



# Mehr Sicherheit für Krankenhäuser

**Vorsorgemaßnahmen zum Schutz gegen  
Diebstahl, Vandalismus und sonstige Risiken  
in Krankenhäusern**



Bild: © Health Head / Unlisted Images, Inc.

© BHE 08/2010

Feldstraße 28 - 66904 Brücken - Telefon: 06386 9214-0 - Telefax: 06386 9214-99  
E-Mail: [info@bhe.de](mailto:info@bhe.de) Internet: [www.bhe.de](http://www.bhe.de)

# Inhalt

## Vorwort

- I. Problemstellung/Allgemeiner Überblick**
- II. Ursachen für Kriminalität/Sicherungsrisiken in Krankenhäusern**
- III. Kriminalitätsdelikte in Krankenhäusern**
- IV. Ziele für die Erstellung eines Sicherungskonzepts**
- V. Lösungsmöglichkeiten**
  1. Überblick
  2. Verhaltensorientierte Ansätze
  3. Technische Ansätze
    - 3.1 Brandmeldeanlagen
    - 3.2 Sprachalarmanlagen
    - 3.3 Notruf- und Hilferufsysteme, Schutz orientierungsloser Patienten
    - 3.4 Rauch- und Feuerschutztüren, Feststellanlagen
    - 3.5 Fluchtwegesicherungssysteme
    - 3.6 Rauch- und Wärmeabzugsanlagen
    - 3.7 Videoüberwachung
    - 3.8 Zutrittsregelungsanlagen
    - 3.9 Mechanische Sicherungstechnik
    - 3.10 Einbruch- und Überfallmeldeanlagen
    - 3.11 Freigeländeüberwachungsanlagen
    - 3.12 Notbeleuchtung
    - 3.13 Rohrpostanlagen
- VI. Konkrete Umsetzung in Krankenhäusern**
- VII. Anforderungen an ein technisches Sicherungskonzept**

## Vorwort

Das vorliegende Sicherungskonzept für Krankenhäuser wurde vom BHE in Abstimmung mit Sicherheitsverantwortlichen von Krankenhäusern und Krankenhausträgern sowie Mitarbeitern von Kripo-Beratungsstellen entwickelt. Das Konzept soll Verantwortlichen in Krankenhäusern eine Hilfestellung bei der Präventionsarbeit zum Schutz der Patienten, Bediensteten und der Krankenhaus-Objekte selbst geben.

Die Hinweise können nur ein Leitfaden sein, sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sowohl auf der Seite der Krankenhäuser als auch bei den Anbietern sicherungstechnischer Produkte und Leistungen ist man im Zeitablauf immer neuen Veränderungen und Anforderungen unterworfen.

Daher ist das vorliegende Konzept als dynamisches Projekt zu sehen, das im Zeitablauf durch Erfahrungswerte im täglichen Umgang verbessert bzw. weiter entwickelt werden muss. Alle Anwender werden daher gebeten, sich kritisch mit den Hinweisen auseinander zu setzen und Verbesserungsvorschläge, Erfahrungen u. Ä. an den BHE weiterzuleiten.

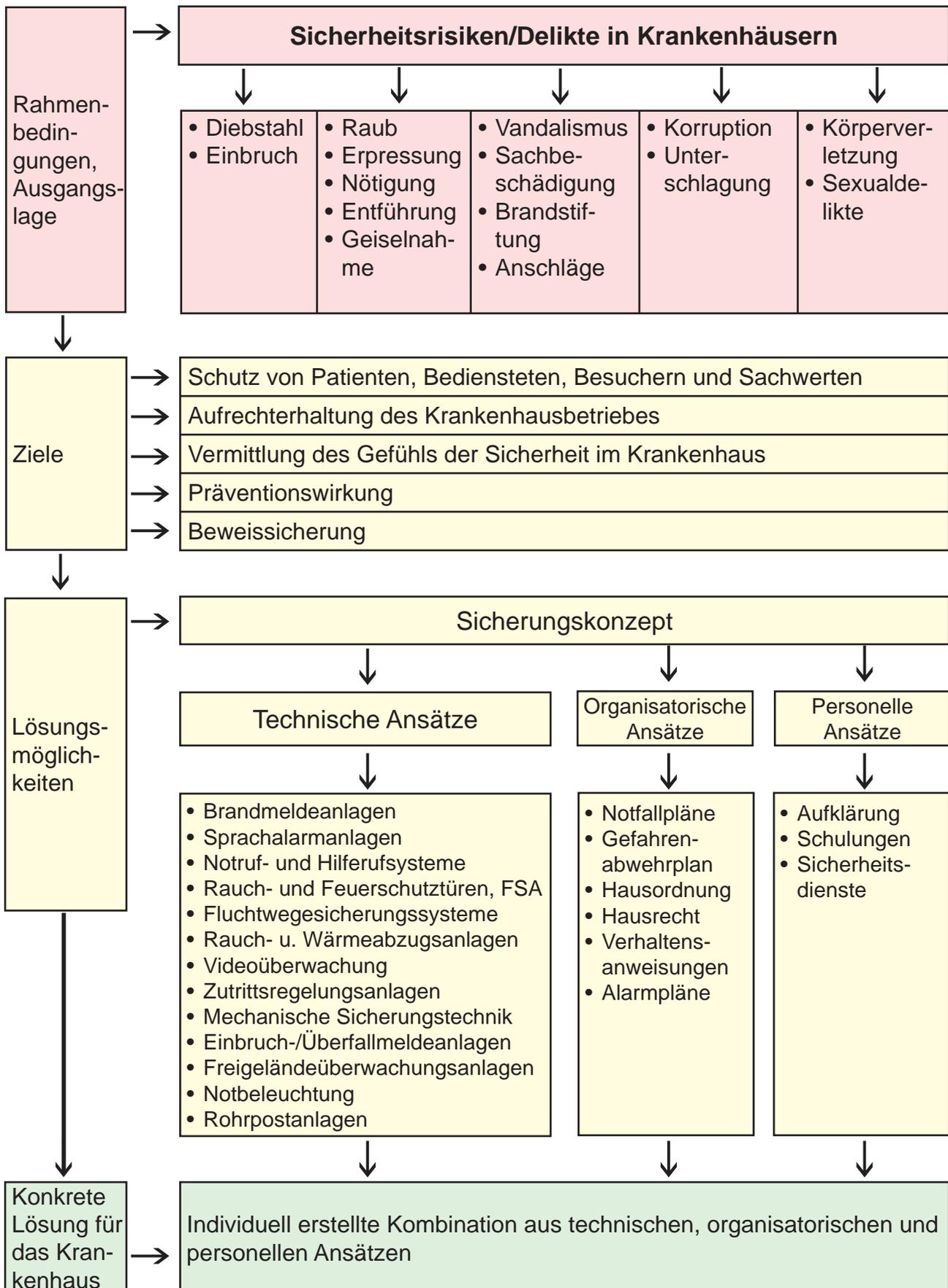


**Dr. Urban Brauer,**  
BHE-Geschäftsführer



**Norbert Schaaf,**  
BHE-Vorstandsvorsitzender

# Sicherungskonzept für Krankenhäuser



# I. Problemstellung/Allgemeiner Überblick

Die Sicherheit in Krankenhäusern ist ein äußerst sensibles Thema. Neben der professionellen Beschäftigung mit den Risiken und Gefahren in gut geführten Häusern sind in der Praxis die unterschiedlichsten „Umgangsformen“ mit der Sicherheit in Krankenhäusern anzutreffen:

