

# 1 Basiswissen

## 1.1 Die Kritische Infrastruktur Krankenhaus

*Peer Rechenbach*

Seit einigen Jahren ist der Begriff »Kritische Infrastrukturen« in der öffentlichen und politischen Diskussion. Doch was ist damit gemeint und inwieweit betrifft es die Krankenhäuser?

Im Kontext mit den nationalen und europäischen Regelungen sind die Kritischen Infrastrukturen wie folgt definiert:

- Kritische Infrastrukturen sind Organisationen oder Einrichtungen mit wichtiger Bedeutung für das staatliche Gemeinwesen, bei deren Ausfall oder Beeinträchtigung nachhaltig wirkende Versorgungsengpässe, erhebliche Störungen der öffentlichen Sicherheit oder andere dramatische Folgen, insbesondere für Leib und Leben der Menschen eintreten würden.

Die Kritischen Infrastrukturen sind in folgende Gruppen gegliedert:

- Energie;
- Transport und Verkehr;
- Gefahrenstoffe;
- Information und Kommunikation;
- Finanz-, Geld- und Versicherungswesen;
- Versorgung;
- Behörden, Verwaltung, Justiz, staatliche Einrichtungen und
- sonstige.

In der Gruppe der »Versorgung« ist die »Gesundheit« als Untergruppe aufgeführt.

*Gruppe 6: Versorgung*

- Gesundheit,
- Katastrophenschutz,
- Not- und Rettungsfall,
- Lebensmittel
- Abfallentsorgung,
- Mülldeponien und Müllverbrennung sowie
- Abwasserentsorgung

Weiterhin ist das »öffentliche Gesundheitswesen« in der Gruppe »Behörden, Verwaltung, Justiz sowie staatliche Einrichtungen« gleichermaßen genannt.

*Gruppe 7: Behörden, Verwaltung, Justiz sowie staatliche Einrichtungen*

- Öffentliches Gesundheitswesen
- Personenstandswesen
- Gerichte
- Polizei
- Feuerwehr
- Rettungsdienst

Dies bedeutet, dass alle Organisationen oder Einrichtungen zur Kritischen Infrastruktur gehören, wenn durch eine Einschränkung der Kapazität oder der Funktionalität ein Versorgungsengpass zu erwarten ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn dies Folgen für Leib und Leben der Menschen hat. Daraus folgt, dass die Krankenhäuser grundsätzlich zu den Kritischen Infrastrukturen gehören.

Auf der Basis der Krankenhausgesetze der Länder mit den entsprechenden Krankenhausbedarfsplänen gehören sowohl die staatlichen Krankenhäuser als auch gewerbliche oder gemeinnützige Krankenhäuser zu den Kritischen Infrastrukturen, da sie im Rahmen der Daseinsvorsorge einen Versorgungsauftrag in einer Region erfüllen. Dies gilt insbesondere in den Regionen, wo nur ein einziges Krankenhaus zur medizinischen Grundversorgung der Menschen in kurzer Entfernung zu erreichen ist (bspw. strebt Nordrhein-Westfalen als flächendeckende Zielvorgabe an, dass innerhalb von 20 km ein Krankenhaus zur Grundversorgung verfügbar ist). Sofern in einem Gebiet mit einem maximalen Radius von ca. 20 km mehrere Krankenhäuser für die medizinische Grundversorgung zur Verfügung stehen und die verschiedenen Krankenhäuser bei einem Totalausfall des größten Hauses dies mit einer Kapazitätserweiterung von 10 % kompensieren können, dann wäre in der Region eine ausreichende Redundanz gegeben. Dies ist jedoch nur in einigen wenigen Ballungsräumen Deutschlands gegeben.

Die Menschen in einer Region kennen die verschiedenen Krankenhäuser und wissen in der Regel, wie diese schnellstmöglich zu erreichen sind. Insbesondere bei der Not- und Unfallversorgung oder Geburten haben die Menschen die Erwartungshaltung, dass ihnen in jedem Krankenhaus soweit geholfen wird, dass die Vitalfunktionen so stabilisiert bzw. erhalten werden, dass eine Weiterbeförderung in ein besser geeignetes Krankenhaus gewährleistet ist. Aus dieser Erwartungshaltung folgt, dass sich jedes Krankenhaus darauf vorbereiten muss, die Versorgungskapazität kurzfristig zu steigern (z. B. infolge eines Massenanfalls von Patienten) und die Funktionalität auch unter schwierigen oder extremen Rahmenbedingungen zu sichern.

Daraus folgt, dass in jedem Krankenhaus Vorbereitungen zu treffen sind. Dabei ist insbesondere zu gewährleisten, dass bei einer Störung anderer Kritischer Infrastrukturen

keine Einschränkung der Kapazität oder Funktionalität eintritt. Beispielhafte Engpässe, wie

- der Ausfall der elektrischen Energieversorgung über mehrere Tage,
- eine fehlende Abfallbeseitigung bei Arbeitskämpfen oder
- die Unpassierbarkeit der Verkehrswege infolge extremer Schneefälle,

dürfen die Versorgungskapazität und Funktionalität des Krankenhauses nicht nachhaltig beeinträchtigen. Dies kann nur gelingen, wenn entsprechende geeignete Vorbereitungen geplant, fortgeschrieben und regelmäßig trainiert werden.

