

Management in Ausnahmesituationen

Taktisches Vorgehen in biologischen Gefahrenlagen

Im öffentlichen Gesundheitsdienst und vor allem in Krankenhausrichtungen gewinnen biologische Gefahrenlagen zunehmend an Bedeutung. Das beim Auftreten des Verdachts einer hochkontagiösen, lebensbedrohlichen Erkrankung notwendige taktische Vorgehen hängt weniger von der pflegerischen bzw. medizinischen Qualifikation des Personals ab, als mehr vom Wissen wie bei speziellen Bedrohungen der Übergang von Routineabläufen in spezielle Notfallverfahren erfolgen soll. Um in Ausnahmesituationen handlungsfähig zu bleiben, sollten Gesundheitseinrichtungen, so wie alle Organisationen, die mit höchster Zuverlässigkeit arbeiten müssen, ein Notfallführungssystem etablieren, das Verantwortlichkeiten zuweist, Checklisten bereithält, Kommunikationswege festlegt und den Verantwortlichen alle notwendigen Unterlagen zur Verfügung stellt, um die Ausnahmesituation in den Griff zu bekommen.

Einleitung

Es ist immer wieder festzustellen, dass das Thema Führung in außerordentlichen Lagen in Gesundheitseinrichtungen nur nachrangige Beachtung findet. Der Grund hierfür liegt vermutlich darin, dass Führungskräfte aller Ebenen der festen Überzeugung sind, mit den gewohnten Methoden aus dem täglichen Betrieb auch in Ausnahmesituationen das Auslangen zu finden. Ein gefährlicher Trugschluss, denn viele Ereignisse wurden erst zu Notfällen und in weiterer Folge zu Katastrophen, weil die handelnden Personen kein Aufsehen erregen wollten und die geplanten Notfallkonzepte nicht in Gang gesetzt haben. Gerade Spitäler gehören zu den Organisationen, die mit höchster Zuverlässigkeit arbeiten müssen, weil besondere Risiken zum Betriebsalltag gehören. Ein Blick in die Notaufnahme oder in den Operationsaal zeigt, dass das dort arbeitende Personal sich von außergewöhnli-

chen Situationen nicht überrumpeln lässt, sondern durch klare Führungsentscheidungen rechtzeitig vordefinierte Bewältigungsstrategien zum Einsatz bringt. Diese Selbstverständlichkeit, Notfallprozeduren rechtzeitig zu aktivieren, sollte über die klassischen Akutbereiche hinaus in allen Prozessen des Krankenhauses Anwendung finden.

Auch für den Bereich des Infektionsschutzes bzw. der Krankenhaushygiene gibt es meist klare Regelungen und Prozeduren, die beim Auftreten eines Verdachts ausgelöst werden sollten. Für Infektionskrankheiten, die im Routineportfolio der Krankenhäuser regelmäßig abgearbeitet werden müssen, funktioniert dieses Hygienemanagement sehr gut. Auch werden in diesem Zusammenhang über die Hygienefachgremien gezielt Maßnahmen weiterentwickelt, die gut in die Hygiene-prozeduren der Krankenhäuser eingearbeitet werden können. Eine große Herausforderung besteht bei diesen Maßnahmen immer dann, wenn es sich um ein diffuses Verdachtsszenario, wie dem einer hochkontagiösen und lebensbedrohlichen Infektion handelt, deren

Beurteilung des Managements dieser speziellen Ausnahmesituation geben.

Ausgangslage

Von großen Seuchen und akut lebensbedrohlichen hochkontagiösen Erkrankungen war zumindest in Mitteleuropa lange nicht mehr die Rede, bis im Jahr 2001 in den USA die ersten durch terroristische Aktivitäten hervorgerufenen Anthrax-Fälle aufgetreten sind. Unverzüglich haben sich zunächst in den USA und Großbritannien sowohl Behörden als auch Spitäler Gedanken gemacht, wie man einen allfälligen Anfall von Milzbrand-erkrankungen oder durch andere biologische Kampfstoffe ausgelöste Krankheiten, bekannt unter dem Begriff „das dreckige Dutzend“, bewältigen kann. Die in den Jahren darauf folgenden Herausforderungen bei der SARS-Epidemie 2003, sowie einzelne Fälle von hochkontagiösen lebensbedrohlichen Erkrankungen aus dem individuellen globalen Reiseverkehr und letztendlich die Maßnahmen bezüglich Vogelgrippe- und Schweinegrippevirus, lassen auch in unseren Breiten an

Zahlreiche Verdachtsanlassfälle haben gezeigt, dass es trotz bestehender Seuchenpläne in den Spitälern sowohl Fälle nicht durchgeführter bzw. stark verspäteter Alarmauslösung als auch Fälle von „überschießenden“ Sperr- und Schutzmaßnahmen gab.