- Ignorieren der Risiken
- Verschleierung von Vorfällen
- Verharmlosen von kriminellen Ereignissen
- Outsourcing des Themas auf externe Dienstleister
- Vertrauen auf den Schutz der Polizei
- Verdrängen von Risiken (es ist noch nie etwas passiert)
- Delegation der Aufgaben an Hausmeister und/oder andere technische Mitarbeiter



Amtliche Statistiken zu Kriminalitätsdelikten in Krankenhäusern sind keine erhältlich. Auch auf Nachfrage des BHE im Jahr 2009 beim BKA bzw. verschiedenen Landeskriminalämtern wurde mitgeteilt, dass hierzu keine Statistiken verfügbar wären. Ein Hersteller von mechatronischen Sicherungskomponenten verwies im Jahr 2007 auf etwa 10.000 Straftaten wie Diebstähle, Sachbeschädigungen und Betrügereien, die pro Jahr in deutschen Kliniken bekannt würden.

Diese Zahl wird vom BHE sehr stark angezweifelt, würde dies doch bedeuten, dass bei den rund 2.000 Krankenhäusern in Deutschland in jeder Klinik pro Jahr nur 5 Straftaten verübt werden.

Vorgenannte „Umgangsformen“ sind nachvollziehbar, weil vordergründig sehr einfach bzw. mit wenig Aufwand und Kosten zu realisieren. Schwierig wird die Situation für die Verantwortlichen in Krankenhäusern dann, wenn plötzlich Straftaten öffentlich werden und sich herausstellen sollte, dass die Leitung das Thema Sicherheit vernachlässigt bzw. überhaupt nicht beachtet hat. Ein massiver Vertrauensschaden mit möglichen finanziellen Folgen kann daraus resultieren.

Zweckmäßige Risikovorsorge setzt voraus, dass sich die Geschäftsführung mit den Gefahren und den Wahrscheinlichkeiten für das Eintreten einzelner Risiken beschäftigt und darauf aufbauend ein individuelles Sicherungskonzept für die Einrichtung

***Sicherheit in Krankenhäusern ist Chefsache***

realisiert.

Ein in der Praxis sinnvolles und tragfähiges Konzept muss zunächst in einer Risikoanalyse die Rahmenbedingungen und Ursachen für Kriminalitätsdelikte und Gefahren sowie die konkrete Ausgangssituation in der Klinik untersuchen. Weder rein technisch orientierte Lösungsansätze noch die ausschließliche organisatorische oder personelle Betrachtung werden ein praktikables und tragfähiges Konzept im Klinikalltag bieten können.

Ganz wichtig dürfte auch die Einbeziehung aller beteiligten Personenkreise sein: Nur wenn Patienten, Ärzte, Pflegepersonal, Besucher und externe Dienstleister in die Sicherheitskonzeption eingebunden sind und diese akzeptieren, kann diese im Klinikalltag auch gelebt werden.



Zweckmäßig erscheint grundsätzlich eine enge Abstimmung und Zusammenarbeit mit Polizei, Feuerwehr und Katastrophenschutz.

***Alle beteiligten Personenkreise in die Erstellung  
des Sicherheitskonzeptes einbeziehen***

## II. Ursachen für Kriminalität/Sicherungsrisiken in Krankenhäusern

Im Rahmen eines Sicherungskonzepts für Krankenhäuser sollten zunächst die möglichen Ursachen für Kriminalität und Sicherheitsrisiken in Kliniken analysiert werden.

Teilweise können bestimmte Risiken bereits durch die Beseitigung von entsprechenden Ursachen reduziert werden. Die Aufarbeitung dieses Themas obliegt insbesondere der Geschäftsleitung in Abstimmung mit den Sicherheitsverantwortlichen.

Grundsätzlich kann zwischen allgemeinen und klinikspezifischen Ursachen für Kriminalität/Sicherungsrisiken unterschieden werden:

### 1. *allgemeine Ursachen*

- Verfall von Normen und Werten in der Gesellschaft
- zunehmende Anonymität in der Gesellschaft
- zu starkes Vertrauen in den Staat bzw. andere Institutionen als „ordnende Hand“

### 2. *klinikspezifische Ursachen*

- Größe bzw. Lage eines Klinikums
- unübersichtliche Räumlichkeiten
- Fehlen eines Sicherungskonzepts
- schwache Klinikleitung
- Gleichgültigkeit von Ärzten und Bediensteten
- mangelndes Problembewusstsein bei Patienten und Besuchern
- fehlende bzw. mangelhafte Verantwortungs- und Kompetenzzuweisungen
- Zunahme von Tatanreizen durch ständig höhere Werte bei Patienten (Handy, Laptop, Geldbeträge usw.)
- hohe Wertansammlung in der Klinik (medizinische Geräte u.Ä.)

***Ursachen für Kriminalität und Sicherheitsrisiken ermitteln***

### III. Kriminalitätsdelikte in Krankenhäusern

Wie bereits erwähnt, gibt es keine amtlichen bzw. andere öffentlich zugänglichen Statistiken zu Kriminalitätsdelikten in Krankenhäusern. Nach eigenen Presserecherchen und Gesprächen mit Sicherheitsverantwortlichen in Krankenhäusern lassen sich folgende Delikte herausstellen:

- Diebstahl in Krankenzimmern
- Diebstahl von Medikamenten und medizinischen Geräten
- Diebstahl von Daten
- Einbruchdiebstahl
- Raub
- Vandalismus, Sachbeschädigung, Sabotage
- Anschläge/Brandstiftung
- Sexualdelikte
- Körperverletzung
- Betrug/Unterschlagung
- Korruption/Erpressung
- Entführung
- Geiselnahme



Die Wahrscheinlichkeit bzw. Häufigkeit, dass solche Kriminalitätsdelikte in einem Krankenhaus auftreten, ist abhängig von der Größe, der Lage, der Region sowie von weiteren Umfeldbedingungen.

