

II-4685 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen

des Nationalrates XV. Gesetzgebungsperiode

REPUBLIK ÖSTERREICH

BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ

Zl. IV-50.004/96-2/82

1010 Wien, den 14. Dezember 1982

Stubenring 1
Telephon 57 56 55

Auskunft

2148 IAB

1982 -12- 14

zu 2148 IJ

Klappe

Durchwahl

B e a n t w o r t u n g

der Anfrage der Abgeordneten PROBST und Genossen an den Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz betreffend Krisenvorsorge im Bereich der medizinischen Betreuung (Nr. 2148/J-NR/1982)

In der Präambel der Anfrage wird darauf verwiesen, daß zu den Aufgaben, die sich Österreich im Rahmen der Krisenvorsorge stellen, ohne Zweifel auch eine jedem denkbaren Ernstfall gerecht werdende Vorsorge auf dem medizinischen Sektor gehöre, wobei es neben der Bereitstellung der erforderlichen Spitalseinrichtungen vor allem auch um eine ausreichende Bevorratung von medizinischen Geräten und Medikamenten gehe.

In diesem Zusammenhang werden folgende Fragen gestellt:

- "1. Welche Maßnahmen hat Ihr Ressort im gegenständlichen Zusammenhang bisher ergriffen?
2. Was ist diesbezüglich für die nächste Zeit beabsichtigt?"

Ich beehre mich, die Anfrage wie folgt zu beantworten:

Zur Sicherung der Gesundheit im Rahmen der zivilen Landesverteidigung hat das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz eine Reihe von Sanitätskonzepten erstellt. Diese Konzepte

betreffen insbesondere folgende Gebiete:

- Integrierter Sanitätsdienst
- Sanitätsrahmenplan für Anlaßfälle der umfassenden Landesverteidigung und Katastrophen
- Sanitätsanmeldestelle
- Spitalskatastrophenplan (mit dem Muster eines Spitalskatastrophen-einsatzplanes).

Weiters wurden Richtlinien für den Neubau von Sanitätsstationen sowie Richtlinien für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Strahlenunfällen erarbeitet.

Die einzelnen Konzepte wurden in zahlreichen Besprechungen mit verschiedensten Fachleuten abgestimmt und haben die Zustimmung sowohl des beim Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz eingerichteten Beirates für Katastrophenmedizin als auch des Arbeitskreises "Gesundheit" im Rahmen des Arbeitsausschusses "Z" (Zivile Landesverteidigung) gefunden.

Die Konzepte wurden ferner in praktischen Übungen erprobt und haben sich dabei als hervorragend geeignet und durchführbar erwiesen.

Die genannten Konzepte und Richtlinien wurden in Heft 4 vom 15. April 1982 der "Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung", 83. Jahrgang, veröffentlicht und an alle Abonnennten (alle Amtsärzte und Spitalsdirektoren), weiters aber auch an die Ämter der Landesregierungen zur Verteilung an alle Gemeinde-, Distrikts- und Sprengelärzte sowie an die Spitäler, an alle Bezirkshauptmannschaften, an die zivilen Sanitätsorganisationen, an den Sanitätsdienst der Feuerwehren, an den Sanitätsdienst der Österreichischen Bundesbahnen, an das Bundesministerium für Landes-

-3-

verteidigung und an den Österreichischen Zivilschutzverband übermittelt.

Ich darf mir erlauben, diese umfassende Publikation der Anfragebeantwortung als Anlage beizuschließen.

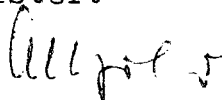
Im Hinblick darauf, daß zur Bewältigung der in Rede stehenden Aufgaben ein hohes Maß an Koordination vieler Institutionen notwendig ist, soll durch diese umfassende Darstellung den jeweils zuständigen Institutionen die Möglichkeit gegeben werden, die notwendigen Vorkehrungen nach weitgehend einheitlichen Gesichtspunkten zu treffen. Es wird Aufgabe der nächsten Zeit sein, die vorliegenden Konzepte so rasch als möglich zu verwirklichen.

Insbesondere auch die Frage der Bevorratung von medizinischen Geräten und Medikamenten war Gegenstand zahlreicher Gespräche. Das Ergebnis dieser Gespräche kann ich dahingehend zusammenfassen, daß für eine angenommene Krisensituation in der Dauer von sechs Monaten im Hinblick auf das derzeitige Vertriebssystem die Bevorratung von Medikamenten ausreichend gesichert ist.

Weiters wurden über Ausbildungsfragen von Ärzten und Sanitätspersonal in Katastrophenmedizin Vorschläge erarbeitet, für die Ausbildung des Sanitätspersonals wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz ein Skriptum hergestellt und den Sanitätsorganisationen zur Verfügung gestellt.

In der nächsten Zeit ist vorgesehen, über Ausbildungsfragen der Ärzte in Katastrophenmedizin einen bundeseinheitlichen Ausbildungsgang im Zusammenarbeit mit den Universitäten, den Ärztekammern und den zivilen Sanitätsorganisationen sowie dem Sanitätsdienst der Feuerwehr zu erarbeiten.

Der Bundesminister: —



Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung

83. Jahrgang Heft **4** 15. April 1982

Redaktion:

Sektionschef Dr. Albert Krassnigg
Oberrat
Univ.-Doz. Dr. Gunter Liebeswar
Amtssekretär Peter Hartmann
1010 Wien 1. Stubenring 1
Telefon 75 00

Druck und Verlag:

Walter Hötzenberger Ges. m. b. H.
1030 Wien 3. Paracelsusgasse 6
Telefon 72 26 81 Serie

Jahresabonnement S 325
Einzelheft S 30 — plus Porto

OFFIZIELLES ORGAN DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT UND VERKEHR

MITTEILUNGEN

DER ÖSTERREICHISCHEN SANITÄTSVERWALTUNG

OFFIZIELLES ORGAN DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ

REDAKTION SEKTIONSCHIEF DR. ALBERT KRASSNIGG, OBERRAT UNIV.-DOZ. DR. GUNTER LIEBESWAR, AMSEKRETAR
PETER HARTMANN, 1010 WIEN I, STUBENRING 1, TELEFON 75 00 — VERLAG: WALTER HÜTZENBERGER G. M. B. H.,
1030 WIEN III, PARACELSGASSE 6, TELEFON 72 26 81 SERIE

Jahresabonnement S 325.—, Einzelheft S 30.—, plus Porto

83. JAHRGANG

15. APRIL 1982

HEFT 4

*Aus der Sektion II (Volksgesundheit) des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz
(Leiter: Sektionschef Dr. med. Albert Krassnigg)*

Katastrophenmedizin

Sanitätskonzepte als Maßnahme zur Sicherung der Gesundheit im Rahmen der zivilen Landesverteidigung*)

Vorwort

Die Vorsorgen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, wie sie für Katastrophensituationen und für Maßnahmen im Rahmen der Umfassenden Landesverteidigung notwendig sind, werden in diesem Heft zusammenfassend dargestellt. Zur Bewältigung dieser Aufgaben ist ein hohes Maß an Koordination vieler Institutionen notwendig. Die Aufgabe der folgenden Darstellungen besteht darin, daß den jeweils zuständigen Institutionen die Möglichkeit gegeben wird, die notwendigen Vorkehrungen nach weitgehend einheitlichen Gesichtspunkten zu treffen. Alle angeführten Organisationspläne wurden von vielen Experten mit praktischer Erfahrung erstellt und beraten und im Beirat für Katastrophenmedizin sowie im Arbeitskreis „Gesundheit“ begutachtet. Die Konzepte wurden in praktischen Übungen erprobt und haben sich dabei

als hervorragend geeignet und durchführbar erwiesen. An dieser Stelle sei allen Mitarbeitern für ihre große Bereitwilligkeit und Einsatzfreudigkeit gedankt. Es wird Aufgabe der nächsten Zeit sein, die vorliegenden Konzepte so rasch als möglich zu verwirklichen. Ich glaube, daß es zu den wichtigsten Aufgaben gehört, alles daranzusetzen, die notwendigen Schutzvorkehrungen zu treffen, die der Bevölkerung, wie es in der Entschließung des Nationalrates vom 10. Juni 1975 zum Ausdruck kommt, ein größtmögliches Maß an Sicherheit und Überlebenschancen gewährleisten.

Obermedizinalrat Dr. Kurt Steyrer
Bundesminister
für Gesundheit und Umweltschutz

*) Die einzelnen Konzepte wurden — zum Teil als Ergebnis eines Forschungsauftrages — von Univ.-Doz. Dr. Otto Wruhs †, von Hofrat Dr. Herbert Olexinski (Landes-sanitätsdirektor von Kärnten), von Ing. Paul Meihsl (Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs), sowie von den Sachbeamten des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz Min.-Rat Dr. Otto Ventruba, Min.-Rat Univ.-Prof. DDr. Vratislav Havlovic und Oberrat Dr. Lambrecht

Wißgott, erarbeitet. Diese Konzepte wurden dann in zahlreichen Besprechungen mit verschiedensten Fachleuten abgestimmt und haben die Zustimmung sowohl des beim Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz eingerichteten Beirats für Katastrophenmedizin als auch des Arbeitskreises „Gesundheit“ im Rahmen des Arbeitsausschusses „Z“ (Zivile Landesverteidigung) gefunden.

Verankerung der Umfassenden Landesverteidigung (ULV) in der Bundesverfassung

Wortlaut des neuen Artikels 9 a

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Das Bundes-Verfassungsgesetz in der Fassung von 1929 wird wie folgt geändert:

1. Nach Art. 9 wird folgender Art. 9 a eingefügt:

„Art. 9 a (1) Österreich bekennt sich zur umfassenden Landesverteidigung. Ihre Aufgabe ist es, die Unabhängigkeit nach außen sowie die Unverletzlichkeit und Einheit des Bundesgebietes zu bewahren, insbesondere zur Aufrechterhaltung und Verteidigung der immerwährenden Neutralität. Hierbei sind auch die verfassungsmäßigen Einrichtungen und ihre Handlungsfähigkeit sowie die demokratischen Freiheiten der Einwohner vor gewaltsamen Angriffen von außen zu schützen und zu verteidigen.

(2) Zur umfassenden Landesverteidigung gehören die militärische, die geistige, die zivile und die wirtschaftliche Landesverteidigung.

(3) Jeder männliche österreichische Staatsbürger ist wehrpflichtig. Wer aus Gewissensgründen die Erfüllung der Wehrpflicht verweigert und hievon befreit wird, hat einen Ersatzdienst zu leisten. Das Nähere bestimmen die Gesetze.“

2. Art. 79 Abs. 1 bis 3 haben zu lauten:

„(1) Dem Bundesheer obliegt die militärische Landesverteidigung.

(2) Das Bundesheer ist, soweit die gesetzmäßige zivile Gewalt seine Mitwirkung in Anspruch nimmt, ferner bestimmt

1. auch über den Bereich der militärischen Landesverteidigung hinaus

a) zum Schutz der verfassungsmäßigen Einrichtungen und ihrer Handlungsfähigkeit sowie der demokratischen Freiheiten der Einwohner

b) zur Aufrechterhaltung der Ordnung und Sicherheit im Inneren überhaupt;

2. zur Hilfeleistung bei Elementarereignissen und Unglücksfällen außergewöhnlichen Umfangs.

(3) Weitere Aufgaben des Bundesheeres werden durch Bundesverfassungsgesetz geregelt.“

3. Die bisherigen Abs. 3 und 4 des Art. 79 erhalten die Absatzbezeichnungen 4 und 5.

Artikel II

Mit der Vollziehung dieses Bundesverfassungsgesetzes ist die Bundesregierung betraut.

EntschlieÙung zur ULV; Verteidigungsdoktrin

Ausgehend vom Bekenntnis zur umfassenden Landesverteidigung, wie es im Gesetzesbeschluß des Nationalrates vom heutigen Tage betreffend ein Bundes-

verfassungsgesetz, mit dem das Bundes-Verfassungsgesetz in der Fassung von 1929 durch die Einfügung von Bestimmungen über die umfassende Landesverteidigung geändert wird, zum Ausdruck kommt, ersucht der Nationalrat die Bundesregierung im Rahmen ihres Aufgabenbereiches dafür vorzusorgen, daß die umfassende Landesverteidigung der Republik Österreich nach folgenden Grundsätzen gestaltet wird:

1. Zur Verwirklichung der umfassenden Landesverteidigung leistet das österreichische Volk unter Bedachtnahme auf seine Möglichkeiten den erforderlichen Beitrag. Darunter sind neben der Erfüllung der allgemeinen Wehrpflicht und der Zuverfügungstellung entsprechender finanzieller Mittel des Staates insbesondere zivile Schutzvorkehrungen und wirtschaftliche Bereitschaftsmaßnahmen zu verstehen. Zu diesem Zweck ist das österreichische Volk über Notwendigkeit, Aufgaben und Ziele der umfassenden Landesverteidigung ausreichend zu informieren.

2. Dem Bundesheer obliegt die militärische Landesverteidigung.

Das Bundesheer hat daher den Auftrag:

a) Im Falle einer internationalen Spannung oder eines Konfliktes mit der Gefahr einer Ausweitung auf Österreich jedem Versuch einer solchen Ausweitung zu begegnen, die Grenzen zu schützen und die Lufthoheit zu wahren; hiezu sind je nach den Gegebenheiten aktive Verbände, Grenzschutzverbände und territoriale Sicherungskräfte im voraussichtlich gefährdeten Raum einzusetzen (Krisenfall).

b) Im Falle einer militärischen Auseinandersetzung in der Nachbarschaft durch den Einsatz der aktiven Verbände im bedrohten Gebiet und mobilgemachter Reserveverbände die Aufrechterhaltung der Neutralität zu Lande und in der Luft zu ermöglichen; das Eindringen fremder Truppen auf österreichisches Territorium ist zu verhindern, allenfalls übergetretene Teile dieser Truppen sind zu entwaffnen und zu internieren (Neutralitätsfall).

c) Im Falle eines militärischen Angriffes auf Österreich den Abwehrkampf an der Grenze aufzunehmen, durch Mobilmachung die volle militärische Verteidigungsfähigkeit in kürzestmöglicher Zeit zu erzielen und allenfalls verlorengegangene Gebiete zurückzugewinnen (Verteidigungsfall).

Die Streitkräfte des Bundesheeres haben nach ihren Führungsgrundsätzen, ihrer Gliederung, Ausbildung, Ausrüstung und Versorgung dem defensiven Charakter ihrer Aufgabe Rechnung zu tragen. Sie sind so zu gliedern, daß auch im Frieden sofort einsatzfähige Verbände in angemessener Stärke verfügbar sind. Dazu gehören auch die erforderlichen

Fliegerverbände sowie Einrichtungen für eine Luftraumüberwachung und ein technisches Luftaufklärungs- und Fliegerleitsystem, die den Aufgaben der Verteidigung und des Neutralitätsschutzes entsprechen. Im Mobilmachungsfall sind die Streitkräfte durch die Aufstellung von Verbänden des Reserveheeres auf die erforderliche Stärke zu bringen.

Im Frieden sind alle Maßnahmen vorzubereiten, die für eine unverzügliche und wirksame militärische Reaktion beim Eintritt eines der Bedrohungsfälle erforderlich sind. Zu diesem gehören insbesondere: die ständige Beobachtung der militärischen Lage, die rasche Mobilmachung von Reserveverbänden in personeller und materieller Hinsicht, eine auf Einsatzaufgaben ausgerichtete Ausbildung sowie Versorgungsvorkehrungen.

