

Detlef Cwojdzinski
 Stellungnahme für die Enquetekommission II – Landtag Nordrhein-Westfalen
 „Krisen- und Notfallmanagement (Gesundheitssystem)“

Vorbemerkung

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass dem Krisen- und Notfallmanagement im Gesundheitssystem in Verwaltung und Politik mehr Bedeutung beigemessen werden muss. Unter dem Begriff „Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz“ sollten zukünftig alle Aktivitäten des Katastrophen- und Zivilschutzes im Gesundheitssystem zusammengeführt werden.

Im bereitgestellten Fragenkatalog werden viele der aktuell zu diskutierenden Themenbereiche angesprochen, die ich nachfolgend zusammenfassen möchte:

- Organisation des Krisenmanagements, Arbeit in Krisenstäben
- Szenarien-orientierte, generische Einsatzplanung
- Sicherstellung der personellen Aufstellung des ÖGD auf allen Ebenen in Krisensituationen
- Standardisiertes überregionales und regionales Lagebild im Einsatz
- Risiko- und Krisenkommunikation im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz
- Qualifizierung im Krisenmanagement durch Aus- Fort- und Weiterbildung
- Sicherstellung der materiellen Versorgung bei Krisensituationen im Gesundheitssystem
- Vernetzung, Schnittstellenmanagement aller relevanten Akteure
- Digitalisierung im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz

Diese Themenbereiche sind auch Grundlage des 1. Berichtes des Beirates des Paktes für den ÖGD mit dem Titel Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Da-teien/3_Downloads/O/OEGD/2021_10_Erster_Bericht_Beirat_Pakt_OeGD.pdf).

Meine Stellungnahme nimmt Bezug auf die Inhalte, die im Beirat des Paktes für den ÖGD erarbeitet wurden.

Der Themenbereich Aus-, Fort- und Weiterbildung im Krisenmanagement findet im Fragenkatalog der Enquetekommission II zu wenig Berücksichtigung. Die kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Übungen sind der zentrale Schlüssel zu einem erfolgreichen gesundheitlichen Bevölkerungsschutz. Der Ausbildungsbedarf wird bisher bei weitem nicht abgedeckt. Mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf steht eine geeignete Einrichtung in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung. Schwerpunkte der Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten Training der Stabsarbeit inkl. Lagedarstellung und Lagebewertung, Einsatzplanung sowie die Risiko- und Krisenkommunikation sein. Ich empfehle, diesen Themenbereich im Rahmen der Arbeit der Enquetekommission ergänzend zu betrachten.

Zu ausgewählten Fragen gebe ich folgende Stellungnahme ab:

I Pandemien, Prävention, Bevölkerung:	
Frage 1 – 6	Kein Votum
7. Welche Rolle spielen Notfall-Pläne bei der Vorbereitung auf zukünftige Gesundheitskrisen? Wie können die Notfall-Pläne auf allen föderalen Ebenen weiterentwickelt und geübt werden? Welche Akteure sind in die Übungen einzubeziehen?	Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass eine statische Einsatzplanung, bei der der vermutliche Verlauf eines Szenarios detailliert beschrieben wird und daraus folgende Umsetzungsmaßnahmen abgeleitet werden, den tatsächlichen Anforderungen während einer Krise nicht gerecht wird. Einsatzpläne im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz sollten zukünftig generisch aufgebaut werden. D.h. es sollte kein festes Raster für eine Vorgehensweise festgelegt werden, sondern die Pläne sollen Handlungsoptionen vergleichbar einem „Werkzeugkasten“

	<p>beschreiben. Im Einsatz können dann die relevanten Handlungen ausgewählt werden. Eine generische Einsatzplanung sollte u.a. folgende Themen berücksichtigen: Rollen, Zuständigkeiten, Kompetenzen, Kommunikationswege, Mechanismen der Entscheidungsfindung und mögliche Einsatzmaßnahmen in Checklistenform.</p> <p>Pläne sollten nicht nur für infektiologische Lagen, wie z. B. die Pandemie erstellt werden, sondern für alle Gefahrenlagen. Insbesondere im Bereich der CBRN-Gefahren, in der Trinkwasserversorgung und im Lebensmittelbereich sind diese erforderlich.</p>
<p>8. Wie ist in zukünftigen Gesundheitskrisen die Beschaffung, Bevorratung und Ausgabe von Schutzgütern, Medizinprodukten und Medikamenten idealerweise zu gestalten? Welche Schritte müssen gegangen werden, um dies zu erreichen? Welchen Handlungsbedarf sehen Sie und welche Akteure sehen Sie hier in der Pflicht? Wie kann hier eine Einigkeit erzielt werden, in welcher Menge Medizinprodukte, Medikamente und andere Güter vorgehalten werden müssen? Welche Akteure sehen Sie hier in der Verantwortung?</p>	<p>Eine vollumfängliche Bevorratung für Krisen jeder Art wird aus finanziellen und logistischen Gründen niemals möglich sein. Eine Vorratshaltung auf kommunaler bzw. Landesebene sollte daher zunächst den Bedarf abdecken, der schnell in einer ersten Phase eines Einsatzes benötigt wird. Hierdurch könnten die zumindest teilweise vorhandenen Lagerbestände in Krankenhäusern und Apotheken ergänzt werden.</p> <p>Obwohl erfahrungsgemäß die Vorratshaltung der Wirtschaft sehr gering ist, erscheint es sinnvoll mit relevanten Lieferanten Lösungen für den Nachschub zu suchen. Hier ist auch der Bund in der Pflicht, der mit „Nationale Reserve Gesundheitsschutz“ (NRGS) eine eigene Vorratshaltung aufbauen will.</p> <p>Fachliche Konzepte für die Vorratshaltung sind in den letzten Jahren u.a. in Bund-Länder-Arbeitsgruppen erarbeitet worden und sollten genutzt werden.</p>
<p>9. Wie sollten Expertengremien (etwa in Form von Krisenstäben) aus Ihrer Sicht besetzt sein, um zukünftigen Krisen entgegenwirken zu können? Wie kann stabsmäßiges Arbeiten vor und während einer Pandemie gelingen? Wie kann die Integration von wissenschaftlicher Expertise in die eher operativ arbeitenden Krisenstäbe gelingen? Auf welchen Ebenen und bei welchen Akteuren sollten die Krisenstäbe Ihrer Meinung nach angesiedelt sein?</p>	<p>Einzelne Experten bzw. Expertengremien können als Fachberater den Krisenstäben zugeordnet werden. Expertenstäbe in Form von Krisenstäben würden sich nicht in die bestehenden Stabsstrukturen sinnvoll eingliedern lassen.</p> <p>Stabsmäßiges Arbeiten in den Verwaltungen gelingt dann, wenn es hinreichend trainiert und in echten Einsätzen regelmäßig angewendet wird. Es hat sich bewährt, bereits bei besonderen Vorkommnissen unterhalb einer Krisensituation stabsmäßig zu arbeiten.</p> <p>Krisenstäbe sollten auf allen Verwaltungsebenen zum Einsatz kommen.</p>
<p>10. Welche Rolle wird der Bevölkerung im Rahmen einer Pandemiebewältigung zuteil? Durch welche Maßnahmen kann die Compliance und das Vertrauen der Bevölkerung gesteigert werden, um entsprechende</p>	<p>siehe Zweiter Bericht des Beirates Pakt ÖGD „Empfehlungen für abgestimmte Kommunikationswege und -maßnahmen über Verwaltungsebenen hinweg in gesundheitlichen Krisen“</p>