Wichtig für die Erstellung eines Sicherungskonzepts ist auch die konkrete Betrachtung von Täterprofilen, d. h. ist eher von so genannten Innentätern (Personal, Fremddienstleistern, Patienten) oder von externen Dritten (Besuchern, Lieferanten, Fremden) auszugehen. Eine andere Differenzierung unterscheidet Gelegenheitstäter (handeln aus einer Situation heraus eher „planlos“) von den sogenannten Plantätern, die gezielt und planmäßig evtl. unter Ausnutzung bestimmter Kontakte tätig werden.

Auch die Frage, wer bzw. was das Ziel krimineller Handlungen sein kann, ist zu analysieren:

- Personen (Patienten, Bedienstete, Besucher)
- Sachwerte (Medikamente, Gerätschaften, Gebäude, Einrichtungen)
- Know-how, Forschungsergebnisse, Patientendaten
- Versorgungseinrichtungen

***Konkrete Risiken vor Ort analysieren***

## IV. Ziele für die Erstellung eines Sicherungskonzepts

Bei der Erstellung eines Sicherungskonzepts für Krankenhäuser muss genau dokumentiert werden, welche Ziele mit welcher Dringlichkeit und Intensität verfolgt werden sollen oder müssen.

Sofern Zielkonflikte auftreten, ist eine eindeutige Rangfolge der Ziele festzulegen. Verfolgen Klinikleitung, Ärzte, Pflegepersonal und Patienten unterschiedliche oder gar gegensätzliche Interessen, ist vorab ein Abgleich unausweichlich.

Als mögliche Ziele können z. B. genannt werden:

- Patientensicherheit
- Vermittlung des Gefühls der „Geborgenheit“ im Krankenhaus
- Präventionswirkung
- besucherfreundliches Krankenhaus
- Schutz der medizinischen Geräte und Medikamente
- Datenschutz und Persönlichkeitsrechte
- Zutrittssicherung an allen Eingängen

Insbesondere die zunehmende Technisierung der Krankenhäuser hat dazu geführt, dass in den letzten Jahren sehr hohe Werte in den Krankenhäusern angeschafft worden sind. Daneben wecken natürlich die EDV-Arbeitsplatz-Geräte Begehrlichkeiten bei Straftätern. Somit kommt neben dem Personenschutz in Krankenhäusern zunehmend der Schutz aller Wertgegenstände sowie allgemein der Aufrechterhaltung des Klinikbetriebes erhöhte Bedeutung zu.

***Ziele des Sicherungskonzepts festlegen***

# V. Lösungsmöglichkeiten

## 1. Überblick

Nachfolgend werden Lösungsansätze für ein Sicherungskonzept für Krankenhäuser vorgestellt. Bei einem solchen Sicherungskonzept müssen sowohl organisatorische und personelle als auch technische Ansätze in die Überlegungen einbezogen werden.

Der BHE als Verband für sicherungstechnische Fragen wird selbstverständlich in den nachfolgenden Ausführungen nur die technisch orientierten Lösungsansätze im Detail behandelt.

Der Vollständigkeit halber werden dennoch mögliche organisatorische und personelle Ansätze kurz aufgeführt.

## 2. Organisatorische/Personelle Ansätze

Im Zusammenhang mit Kriminalitätsdelikten in Krankenhäusern lassen sich verschiedene Ansätze herausstellen:

- regelmäßige Aufklärung der Krankenhaus-Mitarbeiter und Patienten
- Präventionsarbeit
- Sicherheitsverantwortliche benennen und regelmäßig informieren bzw. schulen
- Umgang mit Taten/Tätern
- Ansprechpartner für Patienten und Mitarbeiter benennen
- Prävention in Hausordnung verankern
- Erfahrungsaustausch mit anderen Kliniken
- Alarm- und Notfallplanung

## 3. Technische Ansätze

### 3.1 Brandmeldeanlagen

Der Brandschutz hat gerade in Krankenhäusern eine sehr hohe Bedeutung, denn Brände fordern immer wieder bei auf fremde Hilfe angewiesenen Personen Todesopfer und Schwerverletzte.

Pflegeeinrichtungen müssen deshalb über besonders effektive Brandschutzkonzepte verfügen, die sicherstellen, dass alle im Gebäude befindlichen Personen die

***Brandmeldeanlagen schützen Personen und Sachwerte  
durch frühzeitige Alarmierung***

Gefahrenzone rechtzeitig verlassen können. Gleichzeitig dürfen hilfsbedürftige/bewegungseingeschränkte Patienten durch Alarme nicht unnötig in Panik versetzt werden und Schaden nehmen.

Daher sollten neben dem baulichen Brandschutz sowohl aus allgemeinen Brandschutzgründen, insbesondere aber auch zum Schutz gegen Brandstiftung u. ä. sogenannte Brandmeldeanlagen zum Einsatz kommen.

Sie bieten im Brandfall durch frühzeitige Alarmierung, in aller Regel bereits bei der Entstehung, die Möglichkeit, Personen und Sachwerte zu schützen. Dadurch können Schäden durch Anschläge, Unachtsamkeit, technische Defekte u. Ä. verhindert bzw. zumindest reduziert werden.



Bild: Jens-Weber-weberje/pixelio.de

Eine Brandmeldeanlage besteht mindestens aus einer Brandmeldezentrale, Brandmeldern (automatisch und mit manueller Auslösung) sowie einer Alarmierungseinrichtung. Die Brandmelder sind die Wächter vor Ort und für die Entdeckung und Meldung eines Brandes im frühesten Entstehungsstadium zuständig.

Nach dem Meldeprinzip unterscheidet man grob zwischen Rauch-, Wärme- und Flammenmeldern. Je nach Umgebungsbedingungen bzw. Erfordernissen vor Ort ist das System festzulegen. Wichtig ist vor allem die Auswahl der geeigneten Melder, die in den Umgebungsbedingungen einen Brand am zuverlässigsten melden.

Neben den DIN/VDE-Normen für Brandmeldeanlagen sind insbesondere die Vorschriften der Landesbauordnungen bzw. der Sonderbauverordnungen sowie die Anforderungen der örtlich zuständigen Feuerwehr zu beachten.

Brandschutzmaßnahmen verhelfen im Ernstfall oft zu den entscheidenden Sekunden, die zur Rettung von Menschen benötigt werden. Wird ein Brand noch in der Entstehungsphase detektiert, verringert sich neben der Gefahr für Leib und Leben auch die Höhe des zu erwartenden Sachschadens.

### **3.2 Sprachalarmanlagen**

In Not- und Krisensituationen zählt für die Klinikleitung bzw. die Rettungskräfte jede Sekunde. Je früher betroffene Räume bzw. Abteilungen Hilfe anfordern können, desto eher können auch unmittelbar benachbarte bzw. tangierte Klinikbereiche gewarnt werden.

