

Strukturen für die Krankenhausalarm- und -einsatzplanung

Von Krankenhäusern wird erwartet, 24 Stunden täglich alle notwendigen Ressourcen für Diagnostik, Behandlung und Nachversorgung bereitzuhalten.

Leonie Hannappel, Theresa Berthold und Prof. Dr. Jan-Thorsten Gräsner, Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, und Katja Scholtes, Stabsstelle Krankenhausalarm- und Einsatzplanung und Krisenmanagement, Kliniken der Stadt Köln

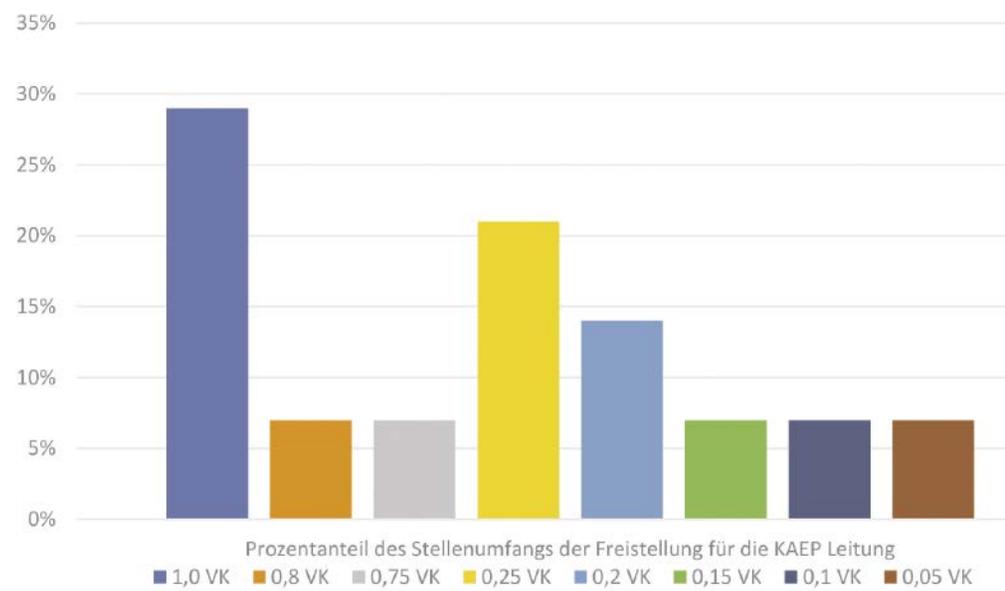


Abb. 1: Prozentanteil des Stellenumfangs einer Vollkraftstelle (VK) für die KAEP-Leitung