Unabhängig von diesen militärischen Aufgaben hat das Bundesheer auch die anderen Bereiche der umfassenden Landesverteidigung zu unterstützen.

3. Im Rahmen der geistigen Landesverteidigung soll das Verständnis der Bevölkerung für alle Bereiche der umfassenden Landesverteidigung ständig geweckt und verstärkt und gleichzeitig nach außen klargestellt werden, daß das österreichische Volk bereit und in der Lage ist, auch unter Opfern und unter Aufbietung aller Kräfte seine demokratischen Freiheiten, die Verfassungs- und Rechtsordnung, die Unabhängigkeit und territoriale Unversehrtheit der Republik, die Einheit des Staatsgebietes sowie die Handlungsfreiheit unseres Landes zu schützen und zu verteidigen. Die Voraussetzung hierfür ist bereits in der Schule dadurch zu schaffen, daß die Ziele der umfassenden Landesverteidigung im Unterricht vermittelt werden.
4. Zum Schutz der Bevölkerung und zur Sicherung der Funktionsfähigkeit der staatlichen Einrichtungen ist im Rahmen der zivilen Landesverteidigung wie folgt vorzusorgen:
 - a) Im Falle einer internationalen Spannung oder eines Konfliktes mit der Gefahr einer Ausweitung auf Österreich ist die Bereitschaft für das Wirksamwerden der für den Fall eines militärischen Angriffes auf Österreich und für den Fall einer militärischen Auseinandersetzung in der Nachbarschaft zu treffenden Maßnahmen zu erhöhen (Krisenfall).
 - b) Für den Fall einer militärischen Auseinandersetzung in der Nachbarschaft sind Maßnahmen zum Schutz gegen allfällige Auswirkungen dieser Kampfhandlungen auf österreichisches Gebiet zu ergreifen, Vorkehrungen für die Aufnahme von Flüchtlingen und für die im Völkerrecht vorgesehene Behandlung der die Staatsgrenze überschreitenden Militärpersonen zu treffen und je nach der politischen und militärischen Lage das sofortige Wirksamwerden der für den Fall eines militärischen Angriffes auf Österreich zu treffenden Maßnahmen sicherzustellen (Neutralitätsfall).
 - c) Für den Fall eines militärischen Angriffes auf Österreich sind die notwendigen Schutzvorkehrungen zu treffen, die der Bevölkerung unter Berücksichtigung der zu erwartenden Kriegseinwirkungen ein größtmögliches Maß an Sicherheit und Überlebenschancen gewährleisten; gleichzeitig sind die Funktionsfähigkeit der Gesetzgebung, der wichtigsten Organe der Vollziehung und sonstiger lebenswichtiger Einrichtungen sowie die Information der Bevölkerung sicherzustellen (Verteidigungsfall).
5. Im Rahmen der wirtschaftlichen Landesverteidigung sind zur Vermeidung von ökonomischen Störungen und zur Sicherung der Erhaltung der Leistungsfähigkeit der österreichischen Wirtschaft für Krisenfälle entsprechende Vorsorgen zu treffen.

Diese Aufgaben sind durch ein wirtschaftliches Krisenmanagement zu besorgen. Das Krisenmanagement hat sicherzustellen, daß im Falle des Eintrittes internationaler Spannungen sowie mittelbarer oder unmittelbarer Bedrohungen eine ausreichende Versorgung der gesamten österreichischen Bevölkerung mit lebensnotwendigen Gütern, die Bereitstellung der für die Verteidigung erforderlichen materiellen Mittel und die weitestgehende Sicherung der Arbeitsplätze gewährleistet sind.

Das wirtschaftliche Krisenmanagement hat alle erforderlichen Vorkehrungen zu treffen, damit es seinen Aufgaben gerecht werden kann. Insbesondere obliegen ihm:

 - Bevorratungs- und Produktionsprogrammierung, Aufbringungs-, Zuführungs- sowie Verteilungsvorsorgen, Bewahrung der Ernährungsbasis, Sicherstellung einer Energienotversorgung, Devisenbewirtschaftung, Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Außenhandelsverbindungen, Sicherung der für den Wirtschaftsablauf unumgänglich notwendigen Arbeitskräfte und Sicherung der Erhaltung der Arbeitsplätze mit dem Ziel weitgehender Erhaltung der Vollbeschäftigung, Flüchtlingsversorgung sowie Förderung der Haushaltsbevorratung.

Die Aufwendungen für eine Vorratshaltung sind entsprechend der Belastbarkeit der einzelnen Gruppen und Institutionen sowie unter besonderer Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des einzelnen gerecht aufzuteilen. Der Bund hat dazu einen der Bedeutung dieser Aufgabe angemessenen Beitrag zu leisten.
6. Die Bundesregierung hat in Zusammenarbeit mit den Organen der Länder und Gemeinden und mit allen nach ihrem Aufgabenbereich sonst in Betracht kommenden Einrichtungen vorbereitende Maßnahmen zur Verwirklichung der in dieser Entschlie-ßung dargelegten Ziele, insbesondere auch für den Fall zu treffen, daß Teile des Bundesgebietes vorübergehend oder längerfristig in den Besitz eines Angreifers fallen sollten.
7. Die vorstehend niedergelegten Zielsetzungen der umfassenden Landesverteidigung sowie Maßnahmen zu ihrer Verwirklichung sind im Landesverteidigungsplan zusammenzufassen, der vor Beschlußfassung im Landesverteidigungsrat zu beraten ist.

Integrierter Sanitätsdienst

Grundkonzept

1. Aufgaben: Durch Zusammenwirken aller organisatorischen und personellen Mittel des Staates die Maßnahmen zur medizinischen Betreuung und zur Verhütung gesundheitlicher Gefahren in den Anlaßfällen der umfassenden Landesverteidigung zu ermöglichen.
Die Maßnahmen zur Sicherung von Gesundheit und Überleben erfordern die Zusammenfassung aller Sanitätsdienste.
2. Bestandteile des integrierten Sanitätsdienstes sind:
Öffentlicher Gesundheitsdienst
Krankenanstalten
Niedergelassene Ärzte
Sanitätsdienst des Bundesheeres
Zivile Sanitätsorganisationen:
Österreichisches Rotes Kreuz
Arbeitersamariterbund Österreichs
Malteser Hospitaldienst
Johanniter Unfallhilfe
Bergrettung
Wasserrettung
Flugrettungsdienste
Ferner:
Sonstige medizinische Einrichtungen
Selbstschutzorganisationen
Sanitätsdienste der Feuerwehr.
3. Die Zusammenarbeit der Sanitätsdienste ist zu sichern und so zu gestalten, daß auch in konzentrierten Einsatzfällen die sanitätsdienstliche Grundversorgung des Bundesgebietes nicht beeinträchtigt wird und die normale Krankenbetreuung durch die niedergelassenen Ärzte, Ambulatorien und Spitäler aufrecht erhalten bleibt.
4. Der integrierte Sanitätsdienst versorgt alle Verwundeten und Kranken, Militär- und Zivilpersonen jeder Nationalität.
5. Der Sanitätsdienst des Bundesheeres steht in erster Linie der Truppe zur Verfügung, verstärkt aber nach militärischer Möglichkeit auch die Versorgung der Zivilbevölkerung.
6. Die Einrichtungen aller Bestandteile des integrierten Sanitätsdienstes sind weiter auszubauen, vorratsmäßig aufzustocken und instand zu halten.
7. Die mit der Planung zur Verwirklichung des integrierten Sanitätsdienstes beauftragten Stellen der Zentralverwaltung, der Bundesländer, Bezirke und Gemeinden sollen vor allem folgende Maßnahmen einer Lösung zuführen:
 - 7.1. Leitung im integrierten Sanitätsdienst:
auf der Ebene der Gemeinde — der vom Bürgermeister Beauftragte
auf der Ebene des Bezirkes — der vom Bezirkshauptmann beauftragte Arzt
auf der Ebene des Landes — der vom Landeshauptmann beauftragte Arzt im Rahmen des Koordinierungskomitees
auf der Ebene des Bundes — der vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz beauftragte Arzt im Rahmen der Einrichtungen der zivilen Landesverteidigung.
 - 7.2. Nachrichtenwesen im Sanitätsdienst — Funk.
 - 7.3. Rettung, Erste Hilfe, Patienten-Transport, Bergung.
 - 7.4. Spitalsbehandlung — Beistellung von Spitalsbetten — Notspitäler.
 - 7.5. Sanitätssammelstellen mit ambulanter Behandlungsmöglichkeit — Sanitätszonen — Sicherheitszonen im Sinne der Genfer Konvention.
 - 7.6. Einsatz von Ärzten — Pflegepersonal und Hilfspersonal — Einsatzplanung — Alarmierung.
 - 7.7. Information der Bevölkerung über Verhalten in Notfällen (Selbstschutz).
 - 7.8. Bevorratung und Versorgung mit Medikamenten, Sanitätsmaterial, medizinischen Einrichtungen und Hilfsmitteln.
 - 7.9. Ausbildung in Katastrophenmedizin für Ärzte und Hilfspersonal. Richtlinien für Katastrophenmedizin.
 - 7.10. Festsetzung des Aufgabenkatalogs der zivilen Sanitätsorganisationen, Klärung der „sozialen Aufgaben“, die in den Rahmen des integrierten Sanitätsdienstes fallen.

Sanitätsrahmenplan für Anlaßfälle der Umfassenden Landesverteidigung und Katastrophen

1. Allgemeines

1.1. Ziel des Rahmenplanes:

Auf der Grundlage dieses Rahmenplanes sollte jedes Bundesland in Ergänzung bereits bestehender Planungen einen den jeweiligen Verhältnissen entsprechenden Landessanitätsplan für Krisen-,

Neutralitäts- und Verteidigungsfälle, aber auch für den Fall von Katastrophen (Natur- und Verkehrskatastrophen, Seuchen, Massenvergiftungen etc.) und radioaktiver Verstrahlungen erstellen. Darin sollen sowohl einerseits die nötigen Vorbereitungsmaßnahmen festgelegt, als auch andererseits bei Eintritt dieser Fälle die erforderlichen Durchführungsmaßnahmen sichergestellt werden.

1.2. Laufende Ergänzung der Landes-sanitätspläne:

Die Pläne sind den sich ändernden Gegebenheiten laufend anzupassen und auf die Erfordernisse der Umfassenden Landesverteidigung stetig abzustimmen. Sie sind daher in der Regel jährlich auf ihre allseitige Zeitgemäßheit hin zu überprüfen und nötigenfalls zu ergänzen oder neu zu fassen.

1.3. Kompetenzen:

Jedes Bundesland bestimmt unbeschadet bestehender Kompetenzen einen verantwortlichen Koordinator des Planes (z. B. der Leitende Sanitätsbeamte). Dieser hat in ständiger Fühlungnahme mit anderen Kompetenz- bzw. Rechtsträgern innerhalb und außerhalb der Landesverwaltung (Bundesheer, Sicherheitsbehörden, zivile Sanitäts- und andere Einsatzorganisationen, Zivilschutzverband u. a.) dafür Sorge zu tragen, daß in allen Zuständigkeits- und Aufgabenbereichen das unerläßliche Zusammenwirken reibungslos erzielt, die erforderlichen Veranlassungen getroffen und die notwendigen Einzelpläne ausgearbeitet werden.

1.4. Organisation:

Die Lenkung aller Maßnahmen erfordert auf Landesebene eine zentrale Organisation durch den verantwortlichen Koordinator. Verschiedene Vorsorgen — z. B. Lagerung von Sanitätsbedarfsgütern — machen jedoch im Hinblick auf den Anlaßfall eine teilweise Dezentralisierung notwendig, damit örtlichen Gefahrenlagen rasch und unabhängig von einer Zentrale begegnet werden kann.

1.5. Erprobungen:

Fallweise, wenigstens aber jedes zweite Jahr, sind durch die zuständige Behörde Teilbereiche des Landessanitätsplanes auf Landes- bzw. Bezirksebene durch geeignete Maßnahmen für den Anlaßfall zu erproben. In gleicher Weise sind für den Krankenhausbereich die Spitalskatastrophenpläne zu erproben.

2. Vorbereitungsmaßnahmen

2.1. Bezirks-Sanitätspläne:

2.1.1. Die Bezirksverwaltungsbehörden haben unter Bedachtnahme auf allfällige Alarmpläne einen in Einzelheiten eingehenden Bezirks-Sanitätsplan für ihren Bereich auszuarbeiten. Der Bezirks-Sanitätsplan soll folgendes enthalten:

1. a) Straßenkarten des Bundeslandes und von Österreich.
- b) Militärkarten des Bezirkes im Maßstab 1 : 50.000 (OMK 50) mit Netzteiler.
2. Übersicht über die Rufnummern bzw. Funkfrequenzen des Amtes der Landesregierung, des Militärkommandos, der Sicherheitsdienststellen, der zivilen Sanitätsorganisationen und der Feuerwehren des Bezirkes.
3. Übersicht über die Sanitätssammelstellen.

4. Übersicht über alle Krankenanstalten des Bezirkes mit Anschrift, Rufnummer und allfälliger Funkfrequenz.

5. Übersicht über alle als „Annexspitäler“ vorgesehenen Gebäude.

6. Übersicht über Krankenanstalten benachbarter Bezirke, auch in anderen Bundesländern oder im Ausland, mit Anschrift, Rufnummer und allfälliger Funkfrequenz, im Hinblick auf allfällige notwendige Zusammenarbeit.

7. Übersicht über alle Gemeinde-(Distrikts-, Sprengel-)ärzte und sonstige Ärzte des Bezirkes mit Anschrift, Rufnummer und allfälliger Funkfrequenz.

8. Übersicht über im Bezirk wohnhafte nicht-ärztliche Sanitätspersonen (Pflegepersonal) mit Anschrift und Rufnummer.

9. Übersicht über alle Apotheken, Drogen-großhandlungen, Depositeure und pharmazeutische Betriebe des Bezirkes.

10. Rufnummer und Funkfrequenz der Bezirksdienststellen und allfälliger Außenstellen der zivilen Sanitätsorganisationen.

11. Übersicht über im Bezirk vorhandene und für Krankentransporte geeignete Transportmittel (siehe Punkt 2.7.).

12. Seuchen- und Pockenalarmplan.

13. Anschriften und Rufnummern von Sauerstoffabfüllstationen.

2.1.2. Eine Zweitausfertigung des Bezirkssanitätsplanes ist dem Amt der Landesregierung (Koordinator für den Landessanitätsplan) zu übermitteln.

2.2. Kennzeichnung:

2.2.1. Die Kennzeichnung der Sanitätssammelstellen, aller öffentlichen und privaten Krankenanstalten, der Annexspitäler sowie aller sonstigen Sanitätsobjekte, die den internationalen Schutz nach der Genfer Konvention genießen, ist vorzubereiten.

2.2.2. Hinweistafeln für die Zufahrts- und Durchzugsstraßen zu Krankenanstalten und Sanitätseinrichtungen sind vorzubereiten.

2.2.3. Die Zuständigkeit für die nötigen Veranlassungen ist festzulegen.

2.3. Annexspitäler:

2.3.1. In Anlehnung an entsprechend leistungsfähige Krankenanstalten ist in deren Nachbarschaft oder näheren Umgebung die Einrichtung sogenannter „Annexspitäler“ in geeigneten Gebäuden (Heimen, Schulen mit Internaten, Hotels u. a.) vorzusehen, die im Anlaßfalle die zusätzliche Aufstellung von Krankenbetten zur Verdoppelung des Normalbettenstandes ermöglichen. Die Auswahl und Festlegung der Annexspitäler erfolgt durch den verantwortlichen Koordinator des Landessanitätsplanes im Einvernehmen mit den zuständigen Stellen.