Mit einer detaillierten Risikobewertung kann abgeschätzt werden, welche Effekte die Funktionalität eines Krankenhauses beeinträchtigen, wenn es zu Störungen bei Kritischen Infrastrukturen kommt. Weiterhin ist bei einer Reihe von Störungen zu erwarten, dass die Versorgungskapazität gesteigert werden muss (z. B. bei einem Ausfall der elektrischen Energieversorgung über mehrere Tage werden Patienten aus Pflegeeinrichtungen ohne Ersatzstromanlage in die Krankenhäuser verlegt werden müssen).

Das Ergebnis der detaillierten Risikobewertung zeigt auf, welche Handlungsprozesse vorbereitet, geplant, fortgeschrieben und trainiert werden müssen, um bei unterschiedlichen Störungen der Kritischen Infrastrukturen effektiv handeln zu können. So führten die extremen Schneefälle in Norddeutschland im Winter 1978/79 (Die Schneekatastrophe von Norddeutschland startete am 30. Dez. 1978 und endete am 13. Feb. 1979.) zur Unpassierbarkeit der Straßen und Autobahnen mit erheblichen Einschränkungen des Warenverkehrs und gleichzeitig zu einem großflächigen Ausfall der elektrischen Energieversorgung, der partiell mehrere Tage andauerte.

Mit der Krankenhauskrisenplanung muss geklärt werden, welche Verbrauchsmittel in welchen Mengen für die Grundversorgung zwingend erforderlich sind und wie schnell

diese von wo geliefert werden können. Dabei muss berücksichtigt werden, ob und inwieweit bei Störungen der Verkehrsinfrastruktur eine zeitgerechte Lieferung garantiert ist. Vergleichbare Überlegungen sind bezüglich der Instandhaltung, Wartung und Prüfung der Medizingeräte oder anderer technischer Einrichtungen anzustellen. So ist zu klären, wie schnell der Kraftstoffversorgung für die Ersatzstromanlage aufgefüllt werden muss, damit ein Betrieb über mehrere Tage uneingeschränkt garantiert werden kann und wie diese auch bei extremen Rahmenbedingungen vom Prozess her gestaltet werden muss.

Bei Störungen der Kritischen Infrastrukturen ist zu erwarten, dass zusätzliche personelle Ressourcen benötigt werden müssen. Bei einem flächendeckenden Ausfall der Stromversorgung ist zeitgleich der Ausfall der Kommunikationsmittel (Telefon, Mobilfunknetz und dgl.) zu erwarten. Dies bedeutet, dass die üblichen Alarmierungswege zur Aktivierung des Personals nicht funktionieren. Es muss in der Krankenhauskrisenplanung herausgearbeitet und ins Bewusstsein aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter transportiert sein, dass alle ohne weitergehende Aufforderung schnellstmöglich ihren Arbeitsplatz aufsuchen. Dort wird dann entschieden, ob ihr Einsatz sofort oder zu vorgegebenen Zeiten erfolgen soll.

Krankenhäuser als Kritische Infrastruktur können auch Opfer von Cyberangriffen oder technischen Störungen sein. Deshalb muss im

Rahmen der Krankenhauskrisenplanung ein Handlungskonzept entwickelt werden, das die sach- und fachgerechte Versorgung der Patienten auch dann gewährleistet, wenn die Unterstützung der Kommunikations- und Informationstechnik nicht gegeben ist. Die laufende politische Diskussion, welche Krankenhäuser im Rahmen der Rechtsverordnungen zu den Kritischen Infrastrukturen gehören und welche erweiterten Sicherheitsmaßnahmen geplant, vorbereitet, trainiert und kontinuierlich fortgeschrieben werden müssen, darf nicht zu einem abwartenden Verhalten bezüglich der Vorbereitungen führen. Unabhängig der Tatsache, ob Schwellenwerte (z. B. mehr als 500 Versorgungsbetten, 30 000 Patienten pro Jahr oder Versorgungsgebiet mit mehr als 500 000 Einwohnern) für die Verpflichtung weitergehende Sicherheitsmaßnahmen vorzubereiten sind, muss sich jedes Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung darüber im Klaren sein, welcher Imageschaden bei einem Engpass in der Kapazität oder in der Funktionalität, die aufgrund fehlender oder unzureichender Planungen bzw. Vorbereitungen eintritt, folgt. Die lapidare Aussage: » [...] dazu waren wir nicht verpflichtet [...]«, wird den wirtschaftlichen Schaden nicht aufwiegen. Es ist in der heutigen Kommunikationsgesellschaft mit allen sozialen Medien nicht davon auszugehen, dass eine Beeinträchtigung der Versorgungskapazität oder Funktionalität eines Krankenhauses nicht kommuniziert wird.

