

ALARMPLÄNE

Brand im Krankenhaus – sind Sie vorbereitet?

Die Krankenhausalarmplanung wird in Deutschland noch immer stiefmütterlich behandelt. Oft sind Einsatzpläne nur unzureichend aufgestellt und Mitarbeiter nicht ausreichend oder gar nicht geschult. Dabei sollte jedes Krankenhaus durch ein Notfallmanagement auf Schadensereignisse vorbereitet sein – auch, weil sich straf- und zivilrechtliche Fragen daraus ergeben können.

Von Frank Sauer und Katja Scholtes

Krankenhäuser zählen zu den Kritischen Infrastrukturen. Sie sind elementarer Bestandteil des Sektors Gesundheitsvorsorge und damit eine tragende Säule der öffentlichen Daseinsvorsorge. Die Handlungsfähigkeit von Krankenhäusern muss auch in Extremsituationen möglichst lange aufrechterhalten bleiben, da ein längerfristiger Ausfall zu dramatischen Auswirkungen in der Bevölkerung führen würde, betont das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.

Vor dem Hintergrund gesetzlicher Vorgaben und zahlreicher Ereignisse haben die Kliniken in den vergangenen Jahren enorme Anstrengungen unternommen, die Notfallplanungen und Maßnahmen zur Prävention zu intensivieren. Dennoch kam es dem Bundesverband Technischer Brandschutz zufolge 2013 in rund 40 deutschen Krankenhäusern zu Bränden. Dabei starben 28 Patienten, es entstand ein Sachschaden in Millionenhöhe, und es kam zu einem nicht zu vernachlässigenden Imageverlust.

Neben den Bränden gewinnen zudem auch andere Szenarien an Bedeutung. Denkbar sind großflächige oder langandauernde Stromausfälle, Wassermangel mit den einhergehenden Hygieneproblemen, Angriffe auf die IT-Struktur oder auch kriminelle Handlungen (Amoklagen) sowie

Naturereignisse wie Starkniederschläge und Stürme. Die Liste denkbarer Szenarien ist lang. Daher ist es umso wichtiger, dass Maßnahmen der Vorsorge (Risikomanagement) vorab definiert und erprobt werden und in der Krankenhauseinsatzplanung hinterlegt werden. Es gilt die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) nachhaltig zu stärken.

Katastrophenschutz ist Ländersache

Da eine bundeseinheitliche Musterverordnung zu den Anforderungen an Krankenhäuser fehlt, werden diese in den meisten Bundesländern den Sonderbauten zugeordnet. Es bedarf daher eines individuellen Brandschutzkonzeptes. Planungshilfe leistet dabei beispielsweise die VdS2226 (VDS2016).

Die Notwendigkeit, zusätzlich einen Krankenhausalarm- und Einsatzplan zu erstellen, ergibt sich aus gesetzlichen Vorgaben. Zum einen regelt das Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG) von 1997, zuletzt geändert 07/2009 - Paragraph 21 (4), die Befugnis der Behörden: „Die zuständigen Behörden können anordnen, dass ...die Träger von Krankenhäusern Einsatz- und Alarmpläne für die gesundheitliche Versorgung aufstellen und fortschreiben“. Zum anderen

fordert das Gesetz zur Kontrolle und Transparenz in Unternehmen (KonTraG) vom 1.05.1998, Paragraph 91,a), Absatz 2, ein geeignetes Risikomanagement in Unternehmen: „Der Vorstand hat geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit den Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden“.

Neben diesen auf Bundesebene erlassenen Gesetzen regeln die Bundesländer in ihren Krankenhaus-, Brand-, Katastrophenschutz- und Rettungsdienstgesetzen die Notwendigkeit der Krankenhausalarm- und Einsatzplanung auf individuelle Weise. Denn Katastrophenschutz ist Ländersache.

Ein Krankenhausalarmplan und -einsatzplan beinhaltet umfassend alle Planungsmaßnahmen möglicher Schadenslagen in einem Krankenhaus. Der Räumung und Evakuierung sollte ein fundiertes gesondertes Kapitel mit Handlungsanweisungen für das Krankenhauspersonal gewidmet werden.

