizinischen Katastrophenschutzes können nur erfolgreich wahrgenommen werden, wenn alle Beteiligten

- eine allgemeine Information über dessen Organisation und
- eine spezielle Aus-, Weiter- und regelmäßige Fortbildung für ihren Aufgabenbereich erhalten.

Als allgemeine Information über die Organisation des medizinischen Katastrophenschutzes und als Sensibilisierung für notwendige Vorbereitungen und Übungen soll dieses Konzept dienen. Es wird deshalb in ausreichender Anzahl an alle Beteiligten verteilt, ins INTERNET eingestellt und auch zum zusätzlichen Nachdrucken auf Wunsch als Kopiervorlage zur Verfügung gestellt. Soweit die zitierten Rechtsgrundlagen nicht in den örtlichen Dienststellen zur Verfügung stehen, können sie bei den unteren KatS-Behörden oder in der Regel auch in den Stadt-/Gemeindeverwaltungen eingesehen werden.

Die Ausbildung des Personals der Sanitätszüge und Betreuungszüge wird nachfolgend (außer teilweise in Nr. 6.2) nicht behandelt, da diese durch bundesweit gültige Einsatz- und Ausbildungsvorschriften sowie –konzepte der vier Sanitätsorganisationen ASB, DRK, JUH und MHD ausführlich geregelt ist.

In Hessen stimmen sich die Landesverbände dieser Organisationen über die Ausbildungsinhalte ab und organisieren zum Teil gemeinsame Lehrgänge. Nähere Einzelheiten zur Ausbildung dieser Züge sind im KatS-Konzept Hessen (in der Anlage 21) enthalten.

Für die Aus-, Weiter- und Fortbildung sind in ihrem Aufgabenbereich die verschiedenen Stellen und Funktionsträger nach Nr. 3 verantwortlich. Auf § 37 HBKG (Besondere Pflichten für die Angehörigen der Gesundheitsberufe) und die dort aufgeführten Pflichten zur Fortbildung wird hingewiesen.

\*

*Weiterbildung: gemäß Heilberufsgesetz und kassenspezifischem Satzungsrecht.*

*Fortbildung: Lebenslanges berufsspezifisches Lernen zum Kompetenzerhalt.*



Allgemein ist festzustellen, dass der Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung verbessert werden muss. Mangelnde Ausbildung oder der Verzicht auf vorgeschriebene Übungen wird gelegentlich mit fehlender Finanzierung begründet. Diese Begründung ist in der Regel nicht stichhaltig. Positive Beispiele zeigen, dass solche Ausbildung und Übungen bei entsprechendem Willen – auch ohne hohe Kosten – möglich und erfolgreich sind.

### **6.1 Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Personals der approbierten Heilberufe und spezifischer Fachberufe im Gesundheitswesen in Notfall- und Katastrophenmedizin**

Zur Aus-, Weiter- und Fortbildung des Personals im Gesundheitswesen bestehen umfangreiche – meist bundesrechtliche – Regelungen. Diese sind grundsätzlich für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung unter Normalbedingungen ausreichend. Lediglich die Ausbildung in den über die notfallmedizinischen Kompetenzen hinausgehenden Kenntnissen und Fähigkeiten in der „Katastrophenmedizin“ sind zu bemängeln. Dies gilt nicht nur für Hessen (Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R. gemeinsam mit den hessischen Landesverbänden der Hilfsorganisationen und dem Landesfeuerwehrverband zum Katastrophenschutz – Konzept Hessen, Katastrophenmedizin – Sanitätsdienst – Betreuung, Stand 11. Oktober 2001), sondern nach dem Zweiten Gefahrenbericht der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern vom Oktober 2001 auch für die anderen Länder.

Diese Feststellung ist Anlass für das Hessische Sozialministerium und die Landesärztekammer Hessen, im Rahmen ihrer Zuständigkeit auf eine weitere Verbesserung der Aus-, Weiter- und Fortbildung in Notfall- und Katastrophenmedizin hinzuwirken, z.B. durch

- Förderung der Teilnahme an den zur Zeit schwach besuchten universitären Ausbildungsveranstaltungen „Notfallmedizin“.
- Anregung, im Rahmen der nächsten Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte Vorlesungen und praktische Übungen / Praktika zu „Notfall- und Katastrophenmedizin“ als Pflichtveranstaltungen einstufen zu lassen.
- Verstärkte Bemühungen der Landesärztekammer, die bereits in großer Zahl fortgebildeten „Notärztinnen“ und „Notärzte“, „Leitende Notärztinnen“ und „Leitende Notärzte“ in Wahrnehmung bestehender berufsrechtlicher Pflichten durch praxisorientierte Wiederholungsseminare im Rahmen von Einsatzübungen (gemeinsam mit den Trägern des Rettungsdienstes und den am katastrophenmedizinischen Versorgungsprozess Beteiligten) auf dem aktuellen Stand der Kompetenz zu halten.