2.3.2. Die „Annexspitäler“ sind listenmäßig mit der erzielbaren Bettenanzahl zu erfassen. Ihre Übernahme im Anlaßfall ist vorzubereiten, damit die Gebäude zum vorgesehenen Zweck rasch und reibungslos zur Verfügung stehen.

2.3.3. Die Lagerung der Einrichtung der Annexspitäler ist festzulegen und der gemäß Punkt 2.3.4. zuständigen Krankenanstalt bekanntzugeben.

2.3.4. Die „Annexspitäler“ werden den Krankenanstalten organisatorisch einzugliedern sein; beide bilden eine Einheit und werden unter gemeinsamer Leitung stehen.

2.4. Mobile Sanitätseinrichtungen:

Die mobilen Sanitätseinrichtungen der zivilen Sanitätsorganisationen und mobile Lazarette des Bundesheeres dienen der Versorgung von Kranken und Verwundeten in Schwerpunktgebieten, in denen die dort bestehenden Krankenhäuser für die Versorgung nicht ausreichen. Die mobilen Sanitätseinrichtungen sind vom verantwortlichen Koordinator in einer Übersicht mit ihrer Leistungsfähigkeit zu erfassen.

2.5. Notspitäler:

Heilstätten, Rehabilitationszentren u. ä. mit vorhandenen Operationseinrichtungen sind soweit sie günstig gelegen sind und die sofortige Möglichkeit der Räumung besteht, als Notspitäler für chirurgische Patienten vorzusehen.

2.6. Sanitätsbedarf:

2.6.1. Es ist Vorsorge zu treffen, daß folgender Sanitätsbedarf gelagert wird und für den Anlaßfall bereit steht:

Krankenbetten, Matratzen, Bettwäsche, Decken, Krankentragen (2.6.1.1.), Medikamente, Verbandstoffe, Narkose- und Desinfektionsmittel (2.6.1.2.), Operationssaal- und Laboreinrichtungen, Instrumente, medizinische Geräte (2.6.1.3.), Lebensmittel (2.6.1.4.).

2.6.1.1. Krankenbetten, Matratzen, Bettwäsche, Decken und Krankentragen:

In jeder Krankenanstalt sollten Notbetten (wenigstens 10% des planmäßigen Normalbettenstandes) einschließlich der dazu notwendigen Matratzen, Bettwäsche und Decken eingelagert werden. Auch eine zusätzliche Anzahl von Normkrankentragen ist in Vorrat zu halten.

2.6.1.2. Medikamente, Verbandstoffe, Narkose- und Desinfektionsmittel:

Dieser Sanitätsbedarf ist in den Krankenanstalten einzulagern. Eine größere Materialreserve ist im Krankenhaus . . . sowie . . . anzulegen.

A) Medikamente, Narkose- und Desinfektionsmittel sind einem planmäßigen Umwälzver-

fahren zu unterziehen, das von einem eigens dazu beauftragten Pharmazeuten laufend nach einem Zeitplan zu überwachen ist.

Allgemein wäre vorzusorgen, daß im Bundesland immer ein Vorrat an Verbandstoffen und Medikamenten bereitgehalten wird. In sanitätsversorgungsmäßig weniger erschlossenen Gebieten sollen auch die öffentlichen Apotheken zur Bevorratung für einen Zeitraum von mindestens einem Monat veranlaßt werden. Welche Gebiete dies sind, bestimmt der Landeshauptmann. Von der Überwachung durch den beauftragten Pharmazeuten werden sämtliche Vorratslager in den Krankenanstalten, bei den Drogengroßhandlungen, den Depositeuren, den pharmazeutischen Betrieben und bei den Verbandstoff-Firmen sowie in den Apotheken der sanitätsversorgungsmäßig weniger erschlossenen Gebiete erfaßt.

B) Ein Plan über die gesamte Bevorratung an Medikamenten, Verbandstoffen, Desinfektions- und Narkosemitteln, sowie über das Umwälzverfahren und über den Einsatz des beauftragten Pharmazeuten ist zu erstellen. Nach internationalen Vorbildern ist eine Bevorratung für sechs Monate anzustreben.

C) Die großen Industrieunternehmungen sind ebenfalls zur Schaffung entsprechender Vorratslager, vorwiegend von Verbandstoffen und Notfallmedikamenten — aber auch für die Schaffung von Noträumen für Verletzte — anzuregen.

2.6.1.3. Operationssaal- und Laboreinrichtungen sowie Instrumente und medizinische Geräte sind für einen zusätzlichen Bedarf im Anlaßfalle in Krankenanstalten zu lagern.

2.6.1.4. In sämtlichen Krankenanstalten ist die Einlagerung von haltbaren Lebensmitteln anzustreben.

2.6.2. Eine Übersichtsliste des für Anlaßfälle in den Krankenanstalten eingelagerten Sanitätsbedarfes ist zu führen und alljährlich zu ergänzen.

2.7. Transportmittel:

2.7.1. Für den Transport von Verwundeten und Schwerkranken stehen in erster Linie die Fahrzeuge und das Begleitpersonal der zivilen Sanitätsorganisationen zur Verfügung. Fahrzeuge und Begleitpersonal der Sanitätsorganisation des Bundesheeres können im Wege der Assistenzleistung angefordert werden. Der verantwortliche Koordinator führt eine Gesamtübersicht über das ganze Land.

2.7.2. Außerdem ist von jeder Bezirksverwaltungsbehörde ebenfalls im Rahmen des Bezirks-Sanitätsplanes eine Liste jener Autobusse und Lastkraftwagen anzulegen, die nötigenfalls in einem Anlaßfall der Umfassenden Landesverteidigung

als Kranken- und Verwundetentransportfahrzeuge herangezogen werden können. (Anforderung dieser Fahrzeuge nach dem Militärleistungsgesetz bei Einsatz des Bundesheeres gem. § 2, Abs. 1, lit. a, Wehrgesetz ist vorzubereiten.)

2.8. Sanitätspersonalplan:

2.8.1. Die personelle Versorgung aller Krankenanstalten im Anlaßfalle ist nach einem Sanitätspersonalplan sicherzustellen.

2.8.2. Für die Kennzeichnung des Sanitätspersonals nach den Bestimmungen der Genfer Konvention ist Vorsorge zu treffen.

2.8.3. Die Freistellung der notwendigen Ärzte und des übrigen Sanitätspersonals vom ao. Präsenzdienst ist durch den Krankenanstaltenträger nach hergestelltem Einvernehmen mit dem Militärkommando beim Bundesministerium für Landesverteidigung zu beantragen.

Die freiwilligen Sanitätsorganisationen haben die Freistellung des im Anlaßfall erforderlichen Personals von sich aus gemäß dem Erlaß des Bundesministeriums für Landesverteidigung, Zl. 30.562/170—5.9/80, beim Bundesministerium für Landesverteidigung zu beantragen.

2.8.4. Zur Erleichterung der klaglosen medizinischen Versorgung der Bevölkerung in einem Anlaßfalle ist diese zeitgerecht in geeigneter Form über die Möglichkeiten von Hilfeleistungen und Ausbildungen in Erster Hilfe und Pflege von Kranken (Hauskrankenpflege) zu informieren.

3. Maßnahmen im Anlaßfalle

3.1. Auslösung der Maßnahmen:

3.1.1. Die Auslösung der erforderlichen Maßnahmen ist im Landessanitätsplan zu regeln.

3.1.2. Im Anlaßfalle ist alles anzuordnen, was die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherstellt. Die im folgenden genannten Maßnahmen halten nur die wichtigsten Erfordernisse fest.

3.2. Aktivierung von Sanitätssammelstellen.

3.3. Alarmierung der Krankenanstalten zur Auslösung des Spitalskatastrophenplanes.

3.4. Vorgesehene Notspitäler für chirurgische Patienten sind freizumachen und einzurichten.

3.5. Übernahme und Einrichtung der Annexspitäler:

Der verantwortliche Koordinator hat anzuordnen, welche Annexspitäler zu übernehmen und einzurichten sind. Die erforderlichen Veranlassungen sind über die Bezirksverwaltungsbehörden zu treffen.

3.6. Kennzeichnung der Krankenanstalten und des Sanitätspersonals ist anzuordnen:

Die Kennzeichnung der Annexspitäler sowie des geschützten Sanitätspersonals nach den Bestimmungen der Genfer Konvention ist anzuordnen. Die bereits unter den Vorbereitungsmaßnahmen vorgesehene Kennzeichnung der bestehenden Krankenanstalten ist zu überprüfen.

3.7. Sanitätspersonalplan:

3.7.1. Die Stellenbesetzungen sind nach dem Sanitätspersonalplan durchzuführen.

3.7.2. Im Anlaßfall hat das gesamte ärztliche und sonstige Sanitätspersonal an Ort und Stelle zu verbleiben. Dies gilt insbesondere für den Verteidigungsfall. Auch das Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal in den Krankenanstalten hat seinen Dienst weiter zu verrichten. Es ist nicht vorgesehen, Krankenanstalten bei drohender Inbesitznahme durch eine fremde Macht zu räumen, vielmehr haben in diesem Falle die Krankenanstalten weiterhin die medizinische Versorgung der Patienten auch unter einer ausländischen Besatzungsmacht sicherzustellen. (Das gesamte Sanitätspersonal steht unter dem Schutze der Genfer Konvention.)

3.8. Sanitätsversorgung von Soldaten und Angehörigen des Heeresgefolges bei einem Einsatz des Bundesheeres:

Da im Anlaßfalle der Umfassenden Landesverteidigung in erhöhtem Ausmaß Soldaten und Angehörige des Heeresgefolges in die Krankenanstalten aufgenommen werden müssen, wird das hierfür nötige Pflege- und Führungspersonal durch das Bundesheer zu verstärken sein. Dieses ist durch die Militärkommanden in einem Anhang für den Sanitätspersonalplan vorausschauend festzulegen.

3.9. Bestattungswesen:

Grundsätzlich fällt die Bestattung von Toten in den Aufgabenbereich der Gemeinden. Vor der Bestattung von Toten muß deren Identifizierung erfolgen. Bei Seuchengefahr sind sanitäre Maßnahmen durch die zuständige Sanitätsbehörde anzuordnen.

Sanitätssammelstelle

Grundzüge für die Errichtung

In jeder Gemeinde sollte, Katastrophenfällen vorbeugend, eine Sanitätssammelstelle für den Anfall einer größeren Anzahl von behandlungsbedürftigen Personen geschaffen werden. Die Sanitätssammelstelle ist Zentrum der ambulanten Behandlung der Bevölkerung. Es werden dort die Aufgaben der Ersten Hilfe, der Triage (Auswahl der Verletzten), der Registrierung und Auskunft sowie der Vorbereitung von Patienten für den Abtransport zur Weiterbehandlung bzw. der Endbehandlung von Leichtverletzten und Leichtkranken wahrgenommen. Wegen der starken Schwankungen des zu erwartenden Patientenarfs muß bei der Planung der Sanitätssammelstelle auf große Flexibilität besonderer Wert gelegt werden. Die Sanitätssammelstelle wird in der Regel vom Gemeinde(Sprengel-, Distrikts-)arzt, im Fall der Aktivierung, betreut werden. Geeignete Helfer sind vorzusehen.

1. Allgemeine Anforderungen:

Vom Bürgermeister sind im Einvernehmen mit dem Gemeindearzt (Sprengelarzt, Distriktsarzt), die für eine Sanitätssammelstelle geeigneten Räumlichkeiten zu bestimmen. Die Größe der Räumlichkeiten wird von der zu betreuenden Bevölkerungszahl abhängig sein.

Eignungskriterien:

- 1.1. Die für eine Sanitätssammelstelle vorgesehenen Räumlichkeiten sollen witterungsgeschützt und heizbar sein und aus mehreren Einzelräumen bestehen. In der Nähe des Eingangs soll sich ein großer zentraler Raum zur ersten Sichtung und weiteren Verteilung der Ankommenden befinden. Besonders günstig wären Bauobjekte, die ebenerdig und möglichst stufenlos betretbar sind. Die Nähe einer Halle bzw. eines Turnsaales wären für die Erfordernisse einer Großkatastrophe empfehlenswert.
- 1.2. Die Sanitätssammelstelle soll nach Möglichkeit in der Nähe der Ordinationsräume des Gemeindearztes liegen.
- 1.3. Die Sanitätssammelstelle soll über eine gute Zufahrtsmöglichkeit für Rettungs- und Lastkraftfahrzeuge verfügen und von den Ortszufahrtsstraßen leicht erreichbar sein.
- 1.4. In der Sanitätssammelstelle sollen vorhanden sein:
 - Wasseranschluß bzw. Wassertank,
 - Stromanschluß — Beleuchtungsmöglichkeit,
 - eventuell Notbeleuchtung,
 - eventuell eine Unterkellerung mit Schutzraumcharakter.

2. Ausstattung:

Für die Einrichtung der Sanitätssammelstelle sollen vorhanden sein:

- Sessel und Bänke,
- einige Tische,
- genügend Raum zur Aufstellung von Liegestätten,
- Plastikeimer, Plastikkrüge und Trinkbecher,
- Reinigungsutensilien.

Eventuelle sonstige Erfordernisse:

- Telefonanschluß,
- Hinweisschilder,
- Kochgelegenheit.

3. Behandlungseinrichtungen:

Da eine ständige Vorratshaltung von Behandlungsutensilien bzw. Medikamenten nicht zweckmäßig erscheint, wäre das notwendige Behandlungsmaterial im Katastrophenfall zuerst aus dem Notapparat des Gemeindearztes in die Sanitätssammelstelle zu bringen. Anschließend wären von der nächsten Bezirksstelle einer zivilen Rettungsorganisation Notfallausrüstungen für die Sanitätssammelstelle anzufordern.

4. Notfallsausrüstungsdepots:

Von der Bezirksverwaltungsbehörde wäre die Errichtung von Notfallsausrüstungsdepots bei den Bezirksstellen der zivilen Rettungsorganisationen festzulegen. Diese Depots können aber auch bei den Amtsärzten der Bezirksverwaltungsbehörde und eventuell auch bei den Gemeinde-(Sprengel-, Distrikts-)ärzten eingerichtet werden. Diese Organisationen bzw. Personen sind für die Bereithaltung der notwendigen Notfallsausrüstungen zuständig und verpflichtet, im Katastrophenfall die Anlieferung der notwendigen Gegenstände vorzubereiten. Der Abruf und Transport der Depots durch die aktivierte Sanitätssammelstelle ist zu organisieren. Der Inhalt der Notfallsausrüstung wäre in Einheiten zur Versorgung von je 100 Personen anzulegen und standardisiert in Containern abzupacken.

4.1. Liegen — Tragen.

4.2. Decken.

4.3. Behandlungsmaterial (standardisierter Katastrophenkoffer):

4.3.1. zum Freihalten der Atemwege:

- Laryngoskop, Mayo-Tuben, verschiedene Größen von Intratracheal-Tuben, Tracheostomie-Besteck,
- mechanisch betreibbarer Respirator und Absaugger.

