



# Niederschrift

AGBF im Städtetag NRW, AK ZK, Hüttenstraße 68, 40215 Düsseldorf  
(37 6 201112 Niederschrift\_66. AK\_ZK\_NRW)

<b>Thema</b>	<b>66. Sitzung des Arbeitskreises Zivil- und Katastrophenschutz der AGBF NRW sowie des Fachausschusses Zivil- und Katastrophenschutz des VdF NRW als Videokonferenz</b>	
<b>Fachausschuß</b>	<b>Zivil- und Katastrophenschutz</b>	
<b>Datum</b>	12. November 2020	
<b>Uhrzeit</b>	10.00 – 13.05 Uhr	
<b>Anwesende Teilnehmer</b>	siehe unten	
<b>Fehlende Teilnehmer</b>	siehe unten	
<b>Moderation</b>	Hr. Graeger, Hr. Rehm	Vorsitzender AK, Vorsitzender FA
<b>Protokoll</b>	Arvid Graeger	
<b>Protokollstatus</b>	<input type="checkbox"/> Entwurf <input checked="" type="checkbox"/> Schlußfassung	

## An der Sitzung haben teilgenommen:

Hr. Graeger	AGBF	Hr. Rehm	VdF
Hr. Schauenburg	AGBF	Hr. Stening	AGBF
Hr. Schacht	VdF	Hr. Geßmann	AGBF
Fr. Roth	IM NRW (Gast)	Hr. Höckels	VdF
Hr. Meyer	VdF	Hr. Haase	VdF
Hr. Steinkamp	VdF	Hr. Weischenberg	AGHF
Hr. Meier	VdF	Hr. Fritzen	(Gast)
Hr. Kirchhoff	VdF	Hr. Schattka	AGBF
Fr. Klatt	AGBF	Hr. Engstenberg	VdF
Hr. Wirth	VdF	Hr. Ronig	WFV
Hr. Roggendorf (ztw.)	VdF	Hr. Mantel	BR Detmold (Gast)

## entschuldigt waren:

Hr. Rheinfelder	AGBF	Hr. Hessemer	AGBF
Hr. Bovelett	AGBF (Geschäftsführung)	Hr. Brinkmeier	AGBF



# Niederschrift

## TOP 1 Begrüßung & Organisatorisches

Herr Rehm und Herr Graeger begrüßen die Teilnehmer zur 66. Arbeitskreissitzung, erneut als Video-Konferenz. Herr Rehm gibt einige organisatorische Hinweis für einen reibungslosen Ablauf.

## TOP 2 Tagesordnung

Unter TOP 12 wird das Thema „Unterbringung von Einsatzeinheiten“ behandelt.

## TOP 3 Personelle Veränderungen

AGBF

- Herr Schauenburg, BF Dortmund, stellt sich vor.
- Herr Mantel, Bezirksregierung Detmold, stellt sich als Nachfolger von Herrn Bosch vor.
- Herr Kenter, BF Münster, verläßt aufgrund eines Aufgabenwechsels den AK. Als Nachfolger wurde Herr Michael Lülff, BF Mülheim, nominiert.

## TOP 4 Niederschriften der letzten Sitzung

Der Entwurf der Niederschrift der 65. Sitzung wurde kurzfristig versendet. Die Mitglieder werden um Zustimmung oder Änderungswunsch per Email bis zum 30.11.2020 gebeten.

## TOP 5 Rückblick Bundesweiter Warntag 2020

Aufklärende Aussprache zum Rundschreiben des BBK vom 14.09.2020. Herr Roggendorf, für diesen TOP zugeschaltet, erläutert umfassend die Planungen für den Warntag, den Ablauf des Tages und die Beweggründe für das Schreiben. Die mitursächlichen lokalen MoWaS-Auslösungen entgegen der Absprachen kamen nicht aus NRW.

## TOP 6 Warnung über Stadtgrenzen

Die AGBF-Vollversammlung bittet den AK, eine Empfehlung zur Information und Warnung der Bevölkerung bei Ereignissen, deren Auswirkungen Stadtgrenzen überschreiten, zu erarbeiten. Bei einigen Schadenlagen in den letzten Jahren habe es Irritationen und Kritik wegen unterschiedlicher Informationen und Empfehlungen gegeben. Die Empfehlung wird die Vorgaben des Warnerlasses aufgreifen.

## TOP 7 Erfahrungsbericht Waldbrand Niederkrüchten

Herr Höckels berichtet umfangreich zum Waldbrand in Niederkrüchten ab dem 20.04.2020. Die Unterlagen sind als Anlage beigefügt.

Inzwischen wurde beim IM ein Arbeitskreis Waldbrandprophylaxe eingerichtet, der sich mit dem AK Waldbrand des DFV austauscht. U.a. werden Ausbildungsunterlagen, Kartenmaterial und Empfehlun-



# Niederschrift

gen zur technischen Ausstattung behandelt. Die Erkenntnisse müssen sich auch in der Brandschutzbedarfsplanung niederschlagen. Aus diesem AK ist R. Meier dort Mitglied.

Das IM bereitet ferner einen klarstellenden Erlaß zur Kostentragung bei grenzüberschreitenden Einsätzen vor. Entscheidend für die Kostenübernahme durch das Land ist bei auswärtiger Hilfe im benachbarten Ausland, dass das IM die auswärtige Hilfe vorher als zentrale Maßnahme angeordnet hat (§ 50 Absatz 4 Satz 1 und 2 i.V.m. § 40 Absatz 4 Satz 1 BHKG). Der AK bittet Frau Roth, das Thema ebenfalls für die geplant Novellierung des BHKG vorzumerken.

## TOP 8 Kommunale Impfstrategie

Herr Geßmann stellt einleitend seine bisherigen Kenntnisse vor. Aus dem anschließenden intensiven Austausch wird deutlich, daß zwar viele Informationen kursieren, aber wenig belastbares dabei ist. Dem IM sind noch keine Details bekannt, aber das MAGS arbeitet bereits an dem Thema. Das Thema soll im Krisenkoordinationsrat besprochen werden.

Nachdem wegen der Herausforderungen bei der Impfstoffhandhabung zunächst von mehreren Dutzend (großen) Impfzentren im Bundesgebiet berichtet wurde, zeichnen sich nun kleinteiligere Lösungen und auch mobile Impfteams ab. Offenbar wird die Organisation der Impfung bei den Ländern liegen. Zur Impfpriorisierung laufen noch Beratungen, weshalb auch eine Priorisierung von Einsatzkräften noch unklar ist.

Herr Stening berichtet, daß Gelsenkirchen die seinerzeitigen Impfplanungen zur Vogelgrippe evaluiert. Es handelt sich primär um eine Aufgabe des Gesundheitsamtes. Eine umfängliche Mitwirkung von Einsatzkräften an Impfkationen wird mehrheitlich nicht als leistbar angesehen. Der Kräftebedarf und die zeitliche Dauer übersteigen die Möglichkeiten. Positiv wird eine planende und koordinierende Rolle beim Aufbau der Impfzentren bewertet.

Der Austausch wird in der kommenden Sitzung fortgesetzt, da erkennbar längerfristig.

[Redaktionelle Anmerkung: in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Sitzungen wurden diverse Papiere u.a. zur nationalen Impfstrategie veröffentlicht, die noch nicht allen Teilnehmern bekannt waren. Aus Umfanggründen werden diese nicht versendet, da sie inzwischen im Internet zugänglich sind.]

## TOP 9 Evaluation Einsatzeinheiten NRW

Die Gespräche zwischen IM und den Spitzen der Hilfsorganisationen dauern an. Absehbar ist eine reduzierte Anzahl von EE bei einer Untergrenze von 162 Einheiten (entsprache 3 EE/HVB). Da aber eine größere Zahl angestrebt bleibt, müssen auch noch Verteilungsfragen geklärt werden.

Zusätzlich herausfordernd ist die Position des Bundes, da dieser seine MTF-Konzeption umgesetzt sehen will und nicht mehr bereit ist, den Sonderweg NRWs weiter zu akzeptieren (vgl. TOP 12).

## TOP 10 Behelfskrankenhäuser

Herr Graeger berichtet aus Düsseldorf von unterschiedlichen Auffassungen zwischen Stadt in Krankenhäusern über Behelfskrankenhäuser. Das UKD hat einen Erweiterungsbau errichtet, sieht aber weiteren Bedarf außerhalb. Herr Geßmann bestätigt ähnliche Diskussionen in Aachen. Das Fieberlazarett im Kreis Steinfurt ist aufgrund fehlender Finanzierungszusagen laut Herrn Meier gefährdet. Aus der Aussprache im AK wird deutlich, daß einige stark materiell geprägte Diskussionen am eigent-



# Niederschrift

lichen Problem des fehlenden Personals klar vorbegehen. Übereinstimmende Meinung im AK ist, zunächst alle personellen, baulichen und technischen Möglichkeiten vorhandener Kliniken auszureizen. Anschließend muß gezielt verlegt werden. Durch die 93. Gesundheitsministerkonferenz am 30.09.2020 wurde das sogenannte *Kleeblattkonzept für einen länderübergreifenden Patiententransport* beschlossen (als Anlage beigefügt). Seitens des Landes stehen noch keine weiteren Informationen dazu zur Verfügung.

## TOP 11 Bericht der Vorsitzenden zu ausgewählten Themen

### Situation im DFV

Herr Rehm berichtet zur Situation und aktuellen Entwicklungen im DFV.

### Antikörperstudie der Uniklinik Düsseldorf

Herr Graeger berichtet von einer Antikörperstudie der Uniklinik Düsseldorf, um das Covid-Infektionsgeschehen bei jüngeren Menschen zu erforschen. Mitarbeitende von Feuerwehr und Rettungsdienst konnten aufgrund des höheren Infektionsrisikos als Vergleichsgruppe ebenfalls teilnehmen. Die Ergebnisse stehen noch aus. Informationen unter <https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/institut-fuer-medizinische-soziologie/das-institut/forschung/serodus>

### Abrollbehälter MANV NRW

Das IM hatte Frau Cremer (AC) und Herrn Graeger um einen Austausch zur Zukunft des AB MANV NRW gebeten. Die AB sind inzwischen 15 Jahre alt, aber überwiegend noch in gutem Zustand bei geringer Einsatzbelastung. Sie wurden seinerzeit den Trägern übereignet, sodaß bei unterschiedlicher Folgehandhabung (stärker) divergente MANV-Konzepte bis hin zur BHP-Bereitschaft 50 zu erwarten sind. Das IM prüft daher, ob und wie die Nutzungsdauer um weitere fünf Jahre verlängert werden kann.

Informelle Abfragen von Frau Cremer und Herrn Graeger zur Präferenz möglicher Folgebeschaffungen (AB mit WLF oder GW) ergaben kein einheitliches Bild. Die Besprechungsteilnehmer empfehlen zur Vereinfachung der Konzeption eine Auslegung auf Bevölkerungsschutzszenarien mit 50 und mehr Betroffenen als deutliche Abgrenzung zum Regelrettungsdienst.

## TOP 12 Beiträge aus dem Plenum

### Unterbringung der Einsatzeinheiten

Herr Wirth berichtet von Schwierigkeiten, wirtschaftliche Mietangebote zu bekommen. Der Bund zahlt zur Zeit nur 7,- €/qm und erstattet keine Nebenkosten. Herr Mantel teilt mit, daß es seitens des Landes eine Arbeitsgruppe gibt, die das Thema aufgreift.

### Medizinische Task Force (MTF) des Bundes

Das IM befindet sich zur Thematik *Umsetzung des Konzeptes der Medizinischen Task Force* aufgrund derzeit unterschiedlicher Auffassungen im Gespräch mit dem Bund.

### Normungsarbeit

Herr Fritzen berichtet zur DIN ISO 22320 *Leitfaden für die Organisation der Gefahrenabwehr bei Schadensereignissen*. Hierzu erscheint in der kommenden Dezember-Ausgabe des BRANDSCHUTZ ein Artikel des zuständigen Arbeitsausschusses des DIN. Der Fachaufsatz soll eine Hilfe darstellen, um die



# Niederschrift

Norm, insbesondere im Verhältnis zur FwDV 100, einordnen zu können. Der Vorteil der ISO 22320 besteht u.a. darin, daß davon ausgegangen werden kann, daß diese Norm in unseren Nachbarländern ebenfalls (in englischer, französischer oder deutscher Sprache) mit identischer Gliederung vorliegt und sie so als Grundlage für eine operativ-taktische Zusammenarbeit dienen kann.

Der Beuth-Verlag ermöglicht als Beitrag zur Pandemiebekämpfung den kostenfreien Download einiger Normen. Eine einmalige Registrierung ist erforderlich.

<https://www.beuth.de/de/sonderausgaben-normen-medizinische-ausruestung>

## Löschwasserversorgung und -rückhaltung

Nach Rechtsänderungen ist nun das Landeswassergesetz wesentliche Grundlage für die Löschwasserversorgung und -rückhaltung. Hauptproblem neben gestiegenen Anforderungen ist der im Wasserrecht unbekannteste Bestandsschutz.

## TOP 13 Termine 2021

Für das Jahr 2021 sind folgende Termine vorgesehen:

- 67. Sitzung am 03.03.2021 als Videokonferenz
- 68. Sitzung am 30.06.2021, Ort wird pandemiebedingt kurzfristig abgestimmt
- 69. Sitzung am 17./18.11.21 in Siegburg

gef. Graeger



Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe  
Postfach 1867, 53008 Bonn

An alle Nutzer  
des Modulare Warnsystems (MoWaS)  
Mailverteiler

Nachrichtlich:  
BMI-Referat KM2  
KatS-Referate der Innenministerien

**Betreff: Systemauslastung des Modulare Warnsystems anlässlich  
des Warntages 2020**

Bezug: 1. Auslösekonzept Bundesweiter Warntag  
2. Kommunikationsmeldungen Nationale Warnzentrale vom  
10.09.20 um 10:47 und 10:59

Aktenzeichen: I.2-Warntag2020

Datum: 14.09.2020

Seite 1 von 3

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Warnmeldung anlässlich des Warntages 2020 konnte am 10.09.2020 erst mit 34 Minuten Verspätung an die Warnmultiplikatoren und Warnmittel zugestellt werden. Ursächlich hierfür war eine Lastspitze im System, die u.a. auf die von weiteren 23 Behörden verschiedener Bundesländer versandten Meldungen zum Warntag 2020 zurückzuführen sind. Hierzu hätte es nicht kommen dürfen; das vereinbarte Auslösekonzept sah eine Auslösung allein durch den Bund vor. Lediglich für Hamburg war nachträglich eine Ausnahme vereinbart worden.