- Verstärkte Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte der ambulanten und stationären Versorgung in fachgebiets- oder szenariospezifischen Themen der Katastrophenmedizin mit Zertifizierung der Veranstaltungen und Vergabe von Fortbildungspunkten.
- Mehr Werbung für die Teilnahme an Lehrgängen der AKNZ für Ärztinnen und Ärzte sowie Personal der Gesundheitsverwaltung.
- Information über die Struktur und Ausstattung von Rettungsdienst, Katastrophen- und Zivilschutz.
- Versuch, die im Arbeitsentwurf der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Krankenpflegeberufe vorgesehenen Unterrichtsinhalte von 45 Stunden vorzusehen für die Themen
  - o Akute Notfallsituation (bisher: Präklinische Notfallmedizin),
  - o Katastrophenmedizin - Maßnahmen bei Massenansturm Verletzter und Kranker innerhalb und außerhalb des Krankenhauses,
- Versuch, bei der Novellierung der Rettungsassistentinnen- und Rettungsassistentenausbildung sowie der Krankenpflegeausbildung katastrophenmedizinische Themen inhaltsgleich zu vermitteln und einzelne (gleichartige) Ausbildungsabschnitte gegenseitig anzuerkennen.
- Ausbau der bereits begonnenen Fortbildung für Arzthelferinnen: „Notfallmanagement für das Praxisteam“ an der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim.

Entsprechende notfall- und katastrophenmedizinische Fortbildungsmaßnahmen zur notwendigen Kompetenzbildung sind auch bei Apothekerinnen und Apothekern sowie Tierärztinnen und Tierärzten zu initiieren und weiterzuentwickeln. Gleiches gilt berufsbildspezifisch für die anderen Fachberufe im Gesundheitswesen.

Die in die Einsatzplanung einzubeziehenden Vertreter der Heil- und Fachberufe müssen nicht nur über vorhandene Katastrophenschutzpläne unterrichtet sein, sondern sind in szenariospezifische Übungen in der katastrophenmedizinischen Versorgungskette gemeinsam mit den diesbezüglichen Einsatzkräften des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes einzubeziehen.

Besonderer Wert ist auf Übungen – unter Einbeziehung der ehrenamtlichen Einsatzkräfte – an den Schnittstellen zwischen Einrichtungen der stationären Versorgung (einschließlich Nachsorge), Kräften der Hilfsorganisationen, der Feuerwehren und dem Sanitätsdienst der Bundeswehr zu legen. Dies gilt besonders für Übungen, die Grenzen der Kommunen und Ländergrenzen zu überwinden haben.



Zeitgemäße Instrumente der Logistik des katastrophenmedizinisch notwendigen Versorgungsmanagements sind in die Aus-, Weiter- und Fortbildung einzubeziehen, anzuwenden und weiterzuentwickeln.

## 6.2 Empfehlung zur Hospitation bei Einsätzen des Rettungsdienstes

Wichtigste Vorbereitung für notfallmedizinische Maßnahmen ist eine qualifizierte realitätsnahe Ausbildung. Auch noch so gut vorbereitete Übungen mit geschminkten Mimen können Erfahrungen aus Einsätzen nicht ersetzen. Für alle im Rahmen des medizinischen Katastrophenschutzes Mitwirkenden, z.B.

- Personal der Sanitäts- oder Betreuungszüge, insbesondere der Schnelleinsatzgruppen,
- Mitglieder in Voraus-Helfer-Systemen,
- Pflegehilfskräfte,
- Medizinstudentinnen und –studenten

sollte es daher grundsätzlich obligatorisch sein, im Rahmen ihrer Ausbildung in präklinischer Notfallmedizin bei Einsätzen des Rettungsdienstes zu hospitieren. Dies ist in der Regel auf dem Rettungstransportwagen (RTW) als „3. Kraft“ möglich. Nur durch eine solche Teilnahme an Real-Einsätzen können praktische Erfahrungen

- zur Zusammenarbeit mit der Feuerwehr oder den Hilfsorganisationen,
- zur präklinischen Behandlung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten und Umgang mit Verletzten (Betreuung),
- zum Transport Verletzter und
- zum Ablauf der Rettungskette

gesammelt werden, die bei späteren Einsätzen Fehler vermeiden helfen und den Zeitbedarf für das Erkennen der notwendigen Maßnahmen verringern. Alle an der Erarbeitung dieses Konzeptes Beteiligten empfehlen daher, solche Hospitation bei Rettungsdienst-Einsätzen vor Ort zu ermöglichen und organisatorisch sowie rechtlich so zu regeln, dass dies vom Rettungsdienst-Personal nicht als störend empfunden wird und dadurch bei Einsätzen keine Behinderungen entstehen. Das hauptamtliche Personal des Rettungsdienstes kann durch die Akzeptanz dieser Empfehlung und die positive Unterstützung von derartigen Hospitationen einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Breitenausbildung leisten.