- 4.3.2. Blutstillung:
Druckverbände, Nahtmaterial, Arterienklemmen
- 4.3.3. Schock-Behandlung:
Infusionsflaschen mit Ringer — Lactat und Plasma-expander.
- 4.3.4. Verbandmaterial und Schienen:
Diverse Mullbinden, Dreieckstücher, steriler Verbandmull, Zellstoff, Sicherheitsnadeln, Leukoplastrollen.
Schienen, Polsterwatte.
Wunddesinfektionsflüssigkeit, Wundsalbe, Wundpuder.
Verbandschere, Pinzetten.
Patientenbegleitkarten, Kugelschreiber, Hautstifte.
- 4.3.5. Medikamentenmindestausstattung:
Ampullen mit:
Morphinum hydrochloricum 0,01
Coffein. natr. benz. 0,3
Valium 10 mg
Novanaest purum
Depot-Penicillin-Spritzampullen

Orale Medikamente:

Acid. acetylosahcyclicum 0,5
Penicillin Oral

5. Medikamentenvorrat:

Ein entsprechend großer Vorrat an Notfallmedikamenten wäre vom Arzt, der die Sanitätssammelstelle zu betreuen hat, vorzusehen. Für Medikamentennachschub wäre entsprechende Vorsorge zu treffen.

6. Aktivierung der Sanitätssammelstelle:

Die Aktivierung erfolgt durch den Bürgermeister oder durch den von diesem für einen Katastrophenfall Beauftragten. Durch den Bürgermeister oder durch den Katastrophenbeauftragten ist ein Verzeichnis der für die Besetzung der Sanitätssammelstelle vorgesehenen Personen, und wo diese erreicht werden können, in der erforderlichen Reihenfolge anzulegen. Für die Anwesenheit eines Arztes in der Sanitätssammelstelle, schon möglichst vor Ankunft der Patienten, ist Vorsorge zu treffen.

In der Sanitätssammelstelle ist ein Adressen- bzw. Telefon-Verzeichnis der örtlichen Rettungsorganisationen, Ärzte und Spitäler aufzulegen.

Resümeeprotokoll der 5. Sitzung des Beirats für Katastrophenmedizin am 19. Februar 1981 betreffend Katastrophenkoffer

Nach Meinung der Mitglieder des Beirates ist der Inhalt der vorgestellten Modelle 1 (Abb. 1) und 2 für die Versorgung von ca. 100 Verletzten mit verschiedensten Verletzungsarten ausreichend. Die Modelle 3 und 4 könnten als zusätzliche Verbandmaterial-Ausrüstung bei einer zu erwartenden größeren Anzahl von Verletzten fungieren.

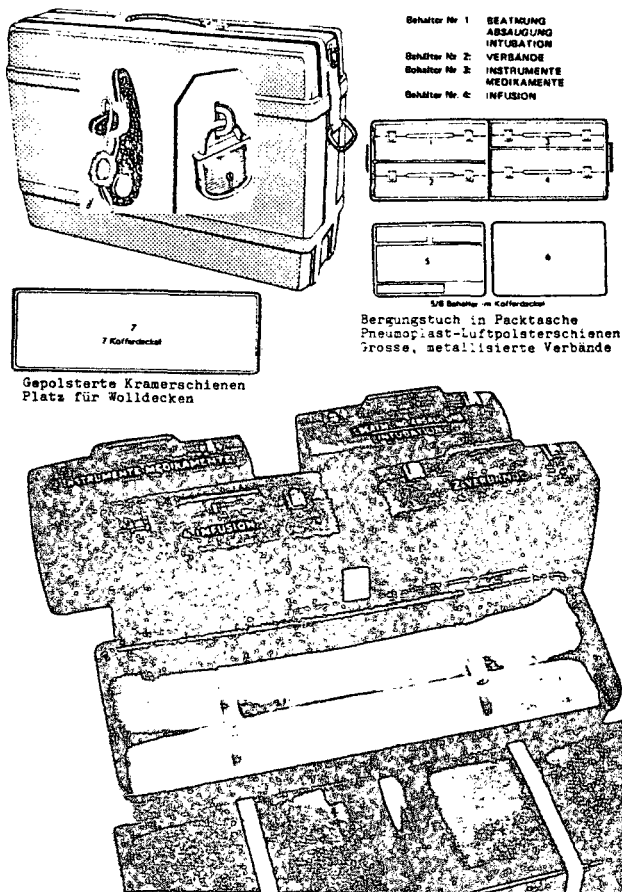
Als **Zusammenfassung** der regen Diskussion empfiehlt der Beirat:

Möglichst jede Gemeinde soll für ihre Bürger Vorsorge für Katastrophenfälle treffen und dabei gemäß

dem Konzept der „Sanitätssammelstelle“ vorgehen. Für die Ausstattung derartiger Sanitätssammelstellen empfiehlt der Beirat, bundesweit einheitliche „Katastrophenkoffer“ (Einheiten für 100 Verletzte) anzuschaffen, wobei die erwähnten Modelle empfohlen werden können. Die Lagerung dieser Katastrophenkoffer sollte, je nach örtlichen Gegebenheiten, bei den Bezirksstellen der Sanitätsorganisationen, bei den Amtsärzten oder eventuell bei den Gemeinde- bzw. Sprengelärzten erfolgen. Die Wartung muß garantiert sein, um die jederzeitige Einsatzbereitschaft zu gewährleisten.

MODELL 1

Abb. 1. Gliederung des Katastrophenkoffers (Rettungsbox)



Inhalt des Katastrophenkoffers (Modell 1, Rettungsbox)

Behälter Nr. 1: BEATMUNG, ABSAUGUNG, INTUBATION

BEATMUNGSBEUTEL samt Ansätzen für

- O₂-Zuführung und Sauerstoff-Reservoir,
- Anästhesieventil mit kurzem Ansatzschlauch,
- Atemmaske für Erwachsene,
- Atemmaske für Kinder (ca. 1 bis 12 Jahre),
- Halteband für Gesichtsmaske,
- Faltenschlauch ca. 80 cm, als Verlängerungsschlauch oder Sauerstoff-Reservoir,
- 4 Rachentuben n/Guedel, sort.

2 BEATMUNGSMASKEN zur Atemspende,

1 BEATMUNGSMASKE zur Atemspende mit O₂-Anschluß,

ABSAUGGERÄT mit Saugschlauch, Sekretflasche und Halteband,

- Druckpatrone (Aerosol) samt Inhaltsanzeige (bereits mit Absauggerät gebrauchsfertig zusammengestellt),
- Ersatzkartusche

LARYNGOSKOP mit 3 Spateln, Lämpchen und Batterie, mit einem Satz Connectoren = 8 Winkelansätze zur Verbindung zwischen Beatmungsbeutel und Endotrachealtuben,

- Halterung mit je 3 Endotrachealkatheter und Absaugkatheter,
- 1 Spritze, 10 ml, zum Aufblasen der Kathetermanschetten,

2 INFUSIONSSTATIVE, freiteilige Halterung, ca. 1 m hoch, auch für Absauggerät, inklusive eingebauter Halterung.

Behälter Nr. 2: VERBANDSTOFFE

- 8 Dreiecktücher, weiß,
- 8 Mullbinden, festkantig, 4 m x 10 cm,
- 6 Mullbinden, festkantig, 4 m x 8 cm,

6 Mullbinden, festkantig, 4 m x 6 cm,

2 Bandagen, 8 cm

1 Bandage, 10 cm,

1 Binde, 5 m x 5 cm,

1 Binde, 5 m x 2,5 cm,

1/25 FILMULIN-Kompressen, Gr. II

1/42 Hansaplast-Strips,

2 Kompressionsverbände,

6 Verbandpäckchen, Gr. IV,

6 Verbandpäckchen, Gr. III,

5 Verbandpäckchen, Gr. II,

1 Tamponadebinde, 5 m x 2 cm,

1 Spulenpflaster, 5 m x 2,5 cm,

1 Spulenpflaster, 5 m x 1,25 cm,

1 Plastikdose, glasklar, 7,5 x 10 x 5 cm, enthaltend:

- 1 Augenbinde,
- 1 Augenklappe,
- 4 Lederfingerlinge,
- 5 Fingerschnellverbände,

1 kleine Plastikzelle, enthaltend:

- 5 Verbandklammern, lang, schmal,
- 5 Verbandklammern, kurz, breit,
- 1 Verbandschere, 14,5 cm, rostfrei,
- 3 Almulin-Verbände, 1:4 m,
- 1 Pflasterschnellverband, 1 m x 4 cm,
- 2 Pflasterschnellverbände, 1 m x 6 cm,
- 1 Pflasterschnellverband, 1 m x 8 cm,
- 1 Spulenpflaster, 5 m x 5 cm,

1 kleine Plastikzelle, enthaltend:

- 2 Dtzd. Sicherheitsnadeln,
- 1/10 Kompressen, 9 x 10 cm,
- 2/10 Kompressen, 5 x 9 cm,
- 1/10 Komresse, 15 x 9 cm,
- 3 Dreiecktücher.

Behälter Nr. 3: DIAGNOSTIK, INSTRUMENTE, MEDIKAMENTE

- 1 Blutdruckmesser, geeicht, in Skai-Etui mit Reißverschluss,
- 1 Stethoskop, mit besonders flachem Membranbruststück, auch unter Blutdruckmessermanschette schiebbar,
- 1 Stirnlampe mit Batterie,
- 1 Taschenlampe mit Batterie,
- 1 Esmarchschlauch mit Kette,
- 1 Kunststoffkassette mit Druckknopfverschluss, rot, Größe: 21 x 10 x 6,5 cm, enthaltend:
 - 1 Verbandschere n/Seutin, 20 cm, rostfrei,
 - 1 Verbandschere spitz-stumpf, 14,5 cm, rostfrei, gerade,
 - 1 Verbandschere spitz-stumpf, 14,5 cm, rostfrei, gebogen,
 - 1 Splitterpinzette n/Feilchenfeld, 11,5 cm, rostfrei,
 - 5 Anatomische Pinzetten (Einmalgerät),
 - 1 Ohrpinzette n/Troeltsch, rostfrei,
 - 10 Nabelklemmen (Einmalgerät),
 - 1 Kornzange, 18 cm, rostfrei,
 - 1 Nadelhalter, rostfrei, ca. 18 cm,
 - 12 Nadel-Faden-Kombinationen,
 - 1 Fieberthermometer in Metallhülse,
 - 1 Splitterpinzette n/Stieglitz, rostfrei,
 - 1 Skalpellgriff,
 - 6 Skalpellklingen, steril,
 - 1 Augenmagnetsonde mit Schlinge.
- 3 OP-Schürzen (Einmalgebrauch),
- 100 Stück Einmalhandschuhe

J. K. H. 4

MITTEILUNGEN DER ÖSTERREICHISCHEN SANITÄTSVERWALTUNG

Behälter Nr. 4 INFUSION und INJEKTION

- 4 Einmalspritzen, 2 ml,
- 5 Einmalspritzen, 5 ml,
- 5 Einmalspritzen, 10 ml,
- 15 Einmalkanülen,
- 15 Alkoholtupfer,
- 1 Ampullenschachtel mit Ampullenfeilen,
- 2 Kunststoffkassetten, glasklar, mit Scharnierdeckel, Größe 18 x 11,5 x 4 cm,
- 4 Infusions-Gel., komplett mit Infusionsgerät
- 2 Infusionsständer

Deckeleinsatz Nr. 5 BERGUNG und TRANSPORT

- 1 Bergungstuch aus Segeltuch, mit 6 Traggriffen, in Packtasche,
- 10 Rettungsdecken, silber/silber

Deckeleinsatz Nr. 6. SCHIENEN und VERBANDSTOFFE für großflächige Verletzungen

- 1 PNEUMOPLAST-POLYAMID-Beinschiene,
- 1 PNEUMOPLAST-POLYAMID-Armschiene,
- 1 PNEUMOPLAST-POLYAMID-Kopfpolstertasche,
- 1 PNEUMOPLAST-POLYAMID-Nackenstütze,
- 2 Verbandtücher, 40 x 60 cm,
- 2 Verbandtücher, 35 x 45 cm,
- 1 Verbandtuch, 60 x 80 cm,
- 1 Verbandtuch, 120 x 73 cm,

Kofferdeckel Nr. 7:

- 8 Kramerschiene, 2teilig, mit Schaumgummi gepolstert, 60 x 80 cm, gebrauchsfertig,
- 2 Kramerschiene, 2teilig, mit Schaumgummi gepolstert, 80 x 8 cm, gebrauchsfertig

*MODELL 2**Inhalt des Katastrophenkoffers (Rettungskoffer)*)*

- 8 Dreiecktücher, weiß,
- 8 Mullbinden, festkantig, 4 m x 10 cm,
- 6 Mullbinden, festkantig, 4 m x 8 cm,
- 6 Mullbinden, festkantig, 4 m x 6 cm,
- 2 Bandagen, 8 cm,
- 1 Bandage, 10 cm,
- 1 Binde, 5 m x 5 cm,
- 1 Binde, 5 m x 2,5 cm,
- 1 Allzweckbinde,
- 2 Skum-Bind, 1 m x 6 cm,
- 1/25 FILMULIN-Kompressen, Gr. II,
- 1/42 Hansaplast-Strips,
- 2/5 Neatseal-Kombipackung,
- 2 Kompressionsverbände,
- 6 Verbandpäckchen, Gr. IV,
- 6 Verbandpäckchen, Gr. III,
- 5 Verbandpäckchen, Gr. II,
- 1 Tamponadebinde, 5 m x 2 cm,
- 1 Spulenpflaster, 5 m x 2,5 cm,

*) Beschaffenheit: stabile Metallausführung, in Signalfarbe orange, Größe: 54,5 x 31 x 24,5 cm, in der Mitte aufklappbar, jede Seite ist innen zusätzlich mit einem verschließbaren Kunststoffdeckel abgedeckt, so daß ein Herausfallen des Inhaltes beim Öffnen unmöglich ist. Mit Koffertraggriff und abgerundetem Eckenschutz.

Der Koffer kann plombiert werden.

Eine Spezialdichtung verhindert das Eindringen von Schmutz und Feuchtigkeit.

