



Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



6 • 2019

REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG – GROSSSCHADENSEREIGNISSE AUF DEM SCHIRM?

Reform der Notfallversorgung – Großschadensereignisse auf dem Schirm?



- 4 Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



- 6 Notfallversorgung unter Extremsituationen – aus der Sicht des DRK**
Prof. Dr. med. Peter Sefrin
Bundesarzt des DRK



- 11 Fokus Krankenhäuser: Neustrukturierung der Notfallversorgung in Deutschland – Großschadensereignisse auf dem Schirm?**

Prof. Dr. med. Thomas Wurmb

Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Würzburg



Dr. med. Barbara Kowalzik

Referat Schutz der Gesundheit, Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Bonn



- 17 Wie gut kann man auf das Udenkbare vorbereitet sein?**

Tino Sorge MdB

Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, CDU



- 21 Reform der Notfallversorgung – eine Chance für den Blick aus der Patientensicht**

Mario Czaja

Präsident Berliner Rotes Kreuz e.V.



- 26 Mehr Vernetzung für unverzügliche Hilfe im Notfall**

Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB

Obfrau der Grünen-Bundestagsfraktion im Ausschuss für Gesundheit des deutschen Bundestags



- 30 Notfallversorgung neu denken – Jede Minute zählt**

Prof. Dr. Andrew Ullmann MdB

Obmann der FDP-Bundestagsfraktion im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags



- 34 Überlegungen zur medizinischen Versorgung von Menschen in Notfällen bei „Großschadensereignissen“ sowie im Verteidigungsfall gem. Art. 80 a, 115 a GG**

RA Jörg Müssig

Fachanwalt für Medizinrecht / Justiziar des Verbandes der Feuerwehren in NRW e.V.



- 39 Rettungsversuche – zur Reform der Notfallversorgung**

Wulf-Dietrich Leber

Abteilungsleiter Krankenhäuser, GKV-Spitzenverband



- 42 Es gibt Bereiche wo ich sage: „Das kann schiefgehen!“**

Albrecht Broemme

Vorstandsvorsitzender Zukunftsforum öffentliche Sicherheit (ZOES)

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wer beschäftigt sich schon gern mit Notfällen? Die Reform der Notfallversorgung macht vor allem Fortschritte, weil alle Beteiligten mit der aktuellen Situation unzufrieden sind – an erster Stelle Ärztinnen und Ärzte in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser, dicht gefolgt von den dort arbeitenden Pflegekräften. Auch die Geschäftsführungen der Häuser beklagen die defizitäre Situation. Die ambulante Versorgung sieht sich übergangen, Patientinnen und Patienten leiden unter stundenlangen Wartezeiten im Krankenhaus. Sie wissen wohl nicht, dass ihnen im notärztlichen Versorgungsangebot der Vertragsärzte oft bestens geholfen worden wäre. Kurz: Die Reform der Notfallversorgung wird Realität, weil es wie heute nicht weitergehen kann und darf und alle Seiten unter Handlungsdruck stehen. Die pure Not zwingt alle, sich mit Notfällen zu befassen.

Im vorliegenden Heft der Reihe iX-Forum wollen wir durch eine ausführliche Beschäftigung mit dem Notfall über die begrenzte Welt der individuellen Gesundheitsversorgung hinaus einen Schritt weitergehen. Denn entsprechende Strukturen und Einrichtungen müssen nicht nur verfügbar sein, wenn der Blinddarm piekt, oder ein Verkehrsunfall die A4 wieder einmal lahmlegt. Darüber hinaus verlassen wir uns auch auf die Strukturen unseres Systems, wenn Terror, Katastrophen, Großschadensereignisse oder gar ein kaum mehr denkbarer Verteidigungsfall das Land erschüttern. Diese Lagen sind noch ungleich komplizierter, denn die Verantwortung wird in diesen Fällen nicht mehr allein zwischen den unterschiedlichen Sektoren innerhalb des Gesundheitssystems aufgeteilt. Je nach Schadensereignis sind Länder, Kommunen oder auch das Innenministerium des Bundes zuständig. Das sind ideale Voraussetzungen, um den Schwarzen Peter munter hin und her zu schieben und zu hoffen, dass schon nichts Schlimmeres geschehen möge.