Um die am 10.09.2020 ab 10:45 Uhr erkennbar zunehmenden regionalen Warnungsauslösungen zu verhindern, wurden alle MoWaS-Stationen in den Ländern (sowohl vS/E-Zugänge als auch Vollsysteme) am 10.09.2020 um 10:47 Uhr und nochmals um 10:59 Uhr per MoWaS-Kommunikationsnachricht durch die Nationale Warnzentrale dazu aufgefordert, das Versenden regionaler Warnmeldungen zum Warntag zu unterlassen. Diese Meldung wurde auch zugestellt und in Folge durch diejenigen Stationen nicht beachtet, die nach diesem Zeitpunkt noch eigene Meldungen verschickt haben: Kommunikationsmeldungen werden auf der Bedieneroberfläche durch ein Pop-Up-Fenster angezeigt, wobei die Arbeit erst fortgesetzt werden kann, wenn dieser Meldungseingang bestätigt wird.

**Hendrik Roggendorf**  
Referatsleiter

HAUSANSCHRIFT  
Provinzialstraße 93, 53127 Bonn

POSTANSCHRIFT  
Postfach 1867, 53008 Bonn

TEL 022899-550-2250  
FAX 022899-550-1620

warnzentrale@bbk.bund.de  
www.bbk.bund.de

BANKVERBINDUNG  
Deutsche Bundesbank  
Filiale Saarbrücken

KONTO  
NR. 590 010 20 (BLZ 590 000 00)  
IBAN DE81590000000059001020  
BIC MARKDEF 1590  
UST-IDNR. DE236712273

SERVICEZEIT  
Anrufe bitte möglichst:  
Mo. bis Do. 08.00–16.30 Uhr  
Fr. 08.00–15.00 Uhr





Seite 2 von 3

Durch dieses Verhalten der genannten Nutzer wurde die Systemfunktionalität in erheblichem Maße beeinträchtigt.

Abgesehen von den schwerwiegenden negativen Folgen in der öffentlichen Wahrnehmung anlässlich des Warntages haben die betroffenen Nutzer durch ihr Verhalten anderen Stationen durch die von Ihnen erzeugte Systemlast die Möglichkeit genommen, bei einem parallel zum Warntag eintretenden potenziellen Realereignis Warnmeldungen zu versenden. Aus diesen Gründen ist ein solches Verhalten von Mitnutzern des Modulare Warnsystems nicht hinnehmbar.

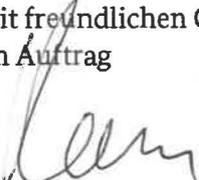
MoWaS wird nach § 6 Abs.2 Satz 2 ZSKG durch den Bund zu Zwecken der Warnung vor den Gefahren in einem Verteidigungsfall betrieben. Zugleich räumt der Bund gem. § 12 ZSKG den Ländern die Mitnutzungsmöglichkeit für eigene Aufgaben ein. Systembetreiber und damit entscheidungsbefugt für Art und Weise sowie Umfang der Nutzung ist das BBK.

Die Mitnutzungsbestimmungen für vS/E-Zugänge sehen unter Ziffer 7 die Berechtigung für das BBK vor, Maßnahmen zum Schutz der Leistungsfähigkeit des MoWaS zu ergreifen. Von dem hieraus herzuleitenden Weisungsrecht hat das BBK erstmals am 10.09.2020 mit den Meldungen um 10:47 Uhr und 10:59 Uhr Gebrauch gemacht.

**Ich darf Sie bitten, das von Ihnen mit der Bedienung der MoWaS-Vollstation bzw. dem MoWaS-vS/E-Zugang betraute Personal eindringlich darauf hinzuweisen, dass Anordnungen der Dienststellen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe im Zusammenhang mit der Nutzung des Modulare Warnsystems unbedingt, jederzeit und unverzüglich zu beachten sind.**

Unabhängig hiervon haben wir die Firma mecom GmbH damit beauftragt, unverzüglich technische Vorkehrungen zu treffen, die eine Wiederholung der Systemzustände vom 10.09.2020 künftig verhindern. Wir werden auf Sie zu gegebener Zeit über weitere Einzelheiten hierzu informieren.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

  
Roggendorf



Ministerium des Innern NRW, 40190 Düsseldorf

10. November 2020

Seite 1 von 4

- Elektronische Post -

Bezirksregierungen  
Düsseldorf  
Köln

Aktenzeichen

(bei Antwort bitte angeben)

34-20.42.03-2248/20

RR'in Panske

Telefon 0211 871-2486

Telefax 0211 871-162486

daniela.panske@im.nrw.de

### **Wirtschaftliche Angelegenheiten im Brand- und Katastrophenschutz**

Brandgeschehen vom 21.04. bis 24.04.2020 an der niederländischen Grenze (Gemeinde Roerdalen, Ortsteil Herkenbosch)

Ihre Anfrage zur Kostenübernahme durch das Land NRW für die betroffenen Kreise Heinsberg und Viersen

Berichte der BR Düsseldorf vom 27.04.2020, 17.07.2020 und 06.10.2020, Az.: 22.02.01

Berichte der BR Köln vom 23.06.2020, 07.09.2020; sowie diverse E-Mails

Die mittels Ihrer Berichte angefragte Übernahme der durch die Kreise Heinsberg und Viersen gemeldeten Kosten zum Brandgeschehen vom 21.04. bis 24.04.2020 an der niederländischen Grenze und auf niederländischem Staatsgebiet (Gemeinde Roerdalen, Ortsteil Herkenbosch) kann mangels entsprechender Rechtsgrundlage nicht durch das Land erfolgen. Davon ausgenommen sind die Kosten für den angeforderten Bundespolizeihubschrauber.

Der Einsatz des Hubschraubers auf niederländischem Staatsgebiet war zur Abwehr einer unmittelbar bevorstehenden Gefahr weiterer Brandausdehnung auf deutschem Staatsgebiet zwingend geboten. Aus diesem Grund wurde – wie bereits in früheren, ähnlich gelagerten Fällen – der Einsatz von Hubschraubern des Bundes zur Unterstützung der bodengebundenen Einsatzmaßnahmen bei Vegetationsbränden als zentrale Maßnahme gem. § 5 Abs. 5 S. 1 des Gesetzes über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz (BHKG) veranlasst. Dementsprechend beabsichtigt das Land die Kosten zu übernehmen.

Dienstgebäude:

Friedrichstr. 62-80

40217 Düsseldorf

Lieferanschrift:

Fürstenwall 129

40217 Düsseldorf

Telefon 0211 871-01

Telefax 0211 871-3355

poststelle@im.nrw.de

www.im.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:

Rheinbahnlinien 732, 736, 835,

836, U71, U72, U73, U83

Haltestelle: Kirchplatz



Im Übrigen sind Grundlage für die Kostentragung bei grenznahen Einsätzen, auch im benachbarten Ausland, die §§ 39, 40 und 50 BHKG. Bei landesweiter oder auswärtiger Hilfe trägt das Land die Kosten ausnahmsweise und nur dann, wenn das Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) vorher die auswärtige Hilfe als zentrale Maßnahme gem. § 5 Abs. 5 BHKG angeordnet hat (§ 50 Abs. 4 S. 1 u. 2 i. V. m. § 40 Abs. 4 S. 1 BHKG). Das ist vorliegend nur für die Anforderung des Hubschraubers der Bundespolizei, im Übrigen aber nicht erfolgt.

Vielmehr handelten die beiden Kreise in eigener Zuständigkeit im Rahmen der nachbarschaftlichen Hilfe nach der Ministervereinbarung, die die jeweils für Inneres zuständigen Minister des Land NRW und der Niederlande im Jahr 2014 geschlossen haben. Grenzanliegende Kreise sollen anlässlich eines organisierten Hilfseinsatzes in den Niederlanden grundsätzlich nur insofern eigenständig agieren, als sie mit eigenen Kapazitäten oder den Kapazitäten kreisangehöriger Gemeinden die Lage bewältigen können, denn überörtliche Hilfe überschreitet das Maß der nachbarschaftlichen Hilfe nach der Ministervereinbarung und wird durch die niederländische Seite, der geholfen wird, nicht erstattet. Insbesondere vom Kreis Viersen wurden nach Übernahme der Einsatzleitung dennoch eine hohe Anzahl von Einsatzkräften im Wege der überörtlichen Hilfe aus anderen Kreisen und kreisfreien Städten angefordert und nach den vorliegenden Berichten in den Niederlanden eingesetzt. Anhand der Meldungen war für das Ministerium des Innern als oberste Aufsichtsbehörde nicht ersichtlich, dass die Anforderung der überörtlichen Hilfe einen anderen Zweck hatte, als die Gefahren für das eigene Kreisgebiet abzuwehren. Es bestand somit während des Einsatzes keine Veranlassung für das Land, einzuschreiten und mögliche Kostenfolgen für den Kreis für den Einsatz in den Niederlanden aufzuzeigen. Im Übrigen lag dem Ministerium des Innern als oberster Aufsichtsbehörde zu keinem Zeitpunkt ein offizielles Hilfeersuchen der zuständigen Behörden von niederländischer Seite vor.

Anlässlich der Novellierung des BHKG forderten die Verbände, überörtliche Hilfe möge grundsätzlich das Land tragen. Dies wurde unter Verweis auf den Gedanken der Solidargemeinschaft abgelehnt. Es sind vielfältige größere Einsatzsituationen denkbar, bei denen Feuerwehren landesweit zum Einsatz kommen, wo diese nach den Grundsätzen solidarischer Hilfe wechselweise betroffen sein können. Dieser solidarische



Grundgedanke des BHKG gilt auch für Einsätze im grenznahen Ausland (siehe § 40 Abs. 1 u. 2, S. 1, 2. Hs. BHKG).

Auch das in Ihren Berichten angeführte Gesetz zum Genscher Abkommen führt zu keiner anderen Einschätzung. Nach dem Genscher Abkommen (1988) zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Königreich der Niederlande trägt bei einer grenzüberschreitenden Unterstützung bei Katastrophen jede Vertragspartei die eigenen Kosten. Das Gesetz vom 20. März 1992 zum Genscher Abkommen regelt in Ergänzung dazu das Verhältnis der Kostentragung zwischen dem Bund und dem Land NRW: Es regelt nicht die Kostenfolgen innerhalb des Landes, also zwischen Land und Kommunen. Dies kann nicht durch Bundesgesetz geregelt werden. In dem Gesetz wird dementsprechend klargestellt, dass landesrechtliche Regelungen über die Kostentragung innerhalb des Landes unberührt bleiben. Hier ist allein das BHKG maßgeblich.

Auch die deutsch-niederländische Ministervereinbarung von 2014 sagt zu den landesinternen Kostenregelungen nichts aus, sondern ermöglicht nur direkte Anforderungswege zwischen den grenzanliegenden Sicherheitsregionen und den grenzanliegenden Kreisen, ohne dass das Ministerium des Innern dem Auslandseinsatz vorab zustimmen muss. Die Kreise handeln dann aber auch in eigener Zuständigkeit. Kostenregelungen richten sich somit ausschließlich nach Landesrecht, also nach BHKG, da die o. g. Abkommen keine Sonderregelungen treffen und das Innenverhältnis unberührt lassen.

Es bleibt festzuhalten, dass für die Kostenforderungen beider Kreise an das Land keine Grundlage besteht. Der Kreis Heinsberg war aufgrund seiner Grenzlage und der Beteiligung von lediglich drei grenzanliegenden, kreisangehörigen Gemeinden insgesamt im Rahmen der nachbarschaftlichen Hilfe im grenzanliegenden Ausland im Einsatz und trägt seine Kosten gemäß § 39 Abs. 4 BHKG selbst. Die Kosten sind nicht vom Land zu tragen.

Etwas anderes gilt auch nicht für den Kreis Viersen, der aufgrund des heftigeren Brandgeschehens viele Einsatzkräfte aus anderen Kreisen und kreisfreien Städten angefordert hat. Der Kreis hätte wissen müssen, dass ein solches Einsatzvolumen zu sehr hohen Kosten führen würde,



die ohne vorherige Anordnung als zentrale Maßnahme nicht vom Land übernommen werden.

Dies kann auch nicht aus Billigkeitsgründen nachträglich geheilt werden. Das Land hat zentrale Maßnahmen (also einen landesweiten oder auswärtigen Einsatz) bisher nur sehr restriktiv angeordnet, beispielsweise bei besonderen Katastrophenlagen, wie beim Elbehochwasser im Juni 2013. Präzedenzfälle unterhalb dieser Schwelle sind im Hinblick auf den oben erwähnten Solidargedanken zu vermeiden.

Die Kreise und kreisfreien Städte erhalten seit dem Jahr 2006 einen Festbetrag (Zuschuss) in Höhe von jährlich 30.000 €, mit dem insbesondere Aufwendungen und Auslagen für überörtliche und landesweite Hilfsmaßnahmen einschließlich Nachbarschaftshilfe abgedeckt werden. Wird sie in einem Haushaltsjahr nicht verausgabt, muss sie dem Land nicht zurückgezahlt werden, sondern kann in den Folgejahren für Investitionen in den Feuerschutz verwendet werden und entlastet die Kreise dann an dieser Stelle von anderen Ausgaben. Die Kreise Viersen und Heinsberg haben die jährlich zugewendeten 30.000 € in den letzten fünf Jahren nicht oder nichtvollumfänglich verausgabt, so dass hier Reserven vorhanden sind.

Schließlich existiert nur die Feuerschutzsteuer als Topf für eine Finanzierung und wiederkehrende Zahlungen im Rahmen der überörtlichen Hilfe. Eine zu großzügige Anordnungspraxis von zentralen Maßnahmen in diesem Bereich würde die Investitionspauschale der Kommunen deutlich schmälern.

