



Wie gut sind die Krankenhäuser auf Krisen vorbereitet?

INTERVIEW MIT ANDREAS TYZAK, PRESSESPRECHER DES VKD,
KAUFMÄNNISCHER DIREKTOR / PROKURIST DER
KLINIKUM GÜTERSLOH GGMBH



Andreas Tyzak

PB: Sehr geehrter Herr Tyzak – am Anfang fast eine rhetorische Frage: Ist Ihr Blick auf die Krisenfestigkeit der Krankenhäuser eher optimistisch oder pessimistisch?

Andreas Tyzak: In einem bin ich mir sehr sicher: unsere Mitarbeiter werden in einem Krisenfall absolut engagiert und intrinsisch motiviert sein. Da gibt es keinen Unterschied zu früheren Jahren. Reden wir allerdings über eine Situation, die sich über Wochen und Monate hinzieht, wird es tatsächlich schwieriger.

PB: Was sind die Gründe? Haben sich die Rahmenbedingungen verändert? Sie haben schon als Rettungssanitäter gearbeitet. Sie sind im Katastrophenschutz engagiert.

Andreas Tyzak: Es geht nicht um die Resilienzfähigkeit. Daran liegt es nicht. Ein Katastrophenschützer oder Feuerwehrmann ist es gewohnt, schnell abgerufen zu werden. Das ist bei der normalen Arbeit im Krankenhaus ja eher nicht der Fall. Bei einem Brand werden alle Mitarbeiter motiviert sein. Das liegt in den Genen der medizinischen und pflegerischen

Berufe. Wie lange hält die intrinsische Motivation aber, wenn der Katastrophenfall über längere Zeit andauert? Wichtig ist dann, sich selbst resilient zu halten.

Nach über 20 Jahren ehrenamtlicher Tätigkeit im Katastrophenschutz kenne ich auch die andere Seite. Als Katastrophenschützer üben wir regelmäßig das ganze Jahr, damit im Fall eines Einsatzes wirklich alles klappt. Wir sind jederzeit abrufbar, ebenso wie Feuerwehr und Polizei. Das Personal im Krankenhaus ist darauf eher nicht eingestellt. Es herrscht auch angesichts der durchaus normalen Belastungen die Ansicht, dass für Übungen keine Zeit ist.

Was die Rahmenbedingungen betrifft muss ich leider sagen, dass wir damals deutlich mehr Kapazitäten für den Katastrophenschutz zur Verfügung hatten. Hier sind über die Jahre leider sehr viele Ressourcen abgebaut worden.

Es wäre eine enorme Aufgabe, diese wieder aufzubauen, das Material zu beschaffen, einzulagern – bis wir auf dem Stand der 2000er Jahre sind.

Hinzu kommen die personellen Fragen. Ich selbst habe viele Lehrgänge bei den Maltesern für den Katastrophenschutz absolviert. Das kostet neben den regelmäßigen Übungen ebenfalls viel Freizeit. Das ehrenamtliche Engagement müsste insgesamt viel mehr gewürdigt werden. Man denke nur auch an die Freiwilligen Feuerwehren, die zum Teil mehrmals in der Woche ausrücken müssen.

Besser war sicher vor Aussetzung der Wehrpflicht 2011 auch, dass wir sehr viele Ehrenamtliche im Katastrophenschutz hatten, die bereits durch den Zivildienst oder durch die Wehrpflicht eine deutlich breitere Ausbildung in präklinischen Berufen mitbrachten. Das fehlt heute natürlich. Gleichzeitig konnten wir so auch für Berufe im Krankenhaus Nachwuchs akquirieren.



Andreas Tyzak, organisatorischer Leiter Rettungsdienst, Verbandführer

„WAS DIE RAHMENBEDINGUNGEN BETRIFFT, MUSS ICH LEIDER SAGEN, DASS WIR DAMALS DEUTLICH MEHR KAPAZITÄTEN FÜR DEN KATASTROPHENSCHUTZ HATTEN. HIER SIND ÜBER DIE JAHRE LEIDER SEHR VIELE RESSOURCEN ABGEBAUT WORDEN.“

In einem Krisen- oder Verteidigungsfall stellt sich zudem immer auch die Frage, wo Mitarbeiter, die auch Katastrophenschützer sind, eingesetzt werden. Im Krankenhaus oder eher wohl im Katastrophenschutz vor Ort? Denn ich stelle schon fest, dass eine relevante Anzahl ehrenamtlicher Kräfte des Katastrophenschutzes auch hauptberuflich im Gesundheitswesen oder im Bereich der BOS-Organisationen tätig ist.