Bisher hat alles einigermaßen akzeptabel funktioniert. Das Zugunglück von Eschede vor gut 20 Jahren erschüt-

terte uns zu einer Zeit, als die Sicherheitsreserven des Gesundheitswesens noch nicht durch anhaltenden Wettbewerbsdruck genull gefahren worden waren. Der Terroranschlag am Berliner Breitscheidplatz ereignete sich in einer mit maximalversorgenden Krankenhäusern gut ausgestatteten Metropolregion. Epidemien und Pandemien, wie SARS, Corona oder Ebola ließen uns ausreichend Zeit zur Vorbereitung und trafen dann auf hervorragend präparierte Strukturen, in denen Verantwortung und Zuständigkeiten klar geregelt waren – und wohl auch heute sind.

Dass eine Gesundheitsversorgung in unvermittelt eintretenden Katastrophen und Großschadensereignissen oder gar im Verteidigungsfall keineswegs derart wohlgeordnet sein wird, steht zu befürchten. Umso wichtiger wäre es, für die Reform der Notfallversorgung Großschadensereignisse, den Verteidigungsfall, Pandemien, etc. gleich mit zu regeln – oder die jetzigen Planungen zumindest für weiterführende Regelungen anschlussfähig zu machen. Doch davon findet man in den aktuellen Entwürfen des Bundesgesundheitsministeriums nichts. Auch in der BMG-Beauftragung an den Sachverständigenrat Gesundheit – dessen entsprechendes Gutachten dann wieder Grundlage für die aktuellen BMG-Aktivitäten war – findet man das Thema Großschaden nicht. Übrigens zum Bedauern des SVR-Vorsitzenden, wie er uns gegenüber versicherte. Dass sich das Ministerium unter diesen Umständen nicht berufen sah, zum vorliegenden Heft einen Beitrag beizusteuern, ist nicht beruhigend, aber schon beinahe konsequent.

Es besteht damit die Gefahr, dass wir zwar die Notfallversorgung reformieren, aber deren Verknüpfungen mit einer dringenden Reform der Regelungen für den Katastrophenschutz, anderen Großschadensereignissen oder für den Verteidigungsfall auf der Strecke bleiben.

Dies kann gravierende Folgen haben. Der Wettbewerbsdruck im Gesundheitswesen führt nicht nur mehr und mehr dazu, dass „unproduktive“ Sicherheitsreserven abgeschmolzen werden. Kein Geheimnis ist auch das Ziel,

mit der Reform der Notfallversorgung die Krankenhauslandschaft weiter unter Druck zu setzen und damit zu bereinigen.

Wie der Blick nach Dänemark und eine Reihe nationaler und internationaler gesundheitsökonomischer Veröffentlichungen zeigt, kann dies aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung ein durchaus vernünftiges Ziel sein. Kaum vernünftig ist es aber, diesen Bereinigungsprozess nicht planerisch am Bedarf auszurichten und keinen strukturierten Anschluss an den Zivil- und Katastrophenschutz vorzusehen. Verkehrspädagogen werden nicht müde, Autofahrer kontinuierlich an einen adäquaten Sicherheitsabstand zu erinnern. Im Gesundheitswesen verfestigt sich jedoch der Eindruck, dass wir mehr und mehr dazu übergehen, bei Tempo 200 Stoßstange an Stoßstange zu fahren.

Gemeinsam mit dem Deutschen Roten Kreuz will das vorliegende Heft des iX-Forums aus all diesen Gründen eine mahnende Stimme erheben und in aller gebotenen Vorsicht darauf hinzuweisen, dass der Wettbewerb ein taugliches Instrument für einen Effizienzdruck sein mag, dass aber wettbewerbliche Strukturen kaum dazu geeignet sind, notwendige Krisenstrukturen für den Ernstfall vorzuhalten, zu bewahren oder gar aufzubauen. Auch

eine funktionierende Feuerwehr ist als wettbewerbliches Modell nur schwer vorstellbar.

