

Massenanfall von Infektionskranken, Management hochkontagiöser Erkrankungen

Erfahrungen aus der Katastrophenschutzübung des Freistaates Sachsen „Akut 2016“

H. Böhm¹, U. Krause², S. Röbler³, R. Stöhr⁴

Die Landesdirektion Sachsen wird regelmäßig durch das Sächsische Staatsministerium des Innern beauftragt, eine Landeskatastrophenschutzübung zu planen, zu leiten und durchzuführen. Im Jahr 2016 wurde für die Übung „Akut 2016“ als Thema ein Massenanfall von Infektionserkrankungen in der Stadt Chemnitz sowie den Landkreisen Zwickau und Leipzig und das parallele Auftreten einer hochkontagiösen Erkrankung bei Bürgern aus dem Landkreis Leipzig ausgewählt.

Ausgangssituation

Als Ausgangssituation wurde angenommen, dass die Grippeperiode in Deutschland und auch in Sachsen bereits begonnen hatte. Dabei mussten 20 Prozent der Patienten hospitalisiert werden. Es gab Ausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen. Durch die bereits mehrere Wochen andauernde Welle mit Erkältungskrankheiten (ARE) und die beginnende Grippeperiode waren bereits eine Vielzahl der Krankenhausbetten im Bereich der internistischen und Kinderstationen

Ablauf der Landeskatastrophenschutzübung:

- 26. Oktober 2016 Übung der Krisenstäbe Infektionsschutz der Gesundheitsämter und der Landesdirektion Sachsen
- 27. Oktober 2016 Stabsrahmenübung Verwaltungsstäbe
Zusätzlich: praktische Erprobung von gesonderten Fachplanungen
- Praktische Erprobung der Planung „Hochkontagiöse Erkrankungen (genannt auch Planung „VHF“ für „Virus-Hämorrhagische-Fieber“)
- Praktische Überprüfung des Anforderungsverfahrens Sanitätsmittel des Bundes gemäß Logistikkonzept Bund
- 28. Oktober 2016 Wissenschaftlicher Teil in Zuständigkeit der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. (DGKM)
- 29. Oktober 2016 Vollübung: Massenanfall von infektiösen Erkrankungen

nen belegt. Eine größere Anzahl an Krankenhauspersonal (Ärzte und Pflegepersonal) war bereits ausgefallen. Die Gesundheitsämter Leipzig Land, Zwickau und Chemnitz waren bereits personell geschwächt, mussten aber vermehrt Infektionsermittlungen auf Grund von Ausbrüchen durchführen.

Erschwerend wurde angenommen, dass gleichzeitig in Deutschland der bislang größte Ausbruch von Erkrankungsfällen des **hämolytisch-urämisches Syndroms (HUS)** und **blutiger Diarrhöen** im Zusammenhang mit Infektionen durch enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC) lief, der auch die sächsischen Landkreise betraf. An diesem Szenario wurde in

der Übung der Krisenstäbe Infektionsschutz der Gesundheitsämter und innerhalb der Stabsrahmenübung die Führung und Bewältigung einer solch komplexen Infektionslage mit Auswirkungen auf die Infrastruktur geübt.

Parallel dazu meldeten sich im Krankenhaus Grimma zwei Patienten mit Verdacht auf eine hochkontagiöse Erkrankung.