Ich bitte Sie, den betroffenen Kreisen die Entscheidung mitzuteilen.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag  
gez. Beckmann



Ministerium des Innern NRW, 40190 Düsseldorf

11. Dezember 2020

Seite 1 von 3

- Elektronische Post -

An die  
Bezirksregierungen

Aktenzeichen

(bei Antwort bitte angeben)

32 - 06.01.01./ 01 / 2020

Düsseldorf  
Köln  
Münster

RD'in Giannone

Telefon 0211 871--2557

Telefax 0211 871--16-2557

Referat32@im.nrw.de

mit der Bitte um Weiterleitung an

die Stadt Aachen  
die Städteregion Aachen  
den Kreis Borken  
den Kreis Euskirchen  
den Kreis Heinsberg  
den Kreis Kleve  
den Kreis Viersen

nachrichtlich:

An den  
Verband der Feuerwehren in NRW e.V.  
Windhukstraße 80  
42277 Wuppertal

An den  
Städtetag Nordrhein-Westfalen,  
Landkreistag Nordrhein-Westfalen,  
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen

Dienstgebäude:

Friedrichstr. 62-80

40217 Düsseldorf

Lieferanschrift:

Fürstenwall 129

40217 Düsseldorf

**Einsätze der Feuerwehr im benachbarten Ausland zur Bekämpfung  
von Großeinsatzlagen und Katastrophen**

**Klärung rechtlicher Fragestellungen der Kostentragung**

Telefon 0211 871-01

Telefax 0211 871-3355

poststelle@im.nrw.de

www.im.nrw

Aus Anlass eines grenzüberschreitenden Einsatzes haben sich bei den beteiligten Behörden Unklarheiten über die Kostentragung gezeigt. Dazu gebe ich nachfolgende Hinweise:

Öffentliche Verkehrsmittel:

Rheinbahnlinien 732, 736, 835,

836, U71, U72, U73, U83

Haltestelle: Kirchplatz



Grundlage für die Kostentragung bei grenznahen Einsätzen oder Einsätzen im benachbarten Ausland sind die §§ 39, 40 und 50 des Gesetzes über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz (BHKG). Bei auswärtiger Hilfe auch im benachbarten Ausland trägt das Land die Kosten ausnahmsweise nur dann, wenn das Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen (IM NRW) vorher die auswärtige Hilfe als zentrale Maßnahme angeordnet hat (§ 50 Absatz 4 Satz 1 und 2 i. V. m. § 40 Absatz 4 Satz 1 BHKG). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den Abkommen der Bundesrepublik Deutschland mit Belgien oder den Niederlanden über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen oder schweren Unglücksfällen aus den Jahren 1980 bzw. 1988. Insbesondere enthalten die dazugehörigen Gesetze keine Regelung über eine Kostenverteilung zwischen Land und Kommunen. In beiden Gesetzen wird klargestellt, dass landesrechtliche Regelungen über die Kostentragung innerhalb des Landes unberührt bleiben. Hinsichtlich der Kostenverteilung zwischen Kommunen und Land bleibt allein das BHKG maßgeblich.

Soweit überörtliche Hilfe anlässlich eines grenznahen Einsatzes angefordert wird, kann der den Einsatz leitende Kreis bzw. die Stadt oder Städteregion Aachen dies natürlich tun, um das eigene kommunale Gebiet zu schützen. Die Abrechnung zwischen der anfordernden und der helfenden Kommune erfolgt in diesem Fall nach den Grundsätzen der Amtshilfe. Daran ändert sich auch nichts, wenn während des Einsatzes zur Abwehr von Gefahren im eigenen Zuständigkeitsbereich im Einzelfall ein temporärer Grenzübertritt der Einsatzkräfte erforderlich ist. Zu beachten ist, dass mit Ausnahme der Kosten für besondere Sachaufwendungen die Feuerwehren unmittelbar angrenzender Gemeinden gem. § 39 Absatz 4 BHKG bei Schadenfeuer unentgeltlich Hilfe zu leisten haben.

Anders verhält es sich für Fallkonstellationen, wenn ein Hilfeersuchen direkt von grenzanliegenden niederländischen Sicherheitsregionen oder grenzanliegenden belgischen Provinzen an die grenzanliegenden Kreise oder die Städteregion gestellt werden. Grenzanliegende Kreise oder die Stadt oder Städteregion Aachen sollen anlässlich eines organisierten Hilfeinsatzes in den Nachbarländern grundsätzlich nur insofern eigenständig agieren, als sie mit eigenen Kapazitäten oder den Kapazitäten kreisangehöriger Gemeinden die Lage bewältigen können, denn die überörtliche Hilfe überschreitet das Maß der nachbarschaftlichen Hilfe und wird durch die belgische oder



niederländische Seite, der geholfen wird, nicht erstattet. Für Großeinsätze auf niederländischem oder belgischem Staatsgebiet, die über das übliche Maß der nachbarschaftlichen Hilfe hinausgehen, ist es Angelegenheit der einsatzführenden Stelle des Nachbarlandes, weitere Hilfeleistungensuchen an das IM NRW zu richten. Das IM NRW hat dann über die Anordnung einer zentralen Maßnahme zu entscheiden. Im Falle des eigenständigen Hinzuziehens von kreisfremden Einsatzkräften im Wege der überörtlichen Hilfe für den Einsatz im benachbarten Ausland wird daher abschließend noch einmal deutlich darauf hingewiesen, dass die dadurch verursachten Kosten durch die anfordernde Kommune selbst zu tragen sind.

Auch das Ministerabkommen, das das Land Nordrhein-Westfalen mit den Niederlanden im Jahr 2014 geschlossen hat, trifft keine vom BHKG abweichende Regelungen zur Kostentragung. Es ermöglicht lediglich direkte Anforderungswege zwischen den grenzanliegenden Sicherheitsregionen und den grenzanliegenden Kreisen oder der Städteregion im Rahmen der nachbarschaftlichen Hilfe, ohne dass das IM NRW dem Auslandseinsatz vorab zustimmen muss (siehe § 40 Absatz 3 Satz 1 BHKG).

Insoweit unterscheidet sich die Rechtslage bei der nachbarschaftlichen Hilfe an der Grenze zu Belgien. In Ermangelung eines entsprechenden Ministerabkommens ist bei Einsätzen anlässlich von Katastrophen oder Großeinsatzlagen in Belgien, die von der belgischen grenzanliegenden Provinz Lüttich an den Kreis Euskirchen oder an die Städteregion Aachen oder Stadt Aachen erbeten wurden, grundsätzlich vorab die Zustimmung des IM NRW gemäß § 40 Absatz 3 Satz 1 BHKG einzuholen. Eine Ausnahme davon gilt nur, wenn die unmittelbare Aufsichtsbehörde dem Einsatz im benachbarten Grenzgebiet vorläufig zustimmt, wenn die sofortige Hilfeleistung angefordert wurde und geboten erscheint (§ 40 Absatz 3 Satz 2 BHKG).

Die Kreise und die Städteregion Aachen werden gebeten, ihre unmittelbar grenzanliegenden kreisangehörigen Kommunen über den Inhalt dieses Erlasses in Kenntnis zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag  
gez. Gayk

Der Staatssekretär

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen



Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

Datum: 11. November 2020

Seite 1 von 3

An die Bezirksregierungen mit der Bitte um Weitergabe an:

Oberbürgermeister, Bürgermeister,  
Landräte und untere Gesundheitsbehörden  
in Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen IV 2 -

G.0102/0005

bei Antwort bitte angeben

nachrichtlich  
Städtetag NRW  
Landkreistag NRW  
Städte- und Gemeindebund NRW

Telefon 0211 855-

Telefax 0211 855-

## **Übernahme von an COVID-19 erkrankten Patienten aus benachbarten Ländern**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gern möchte ich Sie über das in Nordrhein-Westfalen praktizierte Verfahren zur Übernahme von an COVID-19 erkrankten Patienten aus benachbarten Ländern informieren.

Mit Erlass vom 27. Oktober 2020 wurden die Plankrankenhäuser in Nordrhein-Westfalen gebeten zu prüfen, ob im Rahmen der bestehenden Kapazitäten intensivmedizinische Betten für COVID-19-Patienten aus benachbarten Ländern zur Verfügung gestellt werden können.

Die Koordination der Mitversorgung erfolgt dabei über das Universitätsklinikum Münster / Stabsstelle Internationales Patientenmanagement unter der Leitung von Herrn Dr. Vincent R. Hofbauer. Die Koordinationsstelle ist unter [IPM@ukmuenster.de](mailto:IPM@ukmuenster.de) oder telefonisch unter der Rufnummer 01525/4957018 zu erreichen. Die Koordinierungsstelle betreibt ein Webportal, in dem die Krankenhäuser

Dienstgebäude und

Lieferanschrift:

Fürstenwall 25,

40219 Düsseldorf

Telefon 0211 855-5

Telefax 0211 855-3683

poststelle@mags.nrw.de

www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:

Rheinbahn Linie 709

Haltestelle: Stadttor

Rheinbahn Linien 708, 732

Haltestelle: Polizeipräsidium

die momentan verfügbaren Kapazitäten angeben. Die Plankrankenhäuser, die ihre Bereitschaft zur Übernahme von COVID-19-Patienten aus benachbarten Ländern der Koordinierungsstelle übermitteln, erhalten einen Zugang zu dem Webportal der Koordinationsstelle. Auf das Webportal haben aktuell auch das niederländische und das belgische Gesundheitsministerium Zugriff.

Das Vermittlungsverfahren beinhaltet folgende Schritte:

- Sofern eine Patientenübernahme aus einem benachbarten Land nach Nordrhein-Westfalen nötig wird, erhält das verlegende Krankenhaus im Ausland von seinem Gesundheitsministerium die Kontaktdaten der deutschen Kliniken, die auf dem Webportal ihre Übernahmebereitschaft signalisiert haben und aktuell freie Betten für EU-Patienten verzeichnen.
- Das verlegende Krankenhaus kontaktiert das entsprechende deutsche Klinikum unmittelbar (ohne Einschaltung der Koordinierungsstelle am UK Münster), um zu prüfen, ob eine Verlegung eines Patienten erfolgen kann. Hierzu ist ein intensives „Arzt-zu-Arzt-Gespräch“ zwischen den behandelnden Ärzten des abgebenden und des aufnehmenden Krankenhauses erforderlich.
- Im Anschluss organisiert das abgebende Krankenhaus mit der dort zuständigen örtlichen Rettungsleitstelle die Verlegung des Patienten nach Deutschland. Die Verlegung erfolgt grundsätzlich durch den Rettungsdienst oder Krankentransport am Standort des abgebenden Krankenhauses. Ist eine rettungsdienstliche Unterstützung beim Transport im Rahmen der grenzüberschreitenden rettungsdienstlichen Zusammenarbeit notwendig, ist dies zwischen der abgebenden Leitstelle des Nachbarlandes und der lokal zuständigen Leitstelle am Ort des aufnehmenden Krankenhauses abzustimmen.

Eine Zustimmung der Verlegung ist seitens der Koordinierungsstelle nicht notwendig, da jedes Krankenhaus eigenständig über die Übernahme eines Patienten entscheidet. Krankenhäuser mit freien Kapazitäten sollen ausschließlich dem Webportal entnommen werden.

- Die Vergütung der Krankenhausbehandlung wird durch den jeweilig zuständigen ausländischen Kostenträger nach dem Europäischen Sozialversicherungsabkommen sichergestellt (S2-/E112-Schein-Verfahren).

Ich bitte Sie, diese Vorgangsweise zu unterstützen und danke Ihnen für Ihren Einsatz zur Bekämpfung des Coronavirus und für Ihre Anstrengungen zur Sicherstellung der stationären Versorgung.

Mit freundlichen Grüßen



Edmund Heller



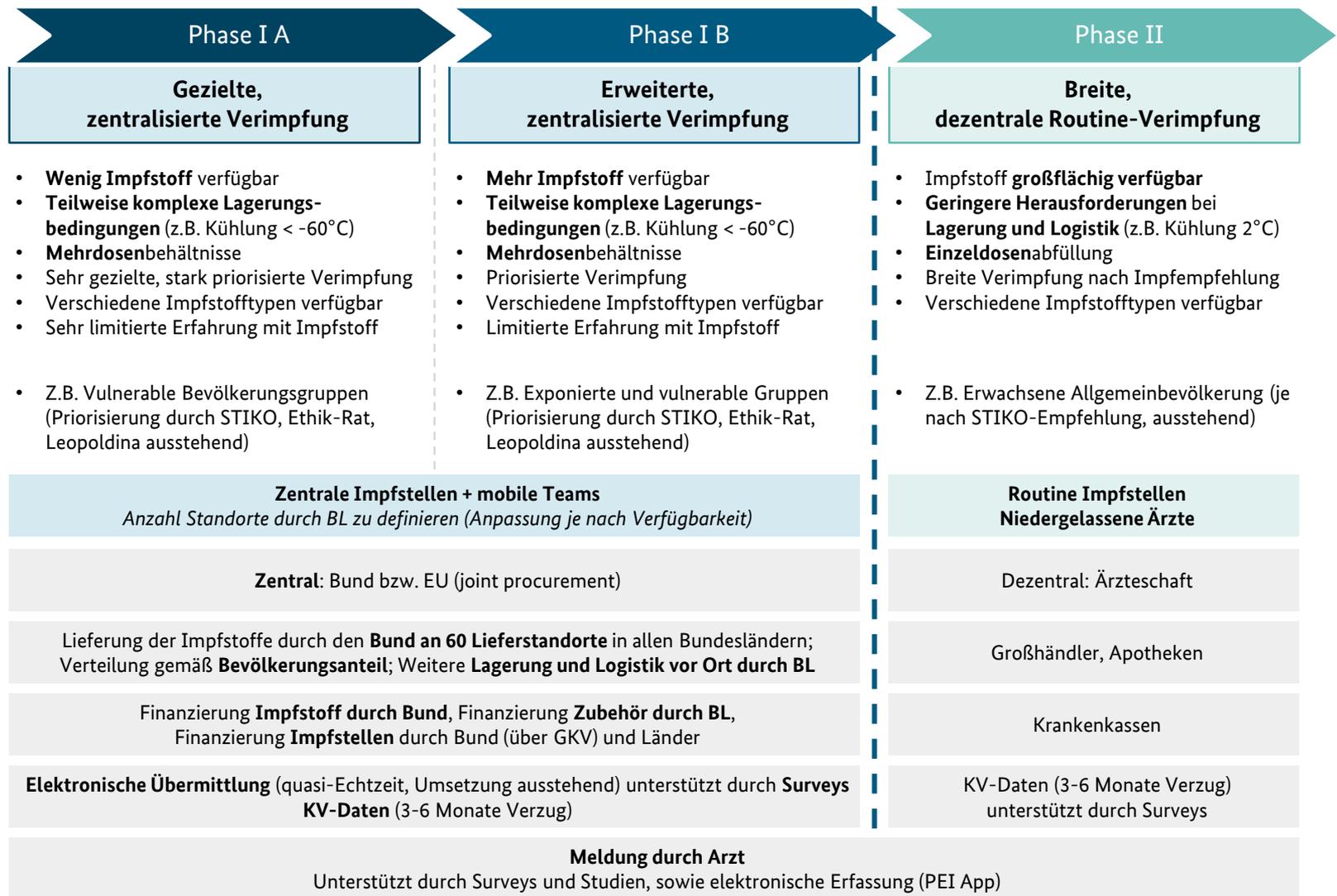
Bundesministerium  
für Gesundheit

# Nationale Impfstrategie COVID-19

Überblick

*Stand: 23.10.2020*

# Durchführung und Organisation der COVID-19 Pandemieimpfung in 2 Phasen



## **93. Gesundheitsministerkonferenz**

**Beschluss vom 06.11.2020**

### **Gemeinsames Vorgehen bei Impfungen gegen COVID-19**

Antragsteller: alle Länder

#### **Beschluss:**

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fassen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit folgenden Beschluss:

Wirksame Impfstoffe gegen COVID-19 werden zur Bewältigung der Pandemie und für den Umgang mit dem Virus von entscheidender Bedeutung sein. Nach Zulassung eines Impfstoffs ist zunächst von einer begrenzten Anzahl verfügbarer Impfdosen auszugehen.