<p>Maßnahmen (Befolgung der AHA-Regeln, Tragen von Masken,...) mitzutragen?</p> <p>11. Wie kann sichergestellt werden, dass die ausgesprochenen Empfehlungen durch die verschiedenen Bevölkerungsgruppen wahrgenommen und verstanden werden? Wie kann hier insbesondere die Risiko- und Krisenkommunikation angepasst werden, um das Bevölkerungsverhalten einzu-beziehen, um eine bestmögliche Kommunikation und Compliance und Vertrauen der Bevölkerung zu gewährleisten?</p> <p>12. Wie können alle Bevölkerungsgruppen gezielt geschützt und eingebunden werden? Wie können vulnerable Gruppen in Gesundheitskrisen/Pandemien durch entsprechende Schutzkonzepte in den Blick genommen werden?</p> <p>13. Wie können die Umstände, die eine bestimmte Bevölkerungsgruppe erst vulnerable macht, behoben werden? Welche Akteure sind hier zuständig? Gibt es dazu entsprechende Strategien und/oder Konzepte?</p>	
<p>14. Durch welche Maßnahmen kann die Befähigung zum Selbstschutz und die Selbsthilfefähigkeit der Bürger gesteigert werden? Wie kann eine persönliche Notfall- und Katastrophenvorsorge im Rahmen von Pandemien gelingen?</p> <p>15. Welche Strategien gibt es zur Erhöhung der Selbstschutzzfähigkeit der Bürgerinnen und Bürger?</p>	<p>Der Selbstschutz ist ein wichtiger und unverzichtbarer Teil der gesamtgesellschaftlichen Daseinsvorsorge. Er ist allerdings bei den Bürgern kaum noch im Bewusstsein. Vom Staat wird ein „Rundumschutz“ erwartet, der realitätsfern ist.</p> <p>Der Selbstschutz der Bevölkerung muss daher in einer gemeinsamen Anstrengung von Bund, Ländern und Kommunen auf eine vollkommen neue Basis gestellt werden. Die Bevölkerung muss mit den Fähigkeiten ausgerüstet werden, die ihr im Notfall die Möglichkeit gibt, solange eine Situation selbst zu bewältigen, bis organisierte staatliche Hilfe greift.</p> <p>Wegen der Heterogenität der Bevölkerung (Alter, sozialer Status, kultureller Hintergrund etc.) muss das Thema Selbstschutz auf unterschiedlichen Wegen und mit unterschiedlichen Schwerpunkten zielgruppenorientiert adressiert werden.</p> <p>Die Vermittlung erster Fähigkeiten muss bereits im Kindergarten beginnen, z.B. durch Angebote der Feuerwehr zur Brandschutzerziehung oder der Hilfsorganisationen durch Lehrgänge zur kindgerechten Vermittlung der Ersten Hilfe. Die Erste-Hilfe-Ausbildung/Sofortmaßnahmen</p>

	<p>am Unfallort, die im Rahmen des Führerscheinerwerbs angeboten wird, gehört ebenfalls dazu. Hier fehlt allerdings die Verpflichtung zur Wiederholung in regelmäßigen Abständen.</p> <p>Es fehlt auf allen Ebenen ein Konzept, das modular aufgebaut ist und den vorgenannten Aspekten Rechnung trägt. Ferner fehlt eine Kommunikationsstrategie, die breite Teile der Bevölkerung erreicht.</p>
--	---

II. WHO-Definitionen und Corona-Fallerfassung:

Alle Fragen	Kein Votum
-------------	------------

III. Psychische Belastungen bei Kindern während und nach der Pandemie:

Alle Fragen	Kein Votum
-------------	------------

IV. Ambulante und stationäre Versorgung:

Frage 1 – 2	Kein Votum
<p>3. Wie haben sich Krankenhäuser und Arztpraxen gezielt auf die Corona-Pandemie vorbereiten können? Wie kann eine effiziente Vorbereitung auf zukünftige Krisen gestaltet werden (personell, technisch-materiell sowie strukturell; nicht zuletzt vor dem Hintergrund, Infektionsketten zu unterbrechen und Ansteckungen zu vermeiden)?</p>	<p>In der Corona-Pandemie wurden durch unterschiedliche Organisationen (z.B. Fachgesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen) Unterlagen bereitgestellt, die eine angemessene Vorbereitung möglich gemacht haben.</p> <p>Beispiel Arztpraxen: https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/qs_hygiene/hygiene_Pandemieplanung_2020.pdf</p> <p>Ein Beispiel für Krankenhäuser ist in der Anlage beigefügt.</p>
<p>4. Wie können die Praxen und Krankenhäuser – vor dem Hintergrund des enormen Informationsbedarfes während Gesundheitskrisen/Pandemien - kommunikativ unterstützt werden? Welche Akteure sind hier beteiligt?</p>	<p>siehe Zweiter Bericht des Beirates Pakt ÖGD „Empfehlungen für abgestimmte Kommunikationswege und -maßnahmen über Verwaltungsebenen hinweg in gesundheitlichen Krisen“</p>
<p>5. Existieren entsprechende Notfallpläne für Praxen und Krankenhäuser? Ist die Erstellung beziehungsweise das Bestehen derartiger Pläne verpflichtend?</p>	<p>Für zukünftige Krisen sind zumindest die Rechtsgrundlagen für die Vorbereitung der Krankenhäuser in allen Bundesländern inzwischen geschaffen worden.</p> <p>Zur Unterstützung einheitlicher Rahmenbedingungen hat das Bundesamt für Bevölkerungsschutz bereits im Jahr 2008 den Leitfaden Krankenhausalarmplanung (Detlef Cwojdzinski [Hrsg.], Detlef Cwojdzinski, Ulrich Schneppenheim, Marlen Suckau, Tilo Ulbrich, Peter Kammel) als Orientierungshilfe für die Länder zur Verfügung gestellt.</p>

	<p>Aktuell steht ein weiteres Handbuch Krankenhausalarm- und –einsatzplanung (KAEP) des BBK zur Verfügung. https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Gesundheit/KAEP/handbuch-kaep.pdf?__blob=publication-file&v=15.</p> <p>Für die Durchführung von Krankenhausalarmübungen fehlt häufig eine gesetzliche Festlegung. Deshalb sind Übungen bisher nicht die Regel. Auch finanzielle Mittel werden dafür nicht oder nur eingeschränkt bereitgestellt. Ebenso fehlt es an Aus- und Fortbildungsangeboten.</p>
<p>Fragen 6.-12.</p>	<p>Kein Votum</p>
<p>13. Was waren die drei größten Herausforderungen in der stationären und ambulanten Pflege während der Corona-Pandemie? Welche Erkenntnisse konnten Sie daraus ziehen? Welchen Handlungsbedarf sehen Sie hier und welche Akteure sehen Sie mit welchen Maßnahmen in der Pflicht?</p>	<p>1. personelle Ausstattung 2. Ausstattung mit persönlicher Schutzausrüstung 3. widersprüchliche Kommunikation auf allen Ebenen</p> <p>Die Handlungsnotwendigkeiten sind sehr vielfältig. Das zentrale Problem ist die personelle Situation in der stationären und ambulanten Pflege. Hier sollte zwingend die Ausbildung in der Pflege weiterhin gestärkt werden.</p>