Für die Vollübung am Samstag, 29. Oktober 2016 wurde angenommen, dass es zusätzlich bei einer Sportveranstaltung in Chemnitz und auf der vorzeitigen Heimreise von Teilnehmern zu einem Massenanfall von infektiösen Erkrankungen gekommen war. Beginnend in der Nacht zu



Demonstration der Dekontamination von Personen und Fahrzeugen während der Vollübung am 29. Oktober 2016

© SMS

¹ Referatsleiterin Öffentlicher Gesundheitsdienst und Infektionsschutz, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

² Chefarzt Abteilung für Anästhesie und Intensivtherapie/Medizinischer Geschäftsführer Muldentalkliniken GmbH Krankenhaus Grimma

³ Leiter Abteilung für Krankenhaus- und Umwelthygiene, Leiter Infektionsstation, Klinik für Innere Medizin II, Klinikum Chemnitz gGmbH

⁴ Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Rettungszweckverband der Versorgungsgebiete Landkreis Leipzig und Region Döbeln (Kreis Mittelsachsen)

Samstag klagte eine Vielzahl von Teilnehmern über heftiges Erbrechen mit Durchfall (unblutig, meistens wässrig), begleitet von ausgeprägtem Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Myalgien und zunehmende Abdominalschmerzen. Einige Teilnehmer beschrieben auch das Gefühl, Fieber zu haben. Im Verlauf der akuten Erkrankung klagten einige Teilnehmer über zunehmende Abdominalschmerzen und -krämpfe sowie blutigen Durchfall. Auf Grund der Symptomatik wurde der Verdacht eines weiteren EHEC-Ausbruches geäußert, aber auch andere bakterielle Erreger (zum Beispiel Campylobacter) oder eine Norovirus-erkrankung konnten nicht ausgeschlossen werden. Die Laboruntersuchungen waren noch nicht angelaufen.

Strukturelle Voraussetzungen

In den verschiedenen Vollübungsteilen waren beteiligt:

- Strukturen des bodengebundenen Rettungsdienstes und des Luftrettungsdienstes
- Krankenhäuser:
 - Klinikum Chemnitz gGmbH,
 - Heinrich-Braun-Klinikum gGmbH Zwickau,
 - Sana Kliniken Leipziger Land,
 - Kompetenz- und Behandlungszentrum Klinikum St. Georg Leipzig (Sonderisolation)
- Katastrophenschutzeinheiten des Landes und Bundes, wie zum Beispiel die Medizinische Task Force (MTF)

Aus ärztlicher Sicht interessante Übungsteile waren neben administrativen Abläufen insbesondere:

- Lagebezogene, fachliche und strukturelle Integration der Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Erprobung der Krankenhausalarmplanungen ausgewählter Krankenhäuser gemäß Krankenhausplan des Freistaates Sachsen hinsichtlich der Realisierung von Maßnahmen zur Erweiterung der Aufnahme- und Behandlungskapazitäten bei einem Massenansturm von ansteckenden Erkrankten

- Umsetzung von Maßnahmen der Isolierung infektiös Erkrankter in Krankenhäusern
- Sicherstellung der notfallpsychologischen/seelsorgerischen Betreuung unter Einsatz von Kräften der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV)
- Überprüfung der VHF-Planung (Maßnahmen beim Auftreten von hochkontagiösen Infektionskrankheiten, zum Beispiel Virale Hämorrhagische Fieber [VHF], Lungenpest und ähnliches)
- Untersuchung von Auswirkungen des Massenansturms von infektiösen Erkrankungen auf Kritische Infrastrukturen (KRITIS)

Ergebnisse Übung Chemnitz

Aus der Sicht eines teilnehmenden Krankenhauses bewertet Oberarzt Steve Rößler die Übung folgendermaßen: Wir sind ein Krankenhaus der Maximalversorgung in Chemnitz. Unser Haus hat 1.735 Betten an vier Standorten mit einer zentralen, einer internistischen und einer psychiatrischen Notaufnahme. Als eine der wenigen Kliniken in Sachsen, verfügen wir über eine dezentrale Infektionsstation in einem separaten Gebäude mit 24 Betten, davon acht Einzel- und fünf Schleusenzimmer.