## 1.2 Notwendigkeit einer Planung aus juristischen Aspekten

*Thorsten Helm und Hartfrid Wolff*

### 1.2.1 Einleitung

Krankenhäuser müssen hohe medizinische Anforderungen bei der Diagnose und Thera-

pie erfüllen und zugleich den regulatorischen Anforderungen in einem relativ stark kontrollierten Bereich genügen, um ihren Versorgungsauftrag zugunsten der Bevölkerung

zu erfüllen (Schmola, 2014). Unter zunehmendem Kostendruck im Gesundheitswesen gestaltet sich dies nicht immer leicht (Schmola/Rapp, V.). Verstoßen Kliniken gegen normierte Anforderungen, drohen Reputationsschäden, Forderungen auf Honorarrückzahlungen und Schadensersatz bis hin zu drohenden Strafzahlungen und dem drohenden Entzug der Zulassung (Schmola/Rapp, 2016). Zudem kann es auch in Deutschland zu Situationen kommen, in denen die Funktion von Krankenhäusern durch externe Faktoren, z. B. durch Terrorakte, Umweltkatastrophen und Pandemien, nachhaltig beeinträchtigt wird, sodass die medizinische Versorgung und somit die körperliche Unversehrtheit und das Leben der Patienten gefährdet und das öffentliche Gesundheitswesen in seinem Beitrag zur Daseinsvorsorge negativ tangiert wird (Unger, 2008). Großschadensereignisse weiten sich im internationalen Kontext oftmals dann zu einer humanitären Katastrophe aus, wenn das Gesundheitssystem zusammenbricht (Unger, 2008). Krankenhäuser und Einrichtungen des Gesundheitssektors zählen laut dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz- und Katastrophenhilfe zu den sogenannten Kritischen Infrastrukturen und hängen wiederum von anderen Kritischen Infrastrukturen ab, z. B. der öffentlichen Wasserversorgung, Telefon- und Internetverbindung, Lebensmittel- und Energieversorgung sowie von Finanzinstituten (BBK, S. 6). Deshalb bedarf es zum einen einer Implementierung eines umfassenden Risikomanagementsystems, das Risiken präventiv erkennt und minimiert, sowie einer umfassenden Vorsorge- und Abwehrplanung im Rahmen eines Krankenhausalarm- und Einsatzplans, der sich an diversen Szenarien orientiert. Des Weiteren ist eine sensibilisierte und transparente Geschäftsführung von Nöten, die dafür Sorge trägt, dass die Prozesse ineinander verzahnt, organisiert, dokumentiert, regelmäßig überprüft und eintrainiert sowie im akuten Katastrophenfall auf allen Ebenen umgesetzt werden.

Ziel des Risiko- und Krisenmanagements im Krankenhaus ist die Sicherstellung eines fortwährenden Betriebs auch mit geringen Mitteln, bei dem so wenige Personen wie möglich Schaden an Leib und Leben nehmen (Vgl. Kern). Hierbei befindet sich die Geschäftsleitung stets im Spannungsfeld zur umfassenden Risikobeurteilung und der Notwendigkeit, entsprechende Reaktionsstrategien zu entwickeln. Diese Verantwortung kann neben der Geschäftsführung auch andere Gesellschaftsorgane, wie z. B. den Aufsichtsrat berühren, zu dem auch ehrenamtliche Mitglieder zählen (Helm/Haaf, 2015). Vorliegend soll der Fokus auf einer juristischen und wirtschaftlichen Betrachtungsweise liegen und auf potenzielle strafrechtliche Sanktionen wird bis auf Einzelheiten, die einen wirtschaftlichen Bezug aufweisen, nicht näher eingegangen.

## 1.2.2 Die Geschäftsleitung in der Verantwortung

Im Rahmen der Daseinsvorsorge ist der Staat gemäß Art. 25, 28 GG verpflichtet, eine hinreichende Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Aufgrund des Umstandes, dass die Krankenhausplanung Ländersache ist, haben die Bundesländer rechtliche Regelungen in den Krankenhausgesetzen oder in den Katastrophenschutzgesetzen erlassen.<sup>1</sup> Diesen Regelungen ist zu entnehmen, dass die Träger der Gesundheitseinrichtungen ver-

---

1 BW: § 5 Abs. 2 Nr. 2 LKatSG; BAY: Art. 8 Abs. 1 BayKSG; BER: § 27 LKG; BRB: § 20 Abs. 3 BbgBKG; HAM: § 3 Abs. 2 HmbKHG; HE: § 36 Abs. 3 HBKG; MV: § 13a LKatSG M-V; NDS: § 14 NKHG; NRW: § 24 Abs. 3 BHKG; RP: § 22 Abs. 1 LBKG; SAAR: § 10 Abs. 2 SKHG; SACHSEN: § 56 Abs. 1 SächsBRKG; SACHSEN-ANHALT: § 14b Abs. 1 und 2 KHG LSA; S-H: § 22 LKatSG; THÜR: § 36 Abs. 3 ThürBKG