<p>V. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD):</p>	
<p>1. Welche Rolle spielt der Öffentliche Gesundheitsdienst im Hinblick auf ein krisenfestes Gesundheitssystem?</p>	<p>Diese Fragen sind im 1. Bericht des Beirates des Paktes für den ÖGD (Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen - https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/2021_10_Erster_Bericht_Beirat_Pakt_OeGD.pdf) umfangreich beantwortet worden.</p> <p>Es ist aktuell zwingend notwendig, die Umsetzung der in diesem Bericht vorgeschlagenen Maßnahmen konsequent und nachhaltig zu verfolgen. Mein Eindruck ist derzeit, dass diese Nachhaltigkeit eher nicht gegeben ist.</p>
<p>2. Welche Akteure gehören auf Kommunal-, Landes- und Bundesebene zu dem Öffentlichen Gesundheitsdienst? Welche Aufgaben haben die einzelnen Akteure?</p>	
<p>3. Welche Koordinierungs- und Kommunikationsstrukturen sind im Öffentlichen Gesundheitsdienst auffindbar? Haben sich die vorhandenen Strukturen im Rahmen der Corona-Pandemie als wirksam erwiesen? Sehen Sie Verbesserungsbedarf/-potenzial?</p>	
<p>4. Welche Herausforderungen sehen Sie aktuell für den Öffentlichen Gesundheitsdienst? Welche konnten im Rahmen der Corona-Pandemie aufgedeckt werden? Wie kann den</p>	

Herausforderungen zukünftig entgegengewirkt werden, um auf derartige Dauerbelastungen vorbereitet zu sein (etwa personell und materiell)?	
---	--

VI. Kommunikation:	
Alle Fragen	siehe Zweiter Bericht des Beirates Pakt ÖGD „Empfehlungen für abgestimmte Kommunikationswege und -maßnahmen über Verwaltungsebenen hinweg in gesundheitlichen Krisen“

VII. Hilfsorganisationen:	
<i>Diese Fragen beantworte ich aus meiner persönlichen Sicht, die ich u.a. als Projektleiter für den Betrieb der 6 zentralen Berliner Impfzentren gewonnen habe.</i>	
1. Welche Rolle spielen Hilfsorganisationen Ihrer Meinung nach für den öffentlichen Gesundheitssystem?	Die Bedeutung der Hilfsorganisationen für das öffentliche Gesundheitssystem wird deutlich unterschätzt. Hilfsorganisationen werden häufig nur mit sanitäts- und betreuungsdienstlichen Tätigkeiten in Verbindung gebracht. Im Rahmen der Impfkampagne konnten die Hilfsorganisationen nachweisen, dass sie in lang andauernden Einsatzlagen eine wertvolle Unterstützung leisten können.
2. Welche Zuständigkeiten und Rollen ergaben sich für Hilfsorganisationen während der Corona-Pandemie? Welche Wünsche haben Sie hinsichtlich der Zuständigkeiten und Rollen für zukünftige Krisenereignisse?	Hilfsorganisationen haben in der Pandemie im staatlichen Auftrag gehandelt. Sie haben dabei ein hohes Maß an Flexibilität bewiesen. Durch ihre Organisationsform konnten sie schnell und unkompliziert schwierige Einsatzsituationen bewältigen. Im Verbund mehrerer Hilfsorganisationen vervielfacht sich das Potential erheblich. Daraus ergeben sich Skalierungsmöglichkeiten, die klassischen Gefahrenabwehrbehörden so nicht zur Verfügung stellen können. M.E. würde es Sinn machen, bei längeren Einsatzlagen Aufgabenbereiche komplett den Hilfsorganisationen zu übertragen.
3. Wie hat die Kommunikation von Hilfsorganisationen zu anderen Akteuren während der Corona-Pandemie funktioniert? Was hätte besser laufen können? Welche Empfehlungen haben Sie?	Auf Grund meiner Erfahrungen kann ich die Aussage treffen, dass eine klare Projektstruktur und eindeutige Prozesse jederzeit eine angemessene Kommunikation unter den Hilfsorganisationen und zu den anderen Beteiligten ermöglichten. Für die Kommunikation und die Zusammenarbeit mit Behörden sind eindeutige vertragliche Regelungen notwendig.
4. Was waren die drei größten Herausforderungen während der Corona-Pandemie für Hilfsorganisationen? Welche Erkenntnisse konnten Sie daraus ziehen? Welchen Handlungsbedarf sehen Sie hier und welche	Die größte und einzige Herausforderung waren die politischen Vorgaben, die mit den real möglichen Gegebenheiten nicht übereinstimmten. Vorgaben für die zu erfüllenden Aufgaben sollten sich nicht an politischen Wünschen, sondern an realistischen Gegebenheiten orientieren.

Akteure sehen Sie mit welchen Maßnahmen in der Pflicht?	
5. Wie hat das interne Krisenmanagement in Ihrer Organisation funktioniert? Welche Erkenntnisse konnten Sie gewinnen? Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial? Welche Schritte müssen dafür umgesetzt werden? Welche Akteure können Sie hierbei wie unterstützen?	Das interne Krisenmanagement hat sich an einem agilen Projektmanagement orientiert. Damit konnte jederzeit angemessen reagiert werden. Hilfreich wäre es, die Ausbildung der Führungskräfte der Hilfsorganisationen für diese Aufgabenstellung zu intensivieren.

Berlin, den 4. März 2024

Detlef Cwojdzinski

Einzelverständiger für den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz im Beirat für den Pakt ÖGD,
freier Dozent und Berater im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz,
strategische Projektsteuerung für die Berliner Hilfsorganisationen,
ehem. Referent und Arbeitsgruppenleiter in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

Leitsatz

Eine Pandemielage ist eine lang andauernde Lage. Sie erfordert hinsichtlich der personellen, materiellen und infrastrukturellen Ressourcen kurz-, mittel- und langfristiges Denken, Planen und Handeln. Betroffene Maßnahmen sind regelmäßig zu prüfen und der aktuellen Lageentwicklung anzupassen.

Inhalte

1.	Einführung.....	1
2.	Personalmanagement.....	2
3.	Führungsorganisation und -aufgaben.....	3
4.	Aufgaben zum Schutz des Personals und der Infrastruktur	5
5.	Weitere Aufgaben.....	8
6.	Krankenhausorganisation	12
7.	Patientenversorgung.....	13
8.	Krankenhaushygiene.....	14
9.	Umgang mit Verstorbenen	14
10.	Ausbruchmanagement.....	15
11.	Testzentrum	17
12.	Weiterführende Links	17
13.	Autoren	18

1. Einführung

Die Autoren dieser Checkliste wollen den Krankenhäusern und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) die Möglichkeit geben, auf Basis dieser Checkliste den Status zur Pandemievorsorge regelmäßig zu überprüfen. Alle Autoren sind langjährig in unterschiedlichen Funktionen mit der Krankenhausalarmplanung beschäftigt. Sie sind bundesweit in Seminaren als Referenten zu dieser Thematik tätig.

