

Resilienz im Krankenhaus – Der Krankenhaus Alarm- und Einsatzplan Neue Perspektiven und Ansätze

Johannes Palm

LESEPROBE



**Resilienz im Krankenhaus –
Der Krankenhaus Alarm- und Einsatzplan
Neue Perspektiven und Ansätze**

Johannes Palm

1. Auflage 2023

© 2023 mgo fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Generál Nyomda Kft., H-6727 Szeged

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen sind unzulässig und strafbar.

www.ku-gesundheitsmanagement.de

Titelbild: © Who is Danny – stock.adobe.com

Autorenbild: © Ali Kanaan/moyses & partners

ISBN (Buch): 978-3-96474-698-6

ISBN (E-Book/PDF): 978-3-96474-699-3

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	7
Zusammenfassung	9
1. Einführung	11
1.1 Fragestellungen	13
1.2 Methoden	13
2. Die COVID-19-Pandemie	15
3. Der Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplan (KAEP)	19
3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	19
3.2 Vergleich der Krankenhausgesetze im Hinblick auf Alarm- und Einsatzpläne.	21
3.3 Interdisziplinäre Belange des KAEP	32
3.4 Klassische Prinzipien und Strukturen des KAEP	32
4. Aktuelle Anforderungen an einen KAEP	39
4.1 Einbettung des KAEP in die Organisation	39
4.2 Risiko- und Gefahrenanalyse	40
4.3 Das Zeit-Richtungs-Modell	49
4.4 Übungen bzw. Schulungen	53
4.5 Das Bewertungsverfahren	73
5. Der Krankenhaus-Stufenplan	75
5.1 Ziele des Stufenplans	75
5.2 Der Krisenstab und seine Expertengruppen	76
5.3 Der Krisenstab für Krankenhauskonzerne	78
5.4 Die Arbeit des Krisenstabs	80
5.5 Phasen des Stufenplans	83
5.6 Die Phasen im zeitlichen Verlauf	104
5.7 Strategien für die Gewinnung von Mitarbeitern	105
5.8 Die Übertragbarkeit des Stufenmodells	105
6. Zusammenfassung und Ausblick	106
Literaturverzeichnis	113

Zusammenfassung

Die COVID-19-Pandemie und das Unwetterereignis im Südwesten Deutschlands bilden die Grundlage für die Auswahl von Szenarien in diesem Werk. Die ausführliche Beschreibung des jeweiligen Gesamtereignisses macht deutlich, wie auch Lagen mit langer Vorlaufzeit zu einem bestimmten Zeitpunkt einen Bezug zum KAEP einer Klinik aufweisen. Eine Untersuchung der Landeskrankenhaus- und Katastrophengesetze offenbart, in welchem Ausmaß neue Gefahrenlagen seitens des Gesundheitswesens unberücksichtigt bleiben und wie dringend notwendig eine Anpassung der Gesetzeslage ist.

Die Einbettung des genannten Themenfeldes in die Organisationsstruktur einer Klinik stellt ein erstes zentrales Ziel dar, da anders als von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung e. V. (DAKEP) gefordert, noch keine hohe Durchdringung der Kliniken mit einem hauptamtlichen „Leiter KAEP“ zu erkennen ist. Neben der personellen Besetzung nimmt das Zusammenspiel mit einem umfassenden Risikomanagement eine wesentliche Rolle ein. Ein mögliches Einbindungsmodell wird im Kapitel „Einbettung des KAEP in die Organisation“ aufgezeigt.

Als Teil der kritischen Infrastruktur sind Krankenhäuser (KRITIS) nach dem Allgefahrenansatz nicht nur direkten Risiken ausgesetzt. Kaskadeneffekte anderer KRITIS können mit jedem Ereignis erwartet werden und auch Lagen in Kliniken können sich auf andere Infrastrukturen auswirken. Im Abschnitt „Risikoanalyse in Orientierung an KRITIS und Allgefahren“ wird ein Modell zur Visualisierung der Methode vorgestellt, das in einer weiteren Ausprägung als Grundlage für eine mögliche Resilienz-Berichterstattung dient. In diesem Kontext bietet sich der Prozess zur Generierung des gesetzlichen Qualitätsberichts an, da relevante Datensätze Datensätze hierfür erhoben werden müssen.

