

Klinikevakuierung – wer macht die Einsatzleitung ?

P. Gretenkort

Der "eher unzureichende Planungsstand der Krankenhäuser für interne und externe Schadensereignisse großen Umfangs" war bereits 1989 Gegenstand von Fachtagungen (1). Ein Dutzend Jahre später noch sollte auf einem internationalen Kongress in Hamburg eine der Quintessenzen lauten, „am Beispiel der Evakuierung einiger Krankenhäuser sei deutlich geworden,“ ...“dass Katastrophenalarmpläne häufig in erbärmlichem Zustand seien“ (2). Ist die stillstehende Entwicklung Ausdruck eines intensiven Verdrängungsprozesses, vor allem der Krankenhausärzte ?

Tatsache ist, dass ein Brand im Krankenhaus neben der Umsetzung technischer Strategien vor allem auch medizinische Entscheidungen notwendig macht. Detaillierte Aufgabenbeschreibungen für eine Klinikeinsatzleitung finden sich allerdings in deutschen Klinikalarmplänen selten, in kompletter Form am ehesten in einem amerikanischen Konzept (3). Die Hoffnung allerdings, dass sich ohne vorbereitende Maßnahmen die notwendigen Abläufe quasi automatisch entwickeln lassen oder vielleicht von außen durch Einsatzkräfte der Feuerwehr oder den Leitenden Notarzt eingebracht werden, wird im Ernstfall nicht erfüllt.

Heutige Klinikalarmpläne spiegeln in aller Regel die Dringlichkeit eines rasch einsetzenden und strukturierten Vorgehens nicht wieder. Führungspersonen werden nicht klar definiert und haben keine konkrete Aufgabenzuordnung, denkbare Szenarien (z.B. Nichtbenutzbarkeit von Bettenaufzügen) werden nicht konsequent zu Ende gedacht, die Kommunikation mit den Einsatzkräften wird nicht eindeutig geregelt (4,5). Die Aufgaben der Feuerwehr-Einsatzleitung können allerdings durch eine ärztliche Leitungsfunktion maßgeblich beeinflusst und durch bereits im Vorfeld festgelegte Strategien wesentlich erleichtert werden (6). Das Ziel ist ein effektives Krisenmanagement und die Zusammenarbeit mit der Gefahrenabwehrbehörde auch bei Einsatzlagen, die den „Routinefall“ eines Fehlalarms oder eines früh erkannten Entstehungsbrandes überschreiten.

Der Wunsch nach einer sicheren Schnittstelle zwischen Feuerwehr und Krankenhaus macht prinzipiell eine „Professionalisierung“ auch in diesem Bereich erforderlich. Im „Krefelder Modell“ besteht die Klinikeinsatzleitung aus drei Gruppenfunktionen: einem Arzt, einer Leitenden Pflegekraft, sowie einem Leitenden Techniker. Inhalte und Abläufe der Zusammenarbeit im Einsatzfall werden im Rahmen einer Projektarbeitsgruppe kontinuierlich gemeinsam erarbeitet und mit Feuerwehr und Polizeibehörde abgestimmt. Konzepte für klinikinterne Führung und Kommunikation sind untrennbar mit einem geeigneten Patiententransportkonzept sowie einem Fortbildungskonzept für alle Mitarbeiter verknüpft und sind nur bei intakter Schnittstelle zur Feuerwehr erfolgversprechend (7).

Literatur:

- 1) Sefrin P (1990). Vorwort. In: Sefrin P (Hrsg.): Katastrophenschutz im Krankenhaus. Zuckschwerdt Verlag München
- 2) Korzilius H (2002). Kongress zum 11. September - Mit dem Unerwarteten rechnen. Deutsches Ärzteblatt 41:2278-2279
- 3) Taylor M, Pletz B, Cheu D, Russell P, Nave E (1998). The Hospital Incident Command System, Third Edition. URL <http://www.emsa.ca.gov/dms2/download.htm>
- 4) Alarm- und Einsatzplan Klinikum Regensburg (2000). URL <http://www.uni-regensburg.de/Einrichtungen/Verwaltung/Abteilung-V/Referat-V-3/>
- 5) Katastrophen-Einsatzplan für die Universitätskliniken des Saarlandes Homburg und die Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes in Homburg. URL <http://www.uniklinik-saarland.de/verwaltung/arbeitsicherheit/katplan.html#Brandschutzordnung>
- 6) Gretenkort P, Harke H (2001). Ärztliche Leitungsfunktion bei einer innerklinischen Gefahrenlage. Anästhesiologie und Intensivmedizin 42:170-175.
- 7) Gretenkort P, Harke H, Blazejak J, Pache B, Leledakis G (2002). Interface between Hospital and Fire Authorities – A Concept for Management of Incidents in Hospitals. Prehospital and Disaster Medicine 17:42-47.