PB: Im Grunde ist die Frage nach der Krisenfestigkeit nicht neu – sie wird nur durch geopolitische Bedrohlagen jetzt schärfer gestellt und erweitert. Welche betreffen die Krankenhäuser in besonderem Maße?

Andreas Tyzak: Zunächst geht es darum, in Vorbereitung auf solche Situationen geordnete Strukturen aufzubauen. Im Katastrophenschutz, bei der Feuerwehr, in verschiedenen Hilfsorganisationen gibt es diese Strukturen, die je nach Lage taktisch aufgebaut sind. Verantwortlichkeiten sind festgelegt, es gibt definierte Funktionen und Aufgaben, um Ordnung in das Chaos zu bringen. Das alles wird regelmäßig geübt, damit es im Ernstfall klappt, auch wenn es z. B. langweilig ist, immer wieder den Zeltaufbau zu üben.

Derzeit sind unsere Mitarbeiter im Krankenhaus da überfordert. Hier arbeiten gegebenenfalls 16 Leute im Schockraum für einen Patienten. In einer Katastrophe sind es dann vielleicht 16 Patienten und eine Pflegekraft. Darauf sind 95 Prozent des Personals nicht trainiert. Damit müssen wir uns auseinandersetzen.

PB: Wie sollte das organisiert werden?

Andreas Tyzak: Prioritär ist die Schulung im Krankenhaus – hier müssen einerseits Stabsstrukturen geschaffen werden und andererseits Führungspersonal für die Organisation

„ZUNÄCHST GEHT ES DARUM, IN VORBEREITUNG AUF SOLCHE SITUATIONEN GEORDNETE STRUKTUREN AUFZUBAUEN.“

vor Ort auf den Stationen und Funktionsbereichen. Um im Bedarfsfall diese Strukturen 24/7 nutzen zu können, sind hier bis zu 50 geschulte Mitarbeiter aller Bereiche, sicher je nach Größe des Krankenhauses, realistisch. Diese müssen im Idealfall die Möglichkeit haben, ihr Wissen und die Abläufe im Katastrophenfall regelmäßig zu trainieren. Es gibt zum Beispiel für Katastrophen dynamische Darstellungen des zu erwartenden Patientenaufkommens, die solche Übungen für Führungskräfte ressourcenschonend ermöglichen.

Ein wesentliches Thema sind die Lieferketten. Wie baue ich sie auf, wenn Ressourcen fehlen, die Infrastruktur zerstört wird. Das beginnt schon bei der Verpflegung, bei Medikamenten. Was ist zu tun, wenn der Strom ausfällt, die Wasserversorgung nicht mehr funktioniert? Habe ich noch Zugriff auf die Wäscherei?

Wie kommt das Personal ins Krankenhaus, wie informiere ich die Mitarbeiter, haben sie noch Kraftstoff für das eigene Auto? Im Alltag sind dies ganz banale Dinge.

Es werden vermutlich auch Menschen ins Krankenhaus streben, die weder Mitarbeiter

noch Patienten sind, sondern vielleicht einfach ihr Handy aufladen wollen oder Wasser brauchen und hoffen, bei uns gebe es das noch. So hart es klingt – das können wir in einer solchen Situation nicht zulassen.

PB: Was gehört aus Ihrer Sicht zu einem Schutzkonzept für ein Krankenhaus?

Andreas Tyzak: Grundsätzlich: Jedes Krankenhaus verfügt heute zwingend über einen Alarm- und Einsatzplan. Definiert werden muss, was sind die zwingend notwendigen Ressourcen, die ich brauche, in Abstufungen vom Regelbetrieb über den Einzelfall einer Notsituation bis hin zum Katastrophenfall. Entsprechend sind auch die Stakeholder – Polizei, Rettungskräfte, Feuerwehr, aber auch die kommunalen Verantwortlichen – einzubeziehen.