Problemlage

Als im Februar 2016 die Landesdirektion Sachsen die Anfrage stellte, ob die Bereitschaft seitens des Klinikums besteht, an der Landeskatastrophenschutzübung ‚Akut 2016‘ teilzunehmen, war uns noch nicht klar, welche Herausforderungen diese Übung mit sich bringen sollte. Die zuständigen Ämter gingen bei ihrer Planung davon aus, dass ausschließlich die bereits existierenden Notfallpläne der klinischen Einrichtungen genutzt werden sollten.

Basierend auf unserem Maßnahmenplan ‚Großschadensereignis‘ unter der Lage eines Massenansturms von Verletzten, hatten wir in der Vergangenheit erfolgreich an Übungen derartiger Größenordnung teilgenommen. Für das nunmehr geplante Szenario eines Massenansturms von infektiösen Patienten existierte zum damaligen Zeitpunkt, im Gegensatz



Isolationszelt

© Klinikum Chemnitz gGmbH

zur behördlichen Annahme, in unserer Klinik, wie in vielen anderen Häusern, kein konkreter Notfallplan. Lediglich für das Auftreten von hochkontagiösen Einzelerkrankungen und für die Influenzapandemie lagen Handlungsanweisungen vor. Beide waren jedoch für das geplante Szenario nicht anwendbar.

Die besondere Herausforderung in unserem Haus für den Massenansturm von infektiösen Patienten besteht einerseits darin, die stark frequentierte zentrale Notaufnahme nicht zu lähmen und andererseits infektiöse Patienten in großer Zahl zu isolieren. Dafür gibt es keinen Puffer. Es steht keine leere Station zur Verfügung, die in kurzer Zeit in Betrieb zu nehmen ist, um Patienten zu isolieren. Die Infektionsstation ist größtenteils so belegt, dass die Isolation eines einzelnen infektiösen Patienten in



Komplett ausgestatteter Arbeitsplatz in der mobilen Einsatzzentrale
© Klinikum Chemnitz gGmbH

der Regel keine Schwierigkeit bereitet und in kurzer Zeit erfolgen kann. Die Isolation einer größeren Zahl infektiöser Patienten auf dieser Station bedarf jedoch eines organisatorischen Vorlaufs von mehreren Stunden bis zu einem Tag. Daher war es erforderlich, den bereits vorhandenen „Maßnahmenplan zur Umsetzung des Influenza-Pandemieplanes Sachsen“ um die Möglichkeit einer kurzfristigen Kohortenisolation zu erweitern. Durch Amtshilfe über die „Medizinische Task Force“ der Stadt Chemnitz konnte diese zur Verfügung gestellt werden. Innerhalb von 60 Minuten wurde direkt im Außenbereich an die Infektionsstation ein mobiler Behandlungsplatz (Zelt) aufgebaut. Weiterhin erfolgte die Ummwidmung eines Flügels der Infektionsstation zum zentralen Aufnahmepunkt der infektiösen Patienten. Dies bedurfte lediglich der Verlegung von drei Patienten. Im Keller des Gebäudes der Infektionsstation steht dafür eine regelmäßig gewartete mobile Einsatzzentrale bereit, die innerhalb von fünf Minuten einsatzbereit ist. In dieser befindet sich ein kompletter Arbeitsplatz zur Aufnahme von Patienten mit Computer, Drucker, Telefon, Fax und den notwendigen Formularen. Ein Patientenzimmer dieses Flügels ist so ausgestattet, dass es in kurzer Zeit zu einem Intensivbereich mit Beatmungsmöglichkeit umgestaltet werden kann. Weitere Räumlichkeiten sind für diese Lage nicht notwendig. Das erforderliche ärztli-

che und pflegerische Personal wird entsprechend des Maßnahmenplans von den Rettungsstellen und der Infektionsstation gestellt. Die Schließung der internistischen Notaufnahme wäre bei weiterem Zuspitzen der Lage notwendig gewesen, um zusätzliche Personalressourcen und Geräte freizusetzen. Die Zeltlösung verschaffte der Klinik somit die erforderliche Zeit, um die notwendigen Kapazitäten für eine Isolation der Notfallpatienten bereitzustellen.