Interne und externe Gefahrenlagen sind die dominierenden Konzepte in den KAEP. Gerade für Ereignisse mit kurzem Vorlauf ist eine klare Sprache mit konkreten Checklisten, Anweisungen, Lageplänen und anderen Standards essenziell. Auf Grundlage des konsequenzbasierten Modells (Wurmb et al. 2017) ist eine Ergänzung durch ein „Zeit-Richtungs-Modell“ zielführend, das um die Parameter der Vorlaufzeit (lang/kurz) sowie der Bewegungsrichtung von Patientinnen/Patienten bzw. Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter (Ausdehnung hinein in die Klinik/Ausdehnung heraus aus der Klinik) ergänzt wird.

Speziell für Ereignisse mit langer Vorlaufzeit spielen weitere Faktoren wie der Krisenstab und notwendige Kompetenzen eine zentrale Rolle. Szenarien mit langer Vorlaufzeit eignen sich für die Durchführung von Stabsrahmenübungen. Hierbei kann nicht nur

die eigentliche Krisenstabsarbeit entwickelt werden, sondern durch definierte Reifegrade zur Beurteilung spezieller Kompetenzen lassen sich Handlungsbedarfe für die Zukunft ableiten, deren erfolgreiche Bearbeitung sich während der nächsten Übungen optimal prüfen und vergleichen lässt. Die entwickelten Reifegrade sind im Kapitel „Übungen/Schulungen“ dargestellt.

Ein eingespielter Krisenstab mit erlangten Kompetenzen und gelebten Standards ist ein weiterer Erfolgsfaktor, der in dieser Arbeit im Kapitel „Der Krankenhaus-Stufenplan“ beschrieben wird. Unter Orientierung an bewährten Standards der Krisenstabsarbeit von Behörden, Feuerwehren und Rettungsdiensten findet in diesem Kapitel eine Übertragung für die Kliniken statt, die aus den Erfahrungen mit verschiedenen Großschadensereignissen resultiert. Ein fünfstufiges klinisches Vorgehen mit Checklisten für die Leiter verschiedener Expertengruppen wird in diesem Kapitel auf die Ausgangssituation „COVID-19“ bezogen. Eine Anpassung bzw. Übertragung dieses Vorgehens ist für sämtliche Ereignisse mit langem Vorlauf gemäß „Zeit-Richtungs-Modell“ möglich.

Eine Zusammenfassung sowie ein Ausblick, in dem zukünftige Handlungsbedarfe im Sinne der KAEP in den Kontext anderer Konzepte wie des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) oder eines möglichen Resilienzberichts für Kliniken gesetzt werden, befinden sich im letzten Kapitel dieser Arbeit. Hier wird zudem eine sachlogische Auflistung für die Arbeiten nach bewältigter COVID-Pandemie vorgenommen.

1. Einführung

*„Wir sind verantwortlich für das was wir tun.
Aber auch für das, was wir nicht tun.“
(Voltaire)*