Gemäß dem Motto „Von der Praxis für die Praxis“ sind Rückmeldungen erwünscht und können gerne über Twitter oder an die Mailadresse gesandt werden. Die Checkliste wird bei Bedarf aktualisiert.

Die Hinweise in dieser Checkliste sollen eine Hilfestellung sein. Sie sind den örtlichen Gegebenheiten anzupassen. Eine Garantie zur Vollständigkeit kann nicht gegeben werden.

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

Die Texte dieser Checkliste können unter Nennung der Namen der Autoren frei verwendet werden.

2. Personalmanagement

- Sicherstellung der operativen Organisation in einer akuten Pandemiephase (Vorschlag: 2 MA vollschichtig bei 400-Betten-Haus)
- Wie erfolgt die zeitnahe Information der Beschäftigten über die aktuelle Lage und zu pandemiebedingten Veränderungen im Krankenhaus (Intranet, Flyer, Emailverteiler, Krankenhausinformationssystem - KIS)?
- Erstellung und Ausgabe einer Bescheinigung durch die Personalabteilung aus der ersichtlich ist, dass es sich um einen Krankenhausmitarbeiter handelt, um bei evtl. Ausgangs- oder Einreisbeschränkungen die Mitarbeiter zum Dienst kommen können
- Dienstplanung
 - Ist der zu erwartende Personalausfall bereits abschätzbar?
 - Welche zusätzlichen Personalressourcen stehen zur Verfügung?
 - Alternative Dienstpläne für alle Bereiche in Abhängigkeit vom zur Verfügung stehenden Personal (Levelstruktur Level 1, Level 2, Level 3)
 - Tgl. Surveillance der verfügbaren Mitarbeiter
 - Verbot von Nebentätigkeiten und Dienstreisen
 - Bei Personalmangel
 - Wann Zwei-Schicht-System?
 - Wann Quallimix in Funktionsbereichen?
 - Wann Urlaubssperre?
 - Wann Zusammenlegen von Organisationseinheiten?
 - Wann Einschränkung/Schließung von ambulanten Bereichen?
 - Wann Schließung von Stationen und Bereichen?
 - Wann Bildung von Schwerpunktteams für standardisierte Abläufe, z.B. Verbandsmanagement, Vitalzeichenkontrolle und Dokumentation, geplante Intubationen etc.?
- Einbeziehung bzw. Abstimmung Betriebsrat, Mitarbeitervertretung (Umverteilung MA, Arbeitsschutzvorgaben Arbeiten mit PSA)
- Welche pandemiebedingten Einschränkungen ergeben sich für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im privaten Umfeld und welche Unterstützung kann der Arbeitgeber anbieten (z. B. Kinderbetreuung, Übernachtung im/am Krankenhaus, Mietwagen, Carsharing, Verpflegung)?
- Schaffen einer Meldemöglichkeit für MA mit eingeschränkter Einsatzbarkeit bei Infektionspatienten, Erfassung von Risikogruppen beim eigenen Personal (eigene oder Personen im Haushalt: Immunsuppression, chronische Erkrankung)
- Schlüsselpersonal benennen

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- Relevante Bereiche
 - Fachabteilungen, Pflegebereiche
 - ZNA, ICU
 - Krankenhausleitung
 - Personalabteilung
 - IT-Bereich und Informations-/Kommunikation
 - Buchhaltung, Rechnungswesen
 - Einkauf/Beschaffung
 - Technischer Dienst, Betriebstechnik/Raumluftechnik
 - Radiologische Diagnostik
 - Labor
 - Apotheke
 - Mikrobiologie/Hygiene
 - Reinigungsdienst/Desinfektoren
 - Sicherheit/Wachschutz
 - Hol-, Bringe-, Transportdienste
 - Sterilisation
- 1. und 2. Stellvertretung für Schlüsselpersonal planen
- Welche arbeitsmedizinischen Schutzmaßnahmen, welche allgemeinen Vorsorge-
maßnahmen sind notwendig?
- Welche organisatorischen Maßnahmen zur Vermeidung von unnötigen Kontak-
ten können getroffen werden?
 - Ausschließliche Nutzung elektronischer Kommunikationsmittel (Telkos,
Webkonferenzen), um übliche Sitzungen zu vermeiden.
 - Schließung der Mitarbeiter- und Besucherkantine und großer Bespre-
chungsräume als zentrale Versammlungsorte, ggf. Umwidmung als
Verpflegungsausgabestelle
 - Konzept zur Nutzung von Pausenräumen (max. Anzahl an MA, ggf. Spuck-
schutz/Raumteiler, Lüftungskonzept, gestaffelte Nutzung)
 - Die Bereitstellung bzw. Aufstockung von Fahrradabstellplätzen bzw. Kfz-
Parkplätzen, damit die Mitarbeiter weniger den öffentlichen Nahverkehr
nutzen müssen.
 - Wer muss physisch anwesend sein?
 - Wer kann im HomeOffice arbeiten?
 - Grundsätzlich Homeoffice
 - Anlaßbezogen Homeoffice
 - Vertragliche Regelung
 - Technische Ausstattung (Notebook, Zugang)
 - Anrufweiterschaltung bei Homeoffice
 - Arbeitszeiterfassung bei Homeoffice

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

3. Führungsorganisation und -aufgaben

- **Katastrophenschutz-/Pandemiebeauftragter** vorbereitend verantwortlich für die
 - Initiierung Pandemiestab
 - Einladung Lagebesprechung
 - Vorschlag/Festlegung der Frequenz der Lagebesprechung angepasst an die Lageentwicklung (wöchentlich, täglich, auch am Wochenende etc.)
 - Festlegung von Einsatzschwerpunkten
 - Sicherstellung Erreichbarkeit auch außerhalb der regulären Dienstzeiten, je nach Lage auch 24/7
 - Aktualisierung des Pandemieplanes (Vorgaben RKI - https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.html)
 - Tägliches Reporting zu Lagerbestandes Persönliche Schutzausrüstung (PSA) und Verbrauchsmaterial für ICU
 - PSA Aufstockung mit mind. 6 Wochen, besser 3 Monate Reichweite
 - Etablierung Newsletter für Belegschaft mit Geschäftsführung und Pressesprecher
- **Pandemiestab** verantwortlich für die Vorbereitung und Durchführung aller operativen Aufgaben
Oberstes Beschlussgremium, Beratung und Verabschiedung der Vorlagen des Krisenstabes
 - Mitglieder
 - Geschäftsführung
 - Pflegedienstleitung
 - Katastrophenschutz-/Pandemiebeauftragter
 - CA Innere; Leitung der Iso-Station
 - CA Anästhesie/Intensiv
 - Ärztl. Leitung ZNA
 - Schriftführer
 - Hygienebeauftragter Arzt,
 - Betriebstechnik,
 - IT/EDV, ,
 - Personalleitung,
 - Einkauf,
 - Arbeitsmedizin,
 - Arbeitsschutz