Ablauf des Einsatzes

Am **29. Oktober 2016, 7.00 Uhr** erhielt die internistische Notaufnahme einen Notruf der technischen Einsatzleitung der Feuerwehr Stadt Chemnitz. Entsprechend unserer Planung wurde dieser durch den Hintergrunddienst der Notaufnahme verifiziert. Der Krisenstab des Klinikums wurde einberufen. Außerdem erfolgte die Aufforderung an die „Medizinische Task Force“ zum Aufstellen des mobilen Behandlungsplatzes. Zu diesem Zeitpunkt lagen jedoch keinerlei Informationen über die Anzahl und den Schweregrad der erkrankten Personen vor. Lediglich die Mitteilung über eine Infektionslage

„infektiöse Gastroenteritis“ mit der Notwendigkeit der Kohortenisolation von mehreren Patienten wurde durchgestellt. Das Klinikum war **ca. 8.55 Uhr** für diese Infektionslage einsatzfähig. Gegen **10.15 Uhr** trafen die ersten Rettungswagen mit erkrankten Patienten ein. Diese wurden direkt vor der Aufnahme im Wagen triagiert. Entsprechend des Schweregrades der Erkrankung erfolgte die Zuweisung in den Zeltbereich oder die Weiterbetreuung im Intensivbereich. Für die Triage standen eine erfahrene Notärztin (Anästhesistin) und eine Krankenschwester bereit. Der Intensivbereich wurde von einer Intensivmedizinerin und zwei Fachpflegekräften betreut. Die Aufnahme der Patienten erfolgte durch eine Medizinische Fachangestellte der internistischen Rettungsstelle mit Hilfe der mobilen Einsatzzentrale. Die Kollegen der „Medizinischen Task Force“ blieben weiterhin vor Ort und standen für Patiententransporte zur Verfügung. Die Betreuung der Patienten im Isolationszelt übernahmen Ärzte und Pflegekräfte der Infektionsstation. Die Patienten wurden mit Infusionen und Antiemetika versorgt und zügig



Ankunft der ersten Rettungswagen mit infizierten Probanden.

© Klinikum Chemnitz gGmbH



Einlieferung einer infizierten Probandin

© Klinikum Chemnitz gGmbH

in stationäre Bereiche entsprechend der frei werdenden Isolationskapazitäten verlegt. Überraschend war die große Anzahl ankommender intensivpflichtiger Patienten. Dies bedingte eine enge Zusammenarbeit mit den Intensivbereichen des Klinikums. Kritikpunkt: Leider erreichte uns dazu, wie auch über die Gesamtzahl der zu erwartenden Patienten, im Vorfeld keine Information.

Aus Sicht des Klinikums gestaltete sich der Ablauf der Übung völlig reibungslos und gut koordiniert. Besonders anzuerkennen war die zeitnahe Übernahme der beatmungspflichtigen Patienten in die Intensivbereiche sowie die Bereitstellung weiterer Beatmungsgeräte, die für Patiententransporte innerhalb des Klinikums benötigt wurden.

Unser besonderer Dank gilt der Freiwilligen Feuerwehr Euba und Siegmars als Teil der „Medizinischen Task Force“ der Stadt Chemnitz, welche uns sicher auch im Ernstfall mit vollem Einsatz zur Verfügung stehen.

Verbesserungswürdig sind retrospektiv vor allem die Kommunikationswege zur technischen Einsatzleitung der Feuerwehr Stadt Chemnitz sowie zum Chemnitzer Kompetenzzentrum (Krisenstab Infektionsschutz der Stadt Chemnitz). Als Konsequenz aus der Übung wurde im Klinikum ein zentrales Büro für den Krisenstab im Bereich der Infektionsklinik/Abteilung Krankenhaus- und Umwelthygiene eingerichtet.