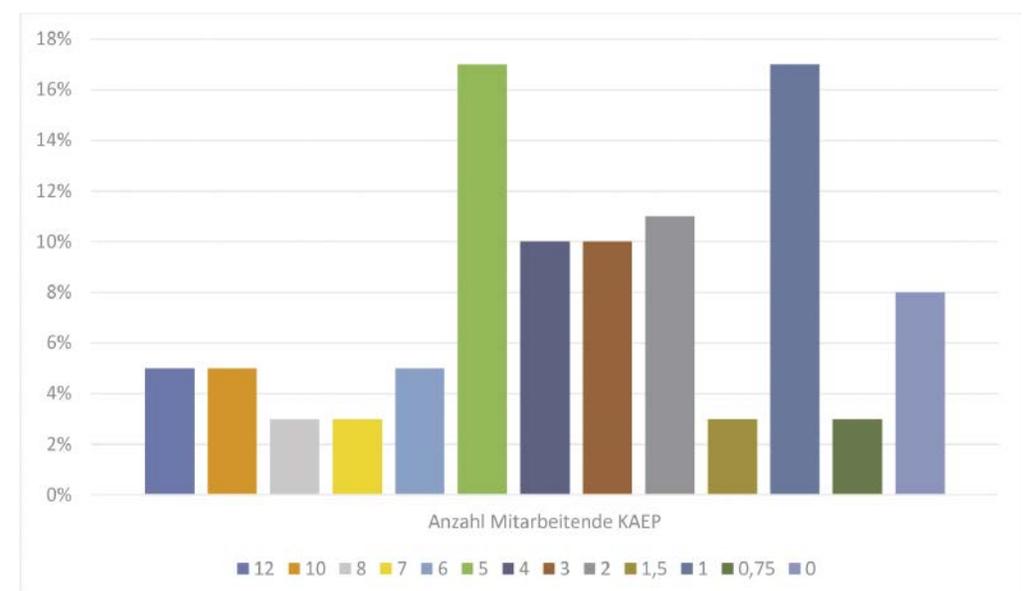


Abb. 2: Prozentanteil der Anzahl der Mitarbeitenden an der KAEP

Das Krankenhaus als kritische Infrastruktur ist besonders anfällig für Störungen. Ein Ausfall oder eine Beeinträchtigung bedeuten erhebliche, nachhaltige Folgen für die öffentliche Sicherheit und/oder für Leib und Leben von Menschen. Der Schutz der Patienten und die permanente Absicherung des wirtschaftlichen Betriebs müssen auch bei Ereignissen größeren Ausmaßes gewährleistet werden. Krankenhäuser müssen sich folglich sowohl auf Großschadensfälle außerhalb als auch innerhalb der Klinik vorbereiten. Dies stellt eine besondere Herausforderung mit erheblichem Einfluss auf Versorgungskapazität und/oder Funktionalität des Krankenhauses dar und bedarf einer Risikobewertung sowie Planung und Vorbereitung durch eine Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP).

Ziele einer erfolgreichen KAEP sind u. a.:

- Risikominimierung und Steuerung von kritischen Lagen in Krankenhäusern;
- bestmöglicher Schutz von Patienten, Besuchern und Mitarbeitenden in einer modernen Krankenhauswelt;
- Stärkung der Resilienz der einzelnen Organisationen;
- optimale Patientenversorgung;
- Gewährleistung eines störungsfreien Betriebsablaufs.

Lokale KAEP-Strukturen in Deutschland

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus-Einsatzplanung (DAKEP) hat



Leonie Hannappel, Leitung Projektmanagement, Institut für Rettungs- und Notfallmedizin des UKSH



Theresa Berthold, Institut für Rettungs- und Notfallmedizin des UKSH



Prof. Dr. Jan-Thorsten Gräsner, Direktor des Instituts für Rettungs- und Notfallmedizin des UKSH



Dr. Katja Scholtes, Kliniken der Stadt Köln

zum Ziel, bundesweit die Steuerung von Schadens- oder Großschadenslagen in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder Kurkliniken zu verbessern und die Resilienz der einzelnen Organisationen zu stärken. Den wissenschaftlichen Beirat der DAKEP erreichten zunehmend Anfragen von KAEP-Verantwortlichen zur Ausgestaltung lokaler KAEP-Strukturen. Das Institut für Rettungs- und Notfallmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein hat dazu in Kooperation mit dem wissenschaftlichen Beirat der DAKEP eine kurze

Bettenanzahl	Ø Mitarbeitende	Ø VK
1.500 +	5	1,25
1.000-1.499	4,4	0,9
500-999	2,5	0,5
0-499	4	0,01

Online-Befragung der DAKEP-Mitglieder im Zeitraum vom 22.01. bis 22.02.2021 durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Folgenden kurz dargestellt.

Der Fragebogen enthielt 12 anonymisierte Fragen zu Art und Größe des Krankenhauses, KAEP-Strukturen (Leitung, Stellenanteile, Qualifikationen, Mitarbeitende) und angestrebter Zertifizierung. Insgesamt nahmen 60 Personen bzw. Kliniken an der Befragung teil. Bei Teilnahmewunsch mehrerer Personen aus einer Klinik wurde zur Vermeidung von Doppelseingaben um eine gemeinsame Antwort gebeten.

Von den an der Befragung teilgenommenen Kliniken entsprechen 33% einem Grund-Regel-, 28% einem Schwerpunkt- und 38% einem Maximalversorger. Antworten von Reha-Kliniken gingen keine ein. 65% der teilnehmenden Kliniken sind ein akademisches Lehrkrankenhaus und

18% eine Universitätsklinik. Die durchschnittliche Bettenanzahl der teilnehmenden Kliniken beträgt 771, wobei die Angaben zwischen 123 und 2.500 Betten variieren. Die Anzahl der Mitarbeitenden in den Kliniken beträgt mit Angaben zwischen 250 und 14.000 im Durchschnitt 2.719 Angestellte.