Sofortmaßnahmen nachhaltig einschränkende Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb nach sich ziehen. Zahlreiche Verdachtsanlassfälle haben gezeigt, dass es trotz bestehender Seuchenpläne in den Spitälern sowohl Fälle nicht durchgeführter bzw. stark verspäteter Alarmauslösung als auch Fälle von „überschießenden“ Sperr- und Schutzmaßnahmen gab. Die bloße Absicht im Anlassfall eine Notfallorganisation zu bilden ist wertlos, solange diese nicht bzw. nicht zeitnahe in Gang gesetzt wird. Dieser Artikel soll aus taktisch-organisatorischer Sicht einige Anregungen für die

behördlichen und organisatorischen Vorgaben keinen Mangel erkennen. Sowohl in den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV 2005) als auch in nationalen und internationalen Melde- und Lagezentren der Länder, wurden Strukturen zur Umsetzung entsprechender Maßnahmen geschaffen. In Deutschland wurden vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut (RKI) zwei Handbücher mit dem Titel „Biologische Gefahren 1 und 2“ veröffentlicht, die im Handbuch 2 „Entscheidungshilfen zu medizinisch angemessenen Vorgehens-

* Franz Seidl, MAS, MBA
SBOT Unternehmensberatung
Feldkirchen bei Graz

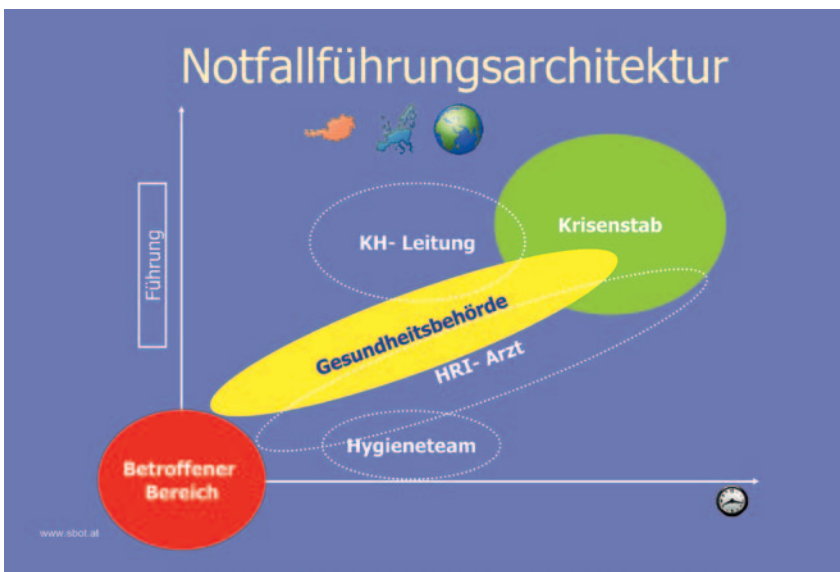


Abb. 1: Notfallführungsarchitektur

weisen in einer B-Gefahrenlage“ bereit hält. Aufgrund unterschiedlicher länderspezifischer Gesetze und Vorschriften sind Krankenanstalten dazu verpflichtet Pläne zur Bewältigung durch biologische Erreger hervorgerufener hochkontagiöser, lebensbedrohlicher Erkrankungen vorzuhalten. Diese Maßnahmen und Vorkehrungen, die in Verdachtsfällen und bei gesicherter Diagnose von hochkontagiösen, lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten wie virusbedingtem hämorrhagischem Fieber (VHF), Lungenpest, Lungenmilzbrand, humanen Affenpocken, SARS etc. zu treffen sind, erfordern zumindest,

- den Schutz des medizinischen Personals
- die sofortige Einleitung umfassender medizinischer Notfallmaßnahmen
- die sofortige Kontaktaufnahme mit der zuständigen regionalen Gesundheitsbehörde
- die Isolierung der Patienten sowie die Einschränkung des Umgangs mit Kontaktpersonen
- notwendige Maßnahmen für medizinische Einrichtungen und Geräte
- die Erfassung bisheriger Kontakte der betroffenen Personen.