pflichtet sind, Alarm- und Einsatzpläne zu erstellen. Gemäß den Artikeln 30 und 70 GG liegt die Zuständigkeit für den Katastrophenschutz in Friedenszeiten grundsätzlich bei den Ländern (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/ 5672, 27.04.2011). Unter Beachtung der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes zählt auch das Krankenhausrecht zu den Gesetzgebungskompetenzen der Länder (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/ 5672, 27.04.2011). Besonders Krankenhäuser, die öffentlich-rechtlich geführt sind, haben aufgrund ihrer Stellung in der Gesellschaft und dem damit einhergehenden öffentlichen Interesse besondere Aufmerksamkeit darauf zu legen, dass die Geschäftsleitung ordnungsgemäß handelt. Grundsätzlich ergibt sich bei Kliniken öffentlich-rechtlicher Träger die Verpflichtung der Geschäftsführung, ein Risiko- und Krisenmanagementsystem zu implementieren, schon aus haushaltsrechtlichen Vorgaben der Länder oder

des Bundes (BBK, 2008). Des Weiteren ist die »bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern« in § 1 Abs. 1 LKHG (Landeskrankenhausgesetz) gesetzlich normiert. Es handelt sich bei der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gemäß § 1 Abs. 1 LKHG »um eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse.« Vor dem Hintergrund des LKHG BW<sup>2</sup> steht die Klinikleitung in Bezug auf das Legalitätsprinzip in der Verantwortung, sich um die Patienten zu kümmern und den Betrieb auch im Krisenfall aufrechtzuerhalten. Gemäß § 3a LKHG BW müssen die Krankenhäuser insbesondere in Notfällen mit anderen Stellen, wie z. B. Ärzten und Sozialstationen, kooperieren, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Mit dem Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG)

2 Exemplarisch auch für andere Krankenhausgesetze, z. B. für: LKHG, 17. Dezember 2015 (GBl, S. 1205) Gliederungs-Nr.: 2120-2, in der Fassung vom 29. November 2007 (GBl. 2008 S. 13), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Dezember 2015 (GBl. S. 1205); Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. März 2007 (GVBl. S. 288) BayRS 2126-8-G (in Kraft getreten am 01.01.17); Landeskrankenhausgesetz (LKG), vom 18. September 2011 (GVBO. S. 483), Gliederungs-Nr.: 2128-5; Landeskrankenhausgesetz (LKG), vom 18. September 2011 (GVBO. S. 483), Gliederungs-Nr.: 2128-5; Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz. BbgKHEG) vom 8. Juli 2009 (GVBl. I/09, [Nr. 13 ], S. 313); Bremisches Krankenhausgesetz (BremKrhG) vom 12. April 2011 (Brem. GBl, S. 252), Gliederungs-Nr.: 2128-b-1; Hamburgisches Krankenhausgesetz (HmbKHG) vom 17. April 1991, HmbGVBl, 1991, S. 127, zuletzt geändert am 29. Dezember 2014; Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2011 – HKHG 2011), gültig ab dem 01.01.2011; Gliederungs-Nr.: 351-84. Fundstelle: GVBl, I 2010 S. 587 vom 23.12.2010; NKHG Fundstelle. Nds. GVBl. 2012, 2 Gliederungs-Nr.: 21065, letzte berücksichtigte Änderung: § 16 neu gefasst durch Gesetz vom 14.07.2015 (Nds. GVBl. S. 148); Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW), Gliederungs-Nr.: 2128, vom 11. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702. 2008 S. 157), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Dezember 2016 (GV. NRW. S. 1062); Krankenhausgesetz von Rheinland-Pfalz (LKG) 28.11.1986 Fundstelle: GVBl. 1986, 342, Gliederungs-Nr. 2126-3, Stand: letzte berücksichtigte Änderung: §§ 5 und 30 a geändert durch § 116 des Gesetzes vom 19.12.2014 (GVBl, S. 302); Gesetz Nr. 1573 Saarländisches Krankenhausgesetz Landesrecht Saarland, (SKGH, Sl), Gliederungs-Nr.: 2126-3, in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. November 2015 (Amtsbl. I S. 857); Sächsisches Krankenhausgesetz vom 19. August 1993 (SächsGVBl. S. 675), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 7. August 2014 (SächsGVBl, S. 446) geändert worden ist; Fsn.-Nr.: 252-2; Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG LSA) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. April 2005, Fundstelle: GVBl.LSA 205, 203 Gliederungs-Nr.: 2126.1; Schleswig-Holstein: Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) vom 12. Dezember 1986 Fundstelle: GVOBl. 1986, 302, Gliederungs-Nr.: 2120-6; Thüringer Krankenhausgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. April 2003 (ThürKHG) gültig ab dem 28.02.2003, Fundstelle: GVBl. 2003, 262, Gliederungs-Nr.: 2126-1.