Beim Gedanken an den Versorgungsauftrag deutscher Krankenhäuser werden hiermit zunächst die Versorgung kranker Patienten durch ortsnahe Grundversorgung, eine Regionalversorgung und eine Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung assoziiert. Aufgrund der geringen Anzahl an Großschadensereignissen im Zeitraum zwischen dem Zweiten Weltkrieg und den späten neunziger Jahren gab es keinen Anlass für Bund und Länder, die bestehende Struktur und die Inhalte der Krankenhaus-Alarm- und Einsatzpläne (KAEP) mit verpflichtenden Komponenten auszustatten, die über den Massenansturm von Patienten (ManV) und das Verhalten bei Brand hinausgehen. Auch die Zusammenarbeit und die Abstimmung der Pläne mit Rettungsleitstellen sowie Behörden bzw. Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) erschien ausreichend. Ein erstes Ereignis, das zu einem Prozess des Umdenkens führte, war das „Jahr-2000-Problem“ (auch Y2K-Problem genannt), in dessen Zuge eine erhöhte Störanfälligkeit bedeutender Computersysteme in kritischen Bereichen der Gesellschaft durch die Umstellung auf das Jahr 2000 befürchtet wurde (Fakete 2016). Die Terroranschläge vom 09. September 2001 in den USA, wetterbedingte Extremereignisse und erste epidemiologische Lagen größeren Ausmaßes führten zu einer Strategieänderung auch in Europa. Es entstanden Initiativen wie z. B. von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), die ein Netzwerk Katastrophenmedizin auf der Grundlage vorhandener Traumanetzwerke aufbauen wollte (Bail et al. 2007). Vor der Fussball-WM 2006 wurden Kliniken nicht nur an den Austragungsorten auf spezielle Gefahrensituationen durch zahlreiche Übungen vorbereitet (Urban et al. 2007), auch Großveranstaltungen wie Public Viewing Events standen im Fokus (Adams et al. 2007). Obwohl diese Ereignisse in der Wahrnehmung vorhanden waren, wurde die Wahrscheinlichkeit, von einer Katastrophe betroffen zu sein, lange Zeit als gering eingeschätzt. Entsprechend stärker wirken sich jedoch Katastrophenfälle auf vermeintlich weniger störanfällige Versorgungsleistungen und Systeme aus. Dieses „Verwundbarkeitssparadox“ (BMI 2009) könnte die Ursache dafür sein, dass sich KAEP viele Jahre nicht weiterentwickelten. Einerseits führt eine geringe Katastrophenvorerfahrung zu wenig Handlungsdruck für Bund, Länder und Klinikbetreiber, andererseits stehen den teuren Projektkosten, die mit einem modernen KAEP verbunden sind, keine Anreize und Erlöse für die Krankenhäuser gegenüber.

3. Der Krankenhaus Alarm- und Einsatzplan (KAEP)

Krankenhäuser zeichnen sich im Vergleich zu anderen industriellen Unternehmen dadurch aus, dass sie täglich mit unvorhersehbaren Problemen während einer Krankenhausbehandlung umgehen können. Patienten stellen aus verschiedenen Perspektiven fortlaufend neue Anforderungen an das medizinische und pflegerische Personal. Beispielsweise spielen Alter, Geschlecht, soziobiografische Einflussfaktoren, die Lebensweise von Patienten sowie die Robustheit des Individuums bei Krankheitsverläufen eine wesentliche Rolle. Krankenhäuser sind jedoch auch ein Teil von KRITIS und müssen sich für Ereignisse mit größerem Ausmaß präparieren.

„Kritische Infrastrukturen sind Organisationen und Einrichtungen mit wichtiger Bedeutung für das staatliche Gemeinwesen, bei deren Ausfall oder Beeinträchtigung nachhaltig wirkende Versorgungsengpässe, erhebliche Störungen der öffentlichen Sicherheit oder andere dramatische Folgen eintreten würden.“
(Nationale Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen – KRITIS Strategie, S. 3).

Der KAEP stellt die Grundlage zur Prävention, Krisen- bzw. Katastrophenbewältigung und Evaluation von Großschadensereignissen für Krankenhäuser dar. Es handelt sich zumeist um umfangreiche Dokumentensammlungen in Form von Plänen, Checklisten, Alarmierungsketten, Standards sowie zahlreichen weiteren Dokumenten, die zwar den gesetzlichen und externen Vorgaben Rechnung tragen, jedoch mit Ausnahme zwei wesentlicher Ereignisse – ManV und Verhalten bei Brand – nur für wenige Gefahrensituationen als effiziente Vorbereitung dienen.

3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die KAEP ist ein Instrument der Gefahrenabwehr. In Artikel 30 des Grundgesetzes ist festgelegt, dass die Zuständigkeit für Gefahrenabwehr und somit auch die entsprechende Gesetzgebung (Art. 70 GG) bei den Ländern liegt. Gemäß Art. 73 Abs. 1 Ziff. 1 GG ist der Bund u. a. für die Gesetzgebung zu auswärtigen Angelegenheiten sowie die Verteidigung einschließlich des Schutzes der Zivilbevölkerung verantwortlich. Auf Landesebene sind die Zuständigkeiten unterschiedlich geregelt. Alltagsereignisse werden durch Rettungsdienste und Feuerwehren bewältigt, lokale Großschadens- und Katastrophenlagen liegen im Verantwortungsbereich der Bezirksregierungen der jeweiligen Bundesländer. Im Zuge der Amts- und Katastrophenhilfe kann eine gegenseitige Hilfe zwischen Bund und Ländern sowie zwischen den Ländern untereinander stattfinden. Die Aufgaben und Maßnahmen

der Kommunen bzw. Länder im Katastrophenschutz, sowie des Bundes im Zivilschutz, werden unter dem Oberbegriff „Bevölkerungsschutz“ zusammengefasst. (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe).