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- **Krisenstab** (Krankenhauseinsatzleitung - KEL)- Verantwortliche und deren Aufgaben
 - Geschäftsführung
 - Führung der KEL
 - Steuerung Materialwirtschaft
 - Steuerung externe Dienstleister
 - Steuerung Investitionsmittel mit staatlichen Stellen (Respiratoren, PSA etc.)
 - Steuerung Pressearbeit
 - Festlegung eines Besucherverbotes / Restriktionen
 - **Pflegedienstleitung**
 - Personalsteuerung Pflege (Verstärkung ZNA, Intensiv etc.)
 - Anpassung Dienstpläne
 - Schulung materialschonender Einsatz PSA
 - **Krankenhaushygiene**
 - Bevorratung / Verwaltung Desinfektionsmittel, PSA
 - Schulung Umgang PSA, Workshops für zusätzlich eingesetzte MA versch. Bereiche
 - Beratung
 - Ausbruchsmanagent
 - Vorgabe angepasster Schemata für Reinigung (zusätzliche Flächen-/Desinfektion z.B. Türklinken, Geländer) & **Raumlüftung**
 -
 - **Katastrophenschutzbeauftragter/Pandemiebeauftragter**
 - Steuerung Anpassung Infrastruktur Krankenhaus an Pandemielage
 - ZNA (Isolierte Untersuchungsräume)
 - Behandlungszentrum Pandemie (Ausstattung, Wegeführung, etc.)
 - Isolierstation (Ausstattung, Kennzeichnung, Wegeführung etc.)
 - Festlegen von Ausschlußbereichen als "Pufferbereich" für wartende gescreente Patienten, um den Abfluß aus der ZNA zu sichern
 -
 - Schaffung von "Ausschlußbereiche"
 - Festlegen von nachgeordneten Pandemie-Stationen für weitere Versorgung von positiven getesteten Patienten
 - Röntgen (Isolierter Pandemieuntersuchungsraum)
 - Kreißsaal (Isoliertes Gebärzimmer mit Möglichkeit der Notsectio)

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- ICU (Trennung Covid/nonCovid)
- Empfang
- Update Robert Koch-Institut (RKI) in Abstimmung mit der Krankenhaushygiene
- Pflege der Basisdaten Bettennachweis/IVENA
- Regelmäßige Gespräche und Aufklärung der einzelnen Fachabteilungen/tägliche Leitungsrunden der Fachbereiche
- Regelmäßiges direktes Update aller Chefarzte zur Erläuterung der Entscheidungen/-prozesse und "Mitnahme" aller Mitarbeiter und Kliniken

4. Aufgaben zum Schutz des Personals und der Infrastruktur des Krankenhauses

Krisenstab/KEL

- Abfragen Lagerbestand, Lieferfristen etc.
- Frühzeitige Ermittlung, welche Artikel in welchem Ausmaß im Bestand aufgestockt werden müssen, Reserven großzügig anlegen.
- Abwägen des Einsatzes der PSA
 - RKI-Richtlinien
 - Beobachtung des Bestandes
 - Bei Änderung der Standards des PSA-Einsatzes: Vorbereitung einer Beschlussfassung für den Pandemiestab
- Restriktion des Besucherverkehrs bis zum Besuchsverbot (öffentliche Kampagne, Plakate)
 - Registrierung der Besucherdaten
 - Besuch nur noch zu bestimmten Zeit und nur nach Anmeldung (Nachweis Erfassung der Besucherdaten)
 - Besuchzeit und Anzahl der Besucher einschränken (zu.B.: 1 Besucher pro Patient für 1Std/Tag)
 - Kein Zugang für symptomatische Besucher
 - Strenges Trages von MNS in alle Gebäudeteilen
 - ggf. Sonderregelung Geburtshilfe, Sterbebegleitung
 - Einsetzen eines Ordners/Wachschutzes am Krankenseingang zur Durchsetzung des Besuchsverbotes/Zugangsregulierung
 - von außen verschlossene Nebeneingänge
- Absage aller öffentlichen Veranstaltungen
 - Ggf. Umwidmung der frei werdenden Räume (Besprechungsräume, Lagerräume etc.)

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- **Katastrophenschutzbeauftragter/Pandemiebeauftragter/Leiter der Abteilungen**
 - Evaluation der einzelnen Besprechungen der Abteilungen und Organisationseinheiten
 - Besprechungen sind als Telko/Webkonferenzen durchzuführen
 - Wie können in den OE's durch Umstrukturierung der Arbeitsabläufe Verdichtungen erfolgen, um so Ressourcen freizusetzen?
 - Wo/wie können ggf. neue Bereiche fachübergreifend geschaffen werden?
 - Wo wird persönliche Schutzausrüstung mit welchem Level eingesetzt in Abstimmung mit Arbeitsschutz und der Krankenhaushygiene?
- **Einkauf/Lager**
 - Definieren der kritischen Artikel im Personenschutz
 - Festlegen von Sicherheits-/Sperrbeständen für den absoluten Notfall, orientierend am Tagesverbrauch (Zielreichweite 6 Wochen, wenn möglich 3 Monate)
 - Atemschutzmasken (Mund-Nasen-Schutz, chir. Mundschutz, FFP2 (3)-Maske, ggf. Gebläseunterstützte Filtersysteme für Hochrisikobereiche in Betracht ziehen (ICU's)
 - Brillen-/Augenschutz/Face Shield
 - Handschuhe
 - Hauben
 - Schutzkittel
 - Desinfektion
 - Beatmungs- und geschlossene Absaugsysteme
 - Ermittlung und Zusammenführung der Bestände dieser Artikel des zentralen Lagers und der peripheren Bestände (Station, ICU, ZOP ZNA etc.)
 - Steuerung der kritischen Artikel
 - Ermittlung des durchschnittlichen Wochenverbrauchs jedes einzelnen Artikels (unter Berücksichtigung der Vorgaben des Mitarbeiterschutzes in der Pandemielage)
 - Zusammenfassung in einer Excel-Tabelle (für die KEL, Tagesreport)
 - Sicherung der kritischen Artikel
 - Diebstahlsicherung
 - Zentrales Lager Zugangskontrolle
 - Wenige periphere Lager (z.B. ICU, ZNA) zur Sicherstellung der Versorgung der Stationen bei plötzlichem Bedarf außerhalb der Dienstzeit! (alternativ Bereitschaftsdienst für Logistik)