Bei der Absicherung im Katastrophenfall laufen wir Gefahr, dies alles zu vergessen. Verantwortlich dafür ist vor allem die strenge Ressortaufteilung der politischen Verantwortung. Innenpolitiker scheinen im Glauben zu leben, das Gesundheitssystem werde es schon richten. Im Gesundheitssystem hat sich der Wettbewerb in den letzten Jahren als ein recht erfolgreicher Sanierer erwiesen, obwohl damit Kind und Bad gleich an mehreren Stellen in das allgemeine Meer der Euphorie geschüttet wurden.

Mit diesem Heft des iX-Forum wollen wir davor warnen, gerade im Bereich des Zivil- und Katastrophenschutzes, die Wettbewerbs- und Effizienzschraube zu überdrehen. Die Autorinnen und Autoren haben die Problematik der abschmelzenden Vorhalte-Finanzierung aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Sie wollen dazu anregen, die jetzigen Überlegungen zur Notfallversorgung an die nächsthöhere Dimension, zu gestalten. Für eine vorausschauende Politik erscheint es nicht zu rechtfertigen, angesichts einer vermutlich defizitären Notfallversorgung im Katastrophenfall den Kopf in den Sand zu stecken.

*Wir wünschen Ihnen bei der Lektüre
ein kreativ-kritisches Vergnügen!*



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kloepper

Fokus Krankenhäuser: Neustrukturierung der Notfallversorgung in Deutschland – Großschadens- ereignisse auf dem Schirm?

Prof. Dr. med. Thomas Wurmb

Sektion Notfall- und
Katastrophenmedizin der Klinik
und Poliklinik für Anästhesiologie,
Universitätsklinikum Würzburg

Dr. med. Barbara Kowalzik

Referat Schutz der Gesundheit,
Bundesamt für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe, Bonn



*Krankenhäuser sind Teil der kritischen Infrastruktur
Deutschlands. Es mangelt jedoch an Bewusstsein für
diese Tatsache und den draus folgenden Konsequenzen.*

Krankenhäuser spielen eine tragende Rolle in der Alltagsversorgung von Patienten, darüber hinaus aber auch bei der Bewältigung von Großschadensereignissen und Katastrophen bis hin zur Versorgung von Opfern aus kriegsrischen Konflikten und Kriegshandlungen. Die Analyse und Auswertung von Terroranschlägen verdeutlichen dies. In Paris wurden in der Anschlagssnacht vom 13. November 2015 in 17 Krankenhäusern ca. 300 Terroropfer behandelt, wobei das Krankenhaus mit den meisten Aufnahmen 53 verletzte Patienten behandelte^{1,2}. Weitere Beispiele sind die Anschläge von Madrid und London^{3,4}. Bei dem Sarin-Anschlag in Tokio wurden in einem einzigen Krankenhaus innerhalb der ersten Stunde 500 Patienten aufgenommen⁵. Mit solchen außergewöhnlichen Herausforderungen müssen sich Krankenhäuser auch in Deutschland, aber vor allem auch alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen und der Politik intensiv auseinandersetzen.

Krankenhäuser sind Kritische Infrastrukturen

Krankenhäuser gehören zu den Kritischen Infrastrukturen. Dies bedeutet, dass aufgrund ihrer herausragenden Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung der akute Ausfall eines oder mehrerer Krankenhäuser eine erhebliche Gefährdung des Gemeinwesens oder nachhaltig wirkende Versorgungsengpässe nach sich ziehen würde⁶. Um der Kernaufgabe, der Versorgung von Patienten gerecht zu werden, bedarf es einer hinreichenden Personal- und Gebäudestruktur sowie einer funktionierenden Technik und Logistik. Aufgrund dieser Komplexität sind Krankenhäuser anfällig gegen eine Vielzahl von akuten Störungen und Schadenslagen unterschiedlichster Ursachen. Hat eine Schadenslage Auswirkungen auf die Kernaufgabe eines Krankenhauses, geht damit ein Gefährdungspotential für die Gesundheit von Menschen (Patienten, Personal und/oder Besucher) einher.