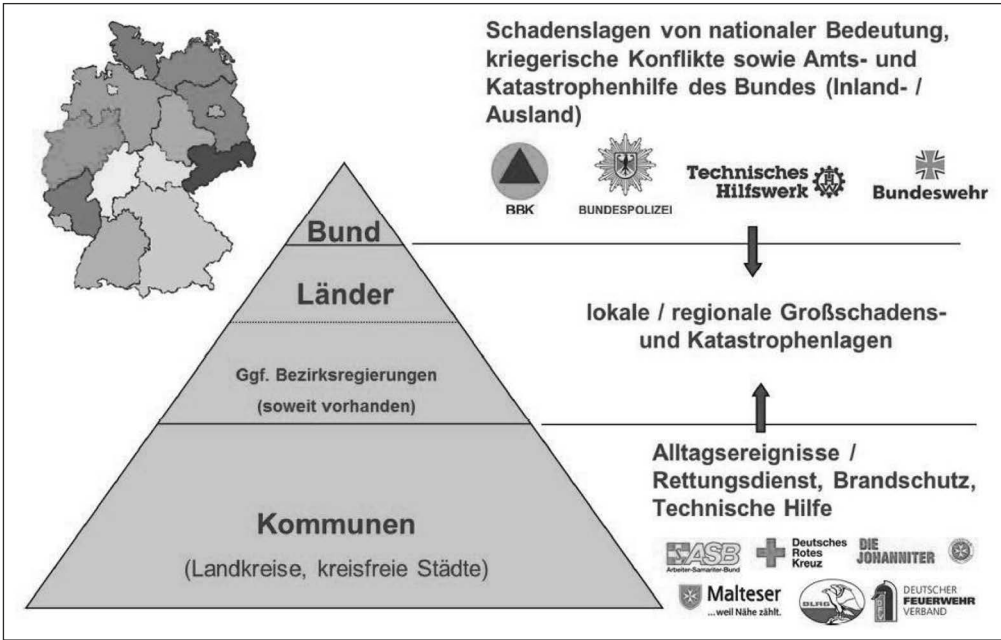


Abb. 3: Integriertes Hilfeleistungssystem des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Quelle: BBK)

Krankenhäuser sind nicht nur ein relevanter Partner und Teil des Bevölkerungsschutzes, sie sind wie beschrieben auch Teil der KRITIS. Das Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG) regelt zwar das Zusammenwirken von Bund und Ländern bei der Abwehr bzw. Bekämpfung von Naturkatastrophen sowie die Unterstützung bei schweren Unglücksfällen und kriegerischen Konflikten, im Hinblick auf die KAEP ist er jedoch nicht zuständig. Letzterer ist auf Landesebene in hohem Maße heterogen geregelt, was der folgende Vergleich deutlich zeigt.

3.2 Vergleich der Krankenhausgesetze im Hinblick auf Alarm- und Einsatzpläne

Der Katastrophenschutz und somit die Krankenhaus Alarm- und Einsatzplanung wird in den Bundesländern geregelt. Je nach Bundesland sind die relevanten Informationen in den Katastrophenschutz- oder in den Landeskrankenhausgesetzen zu finden. Die folgende Tabelle gibt einen Aufschluss über die entsprechenden Quellen.