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- Protokollierte Übergabe des Bestandes in den peripheren Lagern von Schicht zu Schicht, analog BTM
- Tagesaktuelle Inventur im Zentrallager
- Regelmäßiger Kontakt zu Lieferanten
 - Abfrage Liefermengen
 - Abfrage Lieferfristen (Verbindlichkeit einfordern, vertraglich festlegen)
- **Technik**
 - Installation von Plexiglasblenden (Spuckschutz) mit kleiner Durchreiche
 - Krankenhausempfang, Rezeption der Ambulanzen
 - Administrative Patientenaufnahme
 - Stationsstützpunkte
 - Büroarbeitsplätze in Großraumbüros
 - Ggf Pausenräume
 - Bodenmarkierung an den Rezeptionen und Aufzügen (1,5 Meter-Abstand) mit Klebeband für die Warteschlange
 - Maximale Anzahl der Personen pro Aufzug/pro Aufenthaltsraum festlegen
 - Aufstellen von Barrieren/Sicherheitsdienst am Empfang zur Durchsetzung des Besuchsverbotes
 - Reduzierung/Kanalisation der Zugänge zum Gelände und zu Gebäuden
 - ggf. Trennung der Zugänge für Personal und Patienten,-innen/Besucher,-innen
- **Hygiene**
 - Durchführung der Schulungen des Personals für die Handhabung der Atemschutzmasken beim Tragen nur einer Maske pro Schicht und Mitarbeiter – An- und Ablegen der Maske/Schutzkleidung ohne Kontamination, Workshops für zusätzl. Eingesetzte MA versch. Bereiche
 - Schulung/Refreshing Personal „5 Indikationen Händedesinfektion“
 - Aufhängen von Infotafeln zu Hygieneregeln und Maßnahmen an alle Zugängen zum Gebäude und zu Bereichen

5. Weitere Aufgaben

- **Leitender/verantwortlicher Arzt der ZNA/Notaufnahme**
 - Koordination der Neuaufnahmen bei Verdacht auf Infektion
 - Vollzug erster Einsatzmaßnahmen:
 - Persönliche Schutzmaßnahmen für Mitarbeiter
 - Isolierung der Patienten sowie der Kontaktpersonen,

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- Einrichtung ärztl. First view Stelle vor NFA zum frühzeitigen „herausfiltern“ infiz. Patienten
- Anpassung Infrastruktur ZNA (Isolierzimmer, Einzelfallmanagement etc.), Einrichtung Behandlungszentrum Pandemie, Zweitnotaufnahme Management Meldewesen, Testung und Kontakt zum Gesundheitsamt hinsichtlich der ambulanten Patienten aller Fachabteilungen
- Surveillance von Fällen „Akuter Respiratorischer Erkrankungen“ in der ZNA
- Update Falldefinition RKI, SK2-Leitlinie “Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19” (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/113-001.html>)
- Kontakt/Information ÖGD
- Kontrolle/Buchführung/Befundnachverfolgung über die durchgeführten PCR-Testungen und Patienteninformation bei ambulant versorgten Patienten
- Konzept für frühzeitige Erfassung des Patientenwillen
- **Leitung Anästhesie/Intensiv**
 - SOP Intensivtherapie (stete Anpassung)
 - Erarbeitung einer SOP für das Krankenhaus zur Entscheidungsfindung ethisch relevanter Fragen in der Patientenversorgung (Behandlungspriorisierung, 24/7 Sicherstellung 6-Augen-Prinzip etc.)

Beachte hierzu:

Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie der Fachgesellschaften DIVI, DGINA, DGAI, DGIIN, DGP) und die Akademie für Ethik in der Medizin vom 25.3.2020

<https://www.dgina.de/webroot/uploads/News/5e7c8348e0f98/5e7c8348e7638.pdf>

- Aufstockung ICU-Kapazität, ggf. Veränderung der Raumordnung (mit Kat-Beauftragten), Abstimmung Investition Geräte (mit Geschäftsführung, Einkauf)
- Materielle Anpassung der ICU an erforderliche Therapieformen (z.B. Bauchlage etc.)
- Pflege Bettennachweis/IVENA Intensivstation
- Koordination der Schulungen für Ärzte & Pflege anderer Fachabteilungen im Umgang mit Respirator, sowie intubierten und isolierten Patienten
- Intubationsteam, inkl. abgedichtetem Augenschutz oder Face Shield, Intubationsfolien oder Intubationshauben (Acrylglas), Abstimmung mit Einkauf
- Auflistung und Monitoring des Verbrauchsmaterials
- **Ärzte Innere Medizin**
 - Sicherung medizinischer Versorgung

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- Betreiben eines - räumlich getrennt zur Normalnotaufnahme - eingerichteten Behandlungszentrums Pandemie
- Federführende Verantwortung für den Betrieb der Isolierstation (in Abstimmung mit evtl. anderen an der Versorgung der Patienten beteiligten Fachabteilungen)
- SOP "normale" stationäre Behandlung, Medikamentenbedarf, -bevorratung
- Management, Meldewesen, Testung und Kontakt zum Gesundheitsamt hinsichtlich der stationären Patienten aller Fachabteilungen
- **Chirurgen und Unfallchirurgen**
 - Aufrechterhaltung der Notfallversorgung außerhalb der Pandemielage
 - Betreiben (eventuell) einer Ersatznotaufnahme
 - Gegebenfalls Übernahme der Aufgaben der Inneren Klinik
 - Einarbeitung ICU-Versorgung (vor allem Weiterbildungsassistenten mit abgeschlossenem Common-Trunk oder Ärzte mit Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)
- **Technik**
 - Umstellung auf Unterdruck aller für die Versorgung von Patienten der Pandemielage in Frage kommenden Räume, die an einer raumlufttechnischen Anlage angeschlossen sind.
 - Bereitstellung der Technik für die Mitarbeiterkommunikation und die Pressearbeit
 - Sonstige technische Hilfe
- **Medizintechnik**
 - Prüfung Med-Geräte, auf-/umbauen, verschieben, warten, ggf. Bereitschaftsdienst
 - Poolbildung für krit. Equipment und dazugehöriges Verbrauchsmaterial (Beatmungsgeräte, Überwachungsgeräte, Infusoren, Perfusoren, Thermometer,) und kontrollierte Ausgabe an Bedarfsbereiche
- **Bettenstationen**
 - Strikte Trennung zwischen Ausschlußbetten, Covid-positive Betten und NonCovid-Betten, idealerweise sollten die NonCovid-Betten in einem Gebäudeteil sein
 - Die Covid-Bereiche sind zugangsbeschränkt und der Zugang ist zu kontrollieren (technisch oder Sicherheitsdienst)
 - Übernahme der Pflege infektiöser Patienten/-innen
- **Röntgen**
 - Vorbereitung Rö-Diagnostik im biologischen Kontrollbereich (Isolierstation, Intensivstation)
 - Einrichten und Betreiben eines gesonderten isolierten Untersuchungsraumes ausschließlich für Patienten der Pandemielage