Vorbereitung für die Evakuierung

Die (Notfall-)Evakuierung eines (Teil-)Bereichs eines Krankenhauses oder sogar ganzer Gebäudekomplexe richtet

28
tote Patienten

**2013 FORDERTEN
FEUER IN
40 DEUTSCHEN
KLINIKEN 28 OPFER**

Quelle: Bundesverb. Techn. Brandschutz



Auf den Ernstfall vorbereitet: Mit einem Evakuierungstuch, das sich unter dem Laken jedes Patientenbettes befindet, können ein bis zwei Helfer die Kranken aus dem Gefahrenbereich ziehen

sich nach dem Schadensausmaß. Im Brandfall geht man heute infolge umfangreicher Brandschutzmaßnahmen davon aus, dass lediglich unmittelbar betroffene Brandabschnitte evakuiert oder geräumt werden müssen. Entscheidet sich die Einsatzleitung im individuellen Fall jedoch zu einer (Notfall-)Evakuierung, müssen die geplanten Maßnahmen greifen.



Fotos: Karja Scholtes

Ein wesentliches Kriterium, das über Erfolg oder Misserfolg einer Evakuierung entscheidet, ist neben dem vorhandenen und vor allem bekannten Evakuierungsplan die zur Verfügung stehende Personalstärke. Je nach Ausmaß des Szenarios und der Verfügbarkeit des Personals legt die Krankenhauseinsatzleitung die entsprechende Alarmstufe fest. Die Stufen wurden im Rahmen des Risikomanagements zuvor definiert und gestalten sich in den Krankenhäusern individuell.

Weil für eine Evakuierung eventuell dienstfreie Mitarbeiter hinzugezogen werden müssen, ist ein hauseigenes Alarmierungssystem des freien Personals zwingend notwendig. Für den

Fall sind im Vorfeld die technischen Voraussetzungen für eine möglichst lückenlose Alarmierung einzurichten (Gruppenalarmierungen mit aktuellen Messenger-Einrichtungen, zum Beispiel Whatsapp, Threema, Facebook-Messenger). Bei der Planung muss jedoch ebenfalls von einer möglichen Eigenbetroffenheit des Personals ausgegangen werden, beispielsweise bei einem großflächigen Stromausfall oder bei Extremwetter. Fällt die hauseigene Telefon- und EDV-Struktur aus, sollten Back-up-Lösungen zur Verfügung stehen. Denkbar sind beispielsweise Alarmierungswege, die durch die Kommune und/oder die Behörden der Gefahrenabwehr zur Verfügung gestellt werden können.

Lückenloser Zugang zur Patientenakte

Ein weiterer Aspekt sind die Hilfsmittel der Patientenevakuierung. Die Frage, wie ein bettlägeriger Patient aus seinem Bett evakuiert werden kann und wie viel Personal dazu notwendig ist, muss im Vorfeld beantwortet werden und hängt unter anderem von den zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln ab. Ferner gilt es sicherzustellen, dass die Patientenakte am Patienten verbleibt. Die weitere Versorgung und Behandlung sind nur möglich, wenn die Patientenhistorie bekannt ist.

Die Fragen lauten daher, in welcher Form liegen die Patientenakten vor (Papier, elektronisch), und wie wird

der lückenlose Zugang sichergestellt? Papier gehört auch hier der Vergangenheit an. Kein Pflegepersonal hat bei einer Notfall-Evakuierung Zeit, dem Patienten alle Patientenakten ohne die Gefahr des Verlustes mitzugeben. Eine EDV-(Chip)-Lösung mittels Armband am Handgelenk erscheint hingegen zeitgemäß und erstrebenswert.

Für die eigentliche Evakuierung sind verschiedene Varianten möglich. Bei der Bettrettung werden Patienten im Bett in einen sicheren Bereich auf gleicher Gebäudeebene gebracht (Abschnitt durch Brandschutztüren gesichert). Hierbei ist dringend der erforderliche Stauraum zu beachten. Oft steht dieser gar nicht zur Verfügung. Für die Tuchrettung werden Patienten möglichst unmittelbar auf ein Tragetuch gebettet und zum Abtransport vorbereitet. Pro Patient werden dabei allerdings sechs Helfer benötigt.