***Sprachalarmierungsanlagen geben klare Verhaltensanweisungen und verkürzen Reaktionszeiten***

Elektroakustische Anlagen, im täglichen Sprachgebrauch häufig einfach Lautsprecheranlagen genannt, führen in Krankenhäusern häufig ein Schattendasein: Sie wurden irgendwann einmal, z. B. beim Neubau der Klinik eingebaut, aufgrund leerer Kassen und/oder fehlender Einsicht in die Wichtigkeit einer solchen Anlage lässt die Funktionsfähigkeit gerade in Notfällen sehr zu wünschen übrig.

Gerade für Warnhinweise bei Notfällen muss jedes Zimmer und jeder Funktionsraum für eine Sprachalarmierung erreichbar sein. Die Anlagen müssen über eine hohe Sprachverständlichkeit verfügen und sollten für vorproduzierte Ansagetexte aktivierbar sein.

Im Gegensatz zu akustischen Signalgebern, die mit Alarmsignalen nur auf etwas aufmerksam machen können, sind Sprachalarmanlagen in der Lage, mit klaren Informationen und Verhaltensanweisungen Reaktionszeiten zu verkürzen und erwünschtes Handeln, z.B. eine erforderliche Evakuierung, konkret zu artikulieren.

Regelmäßige Übungen zur Funktionskontrolle von Sprachalarmanlagen sollten so selbstverständlich wie Brandschutzübungen sein.

### **3.3 Notruf- und Hilferufsysteme, Schutz orientierungsloser Patienten**

In Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind Rufanlagen für Patienten bindend vorgeschrieben und nach DIN VDE 0834 spezifiziert.

Diese ursprünglich als reine Patientennotrufanlage ausgelegten Systeme haben sich mit fortschreitender Technik zu integrierten Kommunikationssystemen entwickelt, die den Pflegekräften alle wichtigen Informationen nach Prioritäten geordnet zur Verfügung stellen. Durch verschiedene Schnittstellen lassen sich unterschiedlichste



Bild: Gabi-Schoenemann-gabisch/pixelio.de



Alarme und Meldungen aufschalten und mit Prioritäten und Zuständigkeiten verknüpfen. Vom Aufzugsalarm über die unberechtigte Öffnung einer Fluchttür bis zum Voralarm der Brandmeldeanlage ist so das zuständige Personal vor Ort immer bestens informiert und gleichzeitig wird einer Reizüberflutung durch eine Vielzahl unterschiedlicher nicht priorisierter Signale vorgebeugt.

***Personal mittels Kommunikationssystem  
über wichtige Alarme und Meldungen informieren***

Bei Verwendung von sprachunterstützten Systemen lassen sich zusätzlich auch Türkommunikationseinrichtungen mit aufschalten oder auch Synergien mit einer intelligenten Kombination von Brandmeldeanlage, Sprachalarmierungssystem und der Rufanlage erzeugen. Dabei ermöglicht die Brandmeldeanlage mit Informationen über einen möglichen Brandort dem Sprachalarmierungssystem, vorgefertigte Durchsagen zu hinterlegten Evakuierungsszenarien über die Rufanlage nur an das Pflegepersonal zu senden und so frühzeitig und gezielt mit unterschiedlichen Anweisungen für den jeweiligen Bereich zu instruieren, ohne Patienten zu beunruhigen.

Bedingt durch die demographische Entwicklung und in Verbindung mit der Personalsituation sind auch in Krankenhäusern und Kliniken Desorientiertenfürsorge-Systeme sinnvoll um demente Patienten zu schützen.



Besonders in größeren Häusern reicht dabei ein an Gebäudeausgängen angebrachtes Sicherungssystem nicht aus, um das unkontrollierte Entfernen von orientierungslosen Patienten zu verhindern. Die Praxis zeigt, dass auch innerhalb der Häuser eine Gefährdung dieser Patienten nicht auszuschließen ist, so dass Sicherungssysteme schon auf Stations- oder Zimmerebene notwendig sind. Durch den Einsatz spezieller Transpondertechnologien kann auf sehr einfache Weise eine möglichst offene Gestaltung des Klinikbereiches realisiert werden. Gleichzeitig hat die Klinikleitung die Gewissheit, dass keine Patienten „verloren“ gehen oder durch nicht wahrgenommene Gefahrenhinweise zu Schaden kommen.

Komfortable Systeme können auf sogenannte Sommer-Winter-Unterscheidung oder auf eine Bewegungsrichtung sowie auf individuelle Gefährdungspotentiale hin konzipiert werden.

Je nach Ausgestaltung der Systeme ist vorab eine juristische Klärung im Einzelfall erforderlich.

Insbesondere in psychiatrischen, forensischen o.ä. Kliniken bieten sich spezielle Notruf- und Hilferufsysteme an.

Durch eine Kombination aus Zugangskontroll- und Schließsystem, Ortungssystem und mobilem Kommunikations- und Notrufsystem lassen sich Gefährdungen von Patienten und Personal minimieren.

***Orientierungslose/demente Patienten müssen besonders geschützt werden***

### **3.4 Rauch- und Feuerschutztüren, Feststellanlagen (FSA)**



Eine ganz wichtige Funktion nehmen Rauch- und Feuerschutztüren in Krankenhäusern ein. Sie verhindern im Falle eines Brandes die Ausbreitung von Rauch bzw. Feuer auf andere Abteilungen.

Feststellanlagen sind Einrichtungen zum Offenhalten und automatischen Schließen dieser Rauch- und Feuerschutztüren. Hierdurch soll insbesondere in stark frequentierten Durchgängen vermieden werden, dass diese Funktionstüren aus Bequemlichkeit in unzulässiger Weise, z. B. mit einem Holzkeil, offen gehalten und damit wirkungslos gemacht werden.

Feststellanlagen sorgen dafür, dass Fluchtwege möglichst lange begehbar bleiben und die Abschlüsse bei einem Brand oder bei Rauchentwicklung sicher geschlossen werden.

Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung müssen Feststellanlagen mindestens einmal monatlich durch Fachkräfte auf ihre einwandfreie Funktion überprüft werden.

### **3.5 Fluchtwegesicherungssysteme**

Flucht- und Rettungswege sowie Notausgänge sind Einrichtungen, die es in Gefahr geratenen Menschen ermöglichen, ihren Aufenthaltsort auf schnellstem Weg zu verlassen und ins Freie oder einen gesicherten Bereich zu gelangen. Rettungskräften bieten sie außerdem die Möglichkeit, wirksame Rettungsmaßnahmen einzuleiten.

Gerade in Krankenhäusern mit den in aller Regel in ihrer Mobilität eingeschränkten Patienten sollte die Bedeutung von Flucht- und Rettungswegen unstrittig sein.