vom 27. April 1998 wurde § 91 Abs. 2 AktG angefügt, wonach der Vorstand geeignete Maßnahmen zu treffen hat und ein Überwachungs- und Risikomanagementsystem implementieren muss, damit Entwicklungen, die den Fortbestand der Gesellschaft gefährden könnten, rechtzeitig erkannt werden (Herke, 2005, ID 86021). Daraus geht die allgemeine Verantwortung der Geschäftsführung hervor, ein angemessenes Risiko- und Krisenmanagement einzuführen und ein Frühwarnsystem zu implementieren (BBK, 2008). Es betrifft direkt Krankenhäuser, die in Form einer Aktiengesellschaft, oder - aufgrund einer Ausstrahlungswirkung - einer GmbH organisiert sind oder als Tochtergesellschaft einer solchen existieren (BBK, 2008). Des Weiteren normiert § 93 Abs. 1 S. 1 AktG, dass der Vorstand bei der Führung der Geschäfte die Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters anzuwenden hat. Äquivalente Haftungsnormen finden sich auch im GmbHG, mit den §§ 6, 43 GmbHG. Gem. § 111 AktG hat der Aufsichtsrat die Geschäftsführung zu überwachen, sofern ein solcher existiert (Nemmer et al.). Ein Aufsichtsrat kann sowohl aus hauptamtlichen als auch ehrenamtlichen Mitgliedern bestehen, die vergleichbare Verantwortung tragen (Nemmer et al., 2016). Kliniken, die einen karitativen Zweck verfolgen, sind von dieser Mitbestimmungsvorgabe grundsätzlich ausgenommen (Nemmer et al., 2016). Diese bilden oft einen fakultativen Aufsichtsrat (Nemmer et al., 2016). Dieser beruht nicht auf dem Gesetz, sondern auf dem Gesellschaftsvertrag (Nemmer et al., 2016). Des Weiteren kann sich die Verantwortung des Aufsichtsrates und des Geschäftsführers aus der Satzung des Krankenhauses ableiten. Hinsichtlich der Siemens/Neubürger-Entscheidung des LG München (LG München I, 10.12.2013 – 5 HK 0 1387/10) ist heutzutage ersichtlich, dass das Unterlassen der Geschäftsleitung, ein funktionierendes *Compliance Management System* zu errichten, zu Bußgeldzahlungen führen kann

(Kremer/Baldamus/Bayer, S. 184). Eine gesetzliche Verpflichtung zur *Compliance* wird teilweise aus den §§ 130, 9, 30 OWiG abgeleitet (Moosmayer; Weber et al.). Jedoch handelt es sich vorliegend um eine Bußgeldnorm, womit jedoch keine ersichtliche positiv zivilrechtliche Verpflichtung zur *Compliance* abgeleitet wird (Weber et al.). Werden Aufsichtspflichten verletzt, so haftet der Verantwortliche mit bis zu einer Million Euro. Gemäß § 130 Abs. 2 S. 1 OWiG betrifft dies auch öffentlich-rechtliche Unternehmen. Nach den §§ 130, 9, 30 OWiG können Ansprüche auf Bußgeldzahlungen in Höhe von bis zu 10 Mio. € im Falle einer Aufsichtspflichtverletzung entstehen (Heckelmann et al., 2016). Gemäß § 14 StGB ist die Führungsebene im Rahmen der Stellvertreterhaftung für vorsätzliches und fahrlässiges Handeln verantwortlich. Eine juristische Grundlage hinsichtlich des Katastrophen- und Risikomanagements findet sich auf Bundesebene im Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (ZSKG) (LG München I, 10.12.2013 – 5 HK 0 1387/10). Die Verpflichtung der Krankenhäuser im Katastrophenfall richtet sich schwerpunktmäßig nach den Landeskatastrophenschutzgesetzen, z. B. ist das Landeskatastrophenschutzgesetz Baden-Württemberg (LKatSG) am 1. Juli 1979 in Kraft getreten.

### 1.2.3 Abgrenzung des Notfallmanagements vom Katastrophenmanagement

Bevor man einen Alarm- und Einsatzplan im Rahmen des Risiko- und Krisenmanagements entwirft, müssen zunächst die Begriffe unter den beteiligten Akteuren definiert werden: Unter Notfallmanagement versteht man die diagnostische und medizinische Erstversorgung von individuellen Notfallpatienten, um das Leben zu retten oder gravieren-

de Gesundheitsschädigungen abzuwenden (Kern, S. 43). Unter Katastrophenmanagement sind Sachverhalte zu subsumieren, bei denen eine Vielzahl von Menschen als Folge einer Naturkatastrophe oder eines anderen Unglücksfalls unter hohem Zeitdruck und ungünstigen Umweltbedingungen medizinische Versorgung benötigt (Kern).