Unter jedes Bett gehört ein Evakuierungstuch

Das Rettungsmittel für die Einlagerrückführung (Evakuierungstuch) befindet sich bereits unter dem Laken des Patienten. Das Bett wird abgesenkt, und ein bis zwei Helfer ziehen den Patienten aus dem Gefahrenbereich. Rollstühle funktionieren nur zuverlässig auf gleicher Gebäudeebene. Treppenabschnitte sind mit ihnen nur mit besonderem Aufwand passierbar. Von der noch immer häufig vorgesehenen Methode, mit Bettlaken zu evakuieren, ist dringend abzuraten. Zum einen sind Bettlaken nicht als Tragemittel geeignet, zum anderen ist der Personalbedarf schlichtweg zu hoch.

Grundsätzlich gehört unter jedes Bett ein Evakuierungstuch. Allerdings gibt es Ausnahmen: Auf den geschlossenen Stationen der Psychiatrie etwa sollten sie wegen der Strangulationsgefahr nicht angeschafft werden. Auch im Kreißaal sollten wegen der zu großen Kreißbetten andere Möglichkeiten wie Spineboards geschaffen werden.

Bestenfalls werden einzelne Abschnitte nicht evakuiert, sondern nur geräumt. Daher sind folgende Unterscheidungen wichtig: Bei einer Evakuierung werden Patienten geplant aus einem Gebäude verbracht, welches nicht mehr betriebsfähig ist. Eine unmittelbare Gefahr besteht nicht. Die Evakuierung von Patienten im Rahmen akuter Gefahren (zum Beispiel bei einem Brand)

jedoch mit unterschiedlichem Klientel zu tun haben und Patienten nicht selten immobilisiert, bettlägerig oder rollstuhlpflichtig sind, müssen zur Evakuierung individuelle Evakuierungspläne erstellt werden. Die Fluchtwege müssen auch im Evakuierungsfall sicher sein, das heißt sie müssen eine ausreichende Breite und zudem eine Notbeleuchtung aufweisen.

„ Von der noch immer häufig vorgesehenen Methode, mit Bettlaken zu evakuieren, ist dringend abzuraten. Laken eignen sich nicht als Tragemittel, und der Personalbedarf ist zu hoch

wird als Notfallevakuierung bezeichnet. Sie ist zeitlich dringend. Das gilt auch für die Räumung, bei der Patienten innerhalb eines Gebäudes aus dem Gefahrenbereich in einen (relativ) sicheren Bereich verbracht werden.

Fluchtpläne sind übrigens nicht gleich Evakuierungspläne. Allgemein gültige Fluchtpläne gelten etwa in öffentlichen Gebäuden, Hotels, Flughäfen und Krankenhäusern. Meist umfassen sie nach unten führende Treppenhäuser, durch die mobile Personen schnell ins Freie gelangen. Da Krankenhäuser

Die verschiedenen Pläne sind an markierten Stellen etwa im Dienstzimmer der Stationen sichtbar anzubringen und gehören zum Krankenhausalarm- und Einsatzplan sowie zu den Mitarbeiterschulungen. Das Personal sollte seine Kenntnisse über die Flucht- und Evakuierungswege sowie die Sammelstellen stets auffrischen. Wichtig ist dabei die Anpassung an veränderte bauliche Gegebenheiten wie sie etwa durch Absperrungen oder Umbauten entstehen. Denn Evakuierungs- und Fluchtpläne müssen immer dem aktuellen Baustand entsprechen. ■



Foto: Sauer

Frank Sauer (52) ist Diplomingenieur und Master of Disaster Management. Er arbeitet im Rettungsdienst sowie in der Prozessoptimierung und leitet das Institut IRD in Darmstadt.



Foto: Kliniken der Stadt Köln

Katja Scholtes (60) ist Fachärztin für Anästhesie und Notfallmedizin, MHBA und Master of Disaster Management. Sie ist leitende Abteilungsärztin der ZNA der Kliniken der Stadt Köln in Merheim.