Wichtig ist dabei jedoch, dem Missbrauch von Flucht- und Rettungswegen vorzubeugen. Die Manipulation bzw. das unbemerkte Öffnen von Fluchttüren, z. B. um unberechtigte Personen Einlass zu gewähren bzw. kriminelle Handlungen vorzubereiten

***Im Notfall helfen Flucht- und Rettungswege***

oder durchzuführen, kann durch spezielle Fluchtwegesicherungssysteme verhindert werden. Diese sichern einerseits gegen unkontrollierten Ein- bzw. Austritt von Personen, sorgen andererseits aber dafür, dass Rettungswegetüren im Gefahrfall freigeschaltet und geöffnet werden.

### **3.6 Rauch- und Wärmeabzugsanlagen**

Der Großteil der über 600 Brandtoten pro Jahr fällt nicht direkt den Flammen, sondern den giftigen Rauchgasen zum Opfer. Der durch ein Feuer entstehende Rauch breitet sich rasend schnell aus, sodass Personen häufig die Orientierung verlieren und nicht rechtzeitig den rettenden Notausgang erreichen. Der giftige Rauch nimmt den Opfern die Sicht, führt häufig zu Panik und verzögert zusätzlich den Einsatz der Rettungskräfte.



Reduziert werden kann diese Bedrohung dadurch, dass man den Brandrauch systematisch über Fenster, Rauchklappen o. Ä. ins Freie ableitet. Hierfür bieten sich spezielle Rauch- und Wärmeabzugsanlagen an. Dabei werden der Rauch und damit die giftigen Gase aus dem brennenden Objekt herausgeführt. Gleichzeitig wird für eine gezielte Frischluftzufuhr gesorgt.

Ganz wichtig sind Rauch- und Wärmeabzugsanlagen um Flucht- und Rettungswege rauchfrei zu halten.

### **3.7 Videoüberwachung**

Mit der Videoüberwachung kann in Krankenhäusern das konkrete Geschehen vor Ort, auch mehrere Objekte gleichzeitig dauerhaft beobachtet werden. Gerade für sensible und/oder unübersichtliche Bereiche bietet sich diese Technologie an. Hierdurch lassen sich Delikte wie Vandalismus, Diebstahl usw. wirksam bekämpfen.

Durch diese Dauerüberwachung werden Unregelmäßigkeiten sofort erkannt. Bestimmte Ereignisse können zur Beweissicherung aufgezeichnet werden. Damit kann eine Videoüberwachungsanlage zur eindeutigen Identifizierung



***Brandtote sind Rauchtote, deshalb:  
Brandrauch ins Freie ableiten***

von Tätern eingesetzt werden.

Werden sogenannte Videosensoren (Bewegungsmelder) integriert, kann die Anlage selbstständig Alarme auslösen und dem Sicherheitspersonal die Arbeit an den Überwachungsmonitoren durch eine ereignisgesteuerte Anzeige wichtiger Bildszenen erleichtern.



Mit einer Videoanalyse könnte eine Nummernschilderkennung in Parkhäusern oder an Zufahrten von Ambulanzen durchgeführt werden. Auch entwendete Objekte aus OP- und Geräteräumen könnten damit erkannt werden.

Gerade die Videoüberwachung in Krankenhäusern wird häufig als Reizthema wahrgenommen. Begründet oder unbegründet bestehen teilweise Ängste darüber, was hier im Detail passiert. Daher kommt der Aufklärung und Information aller von der Videoüberwachung betroffenen Personen eine entscheidende Bedeutung zu.

Da mit der Videoüberwachung in automatisierter Form Daten erhoben und in die Rechte Dritter eingegriffen wird, ist jeweils die rechtliche Zulässigkeit zu prüfen.

#### Exkurs: Rechtliche Zulässigkeit der Videoüberwachung in Krankenhäusern

Die Videoüberwachung unterliegt natürlich auch in Krankenhäusern rechtlichen Regelungen. Zweckmäßigerweise unterscheidet man bei den Anwendungsbereichen der Videoüberwachung zwischen dem so genannten öffentlichen Bereich, d. s.

- Freiflächen, Einfahrten
- Flächenzufahrten und -wege
- Gebäudeeingänge, Anmeldungen
- Ambulanzen, Wartebereiche
- Kantinen, Einzelhandelsläden und Automatenbereiche



und dem nicht öffentlich zugänglichen Bereich, d. s.

- Patientenzimmer
- Behandlungsräume, Funktions- und Technikräume
- Arzt- und Schwesternzimmer
- Labor-, OP- und Aufbewahrungsräume

***Videoüberwachung zum Schutz gegen Diebstahl, Vandalismus usw.***



Sehr große Bedeutung kommt dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) (Kliniken in privater Trägerschaft) sowie den Landesdatenschutzgesetzen (Kliniken in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft) zu.

Nach § 6b BDSG ist die Videoüberwachung öffentlich zugänglicher Räume nur gestattet, wenn bestimmte Voraussetzungen eingehalten werden, die die Rechte der beobachteten Personen schützen und einen Missbrauch verhindern.

Als Voraussetzungen werden herausgestellt:

Als Voraussetzungen werden herausgestellt:

- die Aufgabenerfüllung öffentlicher Stellen
- die Wahrung des Hausrechts
- die Wahrung berechtigter Interessen für konkret festgelegte Ziele
- das Fehlen von Anhaltspunkten, dass schutzwürdige Interessen der Betroffenen überwiegen
- der Hinweis auf die Beobachtung sowie die verantwortliche Stelle

Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten ist zulässig, wenn sie zum Erreichen des verfolgten Zwecks erforderlich ist und keine schutzwürdigen Interessen der Betroffenen überwiegen. Mögliche Bedenken gegen Datenschutz-Aspekte können z. B. dadurch ausgeräumt werden, dass Bilder aus der Videoüberwachung nur in vorher festgelegten Fällen, z. B. nach bestimmten Delikten und dann auch nur von bestimmten Personen, z. B. gemeinsam mit einem Vertreter der Polizei angeschaut werden dürfen (Vier-Augen-Prinzip).

Neben dem BDSG ist das allgemeine Persönlichkeitsrecht bei der Videoüberwachung zu beachten. Der Schutz des bereits im Grundgesetz verbrieften Rechts wird in § 823 BGB geregelt. Danach können widerrechtliche bzw. fahrlässige Verletzungen einen Schadenersatz auslösen.

Da in Krankenhäusern durch die Videoüberwachung unter Umständen auch eine Verhaltens- und/oder Leistungskontrolle von Mitarbeitern möglich ist, muss hier immer auch der Arbeitnehmerschutz auf der Basis des Arbeitsrechts beachtet werden. In Betrieben mit Betriebsrat ist das Mitbestimmungsrecht gemäß § 87 Abs.1 Nr. 6 BetrVG zu beachten.