Bundesland	Quelle/Gesetz	Quantitativ (Anzahl der Zeichen)	Inhalt (Zusammenfassung)
BW	Gesetz über den Katastrophenschutz (Landeskatastrophenschutzgesetz; LkatSG, Stand: 01.03.2021): §5 Abschn. 3: Im Katastrophenschutz mitwirkende Behörden, Einrichtungen, Stellen und Berufsvertretungen	383	Hinweise auf Unterstützungsmöglichkeiten durch benachbarte Krankenhäuser, Niedergelassene, Personal nichtakademischer Helferberufe sowie auf die Ausweitung der Bettenkapazitäten.
	URL: Landesrecht BW LKHG Landesnorm Baden-Württemberg Gesamtausgabe Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) in der Fassung vom 29. November 2007 gültig ab: 20.10.2007 (landesrecht-bw.de) (06.03.2021, 12.00 Uhr)		
BY	<u>Bayerisches Katastrophenschutzgesetz (BayKSG) Vom 24. Juli 1996. (Stand: 01.05.2019):</u> III. Abschnitt Artikel 8: Sonstige Mitwirkung im Katastrophenschutz	722	Verpflichtung zur Aufstellung und Fortschreibung von Alarm- und Einsatzplänen (AEP), die organisatorische Maßnahmen enthalten, die für einen Massenansturm von Verletzten geeignet sind. Verpflichtung zur Erstellung von Notfallplänen für interne Schadensereignisse. Abstimmung mit anderen Einrichtungen sowie verpflichtende Weitergabe der Pläne an eine integrierte Leitstelle.
	URL: BayKrG: Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. März 2007 (GVBl. S. 288) BayRS 2126-8-G (Art. 1–29) – Bürgerservice (gesetze-bayern.de) (06.03.2021, 12.00 Uhr)		
BE	Landeskrankenhausgesetz (LKG) vom 18. September 2011: §27: Katastrophenschutz, besondere Gefahrenlagen, Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten, Notfallversorgung	1352	Verpflichtung zur: Sicherstellung der Patientenversorgung auch im Katastrophenfall und in Gefahrensituationen. Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten/der Leitstelle. Teilnahme an der Notfallversorgung.
	URL: https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-KHGBE2011V2P30 (06.03.2021, 12.00 Uhr) ▶		

6. Zusammenfassung und Ausblick

Nach einem genauen Blick auf die Gesetzgebungen der Länder ist deutlich geworden, dass die Anforderungen an einen KAEP in hohem Maße unterschiedlich sind. Problematisch wird dies unter anderem, wenn sich Großereignisse in der Nähe von Landesgrenzen abspielen und hier unterschiedliche Konzepte aufeinandertreffen. Inhalte sind zu vage bzw. zu oberflächlich beschrieben und auf interne oder externe Schadenslagen sowie das Verhalten bei Brand fokussiert. Daten, die Rückschlüsse für die Durchführung konkreter Maßnahmen im Katastrophenfall zulassen, liegen nicht vor (Bail et al. 2006). Auch die erweiterte Sichtweise des KAEP in Hinblick auf das konsequenzbasierte Modell findet in den Gesetzgebungen zu wenig Aufmerksamkeit. Neuere Konzepte wie jenes der KRITIS oder der Allgefahrenansatz bleiben unbeschrieben. Mit Blick auf die Großschadensereignisse der vergangenen Jahrzehnte ist es nicht überraschend, dass Klinikbetreiber keine zeitlichen oder finanziellen Ressourcen in einen KAEP investieren, zumal diesen Maßnahmen keine Erlöse gegenüberstehen.

Eine sinnvolle Erweiterung des konsequenzbasierten Modells (Wurmb et al. 2017) ist ein „Zeit-Richtungs-Modell“, das die Bewegungsrichtung (in die Klinik, aus der Klinik) von Patienten und den Zeitfaktor (schnell, langsam) miteinbezieht. Ziel ist es nicht in erster Linie, Pläne und Abläufe vorzuhalten, die zum Zeitpunkt der eintretenden Lage möglicherweise nicht mehr aktuell sind. Vielmehr geht es darum, mit entwickelten Kompetenzen die Fähigkeit zu besitzen, sich an die möglicherweise kurzfristig evolvierenden Modi nach dem Zeit-Richtungs-Modell anzupassen. Ein funktionierender Krisenstab mit entwickelten Kompetenzen ist somit fähig, sich einerseits auf langfristige Lagen (z. B. Pandemie, Evakuierung nach Bombenfund) und andererseits auf sich kurzfristig ändernde Lagen (ManV mit anschließender Evakuierung, z. B. nach Terroranschlag mit Second Hit) einzustellen.