Weiterhin war das Klinikum in die **Stabsrahmenübung** der Stadt Chemnitz integriert, da das Klinikum Teil des Chemnitzer Kompetenzzentrums ist. Die in der Übung gewonnenen Erkenntnisse wurden im Nachgang mit dem Gesundheitsamt der Stadt Chemnitz ausgewertet. Diese dienen als Grundlage zur Optimierung der Handlungsabläufe des Chemnitzer Kompetenzzentrums sowie der klinikeigenen Maßnahmenpläne zum Umgang mit infektiösen Patienten.

Ergebnisse Übung Grimma

Einer infektiologischen Aufgabe ganz anderer Art hatte sich das Krankenhaus Grimma zu stellen. Dazu berichtet Chefarzt Dr. med. Uwe Krause wie folgt: Die Grimmaer Klinik ist als Teil der Muldentalkliniken ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit den Fachgebieten Anästhesie/Intensivmedizin, Chirurgie (Traumatologie, Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie), Innere Medizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. In der Notaufnahme des Hauses werden jährlich 13.000 bis 14.000 Behandlungen durchgeführt.

Ausgangssituation

Im Rahmen der Katastrophenschutzübung „Akut 2016“ musste die Notaufnahme Grimma zwei hochkontagiose Patientinnen versorgen. Das Übungsszenario sah Folgendes vor: Beide Patientinnen hatten in Madagaskar als Krankenschwestern für ca. vier Wochen Kontakt zu erkrankten Patienten (Lungenpest) und sich schon während der Reise

krank gefühlt. Bei beiden Patientinnen traten als Symptome Fieber, starker Husten mit blutigem Auswurf und Verschlechterung des Allgemeinbefindens auf. Eine Patientin war so schwer erkrankt, dass sie noch vor Einleitung erster Maßnahmen in der Notaufnahme verstarb.

Die Handlungsabläufe bei der Versorgung von Patienten mit hochkontagiösen Erkrankungen (VHF) sind in der Alarmordnung der Kliniken explizit vorgeschrieben. Grundlage dafür bilden die vom Robert Koch-Institut im „Rahmenkonzept Ebolafieber“ und in den Orientierungshilfen für Fachpersonal festgelegten Maßnahmen. Der Alarmplan ist in schriftlicher und elektronischer Ausführung in allen Abteilungen der Kliniken sofort verfügbar. Im entsprechenden Kapitel werden die Symptome, Maßnahmen bei Erstkontakt sowie der Eigenschutz beschrieben. Es werden das Vorgehen bei der Bildung von Behandlungsteams, die Informationswege, Absperrmaßnahmen und die Behandlungsorte innerhalb der Notaufnahme festgelegt. Die Verteilung der Aufgaben und die Zuständigkeiten der Verantwortlichen sind klar geregelt. Behandlungsmaßnahmen, Umgang mit Verstorbenen, Entsorgung kontaminierter Materialien sowie Desinfektionsmaßnahmen sind aufgeführt. Die Alarmordnung der Kliniken ist mit Brandschutz- und Gesundheitsamt abgestimmt. In Vorbereitung auf die Übungsmaßnahmen wurde der Alarmplan nochmals einer kritischen Prüfung unterzogen und im Vorfeld mit dem Personal der Notaufnahme das An- und Ablegen der Schutzausrüstung geübt.

Ablauf des Einsatzes

Die Übung begann am **27. Oktober 2016 um 8.40 Uhr** mit Eintreffen der beiden Patientinnen und endete **14.00 Uhr** mit der Abschlussbesprechung. Die Notaufnahme des Grimmaer Krankenhauses hält sechs Räume zur Behandlung der Patienten vor. Für die Behandlung der hochinfektiösen Patientinnen wurden zwei Behandlungsräume zusätzlich der Nebengelasse benötigt. Während der Zeit der Übung waren alle

übrigen Räume konstant durch die Behandlung der echten Notfallpatienten belegt.