KAEP-Leitung und Arbeitsgruppe

Eine definierte Leitung der KAEP wurde von 55% angegeben, knapp die Hälfte davon (23% (N=14)) ist für ihre Funktion freigestellt (s. Abb. 1). Die KAEP-Leitung ist bei 35% ärztlich besetzt, bei 2% mit einem Ingenieur, bei 7% mit einer Gesundheits-/Krankenpflegekraft, bei 20% mit anderen Personen. Andere Qualifikationen der KAEP-Leitung sind z.B. (Führungs-)Kräfte aus Katastrophenschutz oder Feuerwehr,

(leitende) kaufmännische Angestellte oder Personen mit einem Studienabschluss in Emergency Management oder vergleichbar. Die KAEP-Leitung ist bei 55% Mitglied der Krankenhaus (Notfall) Einsatzleitung (KNEL). Zusätzlich zur KAEP-Leitung werden bei 20% weitere Mitarbeitende für die KAEP freigestellt. 50% der teilnehmenden Kliniken hat Angaben zu Gesamtstellenanteilen für die KAEP gemacht, woraus sich ein Durchschnitt von 2,4 Stellenanteilen ergibt. Mitarbeitende an der KAEP insgesamt (auch ohne Stellenanteile) wurden bei 60% genannt (vgl. Abb. 2). Durchschnittlich arbeiten 4,1 Mitarbeitende pro Klinik an der KAEP. Werden Größe eines Krankenhauses, Anzahl der an der KAEP beteiligten Mitarbeitenden und zur Verfügung gestellte Anteile einer Vollkraftstelle (VK) in Relation zueinander gesetzt, ergeben sich die in der Tabelle dargestellten Durchschnittswerte.

Die Werte bilden den Ist-Stand der teilnehmenden Kliniken ab. Ob die Anzahl der KAEP-Mitarbeitenden in ausreichendem Maß den Anforderungen und Rahmenbedingungen des jeweiligen Krankenhauses entspricht, wurde nicht erfasst.

KAEP-Empfehlungen auf Bundesebene

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe hat Ende 2020 das Handbuch KAEP herausgegeben, das umfangreiche Empfehlungen für die Erstellung eines individuellen KAEP enthält. Die dargestellten Ergebnisse dienen als Unterstützung der darin genannten

Empfehlung hinsichtlich der Funktionsausübung der KAEP-Leitung und einer angemessenen Freistellung sowie die Benennung von Mitarbeitenden im Rahmen einer KAEP-Arbeitsgruppe. Ab August 2021 ist eine KAEP-Zertifizierung nach KTQ-Kriterien möglich. Zum Zeitpunkt der Befragung haben 17% der teilnehmenden Kliniken angegeben, eine Zertifizierung anzustreben. Die geringe Quote kann sich aus der noch nicht bekannt gewordenen Information zur Zertifizierung ergeben. Unabhängig für die Zertifizierung ist die Funktion des Leiter KAEP als personelle Ressource mit angemessener Freistellung passend zu den Anforderungen und Rahmenbedingungen des Krankenhauses, die Abbildung im Organigramm und Anbindung an die Krankenhausleitung mit ausreichenden Befugnissen sowie eine geeignete Qualifikation. Möglicherweise steht die geringe Quote auch in unmittelbarem Zusammenhang mit den (nicht) vorhandenen personellen Ressourcen. Zu einem höheren Erreichungsgrad des Kriteriums „Ressource Leiter KAEP“ können und sollen die vorgestellten Ergebnisse einen Beitrag leisten. Sowohl steigende rechtliche Anforderungen als auch zunehmende Eintrittswahrscheinlichkeit von Großschadensereignissen heben die Bedeutung der KAEP im Allgemeinen, aber auch ihre personelle, technisch-materielle und strukturelle Vorbereitung darauf hervor.

| www.uksh.de/notfallmedizin |