Krankenhaus Alarm- und Einsatzplanung (KAEP)

Um außergewöhnlichen Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es einer sorgfältigen Vorbereitung und Planung seitens der Krankenhäuser. Eine Verpflichtung zur Alarm- und Einsatzplanung ergibt sich nicht nur aus dem Ziel, das eigene Unternehmen vor Schaden zu bewahren, eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten und bestmöglich auf Ausnahmesituationen vorbereitet zu sein. Krankenhäuser sind darüber hinaus gesetzlich verpflichtet, sich auf außergewöhnliche Lagen vorzubereiten. Diese Verpflichtungen sind unter anderem in den Krankenhaus- oder Katastrophenschutzgesetzen der Länder, dem Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG), im Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG) des Bundes und in den Feststellungsbescheiden (Aufnahme in den Krankenhausplan eines Bundeslandes) der Krankenhäuser festgeschrieben. Eine Finanzierung dieser weit über die Regelversorgung hinausgehenden Aufgaben ist hingegen nicht geregelt.

Rechtliche Zuständigkeiten

Die Verantwortung für die Krankenhausalarm- und Einsatzplanung liegt bei den einzelnen Bundesländern. Diese sind auch für die Bewältigung von Katastrophenereignissen zuständig, während Alltagsereignisse auf kommunaler, Großschadensereignisse unterhalb der Katastrophenschwelle auf bezirksregionaler Ebene bewältigt werden müssen. Der Zivilschutz als Teilbereich der Zivilen Verteidigung obliegt dem Bund (GG 73 Abs. 1, Satz 1). Der Bund ergänzt den Katastrophenschutz der Länder für die Bedarfe im Zivilschutz. Die Bundesländer dürfen in Katastrophenfällen auf die Vorhaltungen des Bundes für den Zivilschutz zugreifen (Integriertes Hilfeleistungssystem). Die Zivile Verteidigung umfasst alle nichtmilitärischen Maßnahmen im Rahmen der Gesamtverteidigung, die sich in die Hauptaufgabenbereiche Aufrechterhaltung der Staats- und Regierungsgewalt, Versorgung der Bevölkerung und der Streitkräfte mit Gütern und Leistungen, Unterstützung der Streitkräfte und eben den Zivilschutz

unterteilt. Zum Zivilschutz gehören insbesondere auch Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit. Darüber hinaus werden Krankenhäuser in der Zivilen Verteidigung auch im Bereich der Unterstützung der Streitkräfte gefordert. Die Vorbereitungen für die Zivile Verteidigung bauen im Bevölkerungsschutz auf den Planungen für die friedensmäßige Krisenbewältigung auf ⁷.

Im Sommer 2016 veröffentlichte die Bundesregierung die Konzeption Zivile Verteidigung (KZV)⁸. Die KZV gibt den Rahmen der Anforderungen an die Zivile Verteidigung und Notfallvorsorge des Bundes vor. Darunter fällt auch der Schutz der Gesundheit, weshalb auch die Krankenhäuser in Deutschland unmittelbar betroffen sind. Dass Krankenhäuser eine entscheidende Rolle bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung spielen und dies eine außergewöhnliche und kaum zu bewältigende Herausforderung darstellt, steht außer Frage.

Finanzierung und Umsetzung der KAEP in Deutschland

Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland basiert auf einem dualen System; auf der einen Seite steht die Investitionskostenfinanzierung, auf der anderen Seite die Betriebskostenfinanzierung. Die Investitionskostenfinanzierung leitet sich von der Daseinsvorsorge ab und ist Aufgabe der Länder. Die Betriebskosten zur Finanzierung der Leistungserbringung hingegen werden durch die Krankenkassen aufgebracht. Entscheidend im Hinblick auf die Vorbereitung auf Großschadensereignisse ist hierbei, dass dieses Finanzierungssystem nur die Regelversorgung abdeckt. Personal, Material und Raumbedarf, die zur Vorbereitung auf und zur Bewältigung von Großschadenslagen in zusätzlicher Quantität und Qualität erforderlich sind (Vorhaltung), werden hier nicht berücksichtigt. Damit fehlt die tragfähige Basis für darauf aufbauende Katastrophen- und Zivilschutzplanungen. Da die erforderlichen Ressourcen in der Regelversorgung nur bedingt zum Einsatz kommen, handelt es sich bei der Krankenhausalarm- und Einsatzplanung letztlich um Vorhaltekosten, deren Finanzie-

rung im derzeitigen System nicht abgebildet ist und die notwendigerweise geregelt werden muss.