Es ist aber auch eine Frage, wie die Einrichtung, Gebäude und Objekte, selbst geschützt werden können. Die Polizei wird dann vermutlich nicht immer kommen können. Doch unseren Leuten muss der Rücken freigehalten werden. Sie haben mit den Patienten und ihrer Versorgung zu tun. Das können unsere Mitarbeiter – auch wenn es vermutlich sogar mehr Patienten sein werden. Doch die notwendigen Rahmenbedingungen brauchen wir, sonst schadet das unserer Leistungsfähigkeit.

Solche Rahmenbedingungen kann ein Krankenhaus durchaus schon heute organisieren. Hier können und müssen wir schon jetzt Energie für die Vorbereitungen darauf aufbringen und auch die Katastrophenpläne mit den eigenen Ressourcen in allen Bereichen – Medizin, Einkauf, Haustechnik, IT – regelmäßig überarbeiten und anpassen.

PB: Ganz konkret: Was passiert, wenn die Lieferketten nicht mehr funktionieren – OP-Bestecke, Verbände etwa werden nur für wenige Tage vorgehalten.

Andreas Tyzak:

Im Katastrophenschutz gilt das Motto „K K K“, das heißt: In Krisen Köpfe kennen. Das bedeutet, ich

muss im Dialog bleiben um für den Fall der Fälle Menschen, Verantwortliche zu kennen, die mir in einer bestimmten Situation Unterstützung geben können. Ich muss meinen Zugang zu den notwendigen Ressourcen und den Lieferanten kennen. Auch daher muss man sich zusammensetzen und überlegen, wie potenzielle Partner in solchen Fällen aufgestellt sind, wie ich sie erreichen kann, welchen Bedarf das Krankenhaus selbst hat. Wie sieht es mit den Möglichkeiten der Lagerhaltung aus. Das gehört in die Planung mit hinein. Wollen wir uns für eine längere Zeit bevorraten, bindet das natürlich auch Lagerflächen, Kapital, Liquidität. Bisher lagern wir Verbrauchsmaterial wie Mullbinden, Infusionsbestecke etc. für etwa fünf Tage.

Noch ein Beispiel: Die Wäschebelieferung in unserem Krankenhaus – und nicht nur bei uns – erfolgt nach dem Demand-System. Wenn sie für eine Zeit ausfällt, gehen die Probleme schon los. Wie lange sollen und müssen Mitarbeitende ggfs. in verschmutzter Kleidung arbeiten? Ist bei großen Patientenzahlen dann das Bett nicht nur warm, sondern können wir noch Bettwäsche nach jedem Patienten wechseln? Aus hygienischer Sicht alles Dinge, die heute zurecht unvorstellbar sind. Wie gehen wir dann aber in der Katastrophe damit um, dass wir viele unserer Vorschriften nicht mehr einhalten können und in eine Abwägung verschiedener Güter eintreten müssen und quasi die Aufrechterhaltung der Versorgung im Vordergrund steht und nicht mehr jedes einzelne Detail. Bisher nehmen wir hin, dass alles das immer verfügbar ist.

Wie sieht es mit den Betten aus? Hier ist zu überlegen, wie viele Patienten maximal zusätzlich aufgenommen werden können. Wie viele Betten habe ich vielleicht noch im Keller.

„ES SOLLTE EINEN STABSAUFBAU ALLER BEREICHE GEBEN, JE NACH GRÖSSE DES KRANKENHAUSES, DER KLARE VERANTWORTLICHKEITEN, FUNKTIONEN UND ABLÄUFE FESTLEGT, STRUKTURIERT UND AUCH REGELMÄSSIG TRAINIERT.“

Genügt das? Sie müssen irgendwo herkommen. Gibt es ein Zentrallager für die Kliniken, wo Betten gelagert werden und wie

sie verteilt werden können – eine Frage der Logistik und der Zusammenarbeit der Krankenhäuser im Landkreis oder in der Kommune. Letztere sind hier auch mit in der Pflicht.

Das nächste Thema ist die Dokumentation – wie halte ich sie vor, brauchen wir auch wieder Papier für ein Back-up?