Nach Erstkontakt mit der aufnehmenden Schwester erfolgte analog des Alarmplanes die mündliche Information der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter der Notaufnahme. An erster Stelle wurden die Techniker informiert, die sofort mit Absperrmaßnahmen außerhalb und Isolationsmaßnahmen innerhalb der Notaufnahme begannen. Durch Anbringen von Folie wurden Schleusenbereiche geschaffen und die Punkte zum An- und Ablegen der Schutzanzüge bestimmt. Parallel erfolgte die Information der Krankenhausleitung und der leitenden Hygienefachkraft. Die Rettungsleitstelle wurde über die veränderten Anfahrtswege für die Rettungsmittel in Kenntnis gesetzt. Im Verlauf der Übung mussten die Behandlungsteams mehrfach gewechselt werden, da das Arbeiten unter der Schutzausrüstung sehr anstrengend war und nur ca. 45 Minuten ausgehalten werden konnte.

Wichtig waren die frühzeitige Information des Gesundheitsamtes und die Aktivierung des Infektions-RTW zur Weiterverlegung der Patientin in die Sonderisolerstation Leipzig. Insgesamt betrug die Zeit von Beauftragung des Spezialtransportes bis zum Eintreffen im Krankenhaus ca. drei Stunden, was aus unserer Sicht bei der relativen Nähe unserer Klinik zu Leipzig als zu lang empfunden wurde. Nach Aussagen der Branddirektion Leipzig konnte der Infektions-RTW erst dann entsendet werden, nachdem geeignetes, das heißt dafür geschultes Personal aus dem Dienstplan heraus zur Verfügung gestellt werden konnte. Dies würde der Realität entsprechen; es wurde bewusst keine Übungskünstlichkeit geschaffen und Personal für den Übungseinsatz vorgeplant.

Ergebnisse

Die Übungsbeobachter und auch die beteiligten Mitarbeiter schätzten den Verlauf der Übung als sehr gut ein. Aus der Übung ergaben sich für die Beteiligten wichtige Schlussfolgerungen:

1. Während die Versorgung eines einzelnen Patienten nach Erstkontakt relativ zügig erfolgen kann, ist die Zeit bis zur Versorgung des zweiten Patienten länger, da durch das Personal die Schutzausrüstung angelegt werden muss und dafür mindestens 20 bis 30 Minuten veranschlagt werden müssen.
2. Probleme der Kommunikation müssen berücksichtigt werden: Mit Schutzausrüstung ist Telefonieren, Schreiben oder das Bedienen einer Tastatur mühevoll. Teilweise müssen Befunde und Informationen mündlich weitergegeben werden, da die Dokumentation außerhalb des kontaminierten Bereiches erfolgen muss.
3. Ein zusätzlicher Personalbedarf entsteht sehr rasch durch die Mitarbeiter, die außerhalb des Infektionsbereiches für Kommunikations- und Dokumentationsaufgaben benötigt werden sowie durch Personal, welches die unter Schutzausrüstung arbeitenden Mitarbeiter ablösen muss.
4. Eine relativ lange (aus unserer Sicht zu lange) Vorlaufzeit für den Infektions-RTW muss einkalkuliert werden. Dadurch entsteht erhöhter Personalbedarf, die Belastung der Mitarbeiter steigt und es schleichen sich Flüchtigkeitsfehler ein (Berührung reiner Gebiete mit kontaminierten Handschuhen, Durchreichen von Materialien ohne Schutzausrüstung, usw.).
5. Nicht zu unterschätzen ist die Zusammenarbeit mit dem örtlichen Gesundheitsamt. Hier ist es aus unserer Sicht besonders wichtig, dass rasch ein kompetenter Mitarbeiter vor Ort ist, um Umgebungsuntersuchungen einzuleiten, bezüglich Abfallentsorgung, Transport von verstorbenen Patienten und Desinfektionsmaßnahmen Entscheidungen herbeizuführen, die durch die Klinik nicht bewerkstelligt werden können.
6. Nicht zuletzt kommt der externen Kommunikation eine große Rolle zu. So ist es zum Beispiel eminent wichtig, dass die zustän-

dige Rettungsleitstelle von Abfahrt und geplantem Eintreffen des Infektions-RTW am Krankenhaus informiert wird und diese Information an die Klinik weitergeben kann.

