

Zum Thema

Im Stresstest

Die sicherheitspolitische Lage ist ernst, doch der große Plan für ein kriegstüchtiges Gesundheitswesen fehlt. In einer dramatischen Großübung hat das Bundeswehrkrankenhaus in Ulm seine Resilienz getestet. f&w war dabei.

Von Lena Reseck

„Terroranschlag im Blautal-Center, mehr als 100 Patienten mit Schussverletzungen.“ Der Funkspruch der Polizei geht gegen Mittag im Bundeswehrkrankenhaus Ulm ein und setzt dort eine Kette von Reaktionen in Gang. Als keine 15 Minuten später die ersten drei Rettungswagen mit Blaulicht direkt vor den Türen zur Notaufnahme stoppen, steht alles bereit: mehrere Ho-Chi-Minh, das sind geländetaugliche Krankenträger mit robusten Rädern, der Sichtungsarzt mit vier Assistenten und weitere Mitarbeiter. Alle Blicke sind auf die Schiebetüren der Rettungsfahrzeuge gerichtet. Als sie sich öffnen, wird es für einen kurzen Moment ganz still, Sekunden gespannten Verharrens – dann sind alle in Bewegung, es muss schnell gehen. Patient 1, ein Polizist, hat eine Schusswunde am Hals. „Aortenriss“, ruft der Sichtungsarzt in sein Funkgerät, „manuelle Kompression, direkt in Rot.“ Das bedeutet Lebensgefahr, der Patient wird sofort operiert, schon schließen sich die Türen zum OP-Bereich hinter ihm und den Pflegekräften. Das Shirt von Patient 2 ist am Bauch voller Blut, offenbar hat er dort einen oder mehrere Schüsse abbekommen. Der Mann ist mit einer Handschelle an die Krankentrage gekettet, zwei Polizisten begleiten ihn – er ist einer der Terroristen. Sichtung, Funkspruch, Entscheidung – auch er wird sofort in den OP geschoben. Eine Frau humpelt auf die Einsatzkräfte zu, sie hat eine Verletzung am Bein. Eine weitere Frau kommt angelaufen, sie blutet am Kopf und oberhalb der Brust. Sichtung, Funkkontakt, Entscheidung. Beide werden durch eine andere Tür geführt, in den gelben Bereich, den für die mittelschwer Verletzten. So geht es weiter, eine Gleichzeitigkeit von Ereignissen, die bewältigt werden müssen, ohne in Chaos zu verfallen und Zeit zu verlieren.



Ein Leben in Freiheit und Sicherheit ist leider keine Selbstverständlichkeit mehr.

Generalleutnant André Bodemann, Bundeswehr

Größte Katastrophenübung bisher bundesweit

Wäre dies eine echte Gefahrenlage nach einem Terroranschlag, hätte es an diesem Morgen im Bundeswehrkrankenhaus kein extra Briefing für alle Mitwirkenden aus der Klinik gegeben. Es würden auch keine externen Beobachter der BG Kliniken Murnau, Ludwigshafen, Tübingen, des Klinikums Heidenheim sowie der Unikliniken Tübingen, Schleswig-Holstein und Magdeburg vor der Notaufnahme stehen und die Abläufe genau beobachten. Und natürlich wäre niemand von Presse, Radio und Fernsehen dabei. Die „Verletzten“ sind Mimen, ihre Wunden gut geschminkt. Sie tragen Fallvignetten und Regieanweisungen bei sich.



Wir rechnen gerade hoch, was wir bräuchten, um über mindestens sechs Monate bei der geschätzten Patientenanzahl zu kommen.

Prof. Dr. Matthias Münzberg, Geschäftsführer der BG Unfallklinik Frankfurt am Main.

Echte körperliche Eingriffe werden an ihnen nicht vorgenommen. Denn die Gefahrenlage – der Anschlag im Einkaufszentrum – ist eine Großübung der Stadt Ulm. Mit dabei: Polizei, Rettungsdienst, Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Katastrophenschutz, DRK und mehrere Krankenhäuser. Ein Teil der Stadt ist abgesperrt, der öffentliche Personennahverkehr umgeleitet.

1.100 Menschen sind an dieser Übung beteiligt – laut Aussage der Stadt Ulm ist es bisher die größte dieser Art in der Bundesrepublik. Ziel der Übung ist es, das Zusammenspiel der Akteure im Ernstfall zu proben. Welche Alarmierungswege gibt es? Wie schnell hat die Polizei die Lage im Griff? Wie läuft die Erstversorgung der Verletzten vor Ort und wie verteilt die Rettungsleitstelle die Patienten auf nahe gelegene Krankenhäuser? Die Kliniken testen dabei die Wirksamkeit ihrer Notfallkonzepte: das Konzept zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten (MANV) und das 2017 von Ärzten aus dem Bundeswehrkrankenhaus Ulm erdachte und mittlerweile national und international bewährte Konzept Terror Disaster Surgical Care (TDSC) (siehe Kasten).