Die Kommunikation untereinander und mit Partnern außer Haus ist ganz wichtig. Können wir im Haus noch untereinander telefonieren? Wie können uns Rettungswagen anfahren, wie erreichen wir Angehörige der Patienten. Die Abstimmung mit Polizei und Feuerwehr wird nicht ganz einfach sein, denn sie haben im Ernstfall andere Aufgaben. Da sind wir als Krankenhaus eher auf uns selbst gestellt.



Andreas Tyzak vor dem Rettungswagen – das ehrenamtliche Engagement übt er seit 2001 im Malteser Hilfsdienst e. V. aus.

Foto: privat

Wichtig ist auch, wie ich alle Mitarbeiter im Notfall erreiche. Kann ich sie verpflichten, eine private Telefon- bzw. Handynummer mitzuteilen, bei Änderungen auch pro-aktiv? Ist jeder verpflichtet, bei einem Notfall ins Krankenhaus zu kommen?

Was, wenn Mitarbeiter im Ehrenamt – also etwa im Katastrophenschutz, in der Feuerwehr oder einer Hilfsorganisation – alarmiert wurden. Wie funktioniert dann die Differenzierung?

Das ganze organisatorische Drumherum kann man schon heute vorbereiten. Das wäre ein großer Schritt in Richtung Krisenfestigkeit und Sicherheit.

PB: Wie sieht es mit Notfallübungen aus? Sie finden vielfach nicht unbedingt regelmäßig statt. Eine Frage des Geldes?

Andreas Tyzak:

Nicht unbedingt, jedenfalls nicht nur.

Richtig ist, dass wir in

der Regel die Kosten aus unserem Budget tragen müssen. Vereinzelt gibt es Sonderförderungen. Großübungen der Feuerwehr und Polizei werden ohnehin finanziert.

In den Krankenhäusern gibt es aber immer auch die Angst vor dem damit verbundenen Betriebsausfall oder sie befürchten schlechte Presse. Letzteres ist nach meiner Erfahrung unnötig, weil die Gründe sehr positiv kommunizierbar sind. Aus einer Notfallübung können viele Erkenntnisse für Verbesserungen gewonnen werden, weil wir solche Erkenntnisse im Alltag nicht gewinnen können.

Ein Notfall oder eine Katastrophe kann bei bester Organisation jedes Krankenhaus treffen. Sich mit klaren Planungen, entsprechenden Strukturen und natürlich auch Übungen vorzubereiten ist das, was man tun muss, um Schäden möglichst zu vermeiden oder die Auswirkungen gering zu halten. Wir müssen

wissen, was jeder in einer krisenhaften Situation können muss und was zu tun ist.

PB: Müsste im neuen Notfallgesetz, das ja vermutlich nach mehreren Anläufen in diesem Jahr beschlossen werden könnte, auch schon das Krisenszenario mit eingepreist werden?

Andreas Tyzak: Das sollte durchaus eine Rolle spielen. Wenn Krankenhäuser für Notfälle und Krisen vorbereitet und ausgestattet werden sollen, müssen dafür Ressourcen, Zeit und Geld eingeplant werden. Was benötigen sie? In welchen Zeiträumen können Technik und Material beschafft werden, denn auch die Hersteller können meist nicht auf Knopfdruck liefern. Hier sind realistische

„DEFINIERT WERDEN MUSS, WAS SIND DIE ZWINGEND NOTWENDIGEN RESSOURCEN, DIE ICH BRAUCHE, IN ABSTUFUNGEN VOM REGELBETRIEB ÜBER DEN EINZELFALL EINER NOTSITUATION BIS HIN ZUM KATASTROPHENFALL.“

Zeitziele notwendig. Nicht alle dann vorgegebenen Ziele können in Jahresfrist erreicht werden.

Und vergessen wir nicht: Rund 80 Prozent der Krankenhäuser kämpfen mit finanziellen Schwierigkeiten und laufen auf negative Betriebsergebnisse hinaus. Sie haben das Geld für solche notwendigen neuen Aufgaben nicht. Dafür sind vom Bund Sondertöpfe bereitzustellen. Die nächste Frage ist dann die Vergabe dieser Mittel.