- 1 Spulenpflaster, 5 m x 1,25 cm,
- 2 Plastikdosen, glasklar, 9 x 7 x 2,5 cm,
- 1 Augenbinde,
- 1 Augenklappe,
- 4 Lederfingerlinge,
- 2 Verbandmull, 1/4 m,
- 2/100 Gazetupfer, 8 x 8 cm,
- 5 Fingerschnellverbände,
- 1 kleine Plastikzelle, enthaltend:
 - 5 Verbandklammern, lang, schmal,
 - 5 Verbandklammern, kurz, breit,
- 1 Verbandschere, 14,5 cm, rostfrei
- 3 Verbände, 1 4 m,
- 1 metallisiertes Verbandtuch, 60 x 80 cm,
- 1 metallisiertes Brandwundenverbandpäckchen, 40 x 60 cm,
- 1 Pflasterschnellverband, 1 m x 4 cm,
- 2 Pflasterschnellverbände, 1 m x 6 cm,
- 1 Pflasterschnellverband, 1 m x 8 cm,
- 1 Spulenpflaster, 5 m x 5 cm,
- 1 kleine Plastikzelle, enthaltend:
 - 2 Dtz. Sicherheitsnadeln,
 - 1/10 Kompressen, 9 x 10 cm,
 - 2/10 Kompressen, 5 x 9 cm,
 - 1/10 Kompressen, 15 x 9 cm,
 - 2 Melolin-Kompressen, 10 x 10 cm,
 - 3 Dreiecktücher,
 - 1 Arterienabbinder aus Gummi,
- 1 Plastikkassette, enthaltend, einzeln steril verpackt:
 - 1 Splitterpinzette n/Feilchenfeld, 11,5 cm, rostfrei,
 - 1 anatomische Pinzette, 14,5 cm, rostfrei,
 - 1 Verbandschere, 14,5 cm, rostfrei
 - 10 Alkoholtupfer,
 - 2 Einmal-Skalpelle,
 - 1 Augenmagnetsonde,
 - 1 Verbandschere n/Lister, 18 cm, rostfrei,
 - 100 Einmal-Handschuhe,
 - 5 Einmal-Nabelklemmen,
- 1 PNEUMOPLAST-POLYAMID-Beinschiene,
- 2 Rettungsdecken, silber/silber,
- 1 Einmal-Infusionsbesteck,
- 1/500 ccm Infusionsflüssigkeit,
- 1 Blutdruckmeßgerät,
- 1 Stethoskop — Planoscope,
- 1/4 Guedel-Tuben, in Säckchen,
- 1 Absauggerät, komplett,
- 1 Beatmungsbeutel, komplett

*MODELL 3**Inhalt des Katastrophenkoffers (Kunststoffkoffer)**)*

- 8 Dreiecktücher, weiß,
- 8 Mullbinden, festkantig, 4 m x 10 cm,
- 6 Mullbinden, festkantig, 4 m x 8 cm,
- 6 Mullbinden, festkantig, 4 m x 6 cm,
- 2 Bandagen, 8 cm,
- 1 Bandage, 10 cm,
- 1 Binde, 5 m x 5 cm,
- 1 Binde, 5 m x 2,5 cm,
- 1/25 FILMULIN-Kompressen, Gr. II,
- 1 42 Hansaplast-Strips,

***) Beschaffenheit orange, Größe 47,5 x 36,5 x 18 cm, mit Traggriff, herabklappbarem Deckel, sowie herausziehbaren Schubladen. Damit ist eine übersichtliche Einteilung gegeben.

- 2 Kompressionsverbände,
- 6 Verbandpäckchen, Gr. IV,
- 6 Verbandpäckchen, Gr. III,
- 5 Verbandpäckchen, Gr. II,
- 1 Tamponadebinde, 5 m x 2 cm,
- 1 Spulenpflaster, 5 m x 2,5 cm,
- 1 Spulenpflaster, 5 m x 1,25 cm,
- 1 Plastikdose, glasklar, 7,5 x 10 x 5 cm, enthaltend:
 - 1 Augenbinde,
 - 1 Augenklappe,
 - 4 Lederfingerlinge,
- 5 Fingerschnellverbände,
- 1 kleine Plastikzelle, enthaltend:
 - 5 Verbandklammern, lang, schmal,
 - 5 Verbandklammern, kurz, breit,
- 1 Verbandschere, 14,5 cm, rostfrei,
- 1 Verbandschere n/Lister,
- 3 Verbände, 1/4 m,
- 1 Pflasterschnellverband, 1 m x 4 cm,
- 2 Pflasterschnellverbände, 1 m x 6 cm,
- 1 Pflasterschnellverband, 1 m x 8 cm,
- 1 Spulenpflaster, 5 m x 5 cm,
- 1 kleine Plastikzelle, enthaltend:
 - 2 Dtz. Sicherheitsnadeln,
- 1/10 Kompressen, 9 x 10 cm,
- 2/10 Kompressen, 5 x 9 cm,
- 1/10 Kompressen, 15 x 9 cm,
- 3 Dreiecktücher,
- 1 Taschenmaske

MODELL 4*Inhalt des Katastrophenkoffers (Kunststoffkoffer)***)*

- 8 Dreiecktücher, weiß,
- 8 Mullbinden, festkantig, 4 m x 10 cm,

***) Beschaffenheit: grau, Größe: 36 x 27 x 12 cm, mit Traggriff, Schnappverschlüssen, Inhalt in Klarsicht-Kunststoffbehälter zusätzlich verpackt.

- 6 Mullbinden, festkantig, 4 m x 8 cm,
- 6 Mullbinden, festkantig, 4 m x 6 cm,
- 2 Bandagen, 8 cm,
- 1 Bandage, 10 cm,
- 1 Binde, 5 m x 5 cm,
- 1 Binde, 5 m x 2,5 cm,
- 1/25 FILMULIN-Kompressen, Gr. II,
- 1/42 Hansaplast-Strips,
- 2 Kompressionsverbände,
- 6 Verbandpäckchen, Gr. IV,
- 6 Verbandpäckchen, Gr. III,
- 5 Verbandpäckchen, Gr. II,
- 1 Tamponadebinde, 5 m x 2 cm,
- 1 Spulenpflaster, 5 m x 2,5 cm,
- 1 Spulenpflaster, 5 m x 1,25 cm,
- 1 Plastikdose, glasklar, 7,5 x 10 x 5 cm, enthaltend:
 - 1 Augenbinde,
 - 1 Augenklappe,
 - 4 Lederfingerlinge,
- 5 Fingerschnellverbände,
- 1 kleine Plastikzelle, enthaltend:
 - 5 Verbandklammern, lang, schmal,
 - 5 Verbandklammern, kurz, breit,
- 1 Verbandschere, 14,5 cm, rostfrei,
- 1 Verbandschere n/Lister,
- 3 Almulin-Verbände, 1/4 m,
- 1 Pflasterschnellverband, 1 m x 4 cm,
- 2 Pflasterschnellverbände, 1 m x 6 cm,
- 1 Pflasterschnellverband, 1 m x 8 cm,
- 1 Spulenpflaster, 5 m x 5 cm,
- 1 kleine Plastikzelle, enthaltend:
 - 2 Dtz. Sicherheitsnadeln,
- 1/10 Kompressen, 9 x 10 cm,
- 2/10 Kompressen, 5 x 9 cm,
- 1/10 Kompressen, 15 x 9 cm,
- 3 Dreiecktücher,
- 1 Taschenmaske

Spitals-Katastrophenplan**Empfehlungen zur Organisation des Krankenhauses für den Katastropheneinsatz****Gliederung**

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Allgemeines <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Rechtsgrundlagen 1.2. Begriffsbestimmung der Katastrophe 1.3. Wesensmerkmale der Katastrophenmedizin 1.4. Allgemeine Richtlinien für Diagnostik und Therapie 1.5. Führung des Krankenhauses <ul style="list-style-type: none"> 1.5.1. Lagebeurteilung 1.5.2. Lagemeldung 1.5.3. Konsequenzen der Lage im Krankenhaus 1.5.4. Zentrale Führungsstelle <ul style="list-style-type: none"> 1.5.4.1. Personelle Besetzung 1.5.4.2. Aufgaben | <ul style="list-style-type: none"> 1.5.4.3. Unterbringung und Ausstattung 1.6. Panikprophylaxe 1.7. Planungsgrundsätze <ul style="list-style-type: none"> 1.7.1. Versorgungsleistung des Krankenhauses 1.7.2. Personaleinsatz 1.8. Erstellung des Katastrophenplanes 2. Organisatorische Vorbereitungen <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Alarmierung <ul style="list-style-type: none"> 2.1.1. Alarmauslösung 2.1.2. Alarmierungslisten 2.1.3. Alarmierung im Hause 2.1.4. Alarmierung außer Hause gezielt <ul style="list-style-type: none"> 2.1.4.1. telefonisch mit Einzelanrufen |
|---|--|

- 2.1.4.2. telefonisch nach dem Schneeballsystem
- 2.1.4.3. durch Funk
- 2.1.4.4. Abholung durch Sammeltransport
- 2.1.5. Alarmierung außer Hause ungezielt
- 2.1.6. Ausweise und Erkennungsschilder
 - 2.1.6.1. Persönliche Ausweise
 - 2.1.6.2. Erkennungsschilder für Kraftfahrzeuge
 - 2.1.6.3. Aufbewahrung
- 2.2. Nachrichtenverkehr
 - 2.2.1. Telefon
 - 2.2.2. Telefon über Geheimnummern
 - 2.2.3. Funk
 - 2.2.4. Boten
 - 2.2.5. Information im Hause
 - 2.2.6. Auskunftsstelle für Angehörige
 - 2.2.7. Auskunftsstelle für Medien
- 2.3. Verkehrsregelung
 - 2.3.1. Kenntlichmachung der Zufahrten zum Krankenhaus
 - 2.3.2. Zufahrtsstraßen
 - 2.3.3. Verkehrsregelung im Krankenhausareal
- 2.4. Versorgungsstraße
 - 2.4.1. Stauraum
 - 2.4.2. Untersuchungsräume
 - 2.4.3. Präoperative Intensivpflege
 - 2.4.4. Pflegezone
 - 2.4.5. Behandlungsräume für Leichtverletzte
 - 2.4.6. Isolierraum
- 2.5. Dokumentation
 - 2.5.1. Kurzdokumentation, Registratur
 - 2.5.2. Effekten
- 2.6. Ausweichunterkünfte
- 3. Personelle Vorbereitungen
 - 3.1. Katastrophenplan — beauftragter Arzt
 - 3.2. Information
 - 3.2.1. Informationsziele für
 - 3.2.1.1. Krankenhausführung und leitende Ärzte
 - 3.2.1.2. alle
 - 3.2.2. Durchführung
 - 3.2.2.1. Information der Krankenhausführung
 - 3.2.2.2. Schulung für alle
 - 3.3. Personaleinsatz und spezielle persönliche Aufgaben
 - 3.3.1. Erfassung
 - 3.3.2. Spezielle Aufgaben
 - 3.4. Hausfremdes Personal
 - 3.5. Ablösedienst
- 4. Materielle Vorbereitungen
 - 4.1. Bauliche Vorbereitungen
 - 4.1.1. Versorgungsstraße
 - 4.1.2. Wasserversorgung
 - 4.1.3. Hubschrauberlandeplatz
 - 4.1.4. Abstellplatz für Funkwagen
 - 4.1.5. Abstellplätze für Versorgungsfahrzeuge, Entwesungsfahrzeuge, Leichentransportwagen
 - 4.1.6. Lagerräume
 - 4.1.7. Erholungsraume für das Personal
 - 4.1.8. Massenunterkünfte
 - 4.2. Technische Vorbereitungen
 - 4.2.1. Notbeleuchtung — Stromanschlüsse
 - 4.2.2. Nachrichtsmittel — Telefon — Funk
 - 4.2.2.1. Geheimnummern
 - 4.2.2.2. Ausstattung mit Funk
 - 4.3. Vorräte
 - 4.3.1. Medikamente, Verbandstoffe, Verbandmaterial
 - 4.3.2. Blutersatz
 - 4.3.3. Beschriftungen
 - 4.3.4. Funktionsschilder für das Personal
 - 4.3.5. Dokumentationsmaterial
 - 4.3.6. Wäsche
 - 4.3.7. Raum für Katastrophenmaterialien
- 5. Sofortmaßnahmen im Katastrophenfall
 - 5.1. Alarmierung
 - 5.1.1. Auslösung des Alarms
 - 5.1.2. Umstellung des Telefons auf Tonband
 - 5.1.3. Inbetriebnahme der Geheimnummern
 - 5.1.4. Alarmierung der Funktionsbereiche des Krankenhauses
 - 5.1.5. Alarmierung des Personals außer Hause
 - 5.2. Besetzung der Zentralen Führungsstelle
 - 5.2.1. Kontakte
 - 5.2.2. Erfassung des eintreffenden Personals
 - 5.2.3. Zernierung des Krankenhausareals
 - 5.2.4. Entfernung der Besucher
 - 5.2.5. Einrichtung der Informationsstellen
 - 5.2.6. Ausgabe der Materialien
 - 5.2.7. Umstellung der Lifte auf Betrieb mit Liftbegleitern
 - 5.2.8. Aufstellung von Notliegen in Massenunterkünften
 - 5.3. Versorgungsstraße
 - 5.3.1. Kenntlichmachung der Funktionsräume
 - 5.3.2. Besetzung der Funktionsräume
 - 5.3.3. Einrichtung der Funktionsräume
 - 5.4. Stopp der Routinearbeit
 - 5.4.1. Bettenstation
 - 5.4.2. Operationstrakt
 - 5.5. Information der zentralen Führungsstelle
- 6. Katastrophen-Plan (Kat.-Plan) — Übungen im Krankenhaus
 - 6.1. Übungsziele
 - 6.1.1. Durchführbarkeit
 - 6.1.2. Zeitaufwand
 - 6.1.3. Training

6.2. Praktische Durchführung

6.2.1. Teilübungen

6.2.2. Angesagte Übungen

6.2.2.1. Übungsleiter

6.2.2.2. Übungsüberwachung

6.2.2.3. Übungseinlagen

6.2.2.4. Übungsbesprechung

6.2.3. Übungen ohne Vorankündigung

6.3. Verwertung von Übungserfahrungen

1. Allgemeines

1.1. Rechtsgrundlagen

Jeder Plan zur Versorgung von Katastrophenopfern muß sich auf die in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlichen Rechtsgrundlagen stützen. Diese (Landeskatastrophenschutzgesetz, Erlaß der Landessanitätsdirektion) sind deshalb an den Beginn des schriftlichen Kat.-Planes zu stellen.

1.2. Begriffsbestimmung der Katastrophe

Als Katastrophe im Sinne dieses Planes gilt ein durch Gewalt, Natur- oder anderes Ereignis ausgelöster Notstand, der zu einem Massenansturm von Patienten führt und eine rasche Leistungssteigerung des Krankenhausbetriebes erforderlich macht.

1.3. Wesensmerkmale der Katastrophenmedizin

Im Katastrophenfall besteht ein eklatantes Mißverhältnis zwischen Hilfsbedürfnis und Hilfsmöglichkeiten, das zu einem von der Routine des medizinischen Alltags abweichenden Vorgehen zwingt. Die Bemühung, jedem einzelnen rasch und in vollem Umfang zu helfen, hat zu Gunsten der Sorge um die Bedürfnisse aller Opfer zurückzutreten. Ziel muß es sein, die Summe der Verluste so klein wie möglich zu halten. Die beschränkten personellen und materiellen Möglichkeiten zwingen in erhöhtem Maße zu

rationellem diagnostischem und therapeutischem Vorgehen, Vereinfachung und Standardisierung aller Maßnahmen,

etappenweiser Behandlung (2.4.3.).

Wie die Analyse von Großkatastrophen der letzten Jahrzehnte zeigte, ist die häufigste Katastrophenfolge der Massenansturm von Verletzten. Dieser empirischen Erkenntnis wird deshalb in der organisatorischen, personellen und materiellen Planung in erster Linie Rechnung getragen.

Beim Massenansturm von Kranken ist der Plan hinsichtlich der personellen Besetzung der Führungs- und Funktionsbereiche entsprechend abzuändern.

1.4. Allgemeine Richtlinien für Diagnostik und Therapie

Von Höchstmaß an ärztlicher Hilfeleistung ist beim Massenansturm von Verletzten nur möglich, wenn die Opfer in indikations- und sinnvoller Reihenfolge untersucht und behandelt werden. Jeder Maß-

nahme muß daher die Auswahl (Triage) der Verletzten bzw. Erkrankten hinsichtlich der Dringlichkeit des Vorgehens vorausgehen.

Die Triage ist die schwierigste und wichtigste Aufgabe des Arztes im Katastrophenfall. Sie verlangt fachtechnisches Urteilsvermögen auf Grund großer und vielseitiger medizinischer Erfahrung, Diagnostik mit einfachsten Mitteln, sowie Mut zur Verantwortung und raschen Entscheidung. Innere Sicherheit und Autorität sind notwendig, um in der Turbulenz des Geschehens richtige und durchführbare Entscheidungen zu treffen.