Die Versorgung der Bevölkerung mit zugelassenen Impfstoffen verlangt bis zum Übergang in die Regelversorgung ein zwischen Bund und Ländern abgestimmtes und einheitliches Vorgehen. Unter Berücksichtigung der in den Bundesländern vorhandenen Versorgungsstrukturen beschließen die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit:

1. Der Bund beschafft die Impfstoffe und finanziert diese durch Haushaltsmittel. Die Länder beschaffen das notwendige Zubehör zur fachgerechten Durchführung von Impfungen in den Impfzentren einschließlich mobiler Impfteams eigenständig und in ausreichenden Mengen und finanzieren das aus den jeweiligen Landeshaushalten.

2. Die Länder errichten eigenverantwortlich Impfzentren. Bei Bedarf können die Länder die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und weitere Akteure in deren Aufbau und die Organisation einbinden. Der Bund regelt in der Verordnung, die auf der Grundlage des 3. Bevölkerungsschutzgesetzes erlassen wird, eine Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen, auf Verlangen der Länder mitzuwirken. Der Bund wird sich hälftig über die GKV an den Kosten der Impfzentren einschließlich mobiler Impfteams beteiligen.
3. Die Lieferung der zugelassenen Impfdosen wird aufgrund der besonderen Anforderungen an Lagerung und Transport nur an eine begrenzte Anzahl von Standorten je Bundesland möglich sein. Insgesamt wird derzeit von bis zu 60 Standorten ausgegangen. Die Standorte werden dem Bund bis zum 10. November verbindlich benannt. Der Impfstoff wird entweder durch die Bundeswehr oder durch die Firmen selbst zu diesen Standorten geliefert. Die entsprechenden organisatorischen Absprachen trifft der Bund im ständigen Austausch mit den Ländern. Die Länder werden laufend über die Entwicklungen informiert, die Auswirkungen auf die Distribution und die Lagerung von Impfstoffen haben können. Die verfügbaren Mengen an Impfdosen werden gemäß dem Bevölkerungsanteil an die Länder verteilt.
4. Das BMG erarbeitet derzeit zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Basis des bestehenden Systems der Terminvergabe der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen ein standardisiertes Modul zur Terminvereinbarung für alle Impfzentren einschließlich mobiler Impfteams. Diese wird den Ländern für die Organisation der Terminvergabe in den Impfzentren einschließlich der mobilen Impfteams zur Verfügung gestellt. Die Länder werden fortlaufend über den Stand der Arbeiten informiert.
5. Nach Zulassung eines Impfstoffs ist zunächst von einer begrenzten Anzahl verfügbarer Impfdosen auszugehen. Die Empfehlung der Ständigen Impfkommission zu den prioritär zu impfenden Personengruppen ist daher von allen Ländern und vom Bund als einheitliche Regelung anzuwenden. Die Teilnahme

an der Impfung ist freiwillig. Die zu Impfenen erbringen gegenüber den Impfzentren bzw. den mobilen Impfteams den Nachweis, dass sie zu einer prioritär zu impfenden Personengruppe gehören.

6. Nach Lieferung der Impfstoffe an die von den Ländern benannten Standorte, werden sie in eigener Verantwortung der Länder und unter Anwendung der STIKO Empfehlungen in Impfzentren einschließlich durch mobile Impfteams an die Bevölkerung und gegebenenfalls durch Betriebsärzte an bestimmte Berufsgruppen verimpft. Der sachgerechte Umgang mit dem Impfstoff ist jederzeit zu gewährleisten.
7. Zur Sicherstellung von Impfungen für Risikogruppen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, werden die Länder aufsuchende Impfungen in Betreuungseinrichtungen organisieren. Dabei sind die Impfstoffeigenschaften zu berücksichtigen, um insbesondere die notwendige Kühlung jederzeit zu gewährleisten. Für die Finanzierung und Organisation gelten dieselben Grundsätze wie bei den Impfzentren einschließlich der mobilen Impfteams.
8. Der Bund erarbeitet derzeit ein Verfahren, zur Ermittlung von Impfquoten und für Post-Marketing Studien. Die Impfzentren einschließlich der mobilen Impfteams werden hierzu einzubinden sein.
9. Das BMG wird den Sachstand über die Verfügbarkeit der Impfstoffe zeitnah den Ländern mitteilen.

Nach der schnellstmöglichen Überführung in die Regelversorgung werden die Impfstoffe - wie sonst auch - über die Apotheken abgegeben und über die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verimpft. Für Impfstoffe mit Lagerung und Transport bei -70 Grad (mRNA-Impfstoffe) sind weiterhin spezialisierte Konzepte erforderlich.

Bund und Länder verabreden eine bundeseinheitliche Impfkampagne. Gleichzeitig werden einheitliche Aufklärungs- und Informationsmaterialien verwendet.

**Votum: 16: 0 :0**

**93. Gesundheitsministerkonferenz**  
**Videokonferenz am 30. September 2020**

**TOP 10.4**

**Kleeblattkonzept für einen länderübergreifenden Patiententransport bei einem worst-case COVID-19-Szenario**

Antragsteller: Berlin

**Beschluss:**

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fassen folgenden Beschluss:

1. Die GMK begrüßt die zügige Arbeit der offenen Bund-Länder-Arbeitsgruppe, welche unter den aktuellen Bedingungen in kürzester Zeit das vorliegende Konzept erstellt hat.
2. Die GMK nimmt den zustande gekommenen Beschluss des AK V zu vorliegendem Konzept zur Kenntnis.
3. Das Konzept wird in der hier vorliegenden Fassung als fachlich geeignet angesehen, um in einem worst-case Szenario überlasteter örtlicher und regionaler Krankenhauskapazitäten zu einer weiterhin ausreichenden Versorgung von schwer erkrankten COVID 19-Patienten beizutragen.
4. Die GMK beschließt das Konzept für einen länderübergreifenden Patiententransport bei einem worst-case Covid-19 Szenario als operative und organisatorische Grundlage für die weitere Zusammenarbeit von Bund und Ländern im Fall eines länderübergreifenden Transportbedarfs von Covid 19-Patienten.

**Begründung:**

Im Fall einer erheblich ansteigenden Zahl von covid-19-bedingten, intensivmedizinisch zu versorgenden Patientinnen und Patienten, z.B. im Rahmen einer zweiten zu erwartenden Pandemiewelle im Herbst und Winter 2020, könnten insbesondere klinische Intensivkapazitäten auf lokaler und regionaler Ebene schnell erschöpft sein. Sollte es regional starke Unterschiede bei Bedarf und Inanspruchnahme dieser Intensivkapazitäten geben, ist zur Aufrechterhaltung einer bedarfsgerechten medizinischen Patientenversorgung eine länderübergreifende Verlegung von Intensivpatientinnen und –patienten von stark beanspruchten in weniger stark beanspruchte Regionen auch über längere Distanzen denkbar. Für die lokale und regionale Patientenverlegung innerhalb des eigenen Bundeslandes oder in die jeweiligen Nachbarbundesländer existieren bereits etablierte und regelmäßig angewendete Prozesse, die den beteiligten Akteuren bekannt sind. Für die überregionale Patientenverlegung in weit entfernte Regionen bzw. in andere Bundesregionen ist dies nicht der Fall.

Das vorliegende Konzept beschreibt Vorbereitungen, Prozesse, Maßnahmen und Schwellenwerte für diesen covid-19-bedingten, intensivmedizinischen, überregionalen Patiententransport. Es wurde in einer offenen Bund-Länder-Arbeitsgruppe innerhalb der letzten 3 Monate erarbeitet.

Für den maßgeblich beteiligten Bereich der Leitstellen zur Steuerung der Intensivtransportmittel und des Rettungsdienstes ist im Arbeitskreis V („Feuerwehrangelegenheiten, Rettungswesen, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung) der Ständigen Konferenz der Innenminister und –senatoren ein entsprechender Beschluss bereits zustande gekommen.

**Anlagen:**

- Konzeption für einen länderübergreifenden Patiententransport bei einem worst case COVID-19-Szenario (s.g. „Kleeblattkonzept“)
- Anlage 1: Intensivtransportmittel der Länder
- Anlage 2: Kleeblattaufteilung
- Anlage 3: Bestand Bundestransportressourcen und private Anbieter

- Anlage 4: Prozessablauf Phase rot
- Anlage 5: Beschluss des AK V

**Votum: 16 : 0 : 0**

## **Konzeption für einen länderübergreifenden Patiententransport bei einem worst case Covid-19 Szenario**

### **1. Grundsätzliches**

Die Länder haben in Anbetracht der aktuellen Corona-Krise erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Kapazitäten im Bereich der stationären Versorgung deutlich zu erhöhen. Dabei konnten durch vielfältige Maßnahmen sowohl die Zahl der Normal- als auch die der Intensivbetten (mit und ohne Beatmungsmöglichkeit), die auch für die Behandlung von Covid-19-Patienten bereitgestellt werden können, erheblich gesteigert werden.

Da bei einem starken Aufwachen der Lage gleichwohl eine Überforderung der Krankenhauskapazitäten insbesondere bei den Beatmungspätzen, beispielsweise in Schwerpunktregionen oder bei einer zweiten Pandemiewelle, nicht ausgeschlossen werden kann, ist die Erarbeitung einer abgestimmten Konzeption angezeigt, um im Bedarfsfall eine adäquate Patientenversorgung sicherzustellen.

Angesichts des Krankheitsbildes von Covid-19 ist im Rahmen der Lagebewältigung eine Umverteilung von insbesondere intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten sowohl im Nahbereich als auch länderübergreifend über ganz Deutschland hinweg denkbar. Das vorliegende Konzept beschreibt die hierfür vorgeplanten Maßnahmen.

### **2. Prozessbeschreibung unter Berücksichtigung der einzelnen Planungsstufen**

Der Anteil von intensivpflichtigen COVID-19 Fällen ist mit 7 bis 8 Prozent der Gesamtinfizierten relativ hoch; daher werden bei steigenden Fallzahlen die Kapazitätsgrenzen in der Intensivmedizin als erstes überschritten. Die strategische Patientenverlegung von nicht-intensivpflichtigen Fällen ist daher sekundär.

#### **Planungsstufen**

- Planungsstufe grün = Normalsituation; Regel-Verlegungsbedarf; KH sind aufnahmefähig
- Planungsstufe gelb = aufwachsende Inanspruchnahme; Verlegungen prüfen; KH sind nur bedingt aufnahmefähig
- Planungsstufe rot = abzeichnende Überlastsituation; Verlegungen sind zwingend notwendig; KH sind nicht aufnahmefähig

Unter Berücksichtigung dieser Planungsstufen stellt sich die Koordination und Durchführung des länderübergreifenden Patiententransportwie folgt dar:

- a) GRÜN: Normalsituation  
Landesinterner Patiententransport des Regelrettungsdienstes innerhalb der Regelorganisation

Die Länder halten ein flexibles, subsidiär ausgerichtetes System vor, das von bewährten Strukturen ausgeht und in einer sich zuspitzenden Lage aufwachsen kann.

Die Koordination und Steuerung der Intensivtransportmittel (inkl. der luftgebundenen Rettungsmittel) erfolgt dabei zunächst durch diejenigen Stellen, die dies auch im alltäglichen Einsatzgeschehen bewältigen. Dies schließt bereits auf dieser Stufe die überörtliche und länderübergreifende Unterstützung in Form geeigneter Rettungsmittel ein. Dies sind erprobte Strukturen, die auch in kritischen und außergewöhnlichen Einsatzlagen beibehalten werden sollen (beachte Anlage 1 mit einer Darstellung der Intensivmittel der Länder). Die Anforderung von Verlegungen erfolgt durch den abgebenden Arzt oder die abgebende Ärztin nach vorheriger Abklärung mit einem aufnehmenden Krankenhaus. Der Transport wird nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts regelhaft von derjenigen Leitstelle veranlasst, die nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen zuständig ist. Hierbei bieten die landesspezifischen Leitstellensysteme und das bundesweite DIVI-Register oder andere IT-Lösungen Hilfestellung.

b) GELB: aufwachsende Inanspruchnahme

Um eine lokale Überlastung eines einzelnen oder mehrerer Krankenhäuser innerhalb einer Region durch einen außergewöhnlichen Patientenanstieg zu vermeiden, beobachten die Länder die Belegung ihrer Krankenhäuser. Ab einem landesspezifischen Schwellenwert entscheiden sie unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage, ob, wie viele und wohin Patientinnen und Patienten verlegt werden, um eine Überlastung zu vermeiden und eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Die epidemiologische Lage auf Landes- und Bundesebene einschließlich der Entwicklungsprognose sind wesentliche Aspekte der Verlegungsstrategie. Die Länder erhalten zur bundesweiten Lageeinschätzung medizinisch/epidemiologische Lagebilder und Prognosen vom RKI selbst und der Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie/Notfallmedizin am RKI. In dieser Stufe hat die landesinterne und die nachbarschaftliche Verlegung Priorität. Die Verlegung in direkte Nachbarländer erfolgt im direkten Kontakt der aufnehmenden und abgebenden Krankenhäuser; das DIVI-Register oder andere IT-Lösungen bieten hierzu notwendige Entscheidungskriterien. Der Transport wird nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts von derjenigen Leitstelle veranlasst, die nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen zuständig ist.