Alarmierungsplanung

Will man sicherstellen, dass die vorbereiteten Einsatzmaßnahmen auch ausgelöst werden, ist es zwingend erforderlich, die Führungskompetenzen klar zu regeln. Für ein Krankenhaus ist insbesondere festzuhalten, wer außerhalb der normalen Dienstzeiten (Randzeiten, Feiertage, Wochenende) die Krankenhausführung

zu übernehmen hat und in dieser Funktion für das Auslösen der Pläne verantwortlich ist. Alle Sofortmaßnahmen müssen durch das rund um die Uhr verfügbare „Diensthabende System“ erfüllbar sein. Der sogenannte „Hochrisikoinfektion (HRI) verantwortliche Arzt“, meist der diensthabende Facharzt der Abteilung für Innere Medizin, führt das Krankenhaus bis zum Eintreffen der Krankenhausleitung. Von ihm werden nach Beurteilung der Lage wichtige Sofortmaßnahmen aktiviert. Hierbei kommt es besonders darauf an, dass sofort nach Meldung der Verdachtsdiagnose die Gesundheitsbehörde, das Hygieneteam und die Krankenhausleitung informiert bzw. alarmiert werden. Je nach Lage wird in enger Zusammenarbeit mit der Gesundheitsbehörde ein Krisenstab eingerichtet, der alle notwendigen Führungsmaßnahmen zur Bewältigung der Lage sicherstellt. (Abb. 1)

Einsatztaktische Überlegungen

Unter dem Begriff Taktik, wird die im Rahmen einer vorgegebenen Strategie (Alarm-

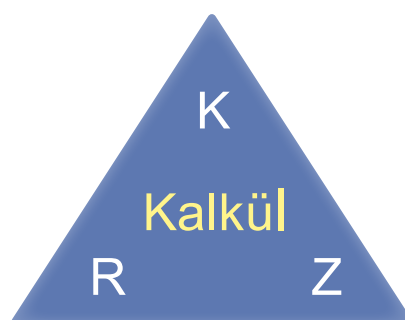


Abb. 2: Kraft-, Raum-, Zeitkalkül

und Einsatzplanung) richtige Verhaltensweise bezüglich der jeweiligen Situation verstanden. Will man taktisch gut strukturiert arbeiten, ist es sinnvoll ein Kraft-, Raum-, Zeitkalkül anzustellen.

Hierbei stellen sich die Verantwortlichen bei der Lagebeurteilung, z.B. einer biologischen Bedrohung folgende Fragen:

- Aus Sicht des betroffenen Bereiches
 - Kraft** > Welches Personal, welche Patienten, Besucher oder Geräte
 - Raum** > sind in welchem Bereich, Raum, Zone
 - Zeit** > seit wann und in welchen Verlaufsstadien der Krankheit betroffen?
- Aus Sicht der Bedrohung
 - Kraft** > Welche Erkrankung, welcher Erreger, welche Krankheitsbilder,
 - Raum** > sind wo vorhanden, gemeldet oder vermutet, wie kontagiös,
 - Zeit** > wie lange schon wirksam, mit welcher Inkubationszeit?
- Aus Sicht der Notfallverantwortlichen
 - Kraft** > Mit welchem Personal, Material, Experten, Hilfskräften, Organisationen
 - Raum** > können wir in welchem Bereich, Raum, Zone,
 - Zeit** > wann und wie lange wirksam werden?

Einsatzspezifische Charakteristika

Wie in allen anderen Alarm-Einsatzplänen eines Krankenhauses, wird auch bei Hochrisikoinfektionslagen zwischen externen und internen Anlassfällen unterschieden.

In beiden Szenarien sind nach G. Schirrmeyer¹ folgende Charakteristika feststellbar, die unter anderem dazu beitragen, dass die Lagebeurteilung eine besondere Herausforderung darstellt und in einem dynamischen Führungsverfahren erfolgen muss:

Beginn der Schadenslage

- Infektionskrankheiten beginnen mit unspezifischen Symptomen
- die Entdeckung der Erkrankung erfolgt nach der Inkubationszeit je nach Erreger mit einer Latenz von Stunden bis Monaten nach der Infektion
- die Erregerdiagnostik ist zeitaufwändig (Stunden bis Tage)
- die primäre Infektionsquelle ist anfangs meist unbekannt und schwierig zu ermitteln

¹ G. Schirrmeyer, Einsatzgrundsätze – Führungsorganisation bei biologischen Schadenslagen, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Brandenburg 2005

- Infektionsweg und -ausbreitung sind zunächst schwer zu bestimmen
- die Ausbreitungsdynamik ist schwierig zu prognostizieren
- im Verlauf können weitere Erkrankungen auftreten
- das Infektionsgeschehen ist zeitlich nicht abgrenzbar
- Infektionsfälle treten meist nicht regional begrenzt auf
- die Schwere der Infektionskrankheit ist zu Beginn nicht vorhersehbar
- der Umfang der Gefährdung der Bevölkerung ist schwierig zu beurteilen
- die Unübersichtlichkeit der Lage verursacht möglicherweise Angst und Panik