Die Triage muß daher dem erfahrensten Arzt (je nach Art des Katastrophenfalls) übertragen werden.

Der Ort seines Wirkens ist in erster Linie die Aufnahmezone, und nicht der Operationssaal (2.4.1.), (2.4.2.). Grundsätze und Methodik der Triage müssen von allen leitenden Ärzten und Oberärzten, insbesondere der chirurgischen und unfallchirurgischen Abteilungen, beherrscht werden.

1.5. Führung des Krankenhauses (lt. Krankenanstaltengesetz kollegiale Führung: ärztlicher Leiter, Verwaltungsleiter, Leiter des Pflegepersonals)

Die Führung des Krankenhauses muß dauernd gewährleistet sein. Im Katastrophenfall muß bekannt sein, wer den ärztlichen Leiter bis zu seinem Eintreffen vertritt, den Alarm auslöst und das Anlaufen der im Kat.-Plan festgelegten Sofortmaßnahmen anordnet.

Mit einer Katastrophensituation muß immer gerechnet werden. Es ist deshalb für die Zeit der Abwesenheit des ärztlichen Leiters und seines Stellvertreters, ein Vertreter aus der ärztlichen Dienstmannschaft zu bestimmen. In Krankenhäusern mit mehreren Abteilungen kommt dafür ein Oberarzt aus einer Abteilung in Frage, die voraussichtlich nicht primär mit der Versorgung der Opfer befaßt sein wird (2.1.1.), (5.1.1.), (5.2.).

1.5.1. Lagebeurteilung

Oberste Voraussetzung für richtige Führungsentscheidungen sind wiederholte Lagebeurteilungen.

Die Lage wird bestimmt:

Vom Auftrag (die politische Behörde betraut das Krankenhaus mit der Funktion der Zwischenversorgung oder dem Auftrag der Endversorgung. Von der örtlichen Einsatzleitung ist möglichst frühzeitig die Spitalseinsatzleitung über Art und Umfang des voraussichtlichen Verletztenansturms zu informieren, damit diese auch auf längere Sicht hin eine gezielte Einsatzplanung veranlassen kann, um eine Vollausslastung der Operations- und Behandlungskapazität, auch auf einen längeren Zeitraum hin, gewährleisten zu können),

von der Zahl der eingelieferten Fälle,

von dem Verletzungsgrad der Opfer,

von der Versorgungsleistung des Krankenhauses zum Zeitpunkt des Geschehens (1.7.1.).

1.5.2. Lagemeldung

Die Lage im Krankenhaus muß der Katastrophen-Einsatzleitung (politische Behörde) in regelmäßigen Abständen gemeldet werden. Dazu muß die Krankenhausführung in regelmäßigen Abständen von den einzelnen Abteilungen des Krankenhauses Lagemeldungen erhalten. Aktuelle Lagemeldungen bilden die wesentliche Voraussetzung für eine sinnvolle Verteilung und Weiterleitung der Opfer aus dem Katastrophengebiet (1.5.4.2.).

1.5.3. Konsequenzen der Lage für das Krankenhaus

Die festgestellten Lageänderungen haben eine Änderung der Organisation im Krankenhaus zur Folge, erfordern eventuelle Evakuierungs- und Verlegungsmaßnahmen (2.6.), (4.1.8.), (5.4.2.) und sind die Voraussetzung für die Steuerung des Nachschubs.

Eine veränderte Lage im und außerhalb des Krankenhauses kann auch zu einer anderen Einstufung einzelner Opfer im Rahmen der Triage führen.

1.5.4. Zentrale Führungsstelle

Das Instrument der Krankenhausführung ist die Zentrale Führungsstelle.

1.5.4.1. Personelle Besetzung:

Ärztliche Leiter

mindestens ein weiterer Arzt (Oberarzt)

Leitung des Pflegedienstes

Verwaltungsleiter

ein Krankenhaustechniker (Verantwortlicher für die technischen Dienste)

zwei Schreibkräfte

zwei Boten.

1.5.4.2. Aufgaben

Führung des Krankenhauses während der Dauer des Kat.-Einsatzes. Alle Mitglieder unterstützen den ärztlichen Leiter. Er delegiert Teilaufgaben, z. B.:

Alarmierung des Personals und Personaleinteilung (1.7.2.), (2.1.1.), (3.2.), (3.3.), (5.1.1.), (5.1.4.), (5.1.5.), (5.2.), (5.3.),

Information (5.2.5.) an:

Behörde (1.5.2.),

Personal und Patienten über Lage und notwendige Maßnahmen (2.2.5.),

Angehörige (2.2.1.), (2.2.6.),

Kontakt und Zusammenarbeit mit Exekutive, Feuerwehr und freiwilligen Hilfsorganisationen (2.1.4.2.), (2.1.5.), (2.3.1.), (2.3.2.), (4.1.2.), (4.2.2.2.), (4.3.2.), (5.2.1.), (5.2.3.),

Organisation von Verlegungen und Evakuierungen (2.6.), (4.1.8.),

Materialbeschaffung.

1.5.4.3. Unterbringung und Ausstattung

Die Zentrale Führungsstelle soll möglichst zentral in einem großen Raum untergebracht sein, verfügen über

mindestens zwei Teletenapparate für Führungsgespräche nach außen (Geheimnummernanschlüsse) (2.2.2.), (4.2.2.1.), (5.1.3.),

ein „rotes Teleten“ unabhängig von der Zentrale,

weitere über Haustelevone (2.2.5.),

eine übersichtliche Planskizze vom Krankenhaus und dem umliegenden Gebiet (an der Wand),

eine Landkarte der Region (an der Wand)

und eine Wandtafel zur Anzeige des Personaleinsatzes.

1.6. Panikprophylaxe

Die Panik als gefährlichste Sekundärkatastrophe bedroht Opfer ebenso wie unverletzte Bewohner im Katastrophengebiet und damit auch Helfer und Ärzte im Krankenhaus. Angst und Mutlosigkeit bis zur Teilnahmslosigkeit können in der Ausnahmesituation ebenso auftreten wie sinnwidriges Verhalten bis zur regellosen Flucht. Die Panik kann damit Existenz und Funktion des einzelnen wie auch der Gemeinschaft in Frage stellen.

Wirksamste Panikprophylaxe ist das sichtbare Anlaufen von zielführenden Maßnahmen der Katastrophenhilfe. Alle Bemühungen, die der Aufrechterhaltung eines geordneten Betriebes und der Leistungssteigerung im Krankenhaus dienen, sind folglich zugleich Methoden der Panikverhütung (5.2.7.). Damit erklärt sich, daß jene Zonen im Krankenhaus besonders panikgefährdet sind, in denen keine unmittelbare Katastrophenabwehr geübt wird und Patienten wie Personal Zeit für Spekulationen haben. Es sind dies vor allem Pflegebereiche außerhalb der Versorgungsstraße. Sobald Kräfte dafür frei werden, müssen dorthin aufklärende und beruhigende Informationen geliefert werden (2.2.5.). Zweckmäßig ist die Einrichtung eines hausinternen „Beruhigungsdienstes“. Diese wichtige Aufgabe fällt vor allem in das Wirkungsfeld des Krankenhausgeistlichen, der Fürsorgebeamten und eventuell des Psychiaters.

Bei bestehender Panik kommt es darauf an, „Inseln der Ordnung“ zu schaffen. Persönlichkeiten, die durch Beispiel mehr als durch Zuspruch Sicherheit und Ruhe verbreiten, erreichen nach dem Motto „auch Mut kann ansteckend sein“, oft innerhalb kurzer Zeit eine Normalisierung des Verhaltens. Gelegentlich wird es erforderlich sein, Panikopfer abzusondern oder auch einer spezifisch psychiatrischen Behandlung zuzuführen.

1.7. Planungsgrundsätze

Organisatorische, personelle und materielle Vor-sorgen sind im Katastrophenfall die Voraussetzung für die planmäßige Umstellung des Krankenhausbetriebes.

Alle Neu-, Um- und Zubauten des Krankenhauses, alle Neuanschaffungen von Material und alle organisatorischen Veränderungen sind auch im Hinblick auf eine Katastrophensituation zu planen.

1.7.1. Versorgungsleistung des Krankenhauses

Sie wird bestimmt von der Zahl der möglichen Aufnahmen (freie Betten) und der Zahl der ausführbaren Endversorgungen (zwei Operationstische mit drei Mannschaften in 24 Stunden maximal 25 Verletzte) (1.5.1.).

Übersteigt die Zahl der eingelieferten Fälle die erreichbare Versorgungsleistung (kritische Zahl), droht die Dekompensation des Krankenhauses.

1.7.2. Personaleinsatz (1.5.4.2.)

Grundsätzlich soll das Personal zu Tätigkeiten eingeteilt werden, die es auch sonst erfüllt. Ausnahmen bilden jene Funktionsbereiche, die nur im Katastrophenfall im Krankenhaus eingerichtet werden. Es sind dies:

Stauraum (2.4.1.), (3.2.2.),

Registratur (2.5.1.), (3.2.2.),

Untersuchungsräume (2.4.2.), (3.2.2.),

Präoperative Intensivpflegestation (2.4.3.), (3.2.2.),

Behandlungsräume für Leichtverletzte (2.4.5.), (3.2.2.),

Isolierraum (2.4.6.), (3.2.2.),

Effektenlager (2.5.1.), (3.2.2.), (4.1.6.),

Hubschrauberlandeplatz (3.2.2.), (4.1.3.).

1.8. Erstellung des Kat.-Planes (Abb. 1)

Um realisierbar zu sein, soll der Kat.-Plan durch die Krankenhausführung in Zusammenarbeit mit

Abb. 1. Erstellung des Kat.-Planes: Muster der ersten Seite

Plan
für die Versorgung von Katastrophenopfern im Krankenhaus
Gültig ab:
Das kollegiale Führungsgremium:
Hinweis:
Der Krankenhausdirektion sind Änderungen personeller Art (Namen, Anschriften, Telefon-Nummern) unverzüglich telefonisch und sodann schriftlich bekanntzugeben.
Sachliche Änderungsvorschläge sind von den Abteilungsleitern am jedes Jahres vorzulegen. Fehlanzeigen sind erforderlich. Diese Jahresmeldungen haben zugleich zu enthalten, ob personelle Änderungen eingetreten und angezeigt worden sind
gesehen
Der Krankenhausträger

allen Führungs- und Funktionskräften an Ort und Stelle geplant werden.

Anderungen der Organisation, der personellen Besetzung und bauliche Veränderungen verlangen auch eine Änderung des Kat.-Planes. Der Kat.-Plan-beauftragte Arzt (3.1.) schlägt diese der Krankenhausdirektion nach Maßgabe der eingetretenen Veränderungen vor.

Wiederholte Übungen (6) sollen zeigen, ob der Kat.-Plan ausgeführt werden kann (6.3.).

2. Organisatorische Vorbereitungen

2.1. Alarmierung

2.1.1. Alarmauslösung

Nur der ärztliche Leiter oder sein Stellvertreter ist dazu berechtigt, den Alarm auszulösen (1.5.4.2.), (5.1.1.).

Er veranlaßt die Alarmierung auf Grund eines Auftrags der politischen Behörde (Einsatzleitung im Katastrophengebiet, Landessanitätsdirektion) oder auf Grund der eigenen Lagebeurteilung (1.5.1.).

Die Alarmierung läuft an, wenn das Kennwort „Katastrophenalarm“ an die Vermittlung durchgegeben wird (5.1.4.). Der erhaltene Auftrag ist im Rapportbuch mit Uhrzeit und Namen des Anordnenden zu vermerken.

2.1.2. Alarmierungslisten

Die Krankenhausleitung oder das Personalbüro hat die im Katastrophenfall heranzuziehenden Spitalsangehörigen nach Funktionsgruppen in Alarmierungslisten zu erfassen.

Diese haben zu enthalten:

Namen,

Anschriften,

Telefonnummern (telefonische Erreichbarkeit über Nachbarn, Polizei, Gendarmerie).

Die Alarmierungslisten müssen ständig ergänzt und auf den neuesten Stand gebracht werden (2.1.4.), (5.1.5.).

Kopien der Alarmierungslisten liegen in der Telefonvermittlung unter Verschluss auf.

2.1.3. Alarmierung im Hause

Die Vermittlung gibt das Stichwort „Katastrophenalarm“ über Haustelefon oder Rufanlage an alle Abteilungen und Funktionsbereiche durch (5.1.4.).

2.1.4 Alarmierung außer Hause gezielt (2.1.2.)

2.1.4.1. Telefonisch mit Einzelanrufen durch die Vermittlung auf Grund der Alarmierungslisten

2.1.4.2. Telefonisch nach dem Schneeballsystem

Der telefonisch durch Einzelanruf erreichte Leiter einer Funktionseinheit alarmiert über sein Telefon eventuell mit Hilfe seines Vertreters seine Mannschaft.

(Vorteil: Verkürzung der Alarmierungszeit auf ein Drittel, Nachteil: Verzögerung der Eintreffzeit im Krankenhaus.)

2.1.4.3. Durch Funk

(je nach örtlichen Gegebenheiten)

In Krankenhäusern, in denen das Personal über transportable Funk-Rufgeräte verfügt, erfolgt die Alarmierung durch Funk. Hierzu ist festzulegen, welche der beiden akustischen Informationen (Dauerton oder unterbrochene Tonfolge) für den Katastrophenalarm reserviert wird.

2.1.4.4. Abholung durch Sammeltransport

Besteht keine Möglichkeit der Alarmierung über Telefon oder Funk, kann durch Sammeltransport mit Autobussen oder Krankenkraftwagen zugleich alarmiert und abgeholt werden (3.2.2.). Dieses Verfahren ist besonders dann zweckmäßig, wenn das Personal in Personalwohnhäusern oder -wohngemeinschaften untergebracht ist.

2.1.5. Alarmierung außer Hause ungezielt

Besteht keine der oben angeführten Möglichkeiten, verbleibt lediglich die Alarmierung des außer Hause befindlichen Personals mittels Lautsprecherwagens oder Sirenton durch die Exekutive, das Rote Kreuz und die Feuerwehr oder mittels Rundfunkdurchsage (1.5.4.2.).

2.1.6. Ausweise und Erkennungsschilder

2.1.6.1. Persönliche Ausweise (Abb. 2)

Die im Katastrophenfall benötigten Krankenhausangestellten erhalten persönliche, nach Möglichkeit bundeseinheitliche Lichtbildausweise (5.2.3.).

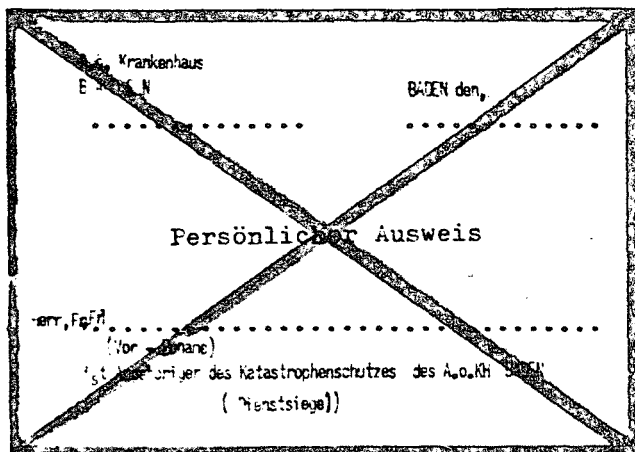


Abb. 2. Muster eines persönlichen Ausweises

2.1.6.2. Erkennungsschilder für Kraftfahrzeuge (Abb. 3)

Empfänger persönlicher Ausweise (2.1.6.1.) erhalten je nach Notwendigkeit Erkennungsschilder mit dem Ausdruck „Katastropheneinsatz“.