Neustrukturierung und Reform der Notfallversorgung in Deutschland

Derzeit gibt es in Deutschland keine gemeinsame sektorenübergreifende Planung der Notfallversorgung. Die fehlende Verbindung der 3 Sektoren (Vertragsärztliche Versorgung, Rettungsdienst und Notaufnahmen der Krankenhäuser), die zur Versorgung von Notfallpatienten in Deutschland zur Verfügung stehen, ist nach Einschätzung des Sachverständigenrates eine Ursache für die mangelnde Effizienz des Systems⁹. So kommt es nach dieser Einschätzung in steigendem Maße zu einer Fehlverteilung der Notfallpatienten und einer Überlastung der einzelnen Sektoren durch Patienten, die in einem der anderen Sektoren möglicherweise besser versorgt gewesen wären [9]. Die geplante Neustrukturierung der Notfallversorgung in Deutschland hat das Ziel, eine bessere Steuerung der Patientenströme und eine medizinisch sinnvolle Verteilung der Notfallpatienten auf das richtige Versorgungslevel zu erreichen¹⁰. Als fachliche Basis dient die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen durch den Sachverständigenrat⁹. Seit Januar 2020 liegt der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Notfallversorgung vor¹⁰. Als wesentliche Steuerelemente sind hier die Etablierung eines Gemeinsamen Notfallleitsystems (GNL), von Integrierten Notfallzentren (INZ) unter Leitung der Kassenärztlichen Vereinigung und die Aufführung des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment im SGB V zu nennen. Die Kosten für die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen und des Brand- und Katastrophenschutzes sind unberücksichtigt. Die Vorbereitung der Krankenhäuser auf Großschadensereignisse bleibt in dem Referentenentwurf gänzlich unerwähnt. Die Vergütungen der erbrachten Leistungen im Rahmen einer Patientenbehandlung wären über die entsprechenden Fallpauschalen abgebildet. Nicht so die Kosten für die zwingend notwendige Finanzierung der Vorhaltekosten. Erschwerend kommt hinzu,

dass die Krankenhäuser, denen kein Standort eines INZ zugesprochen wird, einen Abschlag von 50% bei der Vergütung der erbrachten ambulanten ärztlichen Leistung hinnehmen müssen. Dies wird mittelfristig dazu führen, dass sich die Zahl der Krankenhäuser, die der Notfallversorgung zur Verfügung stehen, deutlich reduzieren wird. Damit gehen Ressourcen der Notfallversorgung, die zur Bewältigung von Großschadensereignissen benötigt werden, verloren; dies ist als kritisch einzustufen.

Auch im G-BA Beschluss zur gestuften Notfallversorgung mit einem Auf- und Abschlagsystem bei fehlenden Struktur- und Organisationselementen sind die Vorhaltekosten für die KAEP nicht abgebildet oder berücksichtigt.

Es ist damit offensichtlich, dass sich die geplanten Reformen ausschließlich auf die Organisation und Finanzierung von Leistungen der Regelversorgung beziehen. Die Finanzierung der Vorhaltungen für Großschadensereignisse sind ausgenommen. Dadurch fehlt die notwendige Basis für darauf aufbauende Planungen für den Katastrophen- und Zivilschutzfall. Es scheint dringend geboten, dass sich Krankenhäuser, Krankenhausträger, G-BA, Kassenärztliche Vereinigung, Gesetzliche und Private Krankenkassen sowie Länder und Bund zu Gesprächen zusammenfinden, um konstruktive Lösungen zur Finanzierung zu erarbeiten. Die Finanzierung muss sowohl für die präklinische als auch die klinische Planung der Vorhaltung zwingend geklärt und in die Reform der Notfallversorgung integriert werden.