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- ggf. Erstellung gesonderter CoVid-Untersuchungsprotokolle
- Reinigung/Hauswirtschaftsdienst/Desinfektoren**
 - Übernahme von Reinigungsaufträge nach Weisung
 - Umsetzung Reinigung-/Hygiene/Desinfektionsvorgaben
 - Abtransport Abfälle Isolierstation/Intensivstation (RKI-Richtlinien beachten, stete Anpassung der Verfahren)
- Apotheke**
 - Bereitstellung der benötigten Medikamente
 - Monitoring Verbrauch und Eingang kritischer Medikamente, ggf. Alternative prüfen
 - vorausschauende Versorgung sicherstellen
- Wachschutz**
 - Durchführung von Absperrmaßnahmen und Sicherheitsaufgaben
 - Kanalisierung der Mitarbeiter/Besucherströme
 - Kontrolle der Betriebszugehörigkeit (Dienstausweis)
 - Kontrolle der Besucherregelung
- Krankentransport, Hol- und Bringedienst**
 - übernimmt den Probentransport
 - Verbindungsaufnahme zum Patiententransport
 - Prüfen und Abstimmen der Bedarfe an PSA
 - Trennen der Zuständigkeiten, Covid/NonCovid
- Krankenhausthygiene/Infektiologie**
 - Tgl. Lagebericht (Quelle RKI, lokale Quellen/Gesundheitsämter)
 - legt krankenhaushygienische Maßnahmen fest
 - Vorgabe angepasster Schemata für die Reinigung (zusätzliche Desinfektion z.B. von Flächen, Türklinken und Geländern)
 - Überprüfung Hygienestandards – Vereinbarkeit mit Vorschlägen Pandemie-Stab
 - Überprüfung von Vorschlägen für materialschonenden Einsatz PSA
 - Beratung in Fragen zur hygienischen Entsorgung von Materialien
 - Bevorratung / Verwaltung von Desinfektionsmittel
- Geriatric oder Hämatologie und Onkologie, Hospizdienst**
 - Palliativkonzept
 - Einrichten eines gesonderten stationären Bereiches
- Betriebsarzt**
 - Schulung Umgang PSA, Workshops für zusätzlich eingesetztes Personal verschiedener Bereiche
 - Management von positiv getesteten Mitarbeiter/-innen
 - Impfkampagne (Corona, aber auch Influenza, Pneumokokken)
- Personalabteilung**

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- Ausstellung von Mitarbeiterausweisen/Bescheinigungen zum Nachweis als Mitarbeiter in einem systemrelevanten Betrieb/Krankenhaus
 - zur Vorlage bei Kitas, Hort etc.
 - zur Vorlage bei Polizei/Ordnungsbehörde – z.B. Ausgangssperre
- Monitoring des Krankenstandes der Mitarbeiter nach Berufsgruppen (Meldung an KEL)
- Monitoring der Anzahl der Mitarbeiter nach Berufsgruppen, die als Kontaktpersonen gelten, nach Kontaktkategorien, Quarantäne (Meldung an die KEL)
- Unterstützung der Pflege, der einzelnen medizinischen Bereiche und der Verwaltung bei der Erstellung von erforderlichen alternativen Dienstplänen in Folge eines erhöhten Ausfalls von Personal oder eines erhöhten Personalbedarfes bei der Versorgung von Pandemie-Patienten (siehe dazu auch Ziffer 2. Personalmanagement Dienstplanung Seite 2)
- **Seelsorge, Psychologen** (z.B. aus Psychiatrie, aus onkologischen Zentren)
 - Organisation der PSNV für Patienten und Mitarbeiter/-innen, Entwicklung der SOP – 24/7-Erreichbarkeit, ggf. auch für Angehörige
 - Gesonderte Räume müssen bereitgestellt werden

6. Krankenhausorganisation

- Abstimmung mit umliegenden Kliniken bzgl. Pandemie-/Beatmungs-Zentren, sofern keine landesweite Regelung vorhanden.
- Festlegung einer Teststrategie in Anlehnung an die Strategie des BMG (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/nationale-test-strategie.html>)
 - Teststrategie für Mitarbeiter
 - Aufbau eines Testzentrums
 - EDV, Lesegerät für KK-Karte, Räumlichkeiten, Personal Dokumentation
 - Welche Organisationseinheiten in welcher Frequenz?
 - Ag-Schnelltest vs. PCR-Test, Frage der Finanzierung
- Steuerung der elektiven Patientenversorgung, stufenweise Reduzierung der
 - Ambulanzen, MVZ
 - Operationen
- Integration der freiwerdenden Ressourcen in die Pandemieversorgung
- Wo und wie kann ein Behandlungszentrum Pandemie eingerichtet werden?
 - Wegeführung
 - Ausstattung
 - Personal

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- Checkliste für den Aufnahmeprozess in der Notaufnahme, Übergabe in die Behandlung (Muster?) Testkonzept in Anlehnung an nationale Teststrategie BMG (AG-Schnelltest für notwendige Interventionen vor Erhalt PCR-Ergebnis)
- Tägliches Monitoring der Fälle , ggf, Kennzeichnung im KIS
- Welche Stationen werden zu Pandemie-Isolierstationen erklärt? (kurze/separate Wege, separate Zugänge beachten)
 - Personalschleuse
 - Wege der Ver- und Entsorgung auf den Stationen definieren
 - Wegeführung
 - Ausreichende Medianausstattung vorhanden (Strom, Sauerstoff, Vacuum)
 - Kennzeichnung der Isolierstation
 - ggf. Sperrung von Zugängen, Treppenhäusern
 - Kennzeichnung
 - ggf. geänderte Steuerung von Fahrstühlen
- Welche Umstrukturierungen sind in Diagnostik- und OP-Bereichen zur Trennung von Pandemie- und anderen Patienten notwendig? -> SOP operative Versorgung von Pandemiepat. (zentrale Ein-/Ausleitung); SOP für Sectio/Kreißaal von Pandemiepat.
- Welche zentralen Dienste werden verstärkt und welche weniger stark nachgefragt werden?
- Wie kann die Arbeitsfähigkeit des Krankenhauses insgesamt sichergestellt werden?
 - Definieren von kritischen Grenzen, an denen steuernd eingegriffen werden muss, für alle Bereiche (z.B. OP-Betrieb, Intensivkapazität, Aufnahmekapazität etc.)
- Verfügen Zulieferer über Pandemiepläne? Wie kann eine entsprechende Vorsorge angeregt werden?

7. Patientenversorgung

- Wie viele Pandemie-Patienten kommen voraussichtlich zur Behandlung in das betreffende Krankenhaus? Wieviele Versorgungsressourcen/Bettenkapazität können maximal aktiviert werden?
- Wie viele intensivpflichtige Corona-Patienten können versorgt werden? Abstimmung mit anderen Krankenhäusern, Steuerung der Behandlungskapazitäten (landesweite Koordination ist anzustreben)
- Wieviele zusätzliche Beatmungskapazitäten neben der ICU bestehen aus dem normalen Betrieb heraus (peripher stationierte Beatmungsgeräte, ZOP, etc.) (Verbrauchsmaterial berücksichtigen)?

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- Wie werden die Patienten gesichtet? Gesondertes Sichtungsprotokoll für Pandemiepatienten
- Wie erfolgt die Information von Patienten über hygienisches Verhalten (z. B. Hinweisschilder zum Anlegen von Mund-Nasen-Schutz) und veränderte Abläufe in der Klinik (Hinweisschilder zur Wegeführung)?
- Dokumentation und Erfassung des (mutmaßlichen) Patientenwillens im KIS/analoge Akte (Patientenverfügung, Betreuungsvollmacht etc.)