Diese Erkennungsschilder sind an der Windschutzscheibe anzubringen und berechtigen zur Passage durch Sperrgebiete (5.2.3.).

2.1.6.3. Aufbewahrung

Die persönlichen Ausweise und die Erkennungsschilder sind von allen Krankenhausangehörigen so aufzubewahren, daß sie jederzeit zur Verfügung stehen. Krankenhausangehörige, die zu speziellen Aufgaben eingeteilt sind, haben die schriftlichen Anweisungen gemeinsam mit den persönlichen Ausweisen und Erkennungsschildern aufzubewahren (3.2.2.).

2.2. Nachrichtenverkehr

2.2.1. Telefon

Die Telefonverbindung zu Behörden, den Nachschubzentralen und der Einsatzleitung ist eine wesentliche Führungshilfe und muß deshalb im Katastrophenfall freigehalten werden. Zu diesem Zweck muß der normale Fernsprechverkehr umgestellt werden können: Die Telefonnummer des Krankenhauses ist mit Alarmierung auf ein Tonband zu schalten (5.1.2.), das alle Anrufer über die Sonderaufgabe des Krankenhauses informiert.

Textvorschlag: „Krankenhaus N. N. Infolge der Einlieferung von Verletzten aus dem Katastrophengebiet . . . wurde das Krankenhaus zum Akutspital. Der Krankenhausbetrieb wurde auf diese Aufgabe planmäßig umgestellt; alle Ärzte und Schwestern, unterstützt von freiwilligen

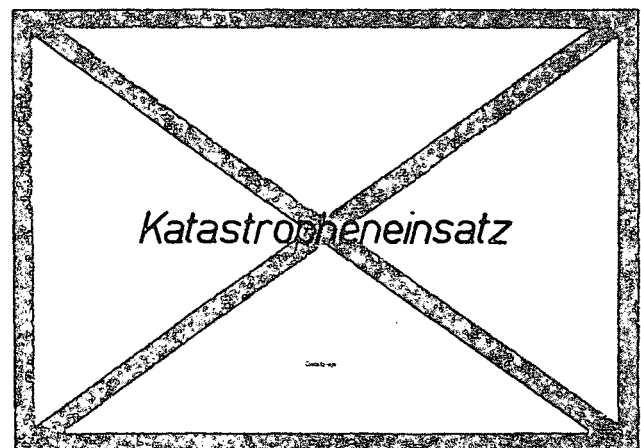


Abb. 3. Muster eines Erkennungsschildes für Kraftfahrzeuge

Helfern, werden derzeit für die Versorgung der Patienten benötigt. Es können deshalb vorerst keine Auskünfte erteilt werden. Ab . . . Uhr werden über diese Telefonnummer die Namen der aus dem Katastrophengebiet eingelieferten Verletzten durchgegeben. Besuche im Krankenhaus und die Erteilung von persönlichen Auskünften sind derzeit nicht möglich. Warten Sie weitere Auskünfte über diese Telefonnummer ab“ (2.2.6.). (5.1.1.).

2.2.2. Telefon über Geheimnummern

Über zwei Geheimnummern, die gleichzeitig mit dem Auslösen des Katastrophenalarms in Betrieb genommen werden, soll die telefonische Alarmierung des Personals und die ständige Erreichbarkeit der Zentralen Führungsstelle sichergestellt werden (1.5.4.3.), (4.2.2.1.), (5.1.3.). Nach einem, den besonderen Bedürfnissen der Katastrophensituation entsprechenden Schaltplan dürfen nur einige wenige Apparate im Krankenhaus nach außen geschaltet werden.

Informationen nach außen dürfen nur von der Zentralen Führungsstelle oder in ihrem Auftrag gegeben werden.

2.2.3. Funk

Bei Ausfall des Telefonnetzes muß die Erreichbarkeit des Krankenhauses durch Funk sichergestellt werden. Die Funkanlage ist in oder nahe der Vermittlung unterzubringen. Solange keine ortsfeste Funkanlage eingerichtet ist, muß die Zuführung einer fahrbaren Funkanlage (von freiwilligen Hilfsorganisationen, Exekutive, Bundesheer, in Wien: Rettungsdienst) abgesprochen und zugesagt sein (4.1.4.), (4.2.2.2.).

2.2.4. Boten

Bei Ausfall des Telefon- und Funkverkehrs ist die Kommunikation nach außen und im Hause durch Boten sicherzustellen. Von der Zentralen Führungsstelle sind freie Kräfte für diese Aufgabe einzuteilen (3.2.2.).

2.2.5. Information im Hause

Um die im Hause Tätigen, aber auch die Patienten über die Lage zu informieren, richtet die Zentrale Führungsstelle eine Informationsmöglichkeit an Patienten und Hausangehörige ein (1.5.4.3.), (1.6.), (3.2.2.), (4.1.1.), (5.2.5.).

Die zentrale Führungsstelle ihrerseits muß ständig über alle Vorgänge im Haus informiert werden.

2.2.6. Auskunftsstelle für Angehörige

Von der Zentralen Führungsstelle ist eine Auskunftsstelle einzurichten, die über Namen und Befinden der eingelieferten Patienten auf Grund der Meldungen aus den Stau-, Diagnostik- und Behandlungsbereichen informiert. Diese Stelle ist möglichst ferne der Versorgungsstraße, etwa in einem Nebengebäude nahe dem Eingang, unterzubringen. Die Auskunftsstelle stellt die Liste der aufgenommenen Patienten in alphabetischer Reihenfolge zusammen und veranlaßt ihre Durchsage über das Tonband (2.2.1.), (3.2.2.), (5.2.5.).

2.2.7. Allgemeine Auskunftsstelle

Nur die Zentrale Führungsstelle ist allein zu einer allgemeinen Auskunftserteilung berechtigt (3.2.2.), (5.2.5.).

2.3. Verkehrsregelung

2.3.1. Kenntlichmachung der Zufahrten zum Krankenhaus

Im Katastrophenfall werden auch Rettungswagen und Transportmittel eingesetzt, deren Fahrer nicht über Ortskenntnisse verfügen. Es sind daher im weiten Umkreis um das Krankenhaus und an den Ortseinfahrten Hinweistafeln aufzustellen. Die Durchführung dieser Maßnahme ist mit der politischen Behörde zu besprechen und von ihr auszuführen (1.5.4.2.), (5.2.1.).

2.3.2. Zufahrtsstraßen

Wenn es Straßenlage und Verkehrssituation erlauben, sollen die Zu- und Abfahrtsstraßen um das Krankenhaus als Einbahnstraßen gekennzeichnet werden (1.5.4.2.), (5.2.1.).

2.3.3. Verkehrsregelung im Krankenhausareal

Anzustreben ist ein Rundkurs zu und von den Ankunftsplätzen. Dazu ist auch im Krankenhaus eine Einbahnregelung anzustreben (2.4.), (4.3.3.). Die Abstellplätze und Halteplätze für Versorgungsfahrzeuge (Trinkwasser-, Transportfahrzeuge, Tankwagen, Trinkwasseraufbereitungsgeräte, Entwesungsfahrzeuge, Nachschubfahrzeuge für Verpflegung- und Medikamententransport) sowie der Hubschrauberlandeplatz müssen so gewählt sein, daß sie den fließenden Verkehr nicht behindern (4.1.2.), (4.1.3.), (4.1.4.), (4.1.5.). Neben den Hinweistafeln sind für die Rettungs- und Transportfahrzeuge Bodenmarkierungen anzubringen (4.3.3.).

2.4. Versorgungsstraße (Abb. 4)

Eine rationelle Versorgung der Patienten ist beim Massenansturm nur möglich, wenn die Patientenbewegung ausschließlich in einer Richtung erfolgt. Diese Einbahn-Versorgungsstraße beginnt in einem Stauraum und führt über die Untersuchungsräume und die besonderen diagnostischen Bereiche (Röntgen und Labor) zu einer präoperativen Intensivpflegestation, weiter zu den Behandlungsräumen (Operationstrakt) und endet in den Pflegestationen. Abzweigungen führen einerseits in die Behandlungsräume für Leichtverletzte, andererseits in einen Isolierraum, in dem die hoffnungslosen Fälle unterzubringen sind. Dieser Isolierraum soll nahe der Prosektur bzw. bei den Leichenräumen liegen.

2.4.1. Stauraum

Im Stauraum werden die eingelieferten Patienten abgelegt. Hier erfolgt eine erste Auswahl nach der Dringlichkeit ihrer Behandlung (Triage) und die Absonderung der geborgenen Verstorbenen, die im Katastrophenfall oft mit ins Krankenhaus gebracht werden sowie der hoffnungslosen Fälle (3.2.2.).

Eine genügend große Zahl von Liegemöglichkeiten (fahrbare Betten, Krankentransport-

wagen) ist vorzusehen (5.3.3.). Diese sollen für Röntgenstrahlen durchlässig sein und einen Effektenkorb, Infusionsständer und Seitengitter haben.

Um eine rasche Passage der Rettungsmannschaft durch den Stauraum zu ermöglichen, ist auch hier ein Rundkurs zweckmäßig (getrennter Ein- und Ausgang, Bodenmarkierungen zur Orientierung) (2.3.3.), (4.3.3.).

Als Stauraum kommen in Frage: Eingangshalle, Turnsaal, Hörsaal. Gute Beleuchtungsverhält-

nisse und eine genügende Zahl von Verbindungstüren zu den angrenzenden Räumen sowie Anschlußmöglichkeiten für fahrbare diagnostische und therapeutische Geräte sind erforderlich (4.2.1.)

2.4.2. Untersuchungsräume

In ihnen soll die Behandlungspriorität (Triage) durch eingehende Untersuchung festgelegt werden (1.4.), (1.5.3.), (3.2.2.), (4.2.1.), (4.3.3.), (5.3.3.).

VERSORGUNGSTRASSE

Verteilung der Opfer

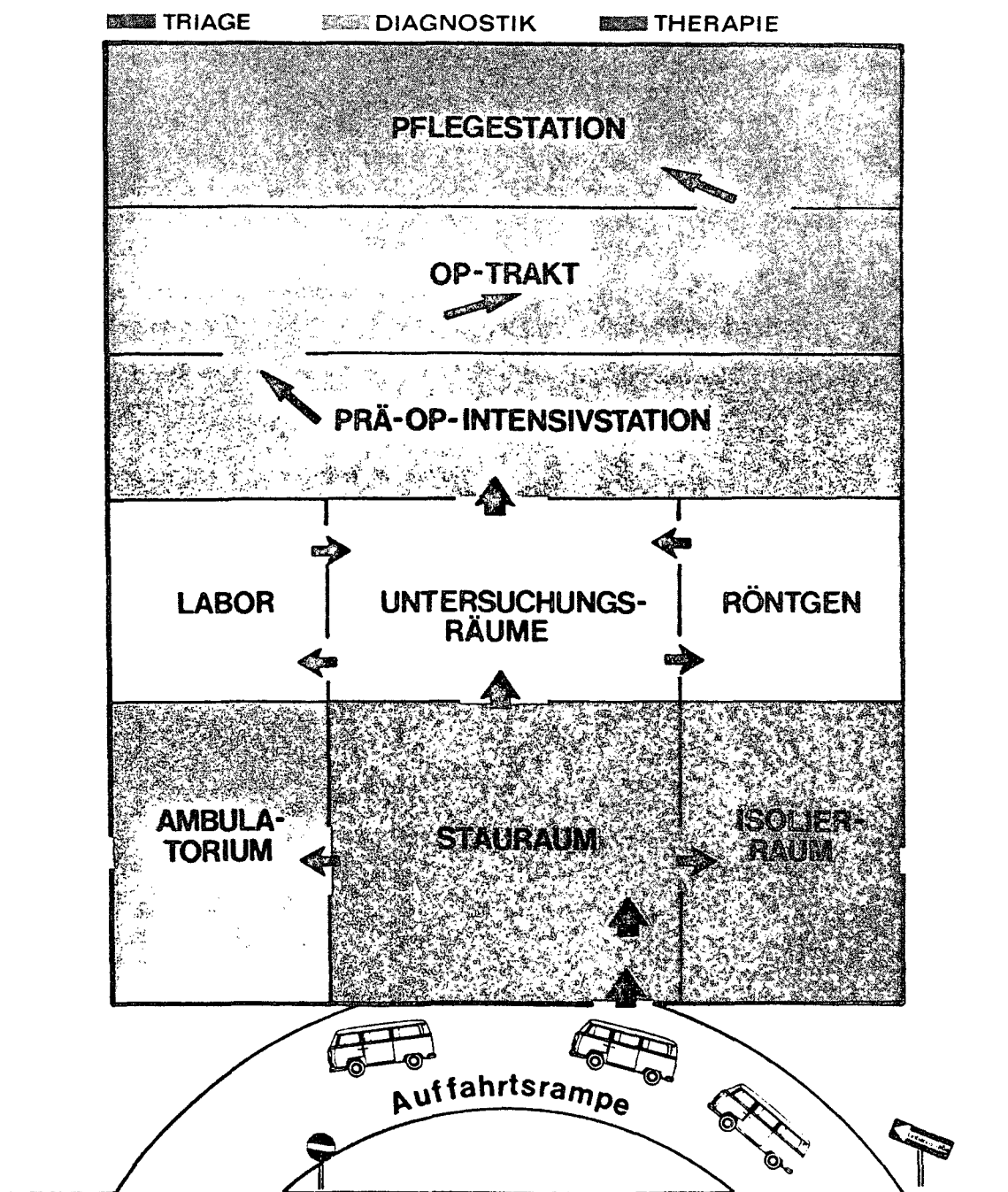


Abb. 4. Versorgungsstraße

2.4.3. Präoperative Intensivpflegestation

Hier erfolgt die Schockbehandlung und Vorbereitung zur operativen Versorgung (3.2.2.). Oft wird nur eine etappenweise Versorgung der Opfer möglich sein. Beatmungsgeräte und Saugvorrichtungen müssen vorhanden sein (4.2.1.), (4.3.3.), (5.3.3.).

2.4.4. Pflegezone

Um die Behandlung zu vereinfachen, ist es zweckmäßig, die Katastrophenopfer nicht unter die schon im Hause befindlichen Patienten zu verteilen. Es sollen deshalb ganze Behandlungseinheiten für die Katastrophenopfer freigemacht werden (4.3.3.), (5.4.2.).

2.4.5. Behandlungsräume für Leichtverletzte

Die Behandlung der Leichtverletzten erfolgt in eigenen Räumen (z. B. des Ambulatoriums) (3.2.2.), (4.3.3.). Leichtverletzte, die nach der Erstversorgung entlassen werden können, sollen mit dem eigentlichen Krankenhausbetrieb gar nicht in Berührung kommen. Sie werden nach der Versorgung zur ambulanten Weiterbehandlung möglichst an andere Behandlungsstellen (Ambulatorium, Ordinationen) abgegeben.

2.4.6. Isolierraum

In diesem sollen — möglichst abseits der Versorgungsstraße — jene Patienten betreut werden, die unter dem Druck des Massenankomms vorerst als chancenlos angesehen werden müssen (3.2.2.), (4.3.3.). Kurze Wegstrecken zur Prosektur bzw. zu den Leichenräumen sind anzustreben.