Übungen wie diese sind teuer, aufwendig und meist jahrelang geplant. Aber sie sind heute notwendiger als je zuvor. Denn leider ist die Frage, wie kriegstüchtig unser Gesundheitssystem wäre, sollte die NATO, und damit auch Deutschland, an einem Krieg gegen Russland beteiligt werden, keine Spekulation. „Eine grundlegende sicherheitspolitische Wende ist spürbar“, erklärt Generalleutnant André Bodemann gegenüber f&w. „Ein Leben in Freiheit und Sicherheit ist leider keine Selbstverständlichkeit mehr.“ Bereits heute befindet sich Deutschland auf einer Eskalationsskala in der ersten von vier Phasen. Hybride Aktionen sind an der Tagesordnung. Sie reichen von gezielter Desinformation über Cyberattacken und versuchte Sabotage bis zur Spionage mittels Drohnen. Bereits jetzt müsse potenziell mit Auswirkungen auf das Gesundheitswesen gerechnet werden, beispielsweise durch Cyberangriffe auf Krankenhäuser, Hackerattacken auf Gesundheitsdaten oder Sabotageaktionen gegen die kritische Infrastruktur.

Geld aus Sondervermögen und Lösungssuche mit allen Beteiligten

Weitere Eskalationsstufen gelten als nicht ausgeschlossen. Nun wird es zum einen Geld geben – ein Teil der Milliarden aus dem Sondervermögen der Bundesrepublik soll für Verteidigung, Zivilschutz, Cybersicherheit und Krankenhäuser verwendet werden. Zum anderen wird über Lösungen diskutiert: zum Beispiel auf dem Symposium „Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung“ im Juni. Dort kamen in Berlin Vertreter der Bundeswehr und ihres Sanitätsdienstes, von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft, Katastrophenschutz, Hilfsorganisationen, Wissenschaft und Politik zusammen. Im Fokus stand die Frage: Wie bringt man die verschiedenen Zuständigkeiten zusammen und bereitet die äußerst komplexen Verfahren im deutschen Gesundheitssystem auf ein Kriegsszenario vor? Denn machen wir uns nichts vor: Das deutsche Gesundheitswesen ist bislang auf ein Szenario der Bündnis- und Landesverteidigung nicht vorbereitet. Die Zahlen dazu sind mittlerweile hinlänglich bekannt: Schon in Eskalationsphase 2 – einer Krise samt Aufmarsch an den NATO-Außengrenzen – müsste mit größeren Fluchtbewegungen aus Osteuropa gerechnet werden. Seit Januar gibt es den geheimen „Operationsplan Deutschland“. Er ist Teil des NATO-Konzepts und regelt, was im Bündnis- und Verteidigungsfall eintritt. Eine NATO-Simulation geht davon aus, dass – falls Deutschland nicht nur Aufmarschgebiet, sondern auch Verwundetendrehscheibe würde – täglich mit etwa 1.000 Patientinnen und Patienten zu rechnen ist. Die fünf Bundeswehrkrankenhäuser und die BG-Kliniken, die in enger Kooperation mit der Bundeswehr zusammenarbeiten (siehe Kasten), wären innerhalb von sieben Tagen voll belegt. In dieser Phase wären die



Bundeswehrkrankenhaus in Ulm

Das Bundeswehrkrankenhaus Ulm ist eines von fünf in Deutschland. Es wurde 1968 gegründet und ist seit April 2007 das einzige in Süddeutschland verbliebene Bundeswehrkrankenhaus. Seit 2013 untersteht die Dienststelle dem Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr in Koblenz. Es ist im Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg mit 323 Betten verankert, die für die stationäre Behandlung von zivilen Patienten zur Verfügung stehen. Insgesamt verfügt die Klinik über 496 Betten. Die Klinik ist zudem Akademisches Krankenhaus der benachbarten Universität Ulm und damit in die Ausbildung von Medizinstudierenden eingebunden.

Bis 1989 hat die Bundeswehr zwölf eigene Krankenhäuser betrieben – heute sind es noch fünf. Insgesamt hat sich die Zahl der verfügbaren Betten von rund 135.000 auf rund 2.000 verringert.