KAEP – was soll geplant werden?

Unabhängig davon, wie die Finanzierung der Vorbereitung auf Großschadenslagen, Katastrophen oder beispielsweise den Verteidigungsfall ausgestaltet wird, ist vorher zwingend zu klären, von welchem Ausmaß der Vorbereitung und Planung überhaupt auszugehen ist. Die Frage, welche Vorhaltungen Krankenhäuser leisten sollen und welches Schutzziel dabei verfolgt werden soll, ist von entscheidender Bedeutung. Tabelle 1 beschreibt drei Ver-

sorgungslevel in Bezug auf die Verfügbarkeit von Personal, Material und Räumlichkeiten; die Individualversorgung, die limitierte Notfallversorgung und die Krisenversorgung (modifiziert nach ¹¹).

Es stellt sich nun die Frage, für welches dieser Versorgungslevel die Krankenhaus Alarm- und Einsatzplanung in Deutschland ausgelegt sein soll. Ziel muss es sein, durch eine strukturierte KAEP möglichst lange das Versorgungslevel der limitierten Notfallversorgung aufrecht zu erhalten. Wenn man sich auf dieses Ziel festgelegt hat, müssen realistische und zumutbare Planungen und Maßnahmen definiert werden, die geeignet sind dieses Ziel zu erreichen.

Die Vorhaltung für Katastrophen oder den Verteidigungsfall hingegen kann nicht mehr individualmedizinisch gedacht und geplant werden; ab einem bestimmten Schadensausmaß muss vielmehr von einer echten Krisenversorgung ausgegangen werden. Beispiele für solche Lagen sind dynamische Flächenlagen mit Zerstörung der Infrastruktur. Hier ist eine Grenze der sinnvollen Vorbereitung zur Aufrechterhaltung der Individualversorgung erreicht. Dies offen zu diskutieren und dafür einen möglichst breiten Konsens zu erzielen, wäre ein großer Schritt in die richtige Richtung.

Fazit:

1. Um eine sinnvolle Vorhaltung im Rahmen der KAEP zu planen, ist es essentiell sich auf das Versorgungslevel zu einigen, für das diese Vorhaltung ausgelegt sein soll. Dies kann realistisch nur bis zu dem Level der Limitierten Notfallversorgung geleistet werden. Die Vorbereitung innerhalb eines solchen Rahmens muss (in Abhängigkeit von der Art des Krankenhauses) verpflichtend sein, und die Finanzierung muss geregelt sein.
2. Es muss akzeptiert werden, dass es ab einem bestimmten Schadensausmaß eine Reduktion der Versorgungsqualität geben wird. Andernfalls ist eine rea-

listische Vorhaltung nicht zu verwirklichen und nicht finanzierbar! Es muss ebenso akzeptiert werden, dass eine Schadenslage, deren Ausmaß über den o.g. Rahmen hinausgeht nicht mehr unter individualmedizinischen, sondern nur unter katastrophenmedizinischen Gesichtspunkten (nicht das funktionelle Outcome des Einzelnen, sondern das Überleben möglichst Vieler steht im Vordergrund) bewältigt werden kann. Gewohnte und anerkannte medizinische Standards der Regelversorgung müssen unter diesen Umständen verlassen werden, um das Versorgungsziel zu erreichen. Hierüber braucht es einen gesamtgesellschaftlichen Diskurs und eine breite Akzeptanz.

3. Für den unter 1. genannten Rahmen ist eine verbindlich geregelte Finanzierung notwendig. Dies ist im aktuellen Entwurf zur Reform der Notfallversorgung nicht abgebildet. Für die Grundstruktur KAEP, die notwendige Personalausstattung der Planung und für das Level „Limitierte Versorgung“ müssen im Finanzierungssystem der Krankenhäuser Mittel bereitgestellt werden.
4. Die Fähigkeit zur notfallmedizinischen Versorgung sollte in möglichst vielen Krankenhäusern erhalten bleiben, um das Level der Limitierten Notfallversorgung selbst in dynamischen Schadensereignissen mit einer großen Zahl von Patienten und eventuell auch auch mit Schäden an der Infrastruktur zu realisieren.