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die Versorgung eines hochkontagiösen Patienten für ein kleines bis mittleres Krankenhaus eine große Herausforderung darstellt und eine gute Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt, Rettungsleitstelle, Infektions-RTW und übernehmendem Krankenhaus essenziell ist.

Implikationen aus der Landeskatastrophenschutzübung des Landes „Akut 2016“

Dr. med. Robert Stöhr weist darauf hin, dass „aus Sicht des Rettungsdienstes Infektionsgefahren unbekanntes Ausmaßes alltägliche Gefahren darstellen. Entsprechende Versorgungsstrategien, Hygienepläne und adäquate Schutzmaßnahmen sind festgelegt. Eine entsprechende Anzahl von Ausrüstungsgegenständen wie Schutzkleidung und Desinfektionsmittel durch die einzelnen Fahrzeugbesatzungen werden zunächst in ausreichenden Mengen mitgeführt. Die Versorgungsstrategie dient dem Schutz des Personals und der Vermeidung von Kontaminationen bei der individuellen Versorgung einer begrenzten Anzahl Betroffener.

Im Falle einer sich, analog des beübten Szenarios, aufwachsenden Lage mit mehreren Betroffenen oder auch mit mehreren räumlich getrennten Gruppen von Betroffenen kommt dem Rettungsdienst zunächst die Aufgabe der Eingrenzung und Erkennung der Situation zu. Dies ist eine richtungsweisende „Torwächterfunktion“, an welcher bereits die Weichen zur Eindämmung einer sich potenziell weiter ausbreitenden Infektionsgefahr gestellt werden können und müssen.

Hieraus resultiert neben der Notwendigkeit einer konkreten Aus- und Weiterbildung der einzelnen Mitarbeiter im Rettungsdienst auch die Definition von Verantwortlichkeiten und die Verfügbarkeit klar definierter

Strukturen, in denen eine Führung der Lage möglich ist.

Hierfür kommen aus rettungsdienstlicher Sicht zunächst die taktische Einheit aus **Organisatorischem Leiter Rettungsdienst** und dem **Leitenden Notarzt** zum Einsatz, deren Einsatz üblicherweise gemäß der Zahl der „Betroffenen“ und unbeschadet der Ursache erfolgt. Die entsprechenden Strukturen sind jeweils geregelt und ebenfalls hinterlegt. Die Kommunikation mit der Leitstelle steht hier im Vordergrund.

In diesem Zusammenhang kommt es im Rahmen eines solchen Szenarios zur Involvierung zusätzlicher Mittel und Kräfte, deren apparativ-technische Ausstattung geeignet sein muss, eine entsprechende Ausweitung der Lage zumindest zu begrenzen und zu beherrschen.

Generell stellt sich hierbei die Frage nach der zu erwartenden Dauer der Lage im prähospitalen Umfeld, da sich hieraus weitreichende Konsequenzen ergeben. Hier ist primär die Logistik zur Nachführung von Einsatzkräften und Verbrauchsmaterialien wie Schutzanzügen, Desinfektionsmitteln und Medikamenten anzuführen. Ebenso entsteht im Verlauf ein potentieller Konflikt zwischen anzustrebender individualmedizinischer Versorgung und der Gefahrenabwehr im Sinne einer frühzeitigen (lokalen) Eindämmung einer Infektionsgefahr.