Beschreibung des Gefährdungspotentials

- Ursache des Auftretens:
 - ▶ natürlich (sporadisch, endemisch, epidemisch, pandemisch)
 - ▶ Spontanmutation (neue unbekannte Krankheit)
 - ▶ Erregerfreisetzung durch Labor- oder Transportunfälle oder absichtliche Ausbringung
- Vorkommen und Stabilität des Erregers
- Kontagiosität
- Verfügbarkeit eines Impfschutzes, Durchimpfungsrate
- Möglichkeit einer postexpositionellen Prophylaxe
- Diagnostische Möglichkeiten (klinisch, klinisch-chemisch, mikrobiologisch, immunologisch)
- Virulenz und Letalität des Krankheitsverlaufes
- Mortalitätsrate
- Verfügbarkeit medizinisch-therapeutischer Optionen

Verlaufparameter

Der weitere Verlauf des Infektionsgeschehens wird durch folgende Aspekte beeinflusst:

- Konsequente Anwendung von Hygienestandards
- Verfügbarkeit von Maßnahmen zur Desinfektion, Dekontamination und Entwesung
- Vorhandensein und Effizienz eines infektionsepidemiologischen Überwachungssystems
- Durchführung seuchenhygienischer Maßnahmen (Überwachung von Kontaktpersonen und Krankheitsausbreitung, Absonderungs-, Quarantänemaßnahmen, Prophylaxe etc.)
- Sozialstruktur der betroffenen Region
- Politisch motivierte Lagebeurteilung
- Wissens- und Aufklärungsstand der Bevölkerung

Checkliste / Betroffener Bereich		Hochrisikoinfektion	
Auflageort: Handbuch Station			
Ziel:	o Alarmierung und Sofortschutz durchführen		
Alarmierung angeordnet durch diensthabenden Oberarzt:			
Alarmierung dokumentieren: Datum: _____ Zeit: _____			
Achtung! Kein Patientenkontakt ohne Schutzmaske (FFP3 mit Ausatemventil) und Handschuhe (Sofortschutz)			
Maßnahme	Anmerkung	Zeit	
<input type="checkbox"/> Diensthabenden Internisten alarmieren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ telefonisch über die Lage informieren. ▪ Dieser leitet weitere Maßnahmen ein. ▪ Aktiviert das HRI Spezialteam 		
<input type="checkbox"/> Information der Bereichsmitarbeiter			
<input type="checkbox"/> Persönliche Schutzausrüstung anlegen	Maske, Handschuhe, etc. Einsatz in Beilage 2 dokumentieren		
<input type="checkbox"/> Verdachtspatienten FFP3 – Maske (ohne Ausatemventil) anlegen	Sofortschutz		
<input type="checkbox"/> Verdachtspatienten im Zimmer belassen	Sofortisolierung Unnötige Kontakte unterbinden Schild „Betreten verboten“ an die Zimmertür (Beilage3)		
<input type="checkbox"/> Zimmernachbarn in geräumtes Nebenzimmer verlegen	Patienten des Nebenzimmers in der Station unterbringen Schild „Betreten verboten“ an die Zimmertür (Beilage3)		
<input type="checkbox"/> Niemand und Nichts verlässt die Station!	Blut, Untersuchungsmaterial, geplante Untersuchungen absagen, Wäsche, Geschirr, Besucher, Patienten, Personal Schild „Durchgang verboten“ an die Stationstüren (Beilage 3)		
<input type="checkbox"/> Im Todesfall / keine Manipulation am Leichnam	Erfolgt durch das HRI Spezialteam		
<input type="checkbox"/> Information und Registrierung aller Anwesenden	Beilage 1		
<input type="checkbox"/> Kontakt mit den restlichen Patienten der Station mit Schutzisolierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hygieneordner ▪ Material im Stützpunkt 		
<input type="checkbox"/> HRI Spezialteam einweisen	Jeder weitere Kontakt mit dem Primärpatienten erfolgt durch das Spezialteam!		
<input type="checkbox"/> Warten auf weitere Anordnungen			

Abb. 3: Checkliste / Betroffener Bereich

- Ausbildungs- und Schulungsstand der Einsatzkräfte
- Ressourcen des Gesundheitswesens und der Gefahrenabwehr
- Reaktion und Mitwirkung der Bevölkerung und der Einsatzkräfte (Panik, Bagatellisierung)
- Wirtschaftliche Auswirkungen (durch Arbeitsausfall, Einschränkung von Personen- und Warenverkehr, Ressourcenverbrauch des Gesundheitswesens)

Externe Anlassfälle

Bei externen Anlassfällen handelt es sich entweder um einen angekündigten HRI Patienten oder um einen Massenansturm von

Infektionspatienten (Epidemie, Pandemie, Bioterrorismus). Beim angekündigten Einzelpatienten gilt es vor der Aufnahme zu entscheiden, ob das Spital die notwendigen Einrichtungen vorhält oder ein anderes Spezialzentrum für solche Patienten vorgesehen ist. Hier sollte die Organisation, die den Patiententransport durchführt, bereits in die richtigen Behandlungszentren geleitet werden.