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG; Version 02/2020) stellen der Bund und die Länder finanzielle Mittel in Höhe von 4,3 Mrd. Euro zur Verfügung, die in moderne Notfallkapazitäten und Digitalisierung investiert werden sollen. Die Anträge sind fristgebunden und sehen insgesamt elf Fördertatbestände (FTB) vor, von denen zwei einen Bezug zum Krisen- und Katastrophenmanagement aufweisen. Der FTB 1 zielt auf die technische Aufrüstung der Notaufnahme einer Klinik ab, wobei hier keinerlei konkrete bauliche Anforderungen im Sinne eines Barrieremanagements an Kliniken gestellt werden. Im Fördertatbestand 11 geht es um die „Anpassung von Patientenzimmern bei Epidemien“. Als einziges obligatorisches Kriterium muss die Klinik zukünftig die Umwandlung von Mehrbettzimmern in maximal Zweibett- oder Einzelzimmer sicherstellen. Bestückungen mit Unterdruckanlagen, Monitor-, Sauerstoff- und Druckluftanschlüssen sowie einzelnen Nasszellen bzw. Schleusen

vor den Türen sind in diesem FTB als „Kann-Kriterien“ ausgewiesen, die mit Blick auf die Verteilung der genehmigten Fördermittel voraussichtlich von den meisten Krankenhäusern nicht realisiert werden. Eine intelligente und flexible Infrastruktur, die bei Routinebetrieb für alle Behandlungen nutzbar und im Katastrophenfall flexibel wandelbar ist, aber auch digitale Lösungen, die im Zusammenspiel mit vorausschauenden Infrastrukturmaßnahmen die nötigen Grundlagen für eine Krisenbewältigung bilden, wären passende Muss-Kriterien gewesen. Ein ähnliches Programm wie das des KHZG, das in diesem Fall ausschließlich der Verbesserung spezieller Lagen dient und mit einzelnen Fördertatbeständen alle notwendigen Maßnahmen im Sinne eines umfassenden Risikomanagements beinhaltet, wäre begrüßenswert. Kliniken werden die bevorstehenden Aufgaben nicht allein aus den Erlösen der Patientenbehandlung finanzieren können.

Speziell bei mittleren und kleinen Kliniken mit einer Bettenzahl bis ca. 500 Betten kann davon ausgegangen werden, dass diese wenig bis gar keine vorhandenen Infrastrukturen im Sinne eines baulichen Katastrophenschutzes für Krisen- und Katastrophenfälle vorhalten. Der Fall COVID-19 hat deutlich gezeigt, dass Isolierungsmaßnahmen und Einlasskontrollen für Mitarbeitende, externe Dienstleister oder Personen, die mit Ausnahmeregelungen ihre Angehörigen besuchen dürfen, spezielle Anforderungen an die räumliche Strukturen stellen. Diese Situation kann sich, wie im Rahmen der Pandemie erfahren, über Monate bis Jahre hinziehen. Das Routinegeschäft kann unter Einhaltung der Empfehlungen des RKI, anderer Institute oder der Gesundheitsministerien der Länder unter den beschriebenen Isolierungsmaßnahmen nicht ausreichend funktionieren. Aspekte des baulichen Katastrophenschutzes müssen daher neu gedacht und geschärft werden.

Eine weitere Erfahrung aus der Pandemie lehrt, dass es wenig sinnvoll ist, die Aufstellung teurer Intensivkapazitäten zu finanzieren, wenn diesen zusätzlich aufgestellten Betten kein qualifiziertes Personal gegenübersteht. Die betriebliche Aus- und Weiterbildung sollte demnach ein Programm vorsehen, in dessen Rahmen examiniertes Pflegepersonal intern mehr Erfahrungen in der Pflege intensivpflichtiger Patienten sammeln kann. Regelmäßige und über mehrere Wochen andauernde Hospitationen, verknüpft mit intelligenten personellen Rochade-Konzepten, bereiten eine Klinik optimal auf langfristige Pandemielagen wie COVID-19 vor. Eine Erweiterung der Intensivbettenkapazitäten ist unter diesen Rahmenbedingungen sinnvoll.