Aus rettungsdienstlicher Sicht müssen für die Bearbeitung einer sich aufwachsenden infektiologischen Lage im Vorfeld folgende Fragen gestellt und beantwortet sein:

- Ist das Personal im Rettungsdienst genug für ein solches Einsatzszenario ausgebildet und können Bedrohungslagen frühzeitig erkannt werden?
- Stehen ausreichend Mittel und Kräfte zur Verfügung oder sind sie abrufbar?
- Sind für diesen Fall lokale Handlungsrichtlinien oder SOP definiert und bekannt?
- Ist ein solches Szenario in den Planungen für Großschadenslagen definiert?
- Sind die Beschränkungen einer präklinischen Versorgung auch

den Schnittstellenpartnern bekannt?

- Sind die seitens der Träger Rettungsdienst vorliegenden Planungen auf regionaler Ebene bekannt und mit den Schnittstellenpartnern konsentiert?
- Haben die Krankenhäuser im Versorgungsgebiet ihre Versorgungsmöglichkeiten definiert und kommuniziert?
- Ist eine klare Führungs- und Kommunikationsstruktur verfügbar, in welcher auch Weisungen umgesetzt werden können?
- Sind seitens der Gesundheitsämter die Versorgungsmöglichkeiten und Ausstattung des Rettungsdienstes bekannt?
- Welche Infektionsgefahren können mit der vorhandenen Schutzausrüstung beherrscht werden?
- Erfolgt eine permanente Rückkopplung und Kommunikation zwischen allen Beteiligten während des Einsatzes?
- Sind Strategien zur Berücksichtigung von Vorlaufzeiten und bei gegebenenfalls nicht verfügbaren Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten verfügbar?

Aus Sicht des Trägers Rettungsdienst im Landkreis Leipzig kam diesen Punkten eine wesentliche Bedeutung zu. Von großem Vorteil war die langjährig bestehende Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und die frühzeitig klar definierte Kommunikationsstruktur und Besprechungskultur im Einsatz, welche den Führungskräften im Einsatz einen permanenten gemeinsamen Abgleich der jeweiligen Maßnahmen ermöglicht hat. Ebenso wichtig für die Bearbeitung des Einsatzes waren die ausreichende Vorhaltung der jeweiligen Schutzausrüstung und die frühzeitig Kommunikation mit den involvierten Kliniken. Hierdurch konnten die wesentlichen Fallstricke wie Kommunikations- und Schnittstellenprobleme vermieden werden. Die Übertragbarkeit des Einsatzszenarios auf eine realistische Einsatzsituation ist aus notfallmedizinischer Sicht jedoch nur eingeschränkt gegeben.“ Für den öffentlichen Gesundheitsdienst kann schlussfolgernd einge-



Staatsministerin Barbara Klepsch im Gespräch mit Einsatzkräften während der Vollübung am 29. Oktober 2016 © SMS

schätzt werden, dass die Vorbereitung und Durchführung der Übung ein notwendiges und sinnvolles Instrument zur Überprüfung aller Maßnahmepläne für besondere Infektions-Gefahrenlagen und zur Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen Partner war. In Auswertung der Übung gilt es nun, die rechtlichen Grundlagen und Maßnahmepläne zu aktualisieren und danach noch besser mit den Gesundheitsämtern und anderen betroffenen Institutionen zu kommunizieren, die Zusammensetzung und Aufgabenverteilung der Krisenstäbe Infektionsschutz zu überdenken und die Mitglieder besser in Stabsarbeit zu schulen. Und natürlich: weitere Übungen zu planen und durchzuführen.

Interessenkonflikte: keine

Korrespondierende Autorin:
Dipl.-Med. Heidrun Böhm
Referatsleiterin Öffentlicher Gesundheitsdienst
und Infektionsschutz
Sächsisches Staatsministerium für Soziales
und Verbraucherschutz
Albertstraße 10, 01097 Dresden
E-Mail: heidrun.boehm@sms.sachsen.de