Quellen:

- ¹ Haug C.J. *Report from Paris. N Engl J Med* 2015 373:27 2589-2593
- ² Hirsch M, Carli P, Nizard R, Riou B, Baroudjian B, Baubet T, et al. *on behalf of the health professionals of Assistance Publique_Hôpitaux de Paris (APHP.) The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. The Lancet* 2015; 386:2535-2538
- ³ Turegano-Fuentes F, Caba-Doussoux P, Jover-Navalon JM, Martin-Perez E, Fernandez-Luengas D, Diez-Valladeres L, et al. *Injury Patterns from Major Urban Terrorist Bombings in Trains: The Madrid Experience. World Journal of Surgery* 2008; 32:1168-1175
- ⁴ Alwyn C, König TC, Brennan N, Shirley PJ, Davies G, Walsh M, Brohi K. *Reduction in critical mortality in urban mass casualty incidents: analysis of triage, surge and resource use after the London bombings on July 7, 2005. The Lancet* 2006; 368:2219-2225]
- ⁵ Okumara T, Suzuki K, Fukada A, Kohama A, Takasu N, Ishimatsu S, et al. *The Tokyo Sarin Attack: Disaster Management Part 2 – The Hospital Response. Academic Emergency Medicine* 1998 5: 618-624
- ⁶ Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). *Schutz kritischer Infrastruktur: Risikomanagement im Krankenhaus. 1/2012. www.bbk.de*
- ⁷ Kippnich M, Kowalzik B, Cermak R, Kippnich U, Kranke P, Wurmb T. *Katastrophen- und Zivilschutz in Deutschland. Anaesthesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerzther* 2017; 52: 606-617
- ⁸ <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/.../konzeption-zivile-verteidigung.pdf>, letzter Zugriff am 24.03.2017
- ⁹ https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf, letzter Zugriff 02.01.2020
- ¹⁰ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html>; letzter Zugriff am 14.01.2020

¹¹ Hick JL, Sharon E, Hanfling D, Kissoon N, Dichter JR, Devereaux AV et al. Surge Capacity Principals: Care for the critically ill and injured during pandemics and disasters – CHEST Consensus Statement. Chest 2014; 146 (Suppl) e15 –e16s

Individualversorgung	Der Einsatz von Personal und Ausrüstung sowie die Raumnutzung entsprechen den alltäglichen Routineabläufen. Alle drei Komponenten sind in einem ausreichenden Maß verfügbar, um im Rahmen einer besonderen Schadenslage eine normale Patientenversorgung sicherzustellen. Es gelten die üblichen Standards der Regelversorgung.
Limitierte Notfallversorgung	Personal, Ausrüstung und Raumkapazität sind zur Bewältigung einer Schadenslage nicht in ausreichendem Maß vorhanden. Der Einsatz von Personal und Ausrüstung sowie die Raumnutzung entspricht nicht mehr den alltäglichen Routineabläufen. Eine den üblichen Standards entsprechende Patientenversorgung ist nur durch erweiterte Maßnahmen (Etablierung einer Führungsstruktur, Sichtung, Raumordnung, Personalkonzept etc.) aufrechtzuerhalten.
Krisenversorgung	Personal, Ausrüstung und Raumkapazität sind zur Bewältigung einer Schadenslage nicht ausreichend, um eine den Standards der Regelversorgung entsprechende Patientenversorgung zu gewährleisten. Auch erweiterte Maßnahmen sind hierfür nicht ausreichend. Die Versorgung des einzelnen Patienten wird eingeschränkt, um möglichst vielen Menschen das Überleben zu ermöglichen. Die Behandlung findet nicht mehr unter individualmedizinischen Gesichtspunkten statt; nicht das funktionelle Outcome des Einzelnen, sondern das Überleben möglichst Vieler steht nun Vordergrund.

Tabelle 1: Stufen der Versorgung im Großschadensfall oder Katastrophe (modifiziert nach [11]):