Fotos: S. Roth



i

TDSC-Konzept

Das Konzept Terror and Disaster Surgical Care (TDSC®) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) wurde 2017 eingeführt. Die Entwicklung wurde maßgeblich von der Arbeitsgruppe Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie (AG EKTC) vorangetrieben und seit 2016 angesichts zunehmender Bedrohung durch Terroranschläge in Europa als strukturiertes Ausbildungsprogramm konzeptioniert. Die Grundlage war ein Fünf-Punkte-Plan, der in Zusammenarbeit mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr entwickelt wurde. Der erste Kurs fand im Mai 2017 in Frankfurt am Main statt. Das Konzept wurde entwickelt, um medizinisches Personal auf die besonderen Herausforderungen bei Terroranschlägen und Katastrophen vorzubereiten. Das Kursformat richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die in solchen Extremsituationen eine entscheidende Funktion wahrnehmen.

Der Kurs umfasst unter anderem simulationsbasierte Entscheidungstrainings, um die Teilnehmer auf Massen-anfallsszenarien vorzubereiten.

Das Konzept kam bei den jüngsten Massen-anfallereignissen, unter anderem in Magdeburg, zum Einsatz und hat sich dort bewährt.

Soldatinnen und Soldaten des Sanitätsdienstes bereits voll eingebunden; für zivile Versorgungsaufgaben stünden sie nicht mehr zur Verfügung.

Und dann? Einen übergeordneten Plan gibt es noch nicht, auch kein Register, in dem alle auf Kriegsverletzungen spezialisierten Chirurgen gelistet sind. Eine Blaupause für Anpassungen im Gesundheitswesen könnte in der Ukraine gefunden werden, hieß es beim Symposium. Mit Beginn des russischen Angriffskrieges war sie gezwungen, an Stellschrauben des inländischen Gesundheitswesens zu drehen, um dieses kriegstüchtig zu bekommen. Oder auch in der Schweiz, wo das Gesundheitssystem stark an den Zivilschutz angelehnt ist. Aber auch in Israel, das schon seit langer Zeit mit Terror und Krieg konfrontiert ist.

Kleeblatt-System des Bundes zu schwerfällig für Bündnisfall

„Wir müssen unsere großen Zentren und die Unikliniken einbinden“, sagt Prof. Dr. Matthias Münzberg, Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor der BG Unfallklinik Frankfurt am Main. „Dafür braucht es aber eine Struktur. Mit Betten allein ist es nicht getan.“ Das „Kleeblatt-System“ des Bundes habe während der Coronapandemie gut funktioniert. Damals ging es jedoch insgesamt um 115 Menschen über mehrere Monate, nicht um Hunderte täglich. „Dafür ist das System zu schwerfällig“, so Münzberg, der sich selbst kürzlich als Reservist gemeldet hat. Mit neun weiteren Kollegen der BG Unfallklinik Frankfurt durchläuft er nun eine anderthalbjährige Grundausbildung. „Wir bereiten uns zusammen mit den Bundeswehrkrankenhäusern schon auf die drohenden Szenarien vor, verfestigen Kooperationen, schulen Mitarbeiter.“ Nicht zuletzt gehe es auch darum, ausreichend Materialien und Medikamente vorzuhalten. „Wir rechnen gerade hoch, was wir bräuchten, um über mindestens sechs Monate bei der geschätzten Patientenzahl zu kommen.“

Entwurf für Gesundheitssicherstellungsgesetz bis Ende des Jahres

Bevorratung, Entscheidungskompetenzen, strategische Patientensteuerung – für all das braucht es auch eine rechtliche Untermauerung. Karl Lauterbach (SPD) hatte im vergangenen Jahr ein entsprechendes Gesundheitssicherstellungsgesetz angekündigt, doch dazu kam es während seiner Amtszeit nicht mehr. Im Juni kündigte nun das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter neuer Führung an, bis Ende des Jahres in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Verteidigung (BMVg), dem Bundesinnenministerium (BMI) und weiteren Stakeholdern einen Arbeitsentwurf für ein Gesundheitssicherstellungsgesetz vorlegen zu wollen. Auf Anfrage von f&w hieß es dazu aus dem BMG: „In der vergangenen Legislatur wurde an einem Gesundheitssicherstellungsgesetz gearbeitet, das im Koalitionsvertrag angelegt war, aber nicht mehr abgeschlossen werden konnte. Die Ausgestaltung eines entsprechenden Gesetzes in der neuen Legislatur bleibt abzuwarten.“

Benedikt Friemert, Kommandeur und Ärztlicher Direktor am Bundeswehrkrankenhaus in Ulm, stellt im f&w-Interview fest: „Im Ernstfall müsste eine gemeinsame zivil-militärische Kommandozentrale errichtet werden, um die große Zahl Patienten auf die Kliniken zu

” Patiententransporte sind unser Daily Business. Aber der Krieg ist bisher auch in den Köpfen der Helfenden weit weg.