8. Krankenhaushygiene

- Wie kann die Trennung von Corona- und anderen Patienten gesichert werden?
- Welche zusätzlichen Desinfektionsmaßnahmen sind erforderlich?
- Welches Infektionsrisiko geht von raumlufttechnischen Anlagen aus (Überdruck/Unterdruck)?
- Sind die Besuchszeiten einzuschränken – wenn ja, in welchen Bereichen (z.B. 1 Besucher, 1 Stunde pro Patient)? (Ausnahme bei Kinder<16J und Schwerstkranke)
- Wie wird die zügige Information von Personal und Patienten über angemessenes hygienisches Verhalten sichergestellt?

9. Umgang mit Verstorbenen

- Ein Pandemie-Todesfall ist dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.
- Verstorbene sind in einen Bodybag zu verbringen.
- Keine Manipulation an Zugängen, Kathetern, Drainagen oder Tubus (Filter belassen), Verbleib in situ
- Keine Abschiednahme durch Angehörige in Andachtsräumen
- Persönliche Schutzausrüstung (Handschuhe, Schutzkittel, Atemschutz) ist beim Umgang mit Verstorbenen zu tragen.
- Die Schutzkleidung ist nach Benutzung wie übrige Krankenhauswäsche desinfizierend aufzubereiten, Einwegartikel sind als B-Abfall zu entsorgen.

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- Nach Ablegen der Handschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion mit einem viruswirksamen Händedesinfektionsmittel durchzuführen. Kontaminierte Flächen sind mit einer Scheuer-Wisch-Desinfektion zu behandeln.
- Nach der ärztlichen Leichenschau ist der Verstorbene von der Station in den Leichenaufbewahrungsraum des Krankenhauses zu bringen. Eine baldige Abholung durch das Bestattungsunternehmen soll angestrebt werden. Der Bestatter sollte klare Hygieneanweisungen erhalten.
- Klärung der Unterbringungskapazitäten von Verstorbenen im Krankenhaus
 - Absprache mit den lokalen Bestattungsunternehmen

10. Ausbruchmanagement

- Organisatorisches
 - EDV-Plattform für gemeinsames Arbeiten an Tabellen, Chat, Auswertung
 - Tabelle Indexfälle
 - Tabelle Rechercheergebnisse (Mitarbeiter, Patienten mit Kontaktkategorien), ggf. Testergebnisse, Testtermine
 - Tabelle Sars-Cov-2 positiver Mitarbeiter
 - Zentrale Sammlung der Meldungen (§6 IfSG) an das Gesundheitsamt in Sachen Covid-19
 - Prüfung der EDV-Plattform in Bezug auf den Datenschutz

 - Bildung eines Koordinations-Teams
 - Bildung eines Recherche-Teams

- Koordinations-Team
 - Hotline für Mitarbeiter
 - Ausarbeitung Dienstplan Rechercheteam
 - Überwachung und Prüfung der eingehenden Positivmeldungen im Chat
 - Verteilung der Indexfälle auf das Rechercheteam
 - Datenpflege der jeweiligen Tabellen
 - Beobachtung und Überprüfung der §6-IfSG-Meldungen an das Gesundheitsamt in Sachen Covid-19

- Rechercheteam
 - Durchführung der Recherche zu den Indexfällen
 - Dokumentation der Ergebnisse (Protokolle s. Anlage)
 - Zuweisung der Kontaktkategorien zu den Kontaktpersonen (gem. RKI-Kriterien)

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- Information der betr. Mitarbeiter/Patienten, ggf. Festlegung von Testterminen
- Eintragung der Rechercheergebnisse in die jeweiligen Tabellen

- Labor
 - Eintragen der Tests und Testergebnisse in die jeweiligen Tabellen
 - Meldung der positiven Testergebnisse als Push-Mitteilung im Chat

- Personalabteilung
 - Meldung von MA-AU-Meldungen in Folge Covid-Erkrankung im Chat
 - Pflege der MA-Stammdaten nach Aufforderung vom Recherche-Team in den jeweiligen Tabellen

- Testzentrum
 - Durchführung der MA-Test (PCR., Schnelltest) gemäß Aufforderung durch Rechercheteam
 - Pflege der Schnelltestergebnisse in den jeweiligen Tabellen

11. Testzentrum

- Personelle Ausstattung
 - Je nach Aufkommen mind.
 - 1 MFA zur Durchführung bzw. Überwachung des Abstriches
 - 1 MA zur Dokumentation
 - 1 MA zur zum Anlegen und zur Überwachung der Schnelltests, Aufbereiten und „Verpacken“ der PCR-Tests

- Ausstattung, Infrastruktur
 - PC-Arbeitsplatz mit Lesegerät für Krankenkassenkarten
 - Warteraum mit genügend Platz (AHA-Regeln)
 - Isolierzimmer bei positiven Schnelltest
 - Raum für die Durchführung der Tests
 - Arbeitsraum für die Aufbereitung und das Ablesen der Schnelltests
 - EDV- Software zur Dokumentation (Datenschutz)
 - Ausreichende Anzahl von „Timern“ für die Schnelltests
 - Bedarfsgerechte Vorhaltung an PCR- und Schnelltests
 - Vorhaltung von PSA

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

- Eindeutige Wegeführung (ggf. Aufsteller, Hinweisschilder etc.)
- Sicherstellung der Kommunikation zum Koordinations- und Recharteam

12. Weiterführende Links

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus.html>

Robert Koch-Institut (RKI)

https://rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

<https://infektionsschutz.de/coronavirus-2019-ncov.html>

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

https://www.bfarm.de/DE/Service/Presse/Themendossiers/Coronavirus/_node.html;jsessionid=339580269C94720F05332772EA6F83EE.1_cid343

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

<https://www.dkgev.de/dkg/coronavirus-fakten-und-infos/>

Dtsch. Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V. – DGINA Notfallcampus

<https://notfall-campus.de/aktuelle-informationen-zu-covid-19/>

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

<https://www.dgai.de/aktuelles/coronavirus-covid-19/medizinische-informationen.html>

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

<https://www.divi.de/register/aktuelle-informationen>

DIVI-IntensivRegister

<https://www.intensivregister.de/#/intensivregister>

Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)

<https://www.dgiin.de/>

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

<https://pneumologie.de/aktuelles-service/covid-19/?L=0>

13. Autoren

Detlef Cwojdzinski

Herausgeber und Autor des Leitfadens
Krankenhausalarmplanung 2008, bis 02/20 Se-
natsverwaltung für Gesundheit/Berlin

mail@abc-krankenhaus.de

Twitter: D_Cwo

Dr. Dietmar Sander

Chefarzt Abt. f. Unfallchirurgie und Orthopädie,
Katastrophenschutzbeauftragter
Sankt Gertrauden-Krankenhaus Berlin

unfallchirurgie@sankt-gertrauden.de

Twitter: @DietmarSander

Checkliste für Krankenhäuser

zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie

Dr. med. Marco Polo Peich
Oberarzt, Leiter der Notaufnahme,
Facharzt für Orthopädie & Unfallchirurgie
Katastrophenschutzbeauftragter
Helios Klinik Köthen
Marco-Polo.Peich@helios-gesundheit.de

André Solarek
CHARITÉ-Universitätsmedizin Berlin
Vorstand Krankenversorgung, Stabsstelle
Katastrophenschutz und Notfallplanung
katastrophenschutz@charite.de
Twitter: @KatS_Charite