Auch die Ausbildung des Personals wird Zeit in Anspruch nehmen. Wer kann die Konzepte erarbeiten, wer die notwendigen praktischen Lehrgänge anbieten, welche Anforderungen müssen gestellt werden, welche sind überzogen, was kann ein Krankenhaus hier selbst leisten? Eine kontinuierliche Sensibilisierung und Schulung aller Mitarbeitenden sind unerlässlich, denn technische Maßnahmen allein reichen nicht aus.

Entscheidend ist, das Personal auf solche nicht alltäglichen Situationen und das Verhalten bei Großschäden sicher vorzubereiten und regelmäßig zu trainieren.

Panik darf dabei nicht verbreitet werden, denn Angst ist in solchen Situationen kontraproduktiv.

Es geht auch um psychosoziale Notfallversorgung nicht nur Betroffener sondern auch des Personals – in Krankenhäusern noch immer ein Tabuthema. Bei der Polizei oder der Feuerwehr wird das inzwischen ganz normal angenommen. Wir sind alle Menschen und nur bis zu einer Grenze belastbar. – solche Angebote gehören zur Professionalität dazu – und wir können sie in den Kliniken selbst vorbereiten.

PB: Wo liegen die digitalen Schwachstellen im Krankenhaus?

Andreas Tyzak: Hier geht es um vernetzte Medizin, auch menschliches Versagen, isoliert betrachtete Netzwerke, um redundante Strukturen, wenn es für längere Zeit keinen Strom gibt, darum, wie Medizintechnik im Zweifel auch ohne Zugang zum Internet und damit zu ihrer Zentrale, die aus Sicherheit die Verbindung kappen könnte, verfügbar ist. Kann ich dann noch Patienten behandeln, neue Patienten aufnehmen? Wie dokumentiere ich dann? Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik hat zu diesem Thema im Jahr 2023 das E-Health-Team des Fraunhofer-Instituts für sichere Informationstechnologie mit einer entsprechenden Untersuchung beauftragt. Der Abschlussbericht, der im Frühjahr veröffentlicht wurde, gibt dazu durchaus brisante Auskünfte.

Auf jeden Fall gehört das Thema mit in den Einsatzplan.

PB: Wie sieht es mit Schulungen für besondere medizinische Ernstfälle aus?

Andreas Tyzak: Das halte ich nicht für zwingend primär zu diskutieren. Unsere Ärzte sind sicher in der Lage, sich darauf einzustellen, auch wenn es emotional vielleicht nicht ganz einfach sein sollte. Geklärt werden muss, welchen Standard ein Krankenhaus liefern kann, wie schnell gearbeitet werden muss, ob ich im Notfall auch auf Formales verzichten kann und ob ich dann so viel Personal wie üblich und auch nicht die volle OP-Ausstattung brauche. Das ist aus meiner Sicht viel entscheidender.

Und nicht zu vergessen: Zu den Notfällen in Folge krisenhafter Ereignisse kommt immer auch noch das Alltagsgeschäft. Das werden vermutlich 50 bis 60 Prozent der Patienten sein. Hier muss das Personal flexibel sein. Wie kann ich also einen Internisten befähigen, in der Notaufnahme zu arbeiten, eine Schwester aus einer nicht-chirurgischen Abteilung, die jetzt im OP gebraucht wird?

„DAS GANZE ORGANISATORISCHE DRUMHERUM KANN MAN HEUTE SCHON VORBEREITEN. DAS WÄRE EIN GROSSER SCHRITT IN RICHTUNG KRISENFESTIGKEIT UND SICHERHEIT.“

PB: Wie können bei der Planung von Krankenhausbauten/Neubauten und der Planung der Krankenhausinfrastruktur flexible Nutzungskonzepte mitgeplant werden?

Andreas Tyzak: Bei Neubauten gehören solche Nutzungskonzepte, sozusagen Eventualkonzepte, mit hinein. Schutzräume für Patienten und Personal wären sinnvoll, gab es früher zum Teil, doch aktuell sehe ich das nicht. Wenn es in einem Gesundheitssicherungsgesetz gefordert wird, muss es auch finanziert werden und es müssen realistische Umsetzungspflichten vorgegeben werden, die nicht am Ende zu Strafzahlungen führen.

Herr Tyzak, vielen Dank für das Gespräch.