### 1.2.4 Abgrenzung von Risiken und Krisen

Krisen kennzeichnet, dass sie überraschend und unvorhergesehen eintreffen, dass sie auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt sind, leicht eskalieren können, ein großes öffentliches Interesse erzeugen und einzigartig sind, sowie – trotz eines großen Informationsdefizites – zum Handeln zwingen (Vogel/Schmola). Dabei kann es sich beispielsweise um einen Hygieneskandal oder um ärztliches Versagen mit schweren Behandlungsfehlern und mangelnder Qualifikation handeln (Vogel/Schmola). Neben infizierten Blutreserven oder der Häufung an Infektionen kann auch ein Stromausfall in kritischen Bereichen, wie dem OP-Saal oder der Intensivstation, eine Krise darstellen (Jürgensen et al.). Ein Stromausfall kann nicht zuletzt durch externe Faktoren, wie etwa kriminelle, oder terroristische Anschläge auf das Stromnetz, erfolgen und zeigt somit die Notwendigkeit einer umfassenden Planung für den Ernstfall. Unter dem Begriff Risiko versteht man hingegen »die Möglichkeit oder Erwartung, dass ein Ereignis eine bestimmte Auswirkung auf eine Einrichtung hat.« (BBK, 2008) Vor dem Hintergrund des Bevölkerungsschutzes sind mit den Auswirkungen insbesondere Verluste, wie die von Menschenleben, sowie die Beeinträchtigung der Gesundheit gemeint, aber auch die Einschränkung von wirtschaftlichen Aktivitäten und Dienstleistungen sowie Infrastrukturen zählt zu den Auswirkungen der Risiken (BBK, 2008). Krisenmanagement hat die bestmögliche Bewältigung einer

Krise in Bezug »auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen und Informationen« zum Ziel (BBK, 2008). Effektives Risiko- und Krisenmanagement umfasst alle Verfahren und Maßnahmen, die geeignet sind, planvoll mit Risiken umzugehen (BBK, 2008). Dazu zählt eine offene Risikokommunikationsstruktur, die alle Akteure miteinbezieht. Denn oft liegen Krisen Fehler in der Kommunikation zu Grunde (Wieler/Biedebeck, o. J.).

### 1.2.5 Der Katastrophenbegriff

#### Interner und externer Katastrophenbegriff

Bei der Erstellung von Alarm- und Einsatzplänen wird traditionell zwischen dem externen und dem internen Katastrophenbegriff unterschieden (Wurmb et al., 2016). Diese Differenzierung hilft dem Krankenhaus aufgrund des vereinheitlichten Sprachgebrauchs zwar dabei, einzuschätzen, ab wann in den Katastrophenbetrieb übergegangen werden muss, jedoch werden bei dieser Betrachtungsweise oft die Gegebenheiten nicht ganzheitlich, sondern nur aus einem Blickwinkel heraus bewertet (Wurmb et al., 2016). Unter einer externen Katastrophe versteht man ein Ereignis, das von außen auf das Krankenhaus einwirkt und dieses an die jeweilige Belastungsgrenze bringt. Hierbei sind Katastrophen zu nennen, die einen Massenansturm von verletzten, vergifteten, oder infizierten Personen zur Folge haben, die schnellstmöglich und gleichzeitig behandelt werden müssen (Wurmb et al., 2016). Dieser Fall der Katastrophe beschränkt sich nicht auf die klassischen Umweltkatastrophen, wie Hochwasser, Erdbeben und Unwetter. Er bezieht sich auch auf solche Fälle des Amoklaufs oder eines Terroranschlags oder auf Einzelfälle, wie die der Massenpanik auf der Love Parade 2010. Vom externen Katastrophenbegriff zu unterscheiden ist der interne Kata-

strophengebrieff: Hierzu zählen etwa Brände an der Einrichtung, der Ausfall von Versorgungsstrukturen (Wasser, Strom etc.) oder auch der Ausfall der Informationstechnologie (Hoffmann/Thiele, 2010).

### **Konsequenzbasiertes Modell**

Die traditionelle Einteilung der verschiedenen Szenarien hilft den Kliniken bei der grundlegenden Strukturierung der zu ergreifenden Maßnahmen (Wurmb et al., 2016). Des Weiteren hat sich die traditionelle Einteilung in externe und interne Katastrophen weitgehend durchgesetzt. Somit hat sich ein einheitlicher Sprachgebrauch entwickelt, der bei der Zusammenarbeit von Krankenhäusern in der Region von Vorteil ist (Wurmb et al., 2016). Die traditionelle Einteilung hat jedoch auch Nachteile: Es wird suggeriert, dass die Verantwortung bei einer internen Lage bei der betroffenen Klinik liegt und bei einer externen Lage nicht (Wurmb et al., 2016). Dies spiegelt jedoch nicht die Komplexität der Verantwortlichkeit wider (Wurmb et al., 2016). Es ist z. B. Aufgabe der Polizei, bei Gefahren- und Großschadenslagen die Sicherheit und Ordnung aufrechtzuhalten. So liegt z. B. bei einigen vermeintlich internen Gefahrenlagen wie z. B. im Falle einer Geiselnahme die Hauptverantwortung bei polizeilichen Einheiten oder bei Großbränden bei der Feuerwehr oder beim technischen Hilfswerk etwa bei größeren Naturkatastrophen (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/ 5672, 27.04.2011). Auf der anderen Seite ist bei einem Massenanstfall von Patienten das jeweilige Krankenhaus für die Organisation und die Behandlung der Patienten verantwortlich. Eine unzureichende Risiko- und Katastrophenplanung für den Einzugsbereich der Klinik kann fatale Folgen haben (Holtel/Arndt, 2010). Zudem blendet die traditionelle Einteilung der Ka-