Zweckmäßigerweise sollten sich Arbeitgeber mit dem Betriebsrat (bzw. den betref-

***Vier-Augen-Prinzip – Datenschutz ernst nehmen!***

fenen Mitarbeitern falls kein Betriebsrat besteht) frühzeitig – d. h. zu Planungsbeginn – über die Einführung und Anwendung einer Videoanlage verständigen.

Weitere Informationen enthält das BHE-Info-Papier **Videoüberwachungstechnik - Rechtliche Zulässigkeit**.

### 3.8 Zutrittsregelungsanlagen



Gerade bei größeren und/oder unübersichtlichen Kliniken mit ständig wechselnden Patienten, Besuchern und Mitarbeitern können fremde oder unbefugte Personen häufig ungehindert das Gebäude oder einzelne Räume betreten. Dies stellt ein erhebliches Risiko für die Patienten aber auch die gesamten Wertgegenstände in Krankenhäusern dar, insbesondere auch unter dem Aspekt, dass Einbruchmeldeanlagen in Krankenhäusern nur unter bestimmten Bedingungen und zu bestimmten Einsatzzeiten aktiviert werden können.

Gerade im Hinblick auf allgemeine Kriminalitätsgefahren, aber auch wegen der Gefahr des Diebstahls hochwertiger Geräte kann in o. g. Fällen eine wirksame Zutrittsregelung sinnvoll sein.

Auch besonders sensible Räume, z. B. Frühgeborenenstationen, Labor-Bereiche oder EDV-Bereiche, sollten mit Zutrittsregelungsanlagen abgesichert werden.

Ein wichtiges Thema in Krankenhäusern ist die Kontrolle/Überwachung des Zutritts zu Medikamentenräumen und –schränken sowie der Zugriff zu den Medikamenten. Hier bieten sich Zutrittskontrollgeräte für Räume und Schränke als Lösung an.

Zutrittsregelungsanlagen steuern den Personenfluss, sodass nur ein ausgewählter Personenkreis anhand einer persönlichen Berechtigung zu bestimmten Bereichen und festgelegten Zeiten Zutritt erhält.

Ein Zutritt kann nur dann von Personen erfolgen, die sich vorab zu erkennen gegeben haben, z.B. mit Karte, Ausweis, PIN-Code oder biometrischem Merkmal. Biometrische Erkennungsverfahren sind das einzige Mittel nicht



### **Zutrittsregelung zum Schutz sensibler Räume**

nur einen Ausweis, sondern auch seinen berechtigten Benutzer zu identifizieren und den falschen Benutzer abzuweisen.

Durch die umfangreichen Variations- bzw. Steuerungsmöglichkeiten bei Zutrittsregelungsanlagen kann jeder einzelne Zugang bzw. Ausgang unterschiedlich codiert und damit gesteuert werden. So kann z. B. eine bestimmte Person zu einem Raum unbeschränktes Zutrittsrecht erhalten, einen zweiten Raum nur zusammen mit einer weiteren Person betreten und eine dritte Tür nur innerhalb bestimmter Zeitzonen öffnen.

Werden Patienten bei ihrer Aufnahme mit einem RFID-Ausweis ausgestattet, können sie in allen einzelnen Abteilungen und Behandlungsräumen eindeutig und sicher erkannt werden, weiter könnten Schränke und Wertbehältnisse der Patienten abgesichert werden. Dieser Ausweis könnte auch für Bezahl- und Einkaufsvorgänge im Krankenhaus eingesetzt werden.

Aufgrund der vielen Türen in Krankenhäusern kann auch der Einsatz von intelligenten, sogenannten mechatronischen Schließanlagen sinnvoll sein. Diese modernen Schließanlagen haben den Vorteil, dass Zutrittsberechtigungen, z. B. auch von Patienten oder Angehörigen auf dem Schlüssel abgespeichert werden können. Nach der Entlassung oder bei einem Schlüsselverlust können diese dann einfach im System gesperrt und dadurch unbrauchbar für einen Missbrauch gemacht werden.

Zur Vermeidung von Staus kann an stark frequentierten Zugängen freier Zutritt gewährt werden. Hier wäre dann zu prüfen, ob alternativ speziell geschultes Aufsichtspersonal zum Einsatz kommt.

An allen anderen Zugängen sollten nur Berechtigte, d. h. Ärzte, Pflegepersonal, Reinigungs- und Fremdkräfte, mittels besonderer Regelung Zutritt erhalten. Gerade für OP-Bereiche oder andere hochsensible Abteilungen bietet sich der Einsatz von ZK-Systemen an.

Beim Einbau von Zutrittsregelungsanlagen sind zwingend die baurechtlichen Bestimmungen einzuhalten.



## ***Unbefugten Zutritt zu Gebäuden oder Räumen verhindern***

### **3.9 Mechanische Sicherungstechnik**

Durch den Einsatz mechanischer Sicherungsmaßnahmen soll es einem potenziellen Einbrecher so schwer wie möglich, wenn nicht gar unmöglich gemacht werden, in das Krankenhaus einzudringen.

Je höher der Widerstand ist, der einem Täter entgegen gesetzt wird, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er sein Vorhaben aufgibt.

In Abhängigkeit vom Risiko (Lage, Bauart) der zu sichernden Klinik gibt es eine Vielzahl von mechanischen Absicherungsmöglichkeiten.

Erhöhten Schutz bieten speziell geprüfte und anerkannte einbruchhemmende Türelemente, bei denen alle Bestandteile aufeinander abgestimmt sind. So müssen neben dem stabilen Türblatt bzw. den stabilen Türbändern auch die einzelnen Komponenten des Türschlosses, d. h. Zylinder, Beschlag und Schließblech, ausreichenden Schutz vor Angriffen gewährleisten.



Da Fenster und Fenstertüren neben den Eingangstüren zu den besonders gefährdeten Schwachstellen eines Krankenhauses gehören, sollten diese gegen Aufbrechen des Rahmens und Einschlagen der Scheiben ausgelegt sein. Auch dem Einbau von mechanischen Maßnahmen muss eine individuelle Schwachstellenanalyse vorausgehen, die sinnvollerweise nur von Fachfirmen mit entsprechender Fachkompetenz vorgenommen werden sollte.

Aber auch alle Nebeneingangstüren, Be- und Entlüftungsschächte sowie alle sonstigen Öffnungen wie Kellerfenster u. Ä. eines Krankenhauses sollten eine vernünftige mechanische Stabilität aufweisen und stets verschlossen bleiben.

Zur Aufbewahrung von Wertsachen der Patienten können spezielle Tresore eingesetzt werden. Diese können entweder in den Patientenzimmern oder in der Schwesternstation aufgestellt werden.

### **3.10 Einbruch- und Überfallmeldeanlagen**

Neben den hochwertigen medizinischen Gerätschaften sowie den Medikamenten sind in Krankenhäusern zunehmend Computer, Laptops oder Monitore das Ziel von Einbrechern.