Beim Massenansturm kann man nach D. Cwojdzinski² bezogen auf die Einsatzparameter drei Eskalationsstufen unter-

² D. Cwojdzinski, Edition Bevölkerungsschutz Alarmplanung Band 1 Kapitel 1, Seite 32 ff, Berlin 2008

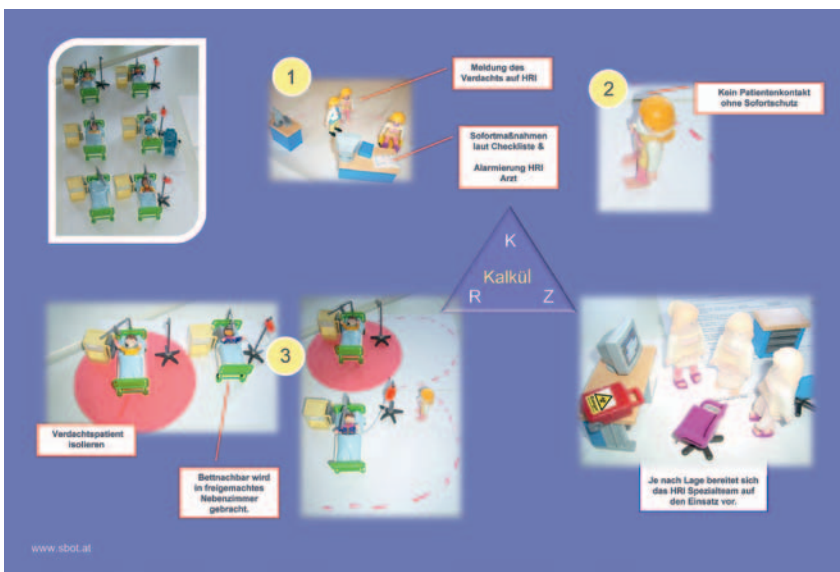


Abb. 4: Ablauf / Betroffener Bereich

scheiden, die ein stufenweises Aktivieren des Notfallplanes ermöglichen.

Eskalationsstufe 1

- 1 bis 3 Erkrankte
- Eingrenzbare Anzahl (5 bis 10) von Kontaktpersonen, Verdächtigten und Erkrankten

Eskalationsstufe 2

- Erkannte und durch die Behörde mitgeteilte Häufung einer Infektionskrankheit oder einer nicht bekannten Erkrankung mit ähnlicher Symptomatik
- Anzahl der potentiellen Kontaktpersonen nicht überblickbar
- Ungeklärte Todesfälle
- Zunehmende Anzahl von Erkrankten (>20)
- Zunehmender Anstieg der Erkrankungsschwere
- Erkrankte in Privatwohnungen

Eskalationsstufe 3

- Epidemiologische Lagefeststellung: Erkannte Masseninfektion
- Große Anzahl von schweren Erkrankungen
- Noch größere Anzahl von Prodromalstadien
- Massenandrang in Krankenhäusern und Arztpraxen
- Ein, mehrere oder viele Ausbruchsherde
- Anzahl der potentiellen Kontaktpersonen nicht zu überblicken
- Viele Erkrankte in Wohnungen
- Viele Erkrankte disloziert

Interne Anlassfälle

Interne Anlassfälle können an jedem Ort des Krankenhauses und zu jedem Zeitpunkt auftreten. Sie sind dadurch charakterisiert, dass ab der Äußerung des Verdachts sowohl die Person, die diesen äußert, als auch Menschen im näheren Umfeld (z.B. Station oder Aufnahmebereich) potentiell infiziert sind und auch schon in der Verdachtsphase mit entsprechenden Infektionsschutzmaßnahmen zu betreuen wären. Dieser Umstand trägt vermutlich auch dazu bei, dass sich die Auslösung von Sofortmaßnahmen bei internen Szenarien sehr schwierig gestaltet. Umso wichtiger erscheint es, den Verantwortlichen einfache und auch stufenweise eskalierbare Sofortmaßnahmen in