tastrophenzenarien potenzielle Mischformen aus (Wurmb et al., 2016). Ein Beispiel eines klassischen externen Katastrophenfalls ist der Massenanstfall von Patienten, der jedoch nicht nur durch externe Katastrophen, z. B. durch einen Terrorakt, sondern auch durch interne Faktoren, wie einen Großbrand im Krankenhaus ausgelöst werden kann (Wurmb et al., 2016). Also kann ein grundsätzlich externes Szenario eine unmittelbar interne Auswirkung haben (Wurmb et al., 2016). Andersherum kann z. B. ein Hackerangriff von außerhalb die internen IT- und computergestützten medizinischen Hilfsprogramme intern aushebeln. Aufgrund dessen wird in letzter Zeit ein neues Modell angeregt, das *konsequenzbasierte* Modell. Innerhalb dieses Modells wird zwischen der Einschränkung der Funktionalität und der Überschreitung der Kapazität unterschieden (Wurmb et al., 2016). Da der Satzungsauftrag eines Krankenhauses stets die bestmögliche Versorgung der Patienten, auch im Katastrophenfall, zum Inhalt haben sollte, ist es wichtig, ganzheitlich zu planen. Es ist somit ratsam, das *konsequenzbasierte* Modell in die Risiko- und Katastrophenplanung zu implementieren, um beim Umgang mit Katastrophen nachhaltige Erfolge zu erzielen und die Gesundheitsversorgung lückenlos zu gewährleisten.

### **Einschränkung der Funktionalität**

Eine Einschränkung der Funktionalität liegt dann vor, wenn das Krankenhaus seinen originären Aufgaben nicht mehr nachkommen kann (Wurmb et al., 2016). Dies ist z. B. der Fall, wenn etwa die Infrastruktur des Krankenhauses gestört ist und es zu personellen Engpässen kommt. Die Einschränkung der Funktionalität hat auch immer eine Einschränkung der Kapazität zur Folge (Wurmb et al., 2016).

## Überschreitung der Kapazität

Kommt es zu einem raschen Anstieg der zu behandelnden Patienten, so liegt schnell eine Überschreitung der Kapazität vor, z. B. wenn nicht genügend Betten und Personal zur Verfügung stehen (Wurmb et al., 2016). Je nach Größe des Massenansturms von Verletzten (MANV) kann also die Überschreitung der Kapazität auch eine Einschränkung der Funktionalität zur Folge haben, z. B. wenn die Ressourcen knapp werden.

## Konsequenz für die Geschäftsleitung

Damit die Geschäftsleitung ihrer Verantwortung gerecht wird, bietet sich bei der Erstellung der Alarm- und Einsatzplanung die Berücksichtigung der möglichen Einschränkungen der Funktionalität und Kapazitäten an, da nur unter diesem Gesichtspunkt eine gewissenhafte Organisation erfolgen kann. Die Verantwortung der Geschäftsführung insbesondere gemäß § 93 Abs. 1 S. 1 AktG und den §§ 6, 43 GmbHG, ist auch im Rahmen der ordnungsgemäßen Erstellung eines funktionsfähigen Alarm- und Einsatzplanes zu berücksichtigen.

## Neue Formen von Katastrophen

Bei der Erstellung neuer Alarm- und Einsatzpläne und der Aktualisierung bestehender Pläne ist auf die Einbeziehung neuer Gefahren zu achten, die in der Vergangenheit noch eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Um die Schwierigkeit und die Planungsbedürftigkeit greifbarer zu machen, sei hier der Hackerangriff auf Server und Netzwerkeinrichtungen der Klinik genannt. Die Einbindung medizinischer Software in die Patientenbehandlung und den Klinikalltag bringen nicht nur Vorteile mit sich, sondern bergen auch erhebliche Gefahren. Unter genannten Szenarien wird die Bedeutung der Planerstellung

unter der Berücksichtigung der Sicherung von Funktionalität und Kapazität deutlich. Bei einem Angriff von außen auf die informationstechnologische Infrastruktur der jeweiligen Klinik wird die Funktionalität der Klinik in einem erheblichen Maße gestört. Umgekehrt hat ein derartiger Angriff auch Auswirkungen auf die Kapazität des Krankenhauses.

## 1.2.6 Maßnahmen

Fraglich ist, inwieweit die Geschäftsleitung unter Beachtung von »Good Practice«-Standards sowie anderen Maßnahmen den Balanceakt zwischen der Implementierung eines ausreichenden Risikomanagementsystems und eines Risikoabwehrplans in der akuten Katastrophe meistern kann und bestenfalls für etwaige Schäden nicht haften muss. Des Weiteren ist es fraglich, welche Analogien zur Risiko-Umgehung in anderen Feldern gezogen werden können.