### 6.3 Empfehlung zur Hospitation in Krankenhäusern

Die Grundaussage in Nr. 6.2 (Übungen können reale Erfahrungen nicht ersetzen) gilt auch für die Ausbildung des Personals der approbierten Heilberufe und der Fachberufe im Gesundheitswesen hinsichtlich der Tätigkeit in Krankenhäusern. Der für den Einsatz in Krankenhäusern vorgesehene Personenkreis muss im Rahmen der Ausbildung ausreichende Möglichkeiten haben, einen Krankenhausbetrieb kennenzulernen

- allgemein mit den Besonderheiten der verschiedenen Stationen und Betriebseinrichtungen,
- speziell im Hinblick auf seine vorgesehene Verwendung.

Dies kann nur in den üblichen Praktika und durch zusätzliche Hospitation erfolgen. Zur Erhöhung der in einem Katastrophenfall notwendigen Personalkapazität für alle Berufssparten im Gesundheitswesen wird allen Krankenhäusern empfohlen, großzügig Gelegenheit für solche Hospitationen zu gewähren, auch über den im Rahmen der jeweiligen Ausbildungsgänge vorgesehenen Stundenansatz hinaus. Den Krankenhäusern bietet sich durch solche Hospitations-Angebote, insbesondere für den Pflegebereich, eine sinnvolle Möglichkeit zum Aufbau einer Personalreserve für Katastrophenfälle.

### 6.4 Weiter- und Fortbildung von

- **Leitenden Notärztinnen/Leitenden Notärzten (LNA),**
- **Organisatorischen Leiterinnen/Organisatorischen Leitern Rettungsdienst (OLRD),**
- **Ärztlichen Leiterinnen/Ärztlichen Leitern Rettungsdienst (ÄLRD)**

Die Weiter- und Fortbildung der drei oben genannten Personengruppen in Notfall- und Katastrophenmedizin ist in Hessen

- für LNA und ÄLRD durch die Landesärztekammer,
- für OLRD durch das Sozialministerium

grundsätzlich geregelt. Entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen werden angeboten. Die Landesärztekammer und das Sozialministerium streben an, Teile der LNA- und OLRD-Ausbildung gemeinsam durchführen zu lassen, da LNA und OLRD gemeinsam die Technische Einsatzleitung nach § 6 Abs. 1 HRDG bilden und in dieser Aufgabe eng zusammenarbeiten müssen. LNA, OLRD und ÄLRD müssen sich für ihre Aufgabe laufend weiter- bzw. fortbilden und von sich aus die entsprechenden Angebote wahrnehmen.





## 6.5 Übungen

Der Erfolg des medizinischen Katastrophenschutzes ist nur zu gewährleisten durch

- qualifizierte medizinische Fachausbildung aller Beteiligten,
- lageabhängigen taktisch sinnvollen Einsatz von Personal und Material sowie
- reibungslose Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Behandlungsebenen der Rettungskette.

Diese Ausbildungsziele sind in ihrer Gesamtheit nur im Rahmen von Übungen erlernbar und überprüfbar. Erst in – möglichst realistisch angelegten – Übungen mit Massenansturm Verletzter oder Kranker sowie in Evakuierungsübungen lässt sich erkennen, inwieweit die örtlichen Vorbereitungen für derartige Schadenlagen ausreichen und die schnelle qualifizierte Behandlung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sichergestellt ist.

Kenntnisse über das Anlegen und Durchführen von Übungen sowie die verschiedenen Übungsarten für die Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes – hier insbesondere für die Sanitätszüge und Betreuungszüge – liegen bei den im Katastrophenschutz mitwirkenden Organisationen und den KatS-Behörden vor. Das Land stellt für solche Übungen Haushaltsmittel zur Verfügung (siehe KatS-Konzept Hessen, Anlage 21, Nr. 4). Bei den „KatS-Sanitätsübungen“ wird jedoch selten der komplette Ablauf der Rettungskette geübt, da die Regelvorhaltung des Rettungsdienstes, die Krankenhäuser oder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie die Gesundheitsämter nur in Ausnahmefällen in Übungen mit eingebunden werden. Hierdurch ergeben sich oft allzu große Übungs-Künstlichkeiten, die ein verzerrtes und nicht der Wirklichkeit entsprechendes Bild über die tatsächliche Leistungsfähigkeit aller Einsatzkräfte für den medizinischen Katastrophenschutz ergeben. Die wichtige Funktion des Rettungsdienstes im Katastrophenfall wird dadurch zu wenig verdeutlicht und den Krankenhäusern sowie sonstigen Beteiligten keine ausreichende Gelegenheit geben, ihre Vorbereitungen zu überprüfen.