Risikoanalysen in Kliniken sind gesetzlich nicht vorgeschrieben und die bekannten Einschätzungen reichen nicht mehr aus, um aktuellen Gefahrensituationen zu begegnen. Jede Klinik muss durch eine spezifische Gefahren- und Risikoanalyse zur Ableitung von Konsequenzen für den eigenen Notfallplan durchführen (Adams et al. 2015). Ein Verfahren, das an den strukturellen Vorgaben von KRITIS und dem Allgefahrenansatz orientiert

ist, ist zeitgemäßer. Die in Kapitel 5.2.3 vorgestellte Systematik bietet hierfür einen möglichen Ansatz. Die gesammelten Ergebnisse dieser Risikoanalysen sind dann hilfreich, wenn sie in der Gesamtheit aller Berichte zu einer Resilienzübersicht auf Landes- und Bundebene führen. Die digitalen Möglichkeiten für ein solches Verfahren werden aktuell mit der Umsetzung des KHZG geschaffen und sollten genutzt werden. Bei der Risikoanalyse in einer Klinik sollten nicht nur diejenigen Ereignisse erhoben werden, die direkt auf eine Klinik wirken, sondern auch jene, die als Kaskadeneffekte anderer KRITIS zu erwarten sind. Auch wenn wenige Kaskadeneffekte primär von Krankenhäusern ausgehen, sind Kliniken fast immer als Beteiligte der Lage von Großereignissen (Pfenninger and Adolph 2017).

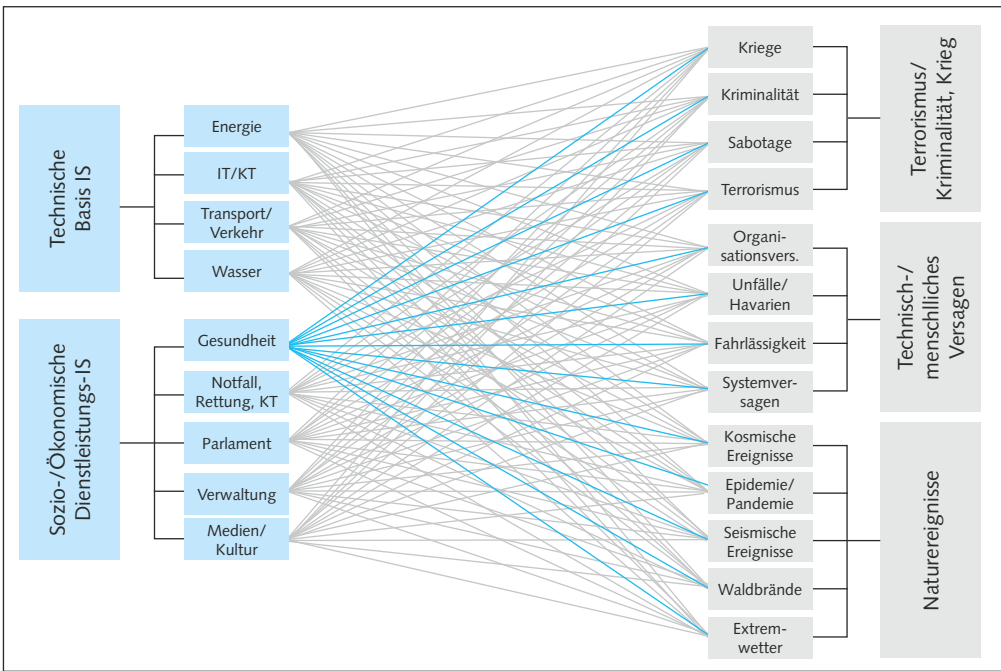


Abb. 22: Risikoanalyse nach Allgefahrenansatz mit Kaskadeneffekten

Von der beschriebenen Grundlage lassen sich zahlreiche Szenarien ableiten, die für bundes- oder landesweite Konzepte wie Präventionsmaßnahmen, Übungen, Schulungen und Qualifikationen die nötigen Informationen bereitstellen. Das Basisformat hierfür könnte ein bundesweit geltender Resilienzbericht von Krankenhäusern im Kontext von KRITIS sein. Dieser sollte aus einer umfassenden Risikoanalyse sowie einer Benennung zutreffender Szenarien resultieren, auf deren Grundlage Auswertungen stattfinden, die wiederum in einen internen Resilienzbericht münden. Durch die identische Struktur der Berichte ließe sich in der Zusammenfassung ein regionaler bzw. nationaler Resilienzbericht generieren.