***Mechanischer Grundschutz als Mindestanforderung***



Einbruchmeldeanlagen können insbesondere außerhalb der Dienst- bzw. Bürozeiten zur Verhinderung von geplanten Straftaten in Kliniken genutzt werden.

Einbruchmeldeanlagen sind in der Lage, einen Einbruchversuch sofort an eine festgelegte Stelle, z. B. eine Notruf- und Serviceleitstelle, zu melden.

Hier werden alle Meldungen protokolliert und gemäß vorher vereinbartem Alarmplan alle erforderlichen Maßnahmen ergriffen. So können bei einer direkten Alarmverfolgung innerhalb kürzester Zeit ortskundige Personen zum Krankenhaus fahren und alle notwendigen Folgemaßnahmen veranlassen. Im Bedarfsfall kann auch die örtlich zuständige Polizei hinzugezogen werden.



Die Einbruchmeldeanlagen sollten zwingend den geltenden Normen für Sicherheitstechnik, z. B. DIN VDE 0833, sowie den VdS-Richtlinien entsprechen.

Grundsätzlich unterscheidet man bei Einbruchmeldeanlagen zwischen der so genannten Außenhautüberwachung und der Raumüberwachung bzw. einer Kombination beider Varianten.

Bei der Sicherung der Außenhaut des Krankenhauses werden die Eingangstüren und Fenster mit Kontakten auf Öffnen und Verschluss überwacht. Ein Durchbruch von Glasflächen kann mittels Glasbruchsensoren detektiert werden.

Zur Raumüberwachung werden insbesondere Passiv-Infrarot-Bewegungsmelder eingesetzt, die für eine fallenmäßige Sicherung einzelner Räume, Flure oder Treppenhäuser konzipiert sind. Im Gegensatz zu der Außenhautüberwachung melden diese einen Einbruch in das Krankenhaus jedoch erst, wenn der Täter sich bereits im Gebäude befindet.

Um Fehlbedienungen bzw. unbeabsichtigte Alarmer - dies ist gerade in Krankenhäusern ein wichtiges Thema – zu verhindern, lässt sich eine Einbruchmeldeanlage erst dann „scharf“ schalten, wenn alle überwachten Fenster und Türen geschlossen sind und sich keine Personen mehr im überwachten Bereich aufhalten. Man spricht hier von der sogenannten Zwangsläufigkeit.

***Einbruchmeldeanlagen können Straftaten verhindern***



Eine Überfall- oder Notrufanlage ergänzt die Einbruchmeldeanlage für konkrete Notsituationen, z. B. einer persönlichen Bedrohung. Hier könnten bei Direktaufschaltung des Notrufs zur Polizei oder zu einer Notruf- und Serviceleitstelle mit einem sogenannten „stillen“ Alarm kurzfristig Einsatzkräfte herbei gerufen werden.

### **3.11 Freigeländeüberwachungsanlagen**

Alle Klinikgebäude selbst sowie die dazugehörigen Flächen, wie Parkplätze, Tiefgaragen, Zufahrten und Gehwege u. Ä. sollten zweckmäßigerweise in die Überlegungen zu einem Sicherungskonzept für Krankenhäuser integriert werden.

Durch die sogenannte Freigeländeüberwachung sollen potenzielle Straftäter möglichst bereits beim Betreten des Klinikgeländes erfasst werden. Der Vorteil besteht darin, dass durch eine sehr frühzeitige Detektion im Außenbereich wertvolle Reaktionszeit für Interventionsmaßnahmen gewonnen wird. Im Idealfall wird ein möglicher Schaden oder Sabotageakt sogar verhindert.



### **3.12 Notbeleuchtung**

Ein Stromausfall ist gerade in Krankenhäusern mit vielen ortsfremden Personen ein besonderes Problem. Plötzlich auftretende Dunkelheit mit fehlender Orientierungsmöglichkeit führt schnell zu Paniksituationen.



Um dieses Szenario zu vermeiden schreibt der Gesetzgeber eine netzunabhängige Not- und Sicherheitsbeleuchtung für Rettungswege vor. Üblicherweise wird die Notbeleuchtung über Batterien oder ein besonders gesichertes separates Netz gespeist. Bei Ausfall des Netzstroms muss sich die Notbeleuchtung innerhalb von Sekunden einschalten.

Die lichttechnischen Anforderungen an die Notbeleuchtung sind in der DIN VDE 1838

***Sicherungstechniken nicht auf einzelne Räume und Gebäude beschränken, sondern auch dazugehörige Flächen einbeziehen***

und die elektrotechnischen Anforderungen für Planung, Errichtung und Betrieb in der DIN VDE 0108 geregelt.

### **3.13 Rohrpostanlagen**

Zur schnellen und sicheren Übertragung von unterschiedlichen Materialien, z. B. Medikamenten, Blutproben o. Ä., werden in vielen Kliniken so genannte Rohrpostanlagen eingesetzt. Damit können auch größere Entfernungen zwischen verschiedenen Klinik-Gebäuden überwunden werden. Neben vergleichsweise einfachen Zweipunkt-Systemen sind heute komplexe mikroprozessorgesteuerte Mehrliniensysteme im Einsatz, bei denen alle Sendevorgänge visualisiert und protokolliert werden können.

***Notbeleuchtung vermeidet Orientierungslosigkeit und Panik  
bei Patienten und Besuchern***

## VI. Konkrete Umsetzung in Krankenhäusern

Jedes Klinikum, jeder Krankenhaustyp, die Umfeldbedingungen vor Ort, aber auch das Sicherheitsbedürfnis der Patienten, Mitarbeiter und Besucher ist anders. Daher steht am Anfang aller Überlegungen für ein Sicherheitskonzept immer eine individuelle Prüfung aller örtlichen Gegebenheiten. Erst auf diesem Wissen lässt sich dann ein zweckmäßiges Sicherungskonzept für Krankenhäuser aufbauen.

Dieses Konzept sollte technische, organisatorische und personelle Ansätze zweckmäßig kombinieren, sodass ein für alle betroffenen Personenkreise zufriedenstellendes Ergebnis resultiert.

In diesem Zusammenhang ist auch der psychologische Aspekt technischer Sicherungsmaßnahmen zu beachten:

Einerseits haben technische Sicherungsmaßnahmen eine Präventivwirkung, da sie zur Abwehr potenzieller Täter beitragen. Andererseits geben die getroffenen Maßnahmen Patienten und Mitarbeitern ein höheres Sicherheitsgefühl, was sicherlich zum Wohlfühlen in Kliniken beitragen kann.

Statistisch gesehen werden bei Vorhandensein von Sicherungsmaßnahmen zunächst geplante Straftaten nicht realisiert bzw. bereits im Anfangsstadium abgebrochen.

Daher ist es wichtig, mit geeigneten Hinweisschildern und Aufklebern auf eingesetzte Sicherungsmaßnahmen aufmerksam zu machen.