### Corporate Governance, Good Practice und Compliance im Krankenhaus

*Good Practice* bedeutet, dass Handlungsweisen in der Vergangenheit nachhaltig zum Erfolg geführt haben und dadurch gute Ergebnisse erzielt wurden und deshalb auch in Zukunft als Model empfohlen werden können (FAO, Good Practice Template, 01.03.2014). Es handelt sich hierbei um eine erfolgreiche Erfahrung, die getestet und analysiert wurde und somit mit vielen Personen geteilt werden kann (FAO, Good Practice Template, 01.03.2014). Somit können diese Normen zu sogenannter »soft law« werden, also verdichtet werden und sich so zur allgemeinen Übung herauskristallisieren. Die B. Braun-Stiftung bietet seit 1990 (Thöne, 2016) Workshops zur Thematik *Good Clinical Practice* an, die sich Ärzte als Fortbildung von der Ärztekammer Berlin anrechnen

lassen können (B. Braun-Stiftung, Sharing Experience, <http://www.gcp-workshop.de/>). Die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG e.V.) bietet Anhaltspunkte, wie die *Good Practice* ausgestaltet werden kann: So wird z. B. von der DKG e.V. auf das von der EU beauftragte Projekt *PASQ – European Union Network for Patient Safety and Quality of Care* verwiesen, das sich zum Ziel gesetzt hat europaweit die Standards der *Good Practice* in den Krankenhäusern der Mitgliedsstaaten zu sammeln und online zur Verfügung zu stellen, um eine Möglichkeit zum Austausch, zur Inspiration und schließlich zur Vereinheitlichung der *Good Practice* zu ermöglichen ([www.dkev.de](http://www.dkev.de); [www.pasq.eu](http://www.pasq.eu)). Hinsichtlich der guten klinischen Praktiken wurde ein internationaler Standard erstellt, der sowohl ethische als auch wissenschaftliche Standards in Bezug auf die Planung, Durchführung und Dokumentation sowie Berichterstattung umfasst und sich mit den klinischen Prüfungen am Menschen befasst und somit für mehr Sicherheit, Klarheit und Transparenz für die Patienten sorgt (ICH GCP, <http://ichgcp.net/de/introduction>). Dieser gilt jedoch grundsätzlich in alltäglichen Situationen und bei klinischen Prüfungen, ist jedoch nicht auf die speziellen Anforderungen einer Katastrophe ausgerichtet. Durch »Codes of Good Practice« soll regelkonformes Vorgehen empfohlen werden (Koss et al.). Fraglich ist, inwieweit dieses Verhalten in Ausnahmesituationen vorgezeichnet werden kann und welche Regelungen, Gesetze und Normen hier greifen. Hinsichtlich der *Good Practice* im Krankenhaus soll auf den Versorgungsauftrag als Grundlage und Maßstab verwiesen werden. Somit sollte die Einhaltung gewisser Regeln, die sich an dem Versorgungsauftrag orientieren, im Mittelpunkt stehen: Z. B. könnte es sich hier um Hygieneregulungen handeln und dass der Patient im Mittelpunkt jeder Behandlung stehen muss sowie Transparenz- und Aufklärungspflichten, aber auch architektonische und brandschutzrechtliche Vorkehrun-

gen. Diese Normen sollten als *Good Practice Code of Conduct* für alle Arbeitnehmer und das Führungspersonal sichtlich formuliert und ausgehängt werden sowie durch Vorleben der Geschäftsleitung aktiv in die Unternehmenskultur integriert werden. Ständiges Wiederholen von z. B. Brandschutzmaßnahmen und Katastrophenszenario-Übungen internalisiert das Vorgehen im Krisenfall, so dass Verhaltensweisen automatisiert werden und im Krisenfall von allen Beteiligten einfach abgerufen werden können. Besonders bei Änderungen des rechtlichen Umfelds entstehen häufig rechtliche und regulatorische Risiken (Schmola/Rapp, 2016). Dies ist besonders in regulierten Branchen wie dem Gesundheitswesen gegeben (Schmola/Rapp, 2016).

### **CMS und Risikomanagement**

Durch die Summierung kleiner Fehler entstehen im Klinikbetrieb oft Risiken, die häufig nicht unvorhersehbar sind (Pippig, 2005). *Compliance* dient der Prävention von Haftungsfällen für die Organe und Mitarbeiter eines Unternehmens (Schmola/Rapp, 2016). Dabei bedeutet *Compliance* nicht nur die Einhaltung juristischer Regelungen (Englisch: »to comply with« – d. h. übereinstimmen mit«) (Schmola/Rapp, 2016), sondern auch eine Institutionalisierung von systematischen und organisatorischen Prozessen, die sicherstellt, dass alle im Unternehmen beschäftigten Mitarbeiter sich stets regelkonform verhalten und dieses Verhalten ausreichend dokumentiert wird (Schmola/Rapp, 2016). Dies macht Transparenz, Kommunikation und Kooperation auf allen Ebenen, d. h. von der Geschäftsleitung, der Verwaltung bis zu der Ärzteschaft, dem Pflegepersonal, dem Labor und anderen Klinikangestellten, zwischen den einzelnen Branchen und der ambulanten und stationären Abteilung, Zeitarbeitern und Zulieferanten, (externen) Reinigungsfirmen, Kantine und nicht