Anne Ernst, Geschäftsbereichsleiterin Krisenmanagement und Nothilfe bei der Johanniter-Unfall-Hilfe

verteilen.“ Einzelne Kliniken oder auch Bundesländer könnten dann nicht mehr wie bisher anbieten, ob und wie viele Patienten sie aufzunehmen bereit wären. Patienten würden mit dem sogenannten Push-Prinzip per militärischer Order zugewiesen.

Normaler Klinikbetrieb läuft weiter

Wieder in Ulm: In der Klinik sind bei der Großübung die Entscheidungswege nach den Konzepten des MANV und TDSC ziemlich klar geregelt. Und wenn der Flottillenarzt und Leitende Oberarzt Dr. Thorsten Holsträter sie erklärt, hantiert er mit vielen Abkürzungen: Die KEL (Klinikeinsatzleitung) aus acht Personen und der ZONK (Zentraler Operativer Notfallkoordinator) aus drei Personen übernehmen im Krisenfall die strategische Leitung im Haus. Der ZONK entscheidet nach Rücksprache mit dem Sichtungsarzt per Funk, welcher Patient zuerst operiert werden soll und hält das im Patientenverteilungsplan, der an der Wand hängt, fest. Die Patienten werden in die Kategorien Rot (schwer verletzt), Gelb (mittelschwer verletzt) und Grün (leicht verletzt) eingeteilt. Entsprechende Markierungen für ihre Wege innerhalb der Klinik zum OP oder in Behandlungsräume sind gekennzeichnet. Auch die Kapazitätsplanung der OPs simuliert das Bundeswehrkrankenhaus. Holsträter hat die Übung für die Klinik federführend über mehrere Monate geplant. „Wir arbeiten hier bewusst mit einem Missverhältnis zwischen der Zahl der Behandelnden und der Patienten“, erzählt er.

Ganz real ist dabei, dass zwischen den nur scheinbar verletzten Darstellern auch echte Patienten in Rettungswagen vor der Notaufnahme vorfahren. Der normale Krankenhausbetrieb geht weiter, obwohl 130 Klinikmitarbeiter an der Übung beteiligt sind. Genau das wäre auch die Herausforderung im Bündnis- oder Verteidigungsfall und dafür braucht es klare Abläufe. Denn Zeit sei der Faktor, auf den es nach Anschlägen und Sabotageakten im Krieg am meisten ankomme, so Holsträter. Patienten mit Schussverletzungen haben keine stumpfen Traumata wie Unfallopfer. Sie haben innere Verletzungen und könnten verbluten, wenn sie nicht schnell genug versorgt werden. „In der ersten Minute nach Eintreffen der Patienten entscheidet sich viel. Wir müssen Verletzte schnell und sicher einordnen.“

Ein Krankenhausalarm- und einsatzplan (KAEP) mit dem Konzept des MANV liegt allen Kliniken vor; die meisten Maximal- und Schwerpunktversorger könnten die Folgen

i

Kooperation BG Kliniken und Bundeswehr

Die enge Kooperation der Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung (BG Kliniken) und des Sanitätsdienstes der Bundeswehr besteht seit 2019. Ziel ist es, bei der Akutversorgung und Rehabilitation ihrer Patienten enger zusammenarbeiten. Mittlerweile haben beide Partner ein Kooperationsnetzwerk aufgebaut, das sich bewährt. Es basiert auf den gemeinsamen Zielen, die bestmögliche Versorgung von Verwundeten und die Wiederherstellung ihrer Gesundheit und idealerweise die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu ermöglichen.

Die Gemeinsamkeiten der Vertragspartner: BG Kliniken und Bundeswehrkrankenhäuser sind beide auf die Akutversorgung und Rehabilitation von Menschen spezialisiert, die sich im Dienst oder im Beruf verletzt haben und möglichst ohne Einschränkungen in ihr bisheriges Leben zurückkehren sollen. BG Kliniken und Bundeswehrkrankenhäuser übernehmen einen Versorgungsauftrag für die Gesamtbevölkerung.

An ihren fünf Standorten behandeln die Bundeswehrkrankenhäuser bundesweit rund 60.000 stationäre und fast 400.000 ambulante Patienten und Patientinnen pro Jahr. Zur Unternehmensgruppe der BG Kliniken gehören neun Akutkliniken, zwei Kliniken für Berufskrankheiten und zwei ambulante Einrichtungen, in denen jährlich rund 560.000 Patientinnen und Patienten behandelt werden.