die Hand zu geben, damit die Hemmung, nicht schon bei Verdacht einen Großalarm auszulösen, wegfällt. Wie schon erwähnt, sind in den Krankenanstalten die Prozeduren für „Routineinfektionsszenarien“ sehr gut etabliert und werden regelmäßig abgearbeitet. Die bloße Nutzung von Routineprozeduren kann schon einen ersten und unmittelbaren Sicherheitslevel bewirken, wobei das Hintanhalten von Folgemaßnahmen ein gravierender Fehler wäre. Für den Fall des Verdachts einer hochkontagiösen, lebensbedrohlichen Krankheit sollte in jedem patientenführenden Leistungsbereich eine Checkliste für Sofortmaßnahmen aufliegen, die eine klare und gut handhabbare Darstellung dieser Maßnahmen beinhaltet (Abb. 3 und 4).

Arbeit im Krisenstab

Sowohl externe als auch interne Anlassfälle müssen von einer zentralen Stelle aus gesteuert werden. Wie bereits im Punkt „Alarmierungsplanung“ beschrieben, entwickelt sich die Führungsstruktur des Hauses aus dem „Diensthabenden System“ bis zur, falls erforderlich, Bildung eines Krisenstabs. In jedem Fall ist es notwendig, dass durch Verantwortungsträger des Hauses in enger Zusammenarbeit mit Behörden und nationalen sowie internationalen Spezialzentren Entscheidungen getroffen werden. Manchmal reicht es aus, einzelne Funktionen wie z. B. Pressestelle und Sicherheit und ein Fachberatungsteam zu alarmieren, um so die Lage in den Griff zu bekommen. Der Krisenstab ist das zentrale Organ des Notfallführungssystems und sollte einerseits die wichtigsten Entscheidungsfunktionen des

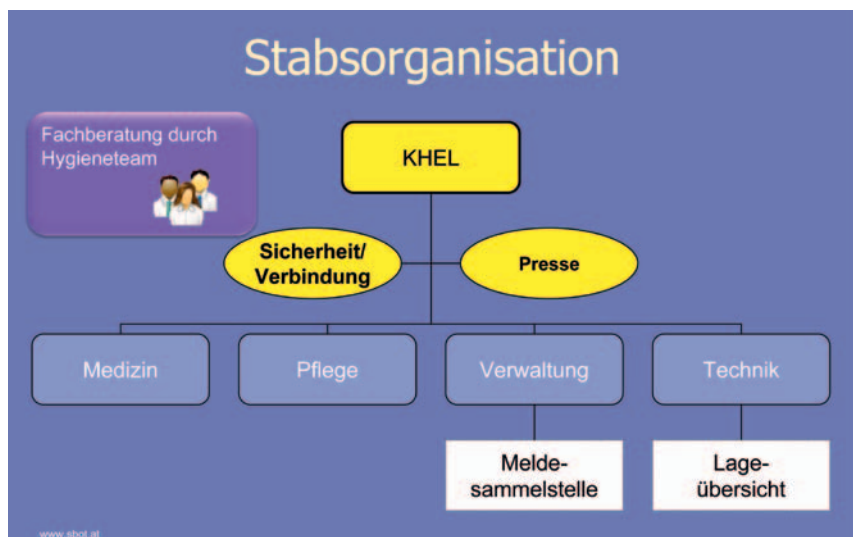


Abb. 5: Organigramm Krisenstab

Krankenhauses umfassen, andererseits eine nicht zu große Personenzahl aufweisen. Es hat sich bewährt, dass der Krisenstab möglichst deckungsgleich mit der ordentlichen Krankenhausleitung ist, wobei im Krisenstab ein Mitglied des Direktori-ums als Krankenhauseinsatzleiter (KHEL) die ungeteilte Führungsverantwortung übernimmt (Abb. 5). Zusätzliche Fachkompetenzen werden im Bedarfsfall hinzugezogen (Hygieneteam). Für jede Stelle sind Vertreter zu bestimmen, die auch im Alarmierungssystem aufscheinen. Die Struktur ist einsatzorientiert und daher einfach und hierarchisch. Diese Struktur schränkt den Handlungsspielraum der verschiedenen Funktionsträger zwar ein, garantiert aber dem KHEL den Gesamtüberblick, der notwendig ist, um Führungsentscheidungen treffen zu können (auch Einheit der Führung genannt).

Kurzbeschreibung der einzelnen Funktionen

Für jede Funktion des Krisenstabes sind Checklisten vorbereitet, die vor allem in der Anfangsphase das Errichten und Betreiben der einzelnen Spezialgebiete abbilden und unabhängig vom jeweiligen Szenario sind. Dies ermöglicht das Herstellen einer stabilen Führungsorganisation, die je nach Lage durch Fachberatungsteams unterstützt wird.