BESTELLEN SIE JETZT

Ja, ich bestelle

— Expl. **Resilienz im Krankenhaus –
Der Krankenhaus Alarm- und
Einsatzplan**
Softcover, 2023, 116 Seiten
ISBN 978-3-96474-698-6
49,95 Euro

— Expl. **Resilienz im Krankenhaus –
Der Krankenhaus Alarm- und
Einsatzplan**
PDF, 2023
ISBN 978-3-96474-699-3
44,95 Euro



Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform oder – wenn die Sache vor Fristablauf überlassen wird – auch durch Rücksendung der Ware widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser schriftlichen Belehrung, jedoch nicht, bevor Ihnen eine schriftliche Auftragsbestätigung vorliegt.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Sache.

Die Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen des Vertragsverhältnisses gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b. EU-DS-GVO. Detaillierte Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://shop.mgo-fachverlage.de/datenschutz>

Unser Bestellservice



09221 949-389

Name / Vorname



09221 949-377

Straße / Hausnummer



ku-gesundheitsmanagement.de

PLZ / Ort



oder Bestellung einfach rechts
eintragen und abschieken.

E-Mail

Telefonnummer

mgo fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Datum / Unterschrift



Johannes Palm

Johannes Palm wurde 1966 geboren und sammelte seit 1982 klinische Erfahrungen als Fachpfleger für Anästhesie- und Intensivmedizin. In Leitungspositionen in der Anästhesie und als Leiter Medical Evacuation wurde er auch in internationalen Krisengebieten eingesetzt und sammelte umfassende Erfahrungen in der Bewältigung von Großeinsätzen.

Neben der Tätigkeit als Unternehmensberater in der Schweiz, Österreich und Deutschland studierte Johannes Palm Disastermanagement and Risk Governance an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn.

Neue Perspektiven und Weiterentwicklungen des Krankenhaus Alarm- und Einsatzplans

Resilienz beschreibt die Fähigkeit eines Systems, bei Störung oder Ausfall, ohne Hilfe von außen seine ursprüngliche oder angepasste Funktion aufzunehmen. Seit einigen Jahren und in immer kürzeren Abständen spielen sich unterschiedliche Großschadensereignisse in Deutschland ab, die erheblich auf Krankenhäuser wirken.

Ein Krankenhaus Alarm- und Einsatzplan kommt in solchen Fällen dann zum Einsatz, wenn Abweichungen von der Normalsituation nicht mehr mit den allgemeinen betrieblichen Strukturen bewältigt werden können. Dieses Werk beschreibt auf der Grundlage klassischer Elemente eines Krankenhaus Alarm- und Einsatzplans weiterführende Entwicklungen und darüber hinaus neue Perspektiven und bietet verantwortlichen Personen das nötige Werkzeug und Methoden für eine zukünftige Bewältigung von speziellen Lagen an. Dazu gehören u. a.:

- Einbettung des Krisen-/ Katastrophenmanagements in die Organisation Krankenhaus
- Vorsorge durch Risikoanalysen nach dem Allgefahrenansatz
- Ableitung von Szenarien auf Grundlage der Risikoanalysen
- Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Stabs-Rahmenübungen
- Entwicklung von speziellen Kompetenzen für die Krisenbewältigung
- Ein „Zeit-Richtungs-Modell“, das die Vorgehensweise bei Großereignissen mit langen und langsamen Patientenausdehnungen beschreibt
- Strukturierung und Funktion der Arbeitsweise eines Krisenstabes auf Konzernebene, aber auch für kleinere, mittlere und große Kliniken

Ein fünfstufiges Vorgehen am Beispiel des Pandemiemanagements bietet Ihnen zahlreiche Checklisten an, die beliebig auf alle anderen Lagen angepasst werden können.