Die nachfolgenden Hinweise sollen deshalb dazu anregen, künftig häufiger den Ablauf der Rettungskette nicht nur in Teilen, sondern insgesamt zu üben.

### **6.5.1 Übungen des Rettungsdienstes und des Personals der Sanitätszüge und Betreuungszüge**

Wie vorstehend bereits bemängelt, wird der Rettungsdienst bei den meisten Übungen des Katastrophenschutzes nicht mit einbezogen. Dies wird damit begründet, dass er für reale Notfälle bereitgehalten werden muss. Die Notwendigkeit, Kräfte des Rettungsdienstes für Einsätze bereitzuhalten, ist unbestritten. Sie darf aber nicht zu taktisch völlig unrealistischen Ergebnissen führen.

Für Übungen sollte die Einsatzbereitschaft des Rettungsdienstes deshalb durch eine Verstärkung im Sinne der Nr. 4 der Anlage zur VO zu §§ 5 und 6 HRDG gewährleistet werden. Einige Kräfte des Rettungsdienstes sowie die Technische Einsatzleitung nach § 6 Abs. 1 HRDG (LNA und OLRD) können bei derartiger Verstärkung zu Übungen für Sanitäts- und Betreuungskräfte herangezogen werden, um die Zusammenarbeit und die Führungsstrukturen einzuüben. Soweit Voraus-Helfer-Systeme bestehen, sollten auch diese mit einbezogen werden.

Im Idealfall sind bei entsprechend großer Verletztanzahl auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte miteinzusetzen, um sie für ihren eventuellen Einsatz im Katastrophenfall zu schulen.

Übungen mit einer Beteiligung des Personals der gesamten Rettungskette sollten mehr als bisher gefördert werden.

Bei der Finanzierung von Übungen sind die voraussichtlichen Kosten entsprechend zu berücksichtigen.

### **6.5.2 Übungen in Krankenhäusern**

Bei Übungen mit Massenanfall Verletzter oder Kranker sollte zumindest der Transport der Verletzten in ein Krankenhaus oder mehrere Krankenhäuser mitgeübt werden. Im jeweiligen Krankenhaus kann hierdurch die Notfallaufnahme nach den in den Nr. 5.6.1 bis 5.6.3 angegebenen Kriterien geübt werden. Um den Regel-Betrieb eines Krankenhauses nicht zu stören, sind solche Übungen frühzeitig vorzubereiten und rechtzeitig bekanntzugeben, damit (ähnlich der Reserve-Einsatzbereitschaft beim Rettungsdienst anlässlich von Übungen) für die stationären Patientinnen und Patienten des Krankenhauses und echte Notfälle keine durch die Übung verursachte Versorgungslücke entsteht.

Werte für die Zeitdauer einer realen Alarmierung des Krankenhauspersonals können gegebenenfalls durch „Alarmierungsübungen“ mit Rückruf an das Krankenhaus (ich wäre in ..... Minuten im Dienst) festgestellt werden, ohne dass hierfür besondere Kosten entstehen.



Realistische krankenhauserne Übungen, z.B. Maßnahmen bei Evakuierung einer Station, können nur in eng begrenztem Umfang, zum Teil nur mit Verletztendarstellern geübt werden. Für derartige Maßnahmen müssen jedoch eindeutige, verständliche Regelungen im Krankenhaus-Einsatzplan enthalten sein. Über den Inhalt dieser Regelungen muss das Personal regelmäßig – mindestens einmal jährlich – informiert werden. Diese Aufgabe sollte der oder dem Beauftragten des Krankenhauses für interne und externe Gefahrenlagen (siehe Nr. 3.3.8.2) übertragen werden.

Krankenhauserne Übungen zur Überprüfung der Wirksamkeit des Krankenhaus-Einsatzplanes sind nach dem Erlass des Hessischen Sozialministeriums vom 8. Juni 1999 (siehe Nr. 2.1.3) in Abstimmung mit den zuständigen Stellen für den Brand- und Katastrophenschutz durchzuführen und sollen höchstens in Abständen von zwei Jahren erfolgen.