Die folgenden Kurzbeschreibungen entsprechen den Grundaufträgen, die in den Checklisten mit operativen Handlungsanweisungen ergänzt werden.

Krankenhauseinsatzleiter (KHEL)

- Bildet und führt die Krankenhauseinsatzleitung/Krisenstab.
- Stellt die Umsetzung des jeweiligen Alarm- und Einsatzplanes sicher.
- Gibt übergeordnete Anweisungen für das gesamte Krankenhaus und genehmigt notwendige Maßnahmen.
- Verfügung von Maßnahmen nach Ende des Alarms/Demobilisierung.

Bereich Öffentlichkeitsarbeit

- Versorgt Medien, Angehörige und Mitarbeiter mit Informationen und stellt deren Betreuung sicher.

Im Rahmen der Krisenkommunikation sind nach W. Dombrowsky bei biologischen Szenarien folgende Punkte zu beachten:

- Kommunikation von Informationsdefiziten

- Kommunikationsverlauf erläutern
- Risiko fassbar machen
- Handlungsmöglichkeiten für Zielgruppen kommunizieren (Schutz vor Ansteckung etc.)
- Aktuelle Situation und Untersuchungsergebnisse zeitnah kommunizieren
- Kommunikation unpopulärer Maßnahmen (Quarantäne)
- Psychologische Interventionen (Ängste nehmen, Stress Debriefing)
- Rückkehr zur Normalität
- Rücknahme von Kontrollmaßnahmen
- Anerkennung des Geleisteten
- Lessons learned
- Ev. Vorbereitung auf 2. Welle

Bereich Verbindung/Sicherheit

- Hält Verbindung zu Vertretern und Stäben externer Organisationen.
- Überwacht und regelt die Sicherheit im gesamten Krankenhausgelände (Absperurmaßnahmen).

Bereich Verwaltung

- Organisiert und führt die relevanten Bereiche der kaufmännischen Direktion.
- Ist Leiter der Stabsarbeit.
- Koordiniert den fächerübergreifenden Personaleinsatz.
- Führt die Meldesammelstelle (Einsatzjournal).

Bereich Technik

- Stellt bestmögliche technische Umfeldbedingungen sicher und hält den

Überblick über die Einsatzbereitschaft der Anlagen.

- Ev. Abschaltung von Belüftungsanlagen, Errichtung von Trennwänden für Schleusen etc.

Bereich Medizin

- Organisiert und koordiniert den medizinischen Personaleinsatz (Ärzte, Psychologen, Med. Tech. Personal) und stellt die fachliche Bewältigung der Situation sicher.
- Dokumentiert permanent das medizinische Lagebild und stellt die Nachvollziehbarkeit sicher.

Bereich Pflege

- Organisiert und koordiniert den Pflegepersonaleinsatz und stellt die fachliche Bewältigung der Situation sicher.
- Dokumentiert permanent das pflegerische Lagebild und stellt die Nachvollziehbarkeit sicher.
- Dokumentiert permanent den Patientenfluss.

Fachberatungsteam Hygiene

- Hygieneteam agiert beratend > ausschließlich außerhalb der Infektionszone!
- Räumliche Situation beurteilen
- Bereits laufende Maßnahmen beurteilen
- Materialnachschub sicherstellen
- Einsatz von Spezialkräften abklären
- Abklärung mit Spezialzentren
- Fachbeiträge für Mitarbeiterinformation vorbereiten

Professionelle Krisenberatung

SBOT bietet Krisenmanagementberatung im Gesundheitswesen (Spitäler, Träger, Behörden)

- Komplettplanung oder Überarbeitung der Alarm-, Krisen- und Einsatzpläne
- Praxisübungen
- Führungskräfte- und Krisenstabstraining
- Mediation und Supervision
- Management in Ausnahmesituationen



SBOT Unternehmensberatung
 Triesterstraße 201,
 8073 Feldkirchen bei Graz
 Tel.: 0676/303 1659
 E-Mail: sbot@sbot.at
 Internet: www.sbot.at