Die Entscheidung welche Patientinnen und Patienten konkret zu verlegen sind, trifft die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt des abgebenden Krankenhauses. Als Grundvoraussetzungen müssen die Verlegungen immer mit einer medizinischen Indikation verknüpft und die Patienten transportstabil sein.

c) ROT: abzeichnende Überlastsituation

Deutschlandweite Verlegung bei Auslastung der lokalen und regionalen Strukturen und bundesweitem Anstieg der Infektionszahlen

Entwickelt sich eine Lage, die eine Verlegung über die Nachbarländer bzw. die angrenzenden Regionen hinaus erforderlich macht, findet ein so genanntes Kleeblatt-

prinzip Anwendung. Hierzu bilden je drei bis fünf Bundesländer ein Kleeblatt und bestimmen einen ihrer „single point of contact“ (SPOC) zu dem gemeinsamen Kleeblatt-SPOC. Die SPOCs, sollen den Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen in den Nachbarländern des Kleeblattes sowie zu den anderen Kleeblatt-SPOCs halten und operative Vorabsprachen vornehmen. Vergleiche hierzu Anlage 2 (Deutschlandkarte – Verlegungsradien). Die Aktivierung dieser Stufe ist dann notwendig, wenn mit einem regionalen oder bundesweiten Anstieg der Infektionszahlen gerechnet werden muss, welcher die vorhandenen Kapazitäten der stationären Versorgung lokal überfordert.

Die Klinikärztinnen und –ärzte werden in diesem Fall der Unterstützung im Finden aufnehmender Kliniken bedürfen. Die zuständigen Stellen und SPOCs der Länder werden im Prozess der überörtlichen Patientenverlegung durch die Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie/Notfallmedizin am RKI beraten und unterstützen. Diese nutzt dabei die Informationen aus dem DIVI-Intensivregister sowie weiterer freier Quellen (bspw. Register auf Länderebene) und stellt Daten zu freien Intensivkapazitäten in anderen Regionen Deutschlands zur Verfügung, um die Identifikation möglicher Zielkliniken nach dem geschilderten Patientenzustand und anhand aktuell freier Kapazitäten zu unterstützen. Unter Einbeziehung eines Prognosetools wird die zu erwartende Auslastung in der Zielregion beurteilt, um eine Überlastung in der Zielregion zu vermeiden. Die Bereitschaft der Übernahme des Patienten / der Patientin wird bei der potentiell aufnehmenden Klinik eruiert. Diese Empfehlung wird an den verantwortlichen Arzt / die verantwortliche Ärztin der abgebenden Klinik zurückgesteuert, so dass von dort ein Arzt-Arzt-Gespräch erfolgen kann, auf dessen Grundlage über die tatsächliche Durchführung des Transports entschieden wird.

Die Transportabwicklung erfolgt über den Einsatz der SPOCs der Länder nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts von derjenigen Leistelle, die nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen zuständig ist. Sofern ein entsprechender Koordinierungsbedarf auch über diese Struktur hinausgeht - dies könnte z. B. notwendig werden, wenn mehrere Patientinnen oder Patienten zeitgleich verlegt werden müssen und es hierfür auch der Einbindung von Komponenten des Bundes bedarf (vergleiche Anlage 3) - benennt der Bund das GMLZ als Kontaktstelle. Das GMLZ berät und unterstützt bei der Suche nach Transportkapazitäten entsprechend der Einbindung der Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie/Notfallmedizin im Zuge der Identifikation möglicher Zielkliniken.

Wenn auch schon in den Phasen Grün und Gelb eine Koordination des Einsatzes von Ressourcen wie z. B. von Transportkapazitäten notwendig wird, können dafür die SPOCs der Länder und der Kleeblätter sowie das GMLZ als Kontaktstelle des Bundes aufgerufen und genutzt werden.

### **3. Schwellenwerte**

Schwellenwerte basieren auf epidemiologischen Daten, den belegbaren Betten basierend auf dem Intensivregister und einer Prognose der benötigten Intensivbetten mind. auf Länderebene. Die Schwellenwerte können nur Richtwerte abbilden und als Empfehlung dienen. Die

Länder sollten die konkreten Schwellenwerte unter Berücksichtigung der eigenen Gegebenheiten festlegen. Bereits ein überschrittener Schwellenwert kann das Erreichen der nächsten Planungsstufe bedingen, muss dies aber nicht. Die Entscheidung darüber, ob das Überschreiten eines Schwellenwertes tatsächlich überschritten das Erreichen der nächsten Planungsstufe indiziert, obliegt dem jeweiligen Land.

## Datengrundlage für die Schwellenwerte

- Epidemiologische Lage
  - o Dashboard zu COVID-19 mit Fallzahlen nach Bundesland und Landkreis (<https://corona.rki.de>)
  - o Täglicher Situationsbericht des RKI zu COVID-19 ([www.rki.de/covid-19](http://www.rki.de/covid-19))
- Tatsächlich betreibbare Intensivbetten mit fachärztlicher und pflegerischer Ausstattung
  - o Landesinterne Beobachtungssysteme
  - o DIVI-Intensivregister ([www.intensivregister.de](http://www.intensivregister.de))
- Prognose benötigter Intensivbetten
  - o Modellierung des RKI bis auf Landesebene; wird der AGI der AOLG und den Innenressorts zur Verfügung gestellt [Beispielmodellierung auf Bundeslandebene siehe Email RKI an AGI vom 03.04.2020]
  - o Zukünftig: über DIVI-Intensivregister bis auf Kreisebene mit täglich aktualisierter Prognose der COVID-19 Fallzahlen (Gruppe SPoCK der DIVI)

In allen 3 Planungsstufen dürfen die drei unten aufgeführten Variablen nicht isoliert voneinander betrachtet werden, sondern nur im Zusammenhang und unter Berücksichtigung möglicher lokaler Ausbruchssituationen.

---

### - Planungsstufe 1: **Normale Ausbruchssituation – GRÜN**

- o **Epidemiologische Lage kontrollierbar**
  - Aktuelle Fallzahlen (landesweit bzw. in mehreren Kreisen < 25 Fälle/100.000 Einwohner) über 7 Tage
  - Besondere epidemiologische Ereignisse sind mit zu betrachten.
- o **Belegbare Intensivbetten ausreichend**
  - 15 % innerhalb von 24 Stunden (basierend mindestens auf DIVI-Register)
  - ITS-Aufwuchskapazität (=neu zu schaffende ITS Betten) von 10 % innerhalb von 7 Tagen
- o **Prognose benötigter Intensivbetten in den kommenden 7 Tagen**  
[Annahme 7 % - 8 % ITS pflichtig, mittlere Liegedauer von 16d, Neuerkrankungsrate]
  - modellierter Anstieg an ITS-Betten gleichbleibend oder leicht und linear steigend

---

### - Planungsstufe 2: **aufwachsende Inanspruchnahme –GELB**

- 
- **Epidemiologische Lage bedrohlich**
    - Aktuellen Fallzahlen (landesweit bzw. in mehreren Kreisen >25 Fälle /100.000 Einwohner <50 Fälle/100.000E) über 7 Tage
    - Besondere epidemiologische Ereignisse sind mit zu betrachten.
  
  - **Belegbare Intensivbetten begrenzt**
    - 10 % innerhalb von 24 Stunden (basierend auf DIVI-Register)
    - ITS-Aufwuchskapazität (=neu zu schaffende ITS Betten) von 10 % innerhalb von 7 Tagen als bisher stille Reserve
  - **Prognose benötigter Intensivbetten in den kommenden 7 Tagen**  
[Annahme 7 % - 8% ITS pflichtig, mittlere Liegedauer von 16d]
    - modellierter Anstieg an ITS-Betten leicht ansteigend [tendenziell linear]

---

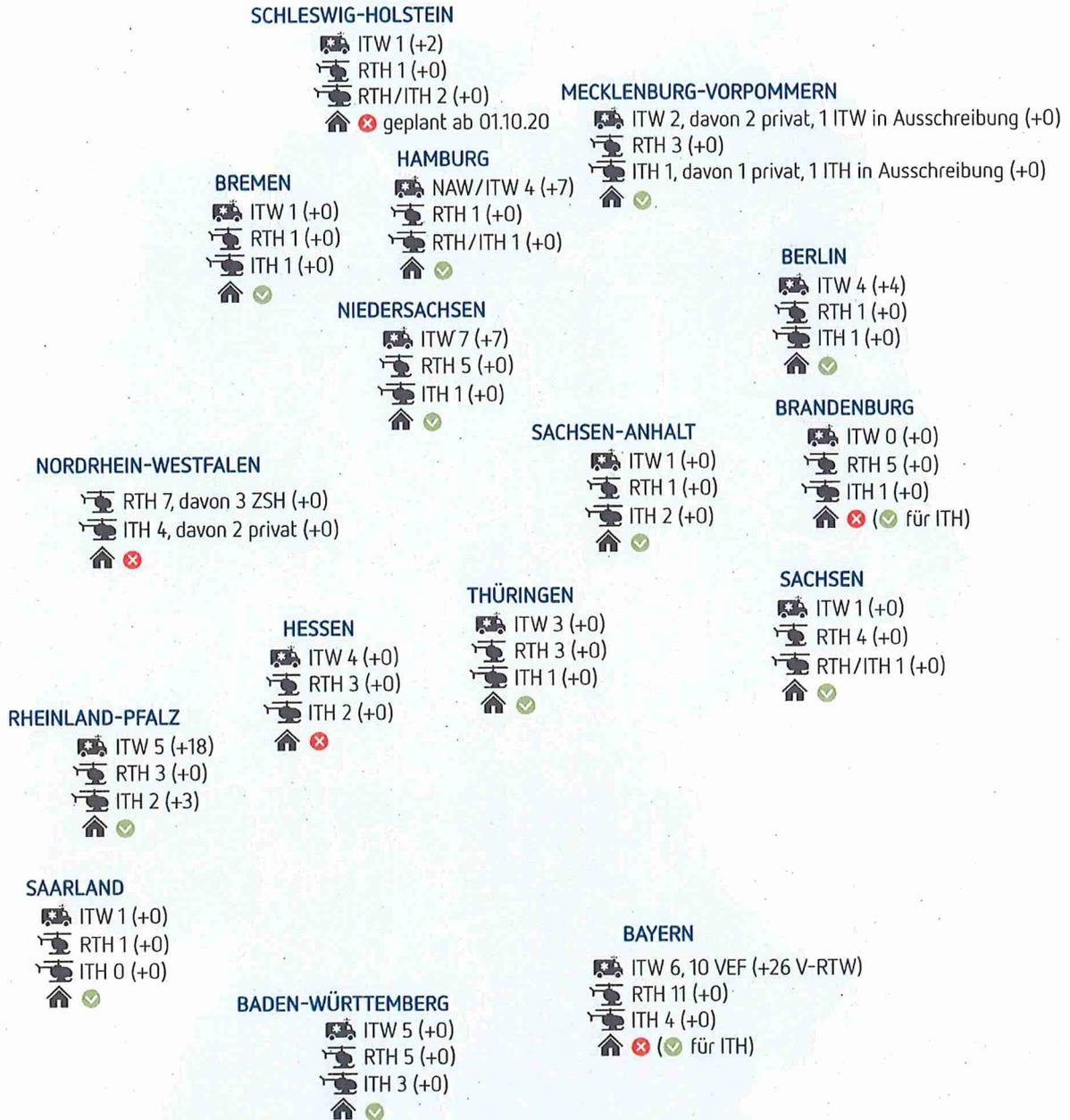
**- Planungsstufe 3: abzeichnende Überlastungssituation – ROT**

- **Epidemiologische Lage bedrohlich**
  - Aktuellen Fallzahlen (landesweit bzw. in mehreren Kreisen >50 Fälle/100.000E) über 7 Tage
  - Besondere epidemiologische Ereignisse sind mit zu betrachten.
- **Belegbare Intensivbetten zu gering**
  - 5 % innerhalb von 24 Stunden (basierend auf DIVI-Register)
  - ITS-Aufwuchskapazität (=neu zu schaffende ITS Betten) von 10 % innerhalb von 7 Tagen
- **Prognose benötigter Intensivbetten in den kommenden 7 Tagen**  
[Annahme 7 % - 8% ITS pflichtig, mittlere Liegedauer von 16d]
  - modellierter Anstieg an ITS-Betten stark ansteigend [tendenziell exponentiell]