***Patienten, Ärzte und Pflegepersonal haben ein Recht auf Sicherheit***

## VII. Anforderungen an ein technisches Sicherungskonzept

Generell können die folgenden Anforderungen an ein technisches Sicherungskonzept gestellt werden:

- Beachtung aller spezifischen Besonderheiten des Krankenhauses
- optimale Überwachung in Abhängigkeit von der konkreten Zielsetzung
- hoher Widerstandszeitwert der Absicherung
- frühzeitige Gefahrenerkennung
- Flexibilität in der Anwendung
- einfache Bedienungen (Einweisung in die Bedienung von Anlagen)
- zuverlässige Alarmgabe
- regelmäßige Instandhaltung
- regelmäßige Überprüfung der Angemessenheit
- problemlose Erweiterbarkeit der Anlagen

Von entscheidender Bedeutung ist somit eine qualifizierte Beratung und Betreuung der Kliniken bzw. des Trägers durch Fachfirmen der Sicherheitstechnik.

Zu warnen ist hier insbesondere vor unqualifizierten oder gar unseriösen Firmen, die versuchen, den Verantwortlichen in Krankenhäusern eine vordergründig günstige Technik quasi „von der Stange“ zu verkaufen. Diese Technik ist in aller Regel im wahrsten Sinne des Wortes unangemessen bzw. untauglich, da die speziellen Anforderungen der Klinik unbeachtet bleiben.

Die Verantwortlichen in der Klinik bzw. der Träger erkennt in diesen Fällen leider zu spät, dass die eingesetzte Technik ggf. wertlos und damit letztendlich zu teuer war.

Ebenfalls betont werden muss, dass Sicherungsanlagen regelmäßig durch Fachfirmen instand gehalten werden müssen. Denn nur dadurch wird sichergestellt, dass die Anlagen im Bedarfsfall tatsächlich funktionsfähig sind.

Durch den Einsatz falscher Produkte und/oder falscher oder fehlender Planung von Sicherheitstechnik kommt es in der Praxis häufig zu Fehlfunktionen, die dann oft zum Abschalten bzw. zur Nichtbenutzung der Technik führen.

Die im BHE (Bundesverband der Hersteller- und Errichterfirmen von Sicherheitssystemen) organisierten Fachfirmen zeichnen sie durch Fachkenntnis und Flexibilität aus. Krankenhäuser werden durch diese Firmen fachkundig und seriös beraten.

***Sicherheitstechnik nur vom Fachmann***

Sämtliche BHE-Mitglieder sind auf der BHE-Homepage [www.bhe.de](http://www.bhe.de) mit Kontaktdaten und Leistungsspektrum aufgelistet. Hier kann auf der Startseite links der Button „Fachfirmen suchen“ angeklickt werden. Anschließend kann im regionalen Umfeld der eigenen Postleitzahl nach den Fachfirmen, den sogenannten „Errichterfirmen“, gesucht werden.

Zusätzlich wurden auf der BHE-Homepage interaktive Landkarten eingerichtet, die es Interessenten ermöglichen, über einen Klick auf das entsprechende PLZ-Gebiet die BHE-Errichter in ihrer Nähe zu finden.

Durch Anklicken einer Firma werden alle hinterlegten Adressdaten sowie das Leistungsspektrum des Mitglieds angezeigt. Über einen Link gelangt der Suchende direkt auf die Homepage des Mitgliedsunternehmens.



Die Landkarten sind für folgende Bereiche verfügbar:

- Alarmanlagen: [www.bhe.de/k-einbruch/](http://www.bhe.de/k-einbruch/)
- Brandmeldeanlagen: [www.bhe.de/k-brand/](http://www.bhe.de/k-brand/)
- Mechanik: [www.bhe.de/k-mechanik/](http://www.bhe.de/k-mechanik/)
- Elektrische Rauch- und Wärmeabzugsanlagen: [www.bhe.de/k-ruw-el/](http://www.bhe.de/k-ruw-el/)
- Pneumatische Rauch- und Wärmeabzugsanlagen: [www.bhe.de/k-ruw-pn/](http://www.bhe.de/k-ruw-pn/)
- Videoüberwachungsanlagen: [www.bhe.de/k-video/](http://www.bhe.de/k-video/)
- Zutrittskontrollanlagen: [www.bhe.de/k-zutritt/](http://www.bhe.de/k-zutritt/)

Gerne sendet der BHE auch auf Anfrage ein komplettes oder regionales Verzeichnis der Sicherheits-Fachunternehmen, die das vorgenannte Leistungsspektrum anbieten, zu.

BHE  
Feldstraße 28  
66904 Brücken  
Tel.: 06386 9214-0  
Fax: 06386 9214-99  
Internet: [www.bhe.de](http://www.bhe.de)  
E-Mail: [info@bhe.de](mailto:info@bhe.de)

***BHE-Fachbetriebe beraten Sie gerne!***



### **Bundesgeschäftsstelle:**

Feldstraße 28  
66904 Brücken

Telefon: 06386 9214-0  
Telefax: 06386 9214-99

Internet: [www.bhe.de](http://www.bhe.de)  
E-Mail: [info@bhe.de](mailto:info@bhe.de)

### **Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche:**

- die Interessenvertretung der angeschlossenen Unternehmen
- die aktive Mitarbeit bei der Erstellung von Normen und Richtlinien auf deutscher Ebene, z.B. beim DIN, Berlin, der DKE, Frankfurt, sowie auf europäischer Ebene in Brüssel
- die Aus- und Weiterbildung durch Seminare, Fachtagungen u.Ä.
- Information, Beratung und Entscheidungshilfen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Erfahrungsaustausch und Zusammenarbeit der Mitglieder untereinander
- Rahmenabkommen und Kooperationen
- QM-Gruppenzertifizierung nach ISO 9001

### **Daten:**

- 670 Mitgliedsunternehmen,  
davon ca. 78 % Errichter, rd. 20 % Hersteller und etwa 2 % Planer
- ca. 2,8 Milliarden EUR Gesamtumsatz
- rd. 32.000 Beschäftigte

### **Geschäftsführer:**

Dr. Urban Brauer, Brücken

### **BHE-Vorstand (Stand August 2010):**

#### **Vorstandsvorsitzender:**

Norbert Schaaf, Eltville

#### **Stellvertretende Vorstandsvorsitzende:**

Manfred Endt, Witten  
Bernd Reichert, Leipzig

#### **Ehrevorsitzender:**

Hugo Peter Elsen, Mechernich-Kommern

#### **Vorstandsmitglieder:**

Stefan Berger, Köln  
Katrin Fiebig, Schwedt  
Jürgen Junghanns, Durchhausen  
Gabriele Mohr, Olching  
Axel Schmidt, Gevelsberg