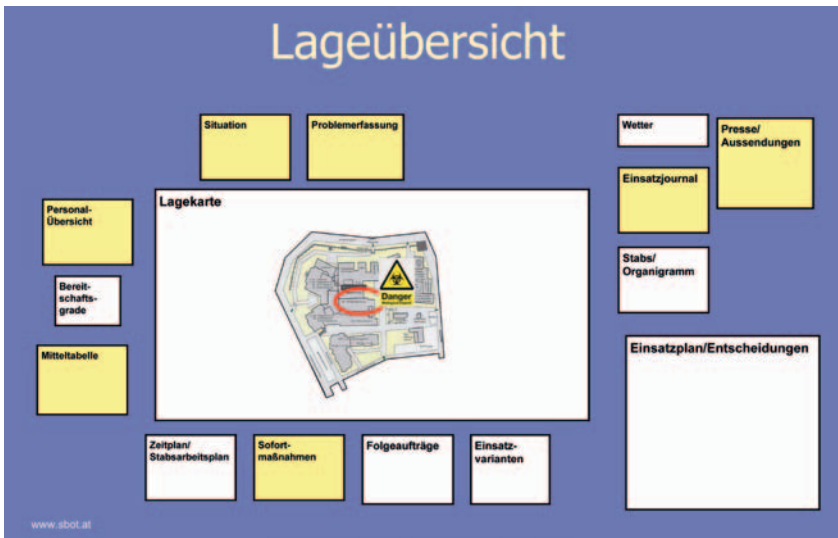


Abb.: Autor

Abb. 6: Lageübersicht

- Regelung Probenversand
- Erhebung intramuraler Kontakte überprüfen
- Engen Kontakt mit der Gesundheitsbehörde aufrecht halten
- Plant Hygienemaßnahmen nach Beendigung des Alarms

Zusammenarbeit statt Bürokratie

Führung in Ausnahmesituationen bedeutet Handeln ins Ungewisse mit der Konsequenz, im Horizont der Unsicherheit Entscheidungen treffen zu müssen, was im Besonderen bei biologischen Notfallsituationen der Fall ist. Die Spannungsbögen zwischen Gründlichkeit und Schnelligkeit sowie Administration und Improvisation sind dem Notfall immanent. Die Arbeit im Krisenstab unterscheidet sich deshalb deutlich von der routinemäßigen Führungs- und vor allem Besprechungskultur.

Stabsarbeit ist definiert als die Beratung und Unterstützung des Einsatzleiters (dieser hat in seiner Funktion die unge-

teilte Verantwortung) durch das Zusammenwirken der vordefinierten Fachfunktionen, insbesondere durch:

- Rasche Umsetzung von Sofortmaßnahmen und
- Aufbereitung entsprechender Planungsbeiträge und Lösungsmöglichkeiten im jeweiligen Sachbereich.

Es ist nie gewiss, ob die ergriffenen Maßnahmen zum Erfolg führen, weshalb man beim Management in Ausnahmesituationen auf das Verfahren des kybernetischen Regelkreises zurückgreift. Man prüft hierbei schrittweise, ob die Maßnahme die gewünschte Wirkung entfaltet und ob man dem Ziel näher kommt. Wenn nicht, wird in einem weiteren Durchgang der Führungskreislauf nachgesteuert.

Gleichzeitigkeit darf man dabei nicht das Lagebild aus dem Auge verlieren. Hierfür wird im Stabsraum eine Lagekarte geführt, wo das gesamte Handeln laufend visualisiert wird (Abb. 6).

Ausbildung und Training

Wer glaubt, die Arbeit im Rahmen einer Ausnahmesituation sei allein mit Kompetenzen aus dem Normalbetrieb abdeckbar, sollte sich am Beispiel von Organisationen mit hoher Zuverlässigkeit, wie Einsatzorganisationen, Notfallmedizin, Flugsicherungssysteme etc. orientieren. Dort ist das Thema Ausbildung und Training ein fixer Bestandteil des Systems. Das gezielte taktische Vorgehen aller an einer biologischen Schadenslage beteiligten Führungs- und Durchführungsverantwortlichen kann nur unter Anwendung erprobter Methoden von Informationsbeschaffung, Lagebeurteilung, Entschlussfassung, Formulierung und Umsetzung von Aufträgen sichergestellt werden. Neben Spezialausbildungen in den jeweiligen Fachbereichen sollte die Krankenhausführung regelmäßig, jedoch mindestens einmal im Jahr in der Organisationsform des Krisenstabes Szenarien mit Hilfe von moderierten Planspielen durcharbeiten. Es wäre dem Schutz aller im Krankenhaus befindlichen Personen sehr dienlich, zukünftig neben den klassischen Planspielthemen wie Massenansturm nach einem Busunglück oder Evakuierung eines durch Brand bedrohten Krankenhausbereiches auch das oft verdrängte Szenario einer biologischen Gefahrenlage zu üben. ■

Korrespondenz:
 Franz Seidl, MAS, MBA
 SBOT Unternehmensberatung
 Triesterstraße 201
 8073 Feldkirchen bei Graz
 E-Mail: franz.seidl@sbot.at
 www.sbot.at

SpringerMedizin.at



Weitere Informationen unter:
www.SpringerMedizin.at