Fotos: S. Roth

eines Flugzeug- oder Zugunglücks, einer Flutkatastrophe oder eines Terroranschlags sicher gut bewältigen. Doch ein NATO-Bündnis- oder sogar Verteidigungsfall wäre ein MANV auf Dauer, nicht nur an wenigen Tagen, die Zahl der Verletzten und zusätzlichen Patienten um ein Vielfaches potenziert. Das muss man üben, auch mental. Fortbildungen bietet zum Beispiel die Akademie der Unfallchirurgie an.

Johanniter: Kontakt zu BMI, BMG und Bundeswehr ist intensiver

Teil von Bundeswehrübungen sind auch zivile Organisationen wie das DRK, die Malteser und Johanniter. Sie wären unter anderem für den Transport der Patienten im Inland zuständig. „Wir werden in letzter Zeit häufiger von der Bundeswehr für Übungen angefragt, das intensiviert sich“, berichtet Anne Ernst, Geschäftsbereichsleiterin Krisenmanagement und Nothilfe bei der Johanniter-Unfall-Hilfe. „Patiententransporte können wir leisten, das ist unser Daily Business.“ Dabei ging es bisher aber um Einsätze im täglichen Rettungsdienst, in der Fluthilfe, bei Großkonzerten, auf Kirchentagen. Der Krieg war auch in den Köpfen der Helfenden weit weg. „Wir sind dabei, unsere Helfenden zu schulen und auf eine Verteidigungssituation einzustellen.“ Für einen größeren Rahmen fehlen noch die Schnittstellen zwischen Kliniken, Rettungsleitstellen und Militär. Als Hilfsorganisation arbeiten die Johanniter im Kontext Zivilschutz eng mit dem BMI und dem BBK zusammen, in Fragen der Gesundheitssicherstellung auch mit dem BMG. Zu beiden Ministerien habe sich der Kontakt weiter intensiviert, berichtet Ernst. „Doch die Forderung nach koordinierenden Strukturen sind berechtigt“, sagt sie. „Es sollte auch für die zivile Seite einen konkreten Plan mit Bedarfs-

„ Wir arbeiten hier bewusst mit einem Missverhältnis zwischen der Zahl der Behandelnden und der Patienten.

Dr. Thorsten Holsträter, Flottillenarzt und Leitender Oberarzt Bundeswehrkrankenhaus Ulm

analysen und notwendigen Handlungsschritten geben.“ Die Bundeswehr habe Interesse daran, dass Hilfsorganisationen im Bündnisfall auch mit Pflegekräften unterstützen. Das könnte, so Ernst, nach jetzigem Stand schwierig werden, da die Pflegekräfte in der Hilfsorganisation in den Regeldiensten tätig sind und nicht ohne Weiteres aus ihren Tätigkeiten herausgelöst werden können. Zudem sei nicht klar, wie viele der ehrenamtlichen Helfer im Zivilschutzfall tatsächlich zur Verfügung stehen, da sie gegebenenfalls selbst im KRITIS-Bereich tätig sind und von ihren Arbeitgebern nicht freigestellt werden können. Bereits jetzt seien die Hilfsorganisationen gut in der Lage, die Aufnahme und Betreuung von Geflüchteten umzusetzen oder die Bevölkerung für mehr Erste Hilfe und Selbstschutz zu sensibilisieren.

Übung auswerten, um Konzepte zu verbessern

Am Abend endet der offizielle Teil der Übung in Ulm. Alle Busse fahren wieder, die Darsteller kehren unversehrt in ihren Alltag zurück und im Bundeswehrkrankenhaus läuft der normale Klinikbetrieb. Holsträter und das gesamte Team treffen sich zu einem Debriefing. In den kommenden Wochen wird der Flottillenarzt die Rückmeldungen der Teilnehmer und Beobachter auswerten. Die Ergebnisse sollen die Konzepte und Abläufe im Krankenhaus verbessern. Vorab möchte Holsträter sagen: „Das wichtigste Moment, die persönliche Resilienz und der unbedingte Wille der Belegschaft, einen solchen MANV gut zu bewältigen, war heute jederzeit deutlich zu sehen.“ Nun gelte es, vor allem durch noch bessere Kommunikation und feinere Abstimmung untereinander die Bausteine besser miteinander zu verzahnen

Damit endet der Tag. Im Frieden und ganz ohne Terror und Sabotage – was für ein Glück.