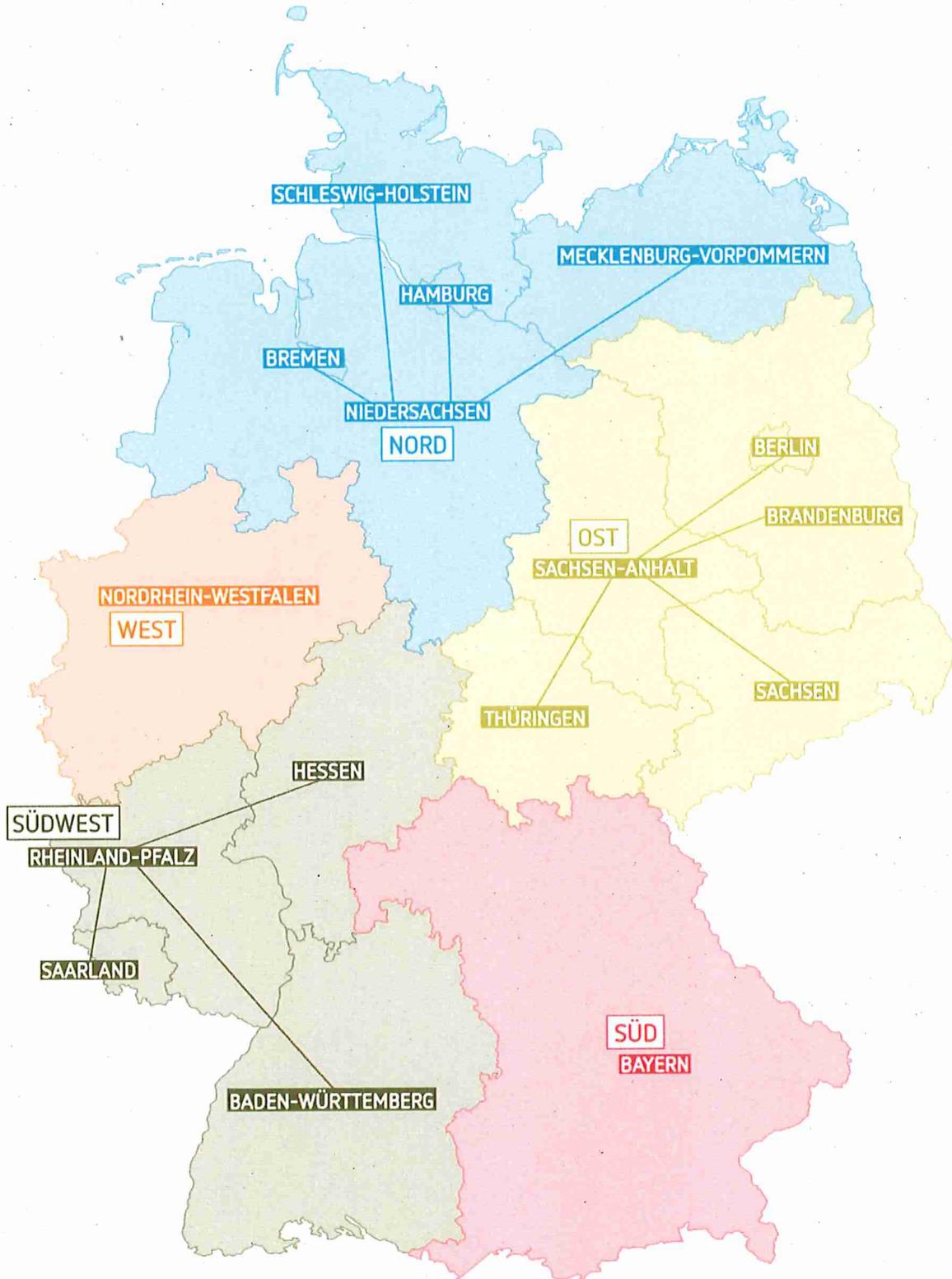
#### **4. Einrichtung eines Strategischen Steuerungsgremiums**

Für die Bewertung der bundesweiten Gesamtlage wird ein strategische Steuerungsgremium eingerichtet. Neben den vier SPOCs gehören diesem die AOLG und der AK V mit Vertretungen aus deren Fachgremien an sowie je eine Vertreterinnen oder Vertreter des RKI, der Fachgruppe Intensivmedizin, des BMI, des BMG und BMVG an. Die AOLG und der AK V entscheiden über den Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme des Strategischen Steuerungsgremiums. Neben diesen haben das BMI und das BMG hierzu ein Vorschlagsrecht.

Aus dem Strategisches Steuerungsgremium erfolgt die Bitte gegenüber dem Bund aus dem Kreise seiner Fachgruppe Intensivmedizin/Infektiologie/Notfallmedizin am RKI eine beratende Unterstützung der abgebenden Kliniken bereitzustellen und / oder mit seiner Kontaktstelle die SPOCs der Länder in der Transportabwicklung zu beraten und zu unterstützen. Auch wenn die konkrete Bitte um Amtshilfe gegenüber dem Bund grundsätzlich durch das einzelne Land abzugeben ist, kann die Abstimmung einer Einbindung der Sonderkomponenten des Bundes aus des Strategischen Steuerungsgremium empfohlen werden. Durch das Strategischen Steuerungsgremium erfolgt jedoch keine operative Steuerung. Ihm obliegt die übergeordnete strategische Steuerung.



- Anzahl Intensivtransportwagen (oder vergleichbar)
- Anzahl Rettungstransporthubschrauber (RTH)
- Anzahl Intensivtransporthubschrauber (ITH)
- landesweite Koordinierung ja nein
- (+X) Zusatzkapazität



DEUTSCHE BAHN<sup>1</sup>



7

2 nach 1 Woche (20 Patienten/Zug)  
5 nach 3 Wochen (20 Patienten/Zug)

BUNDESWEHR<sup>2</sup>



1 ITH 2 Patienten



3

1 Langstreckenflugzeug 2 Patienten  
1 Langstreckenflugzeug 4 Patienten  
1 Langstreckenflugzeug 6 Patienten

ADAC AMBULANZDIENST<sup>3</sup>



6

3 Ambulanzflugzeug 1 Patient (privat)  
3 Ambulanzflugzeug 2 Patienten (privat)

DRF<sup>3</sup>



2 Ambulanzflugzeuge (privat)

JOHANNITER-UNFALL-HILFE  
LUFTRETTUNG<sup>3</sup>



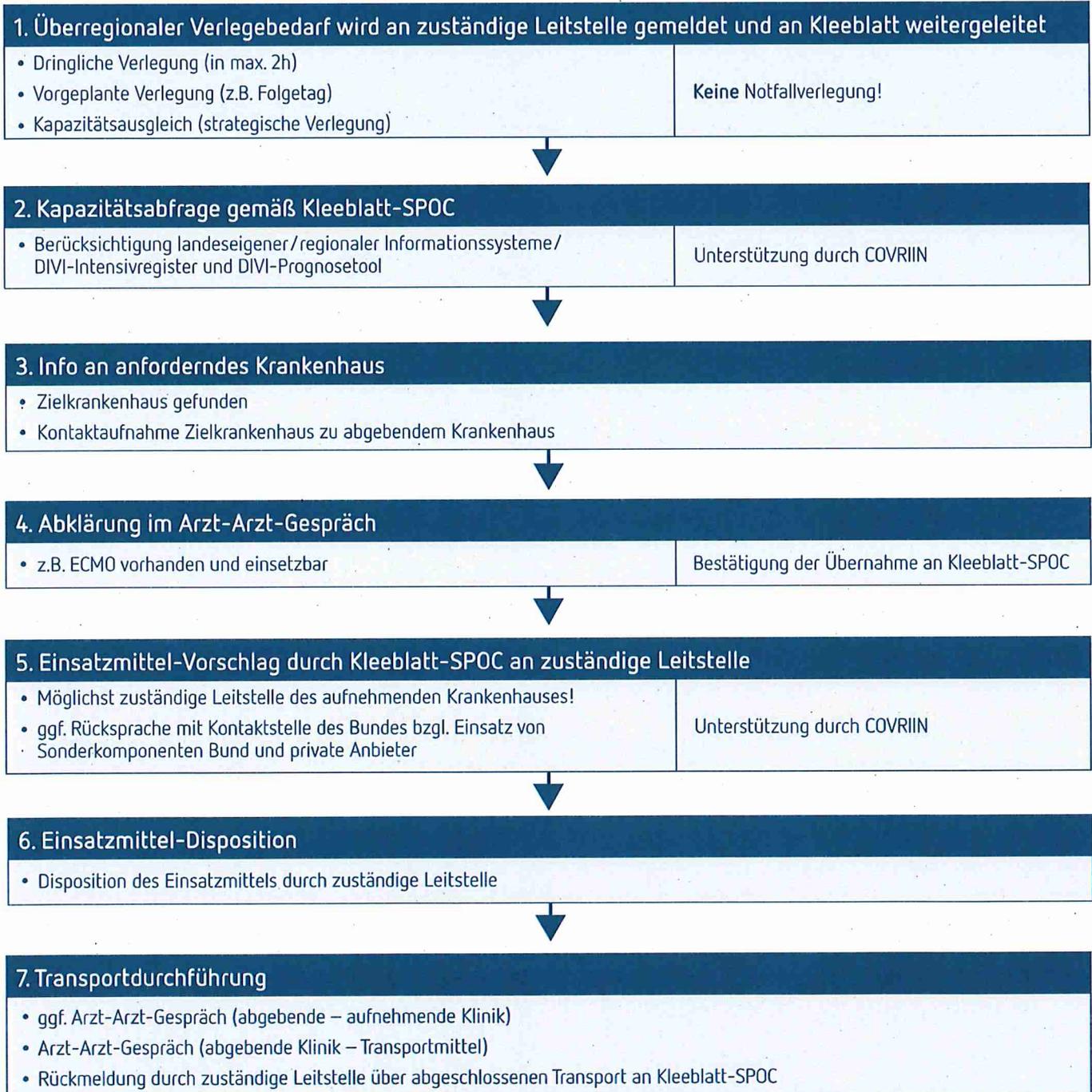
1 Ambulanzflugzeug 2 Patienten (privat)

<sup>1</sup> die Inanspruchnahme der Ressourcen ist mit Einschränkungen (Zugausfälle usw.) verbunden

<sup>2</sup> nur in Amtshilfe, Anforderung muss über ein Bundesland erfolgen

<sup>3</sup> etwaige Einsätze bedürfen der vorherigen Abstimmung mit dem entsprechenden Anbieter

## PLANUNGSSTUFE 3: ABZEICHNENDE ÜBERLASTUNGSSITUATION



**Arbeitskreis V der Ständigen Konferenz  
der Innenminister und -senatoren der Länder**  
- Geschäftsstelle -

Geschäftsstelle des AK V  
der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder

---

Hannover, 19.08.2020

An die  
Mitglieder des Arbeitskreises V  
"Feuerwehrangelegenheiten, Rettungswesen,  
Katastrophenschutz und zivile Verteidigung"  
der Ständigen Konferenz der  
Innenminister und -senatoren  
der Länder

**Geschäftsstelle:**  
AK V der IMK  
Lavesallee 6  
30169 Hannover  
Telefon: 0511 120 6485  
E-Mail:  
[AKV-GST@mi.niedersachsen.de](mailto:AKV-GST@mi.niedersachsen.de)

**Konzeption für einen länderübergreifenden Patiententransport bei einem worst case Covid-19 Szenario**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der nachfolgende Umlaufbeschluss des AK V der IMK ist mit Ablauf der Frist vom 14.08.2020 zustande gekommen. Es wurden einzelne redaktionelle Änderungen vorgenommen, um dem Sprachgebrauch der IMK zu entsprechen. So wurden die Ziffern 4 und 5 getauscht und die Formulierungen in Ziffer 4 und 5.4 angepasst. Eine inhaltliche Änderung erfolgte nicht.

**Beschluss:**

1. Der AK V begrüßt die zügige Arbeit der offenen Bund-Länder-Arbeitsgruppe, welcher unter den aktuellen Bedingungen in kürzester Zeit das vorliegende Konzept erstellt hat.
2. Das Konzept wird in der hier vorliegenden Fassung als fachlich geeignet angesehen, um in einem worst-case Szenario überlasteter örtlicher und regionaler Krankenhauskapazitäten zu einer weiterhin ausreichenden Versorgung von schwer erkrankten COVID 19-Patienten beizutragen.
3. Der AK V beschließt das Konzept für einen länderübergreifenden Patiententransport bei einem worst case Covid-19 Szenario als operative und organisatorische Grundlage für die weitere Zusammenarbeit von Bund und Ländern im Fall eines länderübergreifenden Transportbedarfs von Covid 19-Patienten.
4. Der AK V bittet seinen Vorsitzenden, den Vorsitzenden der AOLG über diesen Beschluss zu unterrichten. Er bittet weiterhin die AOLG darum, einen gleichlautenden Beschluss vorzubereiten.

5. Der AK V bittet die IMK, folgenden Beschluss zu fassen:

- „1. Die IMK begrüßt die zügige Arbeit der offenen Bund-Länder-Arbeitsgruppe, welcher unter den aktuellen Bedingungen in kürzester Zeit das vorliegende Konzept erstellt hat.
2. Das Konzept wird in der hier vorliegenden Fassung als fachlich geeignet angesehen, um in einem worst-case Szenario überlasteter örtlicher und regionaler Krankenhauskapazitäten zu einer weiterhin ausreichenden Versorgung von schwer erkrankten COVID 19-Patienten beizutragen.
3. Die IMK beschließt das Konzept für einen länderübergreifenden Patiententransport bei einem worst case Covid-19 Szenario als operative und organisatorische Grundlage für die weitere Zusammenarbeit von Bund und Ländern im Fall eines länderübergreifenden Transportbedarfs von Covid 19-Patienten.
4. Die IMK bittet Ihren Vorsitzenden, den Vorsitzenden der GMK über diesen Beschluss zu informieren, und einen gleichlautenden Beschluss zu fassen.“

Der AK V empfiehlt der IMK, den Beschluss und das Konzept nebst Anlagen freizugeben.

## 2151

Geltende Erlasse (SMBl. NRW.) mit Stand vom 24.3.2020

### Vorsorgeplanungen für die gesundheitliche Versorgung bei Großschadensereignissen

RdErl. d. Ministeriums für Gesundheit,  
Soziales, Frauen und Familie v. 12.2.2004  
– III 8 – 0713.7.4 –

Als Anlage gebe ich nach erfolgter Anhörung des Innenministeriums NRW, des Ministeriums für Wissenschaft und Forschung NRW, des Ministeriums für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz NRW, der Krankenhausgesellschaft NW, der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, der Psychotherapeutenkammer NRW, der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, des Landkreistages NRW sowie des Städtetages NRW die „Empfehlungen an die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zu Vorsorgeplanungen bei Großschadensereignissen“ bekannt.

Für die Zusammenarbeit der Behörden mit den Krankenhäusern und den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens gilt Folgendes:

#### Zu Nummer 1 der Empfehlungen

##### 1

#### Zusammenarbeit

Aus der gemeinsamen Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ergibt sich insbesondere bei Großschadensereignissen die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit der Beteiligten, um auch für eine größere Zahl von Verletzten oder Erkrankten organisierte Hilfe leisten zu können.

##### 1.1

Die Krankenhäuser sorgen hierbei nach ihrer Aufgabenstellung und im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit durch innerorganisatorische Maßnahmen für die Aufnahme und Behandlung einer größtmöglichen Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten. Die Aufnahmekapazität sollte vorher im Rahmen der Vorsorgeplanungen festgelegt und dem Träger des Rettungsdienstes mitgeteilt werden.

##### 1.2

Die zuständigen Behörden unterstützen die Krankenhäuser bei der Erfüllung ihrer Aufgaben.

##### 1.3

Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden und der Rettungsdienststräger

Die Abwehr von Gefahren für die gesundheitliche Versorgung ist, unbeschadet davon, auf welcher gesetzlichen Grundlage (RettG NRW, OBG, FSHG) sie durchzuführen ist, primär Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörden und des Rettungsdienstes. Bei den Kreisen und kreisfreien Städten obliegt der Leitung der unteren Gesundheitsbehörde die Sorge für die Funktionserhaltung der verschiedenen Teilbereiche des Gesundheitswesens. In dieser Eigenschaft gehört sie zur Leitungs- und Koordinierungsgruppe (LuK).

##### 1.3.1

In die Gefahrenabwehrpläne oder in sonstige Einsatzpläne sind alle für eine Hilfeleistung im Gesundheitswesen in Betracht kommenden Einrichtungen, Stellen und Einzelpersonen aufzunehmen.

##### 1.3.1.1

Der Träger des Rettungsdienstes erfasst:

- die Krankenhäuser innerhalb des festgelegten Versorgungsgebietes
- - mit Bettenzahlen, unterteilt nach Fachrichtungen

- - ggf. Möglichkeiten für die Erweiterung der Behandlungs- und Bettenkapazitäten
- - ggf. speziellen Behandlungsmöglichkeiten für Brandverletzte und Strahlengeschädigte
- - ggf. speziellen Behandlungsmöglichkeiten für psychisch traumatisierte Personen

und nimmt bei Bedarf wegen möglicher Hilfeleistungen Kontakt mit der Bundeswehr, dem Bundesgrenzschutz und Stationierungstreitkräften auf.

#### 1.3.1.2

Die untere Gesundheitsbehörde erfasst mit Hilfe der zuständigen Heilberufskammern:

- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebieten
- Ärztinnen und Ärzte mit besonderen Spezialkenntnissen (z. B. nach der Strahlenschutzverordnung ermächtigte Ärztinnen und Ärzte)
- die als Leitende Notärztinnen/Notärzte für die Einsatzleitungen vorgesehenen Ärztinnen und Ärzte
- als Leitende Notfallpsychologinnen und -psychologen vorgesehene Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten
- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (mit entsprechender Fortbildung in Psychotraumatologie und Notfallpsychologie)
- Apotheken, Arzneimittel-Hersteller und -Großhandlungen
- Blutspendedienste, Notdepots für Sera und Plasmaderivate

in ihrem Bezirk.

#### 1.3.1.3

Erhebungen zu den Krankenhäusern nach Nummer 1.3.1.1 führt der örtlich zuständige Träger des Rettungsdienstes durch. Er leitet die Information den benachbarten Behörden und der Bezirksregierung zu.

#### 1.3.2

Bei Schadensereignissen unterhalb eines Großschadensereignisses mit gesundheitlichen Gefahren für einen größeren Personenkreis (z. B. Seuchen, Chemie-Unfälle) sind nach Bedarf Einsatzleitungen aus Vertreterinnen bzw. Vertretern des Rettungsdienstträgers, der unteren Gesundheitsbehörde und der beteiligten Fachämter zu bilden. Entsprechendes gilt bei einem Massenanfall von Verletzten (MANV).

#### 1.4

Leitstelle für den Feuerschutz und Rettungsdienst

Die Leitstelle für den Feuerschutz und Rettungsdienst führt ihre rettungsdienstlichen Aufgaben in eigener Verantwortung durch. Sie beachtet hierbei die für den Anfall einer größeren Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten getroffenen Vorbereitungen. Die erforderlichen Unterlagen aus den Gefahrenabwehrplänen und den sonstigen Einsatzplänen müssen ihr zur Verfügung stehen. Nach Übernahme der Gesamtleitung durch den Hauptverwaltungsbeamten arbeitet die Leitstelle als nachrichtentechnisches Führungsmittel nach Weisung. Eine ausreichende personelle Ausstattung ist bereits in der Vorplanung zu regeln.

### **Zu Nummer 2 der Empfehlungen**

#### **2**

Zur Versorgung einer größeren Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten sind neben den Vorsorgeplanungen in Krankenhäusern ergänzende Maßnahmen für den Rettungsdienst, die ambulante ärztliche und für die psychotherapeutische Versorgung erforderlich.

#### 2.1

Rettungsdienst

Die Zuständigkeit des Rettungsdienstes bleibt auch bei einer größeren Zahl von Notfallpatientinnen und

-patienten grundsätzlich unberührt. Bei Bedarf sind zusätzliche Rettungsmittel im Rahmen der nachbarlichen Hilfe anzufordern. Das gleiche gilt für die Anforderung von Rettungshubschraubern, Intensivtransporthubschraubern und nach dem 3. Abschnitt des RettG NRW genehmigten Hubschraubern von privaten Luftfahrtunternehmen.

Je nach Gefahrenlage ist der Rettungsdienst im gebotenen Umfang durch hierzu geeignete niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte aus Krankenhäusern zu verstärken. Die entsprechenden Regelungen sind in die Einsatzpläne aufzunehmen und mit den Beteiligten abzustimmen.

### 2.1.1

#### Leitende Notärztin/Leitender Notarzt

Für die Einsatzleitung am Schadensort ist ein/e in der Notfallmedizin besonders erfahrene/r Ärztin/Arzt als Leitende Notärztin bzw. Leitender Notarzt (Mitglied der Einsatzleitung) zu bestimmen. Sie/er leitet im Zusammenwirken mit der organisatorischen Einsatzleitung die medizinischen Maßnahmen am Schadensort. Ihr/ihm obliegt insbesondere

- die Festlegung des rettungsdienstlichen Bedarfs (personell/materiell) und die Anforderung der notwendigen Rettungsmittel
- der Einsatz des rettungsdienstlichen Personals einschließlich der Notärztinnen und Notärzte
- der Einsatz der auf Veranlassung der zuständigen Behörde zur Hilfeleistung herangezogenen Ärztinnen und Ärzte und des anderen medizinischen Personals
- die Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und Sanitätsdienst sowie
- die Zuweisung der Notfallpatientinnen und -patienten in die nach der Verletzungsart fachlich geeigneten Krankenhäuser in Abstimmung mit der gemeinsamen Leitstelle oder der Einsatzleitung nach Nummer 1.3.2.

Der Träger des Rettungsdienstes bestimmt die Zahl der Leitenden Notärztinnen und -ärzte und regelt deren Einsatz.

Die Leitende Notärztin und der Leitende Notarzt werden bei Bedarf durch die Leitende Notfallpsychologin oder den Leitenden Notfallpsychologen kooperativ unterstützt.

### 2.2

#### Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung

Zur Entlastung der Krankenhäuser sind im Benehmen mit den Kreisstellen der Ärztekammern, den Kreisstellen/Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Hilfsorganisationen Maßnahmen zur ambulanten ärztlichen Versorgung von leichter Verletzten in Arztpraxen oder Rettungsstellen vorzusehen.

Im Fall der akutpsychotherapeutischen Versorgung sind im Benehmen mit der Psychotherapeutenkammer, mit den Kreisstellen/Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Hilfsorganisationen Maßnahmen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von leichter psychisch Verletzten in den Praxen niedergelassener ärztlicher und psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten vorzusehen.

### 2.3

#### Zuweisung der Notfallpatientinnen und -patienten zu den Krankenhäusern

Bei der Verteilung der Notfallpatientinnen und -patienten auf die Krankenhäuser ist zu berücksichtigen, dass die Planung der Krankenhausstrukturen auf Versorgungsgebiete abstellt. Insbesondere beim Anfall einer größeren Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten sind daher in die Verteilung alle Krankenhäuser des Versorgungsgebietes, ggf. darüber hinaus einzubeziehen.

## **Zu Nummer 3 der Empfehlungen**

### **3**

#### **Behandlungsmöglichkeiten für Brandverletzte und Strahlengeschädigte**

Die Aufnahmekapazität für Brandverletzte und Strahlengeschädigte ist auf der Grundlage meiner für die gemeinsamen Leitstellen für den Feuerschutz und Rettungsdienst sowie die Gesundheitsbehörden herausgegebenen Verzeichnisse festzulegen. Auf die Zentrale Anlaufstelle für die Vermittlung von Betten für Schwerbrandverletzte bei der Feuerwehr Hamburg wird hingewiesen.

3.1  
Behandlungsmöglichkeiten für Strahlengeschädigte in der Umgebung kerntechnischer Anlagen  
Das Verzeichnis „Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen mit Behandlungsmöglichkeiten bei Strahlenunfällen“ enthält Krankenhäuser, die sich zur Mitwirkung bereit erklärt haben. Die für diese Unfälle festgelegten Kriterien sind unter den Bedingungen von Notfallmaßnahmen für Großschadensereignisse wie folgt zu erweitern:

3.1.1  
In die Versorgung von Strahlengeschädigten sind bei einer größeren Anzahl alle geeigneten Krankenhäuser einzubeziehen.

3.1.2  
Das Kriterium einer im Krankenhaus fest installierten Dekontaminationseinrichtung entfällt bei Großschadensereignissen. Im Rahmen der besonderen Gefahrenabwehrmaßnahmen für die Umgebung kerntechnischer Anlagen werden Personen, bei denen ein Verdacht auf Strahlenbelastung und/oder Kontamination besteht, zunächst über Notfallstationen geleitet, in denen sie, soweit erforderlich, dekontaminiert werden. Personen mit behandlungsbedürftigen akuten Strahlensyndromen werden daher in der Regel erst nach der Dekontamination in ein Krankenhaus eingewiesen. Für den Fall, dass kontaminierte Personen mit anderen Erkrankungen (auch Kombinationsschäden) unmittelbar in ein Krankenhaus eingeliefert werden, ist innerhalb des Krankenhauses eine behelfsmäßige Dekontaminationsmöglichkeit vorzusehen. Als behelfsmäßige Dekontaminationseinrichtung kommen die Bäderabteilung oder sonstige Wasch- und Duscheinrichtungen des Krankenhauses in Betracht. Der Bereich für die Aufnahme Kontaminierter sollte so weit wie nötig von den übrigen Bereichen abgegrenzt werden.

3.1.3  
Zu erfassen ist die innerhalb von 12 Stunden verfügbare Bettenzahl.

3.1.4  
Die Klinikategorien werden zusammengefasst in:  
Gruppe 1  
Krankenhäuser mit Möglichkeit zur internistisch-hämatologischen Intensivpflege (mit oder ohne Knochenmark- bzw. Stammzellentransplantationen),  
Gruppe 2  
Krankenhäuser mit Möglichkeit zur internistisch-hämatologischen Überbrückungstherapie,  
Gruppe 3  
Krankenhäuser zur internistischen Versorgung von Strahlengeschädigten.

3.2  
Soweit es nach der Wohndichte in der Umgebung einer kerntechnischen Anlage geboten erscheint, sind im Einvernehmen mit der Bezirksregierung in die Maßnahmen nach Nummer 3.1 auch benachbarte Krankenhäuser einzubeziehen.

## **Zu Nummer 5 der Empfehlungen**

### **4 Kapazitätserweiterung in Krankenhäusern**

Die Erweiterung der Behandlungs- und Bettenkapazität zur Einsatzstufe 3 ist in Absprache zwischen der Gefahrenabwehrbehörde und dem Krankenhaus festzulegen. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Kapazitätserweiterung in einem angemessenen Verhältnis zur Personalausstattung des Krankenhauses bleibt.

Für das Aufstellen von Notbetten kommen sämtliche hygienisch und organisatorisch geeigneten Bereiche in

Betracht.

## **Zu Nummer 6 der Empfehlungen**

### **5**

#### **Hilfe der Gefahrenabwehrbehörde**

Eine zusätzliche Bevorratung von Sanitätsmaterial durch die Gefahrenabwehrbehörde ist nicht vorgesehen. Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Arzneimitteln, Verbandstoffen und sonstigen Verbrauchsmaterialien zunächst durch Bestände in den Krankenhäusern, insbesondere der an der zusätzlichen Arzneimittelbevorratung gemäß der Arzneimittelbevorratungsverordnung vom 30. August 2000 teilnehmenden Krankenhäuser, und Nachlieferungen gedeckt werden kann. Bei größerem Bedarf und bei Störung der Nachlieferungen hat die Gefahrenabwehrbehörde anderweitig vorhandene Ressourcen (Apotheken, pharmazeutische Unternehmen, pharmazeutischer Großhandel, Medizinproduktehersteller) verfügbar zu machen.

## **Zu Nummer 7 der Empfehlungen**

### **6**

#### **Qualifikation**

Die für Aufgaben der Gefahrenabwehr vorgesehenen Ärztinnen und Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sollen hierfür durch Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen geeignet sein. Die zuständige Behörde hat sie über die Aufgabe umfassend zu informieren. Die Qualifikation der Leitenden Notärztinnen und -ärzte soll den Empfehlungen der Bundesärztekammer entsprechen. Die Qualifikation der Leitenden Notfallpsychologinnen und -psychologen soll den Empfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer entsprechen.

## **Zu Nummer 8 der Empfehlungen**

### **7**

#### **Übungen**

In die Übungen der Gefahrenabwehrbehörden sollten neben den Krankenhäusern auch die Kreisstellen der Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, die Kreisstellen/Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Ärztinnen und Ärzte einbezogen werden, die in den Gefahrenabwehrplänen für spezielle Aufgaben vorgesehen sind.

### **8**

Dieser RdErl. ersetzt den RdErl. d. Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales v. 8.1.1991.

**MBI. NRW. 2004 S. 501, geändert durch RdErl. v. 22.11.2004 (MBI. NRW. 2004 S. 1139).**

**Anlagen :**

**Anlage**

---

## **Empfehlungen an die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zu Vorsorgeplanungen bei Großschadensereignissen**

### **I**

#### **Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung**

##### 1.1

###### Allgemein

Die staatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge umfasst auch die Sicherstellung einer ausreichenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bei Großschadensereignissen und Massenanfällen von Verletzten. Die Stellen und Einrichtungen des Gesundheitswesens treffen mit Unterstützung der zuständigen Behörden die für diese Gefahrenlagen notwendigen Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung.

##### 1.2

###### Aufgabe der Behörden

Die Gefahr einer ernsthaften Störung der gesundheitlichen Versorgung durch einen Massenanfall an Verletzten oder Erkrankten haben die Ordnungs- und Gesundheitsbehörden auf der Grundlage des

- Rettungsgesetzes NRW (RettG NRW)) vom 24. November 1992 (GV. NRW. S. 458/SGV. NRW. 2129) und des
- Ordnungsbehördengesetzes (OBG) vom 13. Mai 1980 (GV. NRW. S. 528/SGV. NRW. 2060 ) sowie
- bei Schadenfeuern, Unglücksfällen und bei solchen öffentlichen Notständen, die durch Naturereignisse, Explosion oder ähnliche Vorkommnisse verursacht werden, nach dem Gesetz über den Feuerschutz und die Hilfeleistung (FSHG) vom 10. Februar 1998 (GV. NRW. S. 122/SGV. NRW. 213)

in der jeweils geltenden Fassung abzuwehren und zu beseitigen.

##### 1.2.1

###### Aufgabe der Leitung der unteren Gesundheitsbehörde

Die Leitung der unteren Gesundheitsbehörde sorgt für die Funktionserhaltung der verschiedenen Teilbereiche des Gesundheitswesens. Soweit sie die Einsatzplanung und -koordination der beteiligten Behörden und Einrichtungen für einen Massenanfall an Verletzten bzw. Erkrankten (MANV) nicht mit der eigenen Behörde wahrnimmt, unterstützt sie die Fachbehörden und Stellen, denen die dazugehörigen Aufgaben obliegen. Insbesondere koordiniert sie die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und anderen Stellen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, die in die Planung einbezogen werden müssen.

##### 1.2.2

###### Aufgabe der Leitstelle für den Feuerschutz und Rettungsdienst (gemeinsame Leitstelle)

Nach § 8 des RettG NRW lenkt und koordiniert die Leitstelle die Einsätze des Rettungsdienstes; sie führt den Nachweis über die in den Krankenhäusern vorhandenen Kapazitäten und zur Akutversorgung notwendigen Ressourcen (Zentraler Krankenbettennachweis).

Im Feuerschutz und bei Hilfeleistungen nach dem FSHG ist die Leitstelle zugleich Führungsmittel der zuständigen Behörde. Sie ist Alarmierungs-, Informations- und Nachrichtenübermittlungsstelle. Bei einem Massenanfall an Verletzten/Erkrankten ist sie Verbindungsstelle zwischen den Krankenhäusern und der Einsatzleitung der jeweils zuständigen Behörde.

Die Leitstelle unterrichtet die Krankenhäuser unverzüglich über ein Schadensereignis, bei dem mit dem Anfall einer größeren Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten zu rechnen ist. Sie teilt zugleich Zeitpunkt, Ort, Art und Umfang des Schadensereignisses und die Zahl der voraussichtlich betroffenen Personen mit.

##### 1.3

###### Aufgabe der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser sind nach § 2 Abs. 1 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG

NRW - vom 16. Dezember 1998 (GV. NRW. S. 696/ SGV. NRW. 2128) in der jeweils geltenden Fassung verpflichtet, Notfallpatientinnen und -patienten vorrangig zu versorgen. Sie müssen für Personen, die durch Unglücksfälle, öffentliche Notstände oder Großschadensereignisse erkrankt oder verletzt sind, jederzeit aufnahmebereit sein. Im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden und den Gefahrenabwehrbehörden nach §§ 10 und 11 KHG NRW haben die Krankenhäuser ferner an Maßnahmen dieser Behörden zur Abwehr von Gefahren für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung mitzuwirken. Sie sind verpflichtet, Einsatz- und Alarmpläne aufzustellen und mit den zuständigen Gefahrenabwehrbehörden (Rettungsdienst, untere Gesundheitsbehörde) abzustimmen.

#### 1.4

##### Sonstige Regelungen

Die von den Krankenhäusern nach dem FSHG und der Krankenhausbauverordnung (KhBauVO) vom 21. Februar 1978 (GV. NRW. S. 154/SGV. NRW. 232) in der jeweils geltenden Fassung für den Brandschutz vorzubereitenden Maßnahmen werden von diesen Empfehlungen nicht berührt.

Maßnahmen für den Zivilschutz im Gesundheitswesen werden von den Empfehlungen nicht erfasst.

## **2 Maßnahmen zur Versorgung einer größeren Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten**

### 2.1

#### Allgemein

Bei einer größeren Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten durch Großschadensereignisse und Massenanfälle von Verletzten sorgen der Rettungsdienst und der Sanitätsdienst über die gemeinsame Leitstelle dafür, dass die Patientinnen und Patienten vom Schadensort der ambulanten ärztlichen Versorgung oder einem nach Art und Schwere der Verletzung/Erkrankung geeigneten Krankenhaus möglichst unmittelbar zugeleitet werden. Hierbei ist unter Nutzung aller verfügbaren Rettungsmittel eine Verteilung auf möglichst viele nach Leistungsangebot und Behandlungskapazität in Betracht kommende Krankenhäuser anzustreben.

### 2.2

#### Maßnahmen in Krankenhäusern

Die Aufnahme einer größeren Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten setzt in den Krankenhäusern – ausgenommen psychiatrische Fachkrankenhäuser – Maßnahmen zur Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten durch einen entsprechenden Einsatz- und Alarmplan voraus.

## **3**

### **Einsatz- und Alarmpläne für Krankenhäuser**

#### 3.1

##### Zweck des Plans

Der Einsatz- und Alarmplan regelt die Aufnahme und die Versorgung einer größeren Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten. Der Plan muss mit den Planungen der für den Rettungsdienst, die Feuerwehr und die Abwehr von Großschadensereignissen zuständigen Behörden abgestimmt sein. Die Zahl der zu den einzelnen Einsatzstufen aufzunehmenden Notfallpatientinnen und -patienten ist unter Berücksichtigung der Aufgabenstellung des Krankenhauses und der Behandlungskapazität im Benehmen mit der zuständigen Behörde festzulegen, und zwar unterteilt für die Aufnahme von

- chirurgisch zu versorgenden Patientinnen und Patienten
- internistisch zu behandelnden Patientinnen und Patienten sowie zusätzlich nach Behandlungsmöglichkeiten für Brandverletzte und Strahlengeschädigte.

#### 3.2

##### Inhalt des Plans

Der Einsatz- und Alarmplan soll Regelungen enthalten für

- das Alarmierungsverfahren
- eine Einsatzzentrale
- eine ausreichende Kommunikation nach außen und innerhalb des Krankenhauses
- den Verkehr von Rettungs- und Versorgungsfahrzeugen auf dem Krankenhausgelände
- die Aufnahme und Sichtung von Notfallpatientinnen und -patienten
- die Dokumentation
- die Weiterleitung der Patientinnen und Patienten innerhalb des Krankenhauses und in ambulante ärztliche Versorgung
- Maßnahmen zu den einzelnen Einsatzstufen
- die Deckung des Bedarfs an Arzneimitteln und zur Nachlieferung des sonstigen für die Krankenbehandlung erforderlichen Materials
- die Verpflegung
- die Aufnahme von Strahlengeschädigten.

### 3.3

Aufgabe der Betriebsleitung

Die Betriebsleitung (§ 35 KHG NRW) veranlasst die Aufstellung des Einsatz- und Alarmplanes, genehmigt ihn und überwacht seine Fortschreibung. Sie bestimmt ferner die Krankenhauseinsatzleitung. Für Hochschulkliniken gilt Entsprechendes.

### 3.4

Krankenhausalarm

In einem Krankenhaus ist Krankenhausalarm anzuordnen, wenn infolge eines Schadensereignisses mehr Notfallpatientinnen und -patienten aufzunehmen sind, als im Normalbetrieb ohne die nach dem Einsatz – und Alarmplan vorgesehenen Maßnahmen fachgerecht versorgt werden können.

#### 3.4.1

Auslösung des Krankenhausalarms

Die Anordnung zur Auslösung des Krankenhausalarms trifft die Leitende Ärztin/der Leitende Arzt oder die Vertretung. Sind diese bei einem Schadensereignis nicht anwesend, trifft die diensthabende Ärztin/der diensthabende Arzt der betroffenen Abteilung bis zum Eintreffen der Mitglieder der Krankenhauseinsatzleitung die nach dem Einsatz- und Alarmplan notwendigen Anordnungen.

## 4

**Krankenhauseinsatzleitung**

### 4.1

Aufgaben

Die Krankenhauseinsatzleitung tritt nach Auslösung des Krankenhausalarms zusammen. Sie entscheidet in Abstimmung mit den Gefahrenabwehrbehörden, welche Maßnahmen nach dem Einsatz- und Alarmplan auszuführen sind. Für die Dauer des Einsatzes ist die Krankenhauseinsatzleitung gegenüber dem Krankenhauspersonal und den im Krankenhaus tätigen Helferinnen und Helfern der Hilfsorganisationen weisungsbefugt.

### 4.2

Zusammensetzung

Zur Krankenhauseinsatzleitung gehören

- die Leitende Ärztin/der Leitende Arzt oder die Vertretung
- die Leiterin/der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes oder die Vertretung und
- die Leitende Pflegekraft oder deren Vertretung.

Sie wird von der Leitenden Ärztin/dem Leitenden Arzt oder der Vertretung geleitet.

## 5

### **Einsatzstufen**

Die im Rahmen des Krankenhausalarms zu ergreifenden Maßnahmen sind in Abstimmung mit den Gefahrenabwehrbehörden nach der Zahl der aufzunehmenden Notfallpatientinnen und -patienten in drei Einsatzstufen zu gliedern.

#### 5.1

##### Einsatzstufe 1

Mit den Maßnahmen zu dieser Einsatzstufe ist die volle Arbeitsbereitschaft der für die Versorgung der Notfallpatientinnen und -patienten nach Schadensart zuständigen Abteilung mit entsprechender Personalstärke herzustellen.

#### 5.2

##### Einsatzstufe 2

Mit den Maßnahmen zu dieser Einsatzstufe ist die volle Betriebsbereitschaft des gesamten Krankenhauses herzustellen.

#### 5.3

##### Einsatzstufe 3

Mit den Maßnahmen zu dieser Einsatzstufe wird ergänzend zur Einsatzstufe 2 die Behandlungs- und Bettenkapazität des Krankenhauses durch materielle und personelle Hilfe der Gefahrenabwehrbehörden erweitert.

Die Zahl der zur Kapazitätserweiterung aufzustellenden Notbetten und Behandlungseinrichtungen wird im Benehmen mit der Gefahrenabwehrbehörde festgelegt.

Diese Einsatzstufe wird erst nach der Aufnahme von Patientinnen und Patienten aktiviert, da vorher ggf. nicht absehbar ist, ob die vorhandenen Kapazitäten ausreichen.

## 6

### **Materielle und personelle Hilfe durch die Gefahrenabwehrbehörden (Rettungsdienst, untere Gesundheitsbehörde)**

#### 6.1

##### Hilfe für das Krankenhaus

Die Gefahrenabwehrbehörden leisten im Rahmen ihrer Möglichkeiten dem Krankenhaus bei einem Massenanfall an Notfallpatientinnen und -patienten materielle und personelle Hilfe. Art und Umfang der Hilfe sind vorher mit dem Krankenhaus festzulegen.

Vorzusehen sind u.a.

- Hilfe bei der Beschaffung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, falls die Materialreserven des Krankenhauses nicht oder nicht rechtzeitig ergänzt werden können (§ 2 Abs. 2 der Arzneimittelbevorratungsverordnung vom 30. August 2000),
- personelle Hilfe durch Einsatz von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und Hilfskräften aus nicht betroffenen Krankenhäusern, anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte) oder aus den Hilfsorganisationen.

Art und Umfang der personellen Hilfe sind im Rahmen der Gefahrenabwehrplanung mit den Stellen und Einrichtungen des Gesundheitswesens (Ärzttekammer, Kassenärztliche Vereinigungen und andere) abzustimmen. Die Befugnis zur Inanspruchnahme von Personen für die Hilfestellung ergibt sich aus § 27 Abs. 1 FSHG in Verbindung mit § 19 des Ordnungsbehördengesetzes.

## 7

### **Fortbildung des Personals**

Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte sollen an Fortbildungsveranstaltungen über Unfall- und Notfallmedizin bei einem Massenanfall von Verletzten und Erkrankten teilnehmen. Die Ärztekammern führen hierzu Veranstaltungen in ihren Fortbildungsakademien durch und informieren darüber die Gefahrenabwehrbehörden. Verwaltungskräfte und sonstiges Personal der Krankenhäuser sollen an Informationsveranstaltungen der Gefahrenabwehrbehörde teilnehmen. Unbeschadet der Teilnahme an Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen ist es in erster Linie Aufgabe der Krankenhäuser, das Personal hinreichend in die bei Unglücks- und Katastrophenfällen wahrzunehmenden Aufgaben einzuweisen. Hierzu gehört insbesondere auch die Einweisung in die nach dem Einsatz- und Alarmplan vorgesehenen speziellen Aufgaben.

## **8 Übungen**

Die Funktionsfähigkeit des Einsatz- und Alarmplanes ist in angemessenen Zeitabständen durch krankenhausinterne Übungen zu überprüfen und zu erproben. Den Gefahrenabwehrbehörden ist die Gelegenheit zu geben, an den Übungen der Krankenhäuser informatorisch teilzunehmen. In die Übungen der Gefahrenabwehrbehörden sollen die Krankenhäuser einbezogen werden.

Die Krankenhäuser sollten bei der Planung, Vorbereitung und Durchführung von Übungen von kompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gefahrenabwehrbehörden unterstützt werden, da bei diesen Einsatzübungen einsatztaktischer und operativer Sachverstand erforderlich ist.