2.5. Dokumentation

Beim Massenankomm ist die übliche Administration der Patientenaufnahme und der Dokumentation der Befunde nicht durchführbar. Trotzdem muß eine Kurzdokumentation erfolgen.

2.5.1. Kurzdokumentation, Registratur

Oft sind Namen und Personaldaten der Opfer vorerst nicht zu ermitteln. Deshalb muß jeder Patient unmittelbar nach seiner Einlieferung von der im Stauraum eingerichteten Registratur eine vorbereitete Nummer erhalten (3.2.2.). Eine analog numerierte Kurzkrankengeschichte (bewahrt haben sich die üblichen Krankenblätter für ambulante Patienten) ist am Transportwagen oder Bett des Verletzten zu fixieren. Diese hat gleichnumerierte Abreißblätter zu enthalten, die als Zuweisungsscheine zu Röntgen- und Laboruntersuchungen bzw. anderen Konsiliaruntersuchungen dienen. Die darauf vermerkten Befunde kommen wieder zum Patienten zurück. Ebenso haben angefertigte Röntgenbilder beim Patienten zu verbleiben. Vom Verletzten allenfalls aus der Katastrophenzone mitgebrachte Verwundetengleitscheine sind der Kurzkrankengeschichte beizuheften, in der schließlich der Triagearzt seinen Befund schlagwortartig festhält (4.3.5.).

2.5.2. Effekten

Die Effekten und Kleider der Patienten sind in vorbereitete mit der Patientennummer versehenen Plastiksäcken unterzubringen, in denen auch die vom Patienten mitgebrachten Wertgegenstände sicherzustellen sind.

Die rasche Entfernung der Effektsäcke in eigene Vorratsräume (Keller) ist vorzubereiten (4.1.6.).

2.6. Ausweichunterkünfte (Annexspitäler)

Bei drohender Überfüllung des Krankenhauses bzw. bei Gefährdung von Teilen des Krankenhauses kann die Evakuierung von Patienten in nahegelegene Ausweichunterkünfte, die als Ausweichkrankenhäuser in Frage kommen, notwendig werden. Geeignete Objekte (Hotels, Schulen, Schwesternhäuser, Amtsgebäude) sind von der politischen Behörde zu erkunden, die Berechtigung zu ihrer Benützung ist mit den Eigentümern zu vereinbaren.

3. Personelle Vorbereitungen

Die Ausschöpfung der Leistungsfähigkeit des vorhandenen Krankenhauspersonals durch erhöhten und rationellen Einsatz bei ausreichenden Erholungspausen stellt die wichtigste Voraussetzung zur Bewältigung einer Katastrophensituation dar.

3.1. Katastrophenplan — beauftragter Arzt

Von der Krankenhausdirektion ist ein Kat.-Planbeauftragter Arzt (1.8.) zu bestimmen. Seine Aufgabe besteht u. a. darin, die durch Änderungen der Struktur oder baulichen Situation im Krankenhaus erforderlich werdenden Ergänzungen des Katastrophenplanes vorzuschlagen.

3.2. Information

Das im Krankenhaus tätige Personal aller Bereiche ist über die speziellen Merkmale von Katastrophen und die besonderen medizinischen Vorgangsweisen zu informieren.

3.2.1. Informationsziel für

3.2.1.1. Krankenhausführung und leitende Ärzte (Abteilungsvorstände und Oberärzte):

Kenntnis der Grundsätze des Katastrophenmanagements; für leitende Ärzte zusätzlich:

Kenntnisse der Grundsätze und Technik der Triage.

3.2.1.2. alle:

Kenntnis der lebensrettenden Sofortmaßnahmen,

Kenntnis des Spitals-Kat.-Planes,

Kenntnis der speziellen persönlichen Aufgaben.

3.2.2. Durchführung

3.2.2.1. Information der Krankenhausführung und der leitenden Ärzte

Die Information der Krankenhausführung, der Abteilungsvorstände und Oberärzte ist zu organisieren.

3.2.2.2 Schulung für alle

Der Kat.-Plan-beauftragte Arzt organisiert vor allem die Schulung in lebensrettenden Sofortmaßnahmen und unterrichtet selbst das Personal über den Kat.-Plan und die speziellen persönlichen Aufgaben (3.3.2.).

3.3. Personaleinsatz und spezielle persönliche Aufgaben

3.3.1. Erfassung

Das Eintreffen der alarmierten Krankenhausangehörigen ist nach Möglichkeit von der Zentralen Führungsstelle mit Uhrzeit in einer Personalliste zu vermerken (5.2.2.).

Grundsätzlich begeben sich die Alarmierten an ihre üblichen Arbeitsplätze. Ausnahmen bilden die Krankenhausangehörigen, die eine spezielle persönliche Aufgabe zu erfüllen haben (1.5.4.2.), (1.7.2.).

3.3.2. Spezielle Aufgaben

Besetzung von

- Stauraum (2.4.1.)
- Registratur im Stauraum (2.5.1.)
- Untersuchungsräumen (2.4.2.)
- Präoperativer Intensivpflegestation (2.4.3.)
- Behandlungsräumen für Leichtverletzte (2.4.5.)
- Isolierraum (2.4.6.)
- Effektenlager (4.1.6.)
- Transportdienst zur Personalabholung (2.1.4.5.)
- Liftbegleiter (5.2.7.)
- Boten (2.2.4.)
- Informationsstellen (2.2.5.), (2.2.6.), (2.2.7.)
- Hubschrauberlandeplatz (4.1.3.).

Die zur Besetzung dieser Stellen benötigten Krankenhausangehörigen sind vor allem aus Bereichen zu bestimmen, die zur Behandlung der Katastrophenopfer primär nicht benötigt werden, z. B. Ambulanzen, Teile der Administration und des Sozialdienstes (1.5.4.2.). Der Kat.-Plan-Beauftragte erstellt eine Liste jener Krankenhausangehörigen, die spezielle Aufgaben durchzuführen haben und arbeitet eine schriftliche Dienstanweisung für jeden aus (3.1.).

Diese schriftliche Dienstanweisung haben Krankenhausangehörige, denen spezielle Aufgaben zugewiesen werden, gemeinsam mit dem Personalausweis zu verwahren (2.1.6.3.). Die Anweisung hat in Schlagworten zu enthalten:

- den Ort des speziellen Einsatzes,
- die Art der Tätigkeit.

3.4. Hausfremdes Personal

Hilfskräfte, die dem Krankenhaus zur Verstärkung seiner Versorgungsleistung zugeführt werden (freiwillige Helfer, Schwestern und Ärzte aus anderen Krankenhäusern), sind entsprechend ihrem Ausbildungsstand und dem Bedarf von der Zentralen Führungsstelle einzuweisen bzw. den leitenden Ärzten und Schwestern in ihren Funktionsbereichen zuzuteilen (1.5.4.2.), (5.3.2.).

3.5. Abloosedienst

Im Katastrophenfall ist oft durch lange Zeit eine intensive Arbeitsleistung erforderlich. Um diese sicherzustellen, müssen ausreichende Ruhe- und Erholungsmöglichkeiten für das im Krankenhaus verbleibende Personal geschaffen werden (4.1.7.).

Die Abteilungen und die übrigen Funktionsbereiche organisieren selbst Ablöse und überschlagenden Personaleinsatz (5.3.2.).

4. Materielle Vorbereitungen

4.1. Bauliche Vorbereitungen

4.1.1. Versorgungsstraße

Erfordernisse:

Die Verbindungstüren zwischen den Räumen der Versorgungsstraße müssen für fahrbare Krankentransportwagen und fahrbare Betten passierbar sein.

Niveauunterschiede (Stufen) müssen durch vorbereitete Holzkeile für fahrbare Geräte, Betten und Krankentransportwagen behelfsmäßig befahrbar gemacht werden (Lagerung der Holzkeile im Keller) (4.1.6.).

Haustelefonanschlüsse müssen in allen Funktionsräumen der Versorgungsstraße installiert sein (2.2.5.).

4.1.2. Wasserversorgung

Der Minimalbedarf an Wasser wird pro chirurgischem Bett auf täglich 150 Liter geschätzt. Es ist sicherzustellen, daß bei Ausfall der öffentlichen Wasserleitung das Krankenhaus notfallmäßig aus spitalseigenen Brunnen mit Wasser versorgt werden kann. Wasseraufbereitungsgeräte sollen vorhanden oder deren Bereitstellung durch freiwillige Hilfsorganisationen muß gewährleistet sein (1.5.4.2.).

Erweist sich die Wasserversorgung des Krankenhauses aus Tankwagen als erforderlich, so müssen die Abstellplätze für die Tankwagen außerhalb des Einbahnverkehrs im Krankenhausareal angelegt werden (2.3.3.).

4.1.3. Hubschrauberlandeplatz

Innerhalb des Krankenhausareals oder möglichst nahe dem Krankenhaus ist ein Hubschrauberlandeplatz vorzusehen. Für seine Anlegung und Kennlichmachung sind die geltenden Vorschriften einzuhalten.

Die Zu- und Abfahrtsstraßen zum Landeplatz sollen möglichst asphaltiert und für Tank-, Krankenkraftfahrzeuge und Krankentransportwagen befahrbar sein.

4.1.4. Abstellplatz für Funkwagen

Ein Abstellplatz für Funkwagen ist außerhalb des Einbahnverkehrs vorzusehen (2.2.3.), (2.3.3.), (4.2.2.). Die telefonische Verbindung vom Funkwagen zur Vermittlung bzw. zur Zentralen Führungsstelle muß durch eine transportable Telefon-Leitung sichergestellt sein.

4.1.5. Abstellplätze für Versorgungsfahrzeuge, Entwesungsfahrzeuge, Leichentransportwagen

Diese haben entsprechend der inneren Struktur des Krankenhauses (Lagerräume, Hausapotheke, Leichenräume) so gewählt zu werden, daß die Transportwege möglichst kurz sind und der Einbahnverkehr im Krankenhaus nicht behindert wird. Bodenmarkierungen und Hinweistafeln sind vorzubereiten (2.3.3.), (4.3.3.).

4.1.6. Lagerräume

Eine ausreichende Zahl von Lagerräumen im Keller bzw. im Dachgeschoß des Krankenhauses ist notwendig, um Geräte und Materialien unterzubringen, die in der Katastrophensituation benötigt werden (2.5.1.), (4.2.1.), (4.3.3.), (4.3.4.), (4.3.5.), (4.3.6.). Außerdem werden Lagerräume gebraucht, in denen die Effekten der Opfer aufgehoben werden können (2.5.2.). Diese Räume müssen ebenso wie alle anderen Funktionsräume der Versorgungsstraße im Katastrophenfall durch Beschriftung kenntlich gemacht werden (5.3.1.).

4.1.7. Erholungsräume für das Personal

Im Widmungsplan des Krankenhauses sind Räume vorzusehen, die der Erholung des Personals während der Ruhepausen dienen sollen.

4.1.8. Massenunterkünfte

Entlassungsbedürftige Patienten, die in der Katastrophensituation nicht entlassen werden können, sollen zwecks Freimachung von Spitalsbetten in Massenunterkünften zusammengefaßt werden. Geeignete Räume sind vorzubereiten (1.5.3.), (5.2.8.), (5.4.2.).

4.2. Technische Vorbereitungen

4.2.1. Notbeleuchtung-Stromanschlüsse

Gerade in einem Katastrophenfall ist es möglich, daß die Stromversorgung ausfällt. Die Leistung des Notstromaggregats muß alle wichtigen Krankenhausbereiche regelmäßig versorgen können. Im Stützplan ist auch die frühzeitige Versorgung aller Räume der Versorgungsstraße mit Strom vorzusehen.

Eine ausreichende Zahl von Batterie-Handlampen und Batterie-Tischlampen ist vorzuberei-

ten. Ihre Lagerung und Wartung erfolgt gemeinsam mit den übrigen für die Katastrophensituation vorgesehenen Vorräten (4.1.6.).

Steckdosen müssen in allen Räumen der Versorgungsstraße vorhanden sein, in denen fahrbare elektrische Untersuchungsgeräte (EKG, Bildverstärker, Saugpumpen) und fahrbare Lampen eingesetzt werden (2.4.2.), (2.4.3.).

4.2.2. Nachrichtenmittel — Telefon — Funk

4.2.2.1. Geheimnummern

Jedes Krankenhaus soll über zwei Geheimnummern verfügen, die mit der Umstellung des Vermittlungsbetriebes ab Auslösung des Kat.-Alarms eingeschaltet werden und für die Führungsgespräche freizuhalten sind (1.5.4.3.), (2.2.2.), (5.1.3.).

4.2.2.2. Ausstattung mit Funk

Bis zur Ausstattung mit einer spitalseigenen Funkanlage ist die Abstellung eines dem Krankenhaus von auswärts zuzuführenden Funkwagens vorzusehen (2.2.3.), (4.1.4.).

4.3. Vorräte

4.3.1. Medikamente, Verbandstoffe, Verbandmaterial

Ein Vorrat an Medikamenten und Verbandstoffen für mindestens drei Wochen, bezogen auf die mögliche Versorgungsleistung, ist anzulegen (1.7.1.).

Da Schockprophylaxe und -therapie in der ersten Phase bei Katastrophen vorrangige Maßnahmen sind, kommt der Standardisierung von kolloidalen Volumenersatzlösungen und Wasser-Elektrolyt-Lösungen besondere Bedeutung zu. Wegen der Vielzahl der im Handel befindlichen Elektrolytlösungen müssen für die Bevorratung solche gewählt werden, die den Erfordernissen der Soforttherapie entsprechen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß das erste Ziel der Infusionstherapie darin besteht, Grobkorrekturen durchzuführen.

Alle Medikamente sollen im Umwälzverfahren ergänzt werden. Bei der Ermittlung der Vorratsmenge ist zu berücksichtigen, daß die aus dem Katastrophengebiet eingelieferten Opfer oft Blutersatzstoffe und Infusionslösungen sowie Verbandstoffe und -material aus der Erstausrüstung der Krankenkraftwagen erhalten. Die Erstausrüstung der Krankenkraftwagen ist aus den Beständen des Krankenhauses zu ergänzen, um die volle Leistungsfähigkeit der Einsatzfahrzeuge wieder herzustellen.

4.3.2. Blutersatz

Die Organisation der Beschaffung ausreichender Mengen von Blut muß vor allem durch die Intensivierung der sonst im Krankenhaus geübten Methode erreicht werden. Sofern Spenderblut normalerweise im Krankenhaus abgenommen wird, soll die Abnahmestelle abseits der Versorgungsstraße 24 h eingerichtet sein

Die Verständigung der Blutspender ist mit den freiwilligen Hilfsorganisationen in Anlehnung an die übliche Praktik abzusprechen (1.5.4.2.). Ob die Spender über Rundfunk oder Lautsprecherwagen verständigt werden sollen, entscheidet die Einsatzleitung (abhängig von der Lage im Katastrophengebiet, besonders der Verkehrslage).

4.3.3. Beschriftungen

Für die Funktionsräume der Versorgungsstraße (Stauraum, Triage- und Diagnostikräume, Registratur, präoperative Intensivpflegestation), für den Sitz der Zentralen Führungsstelle und die Abstellplätze sind Hinweistafeln und Aufschriften anzufertigen (2.3.3.), (2.4.1.), (2.4.2.), (2.4.3.), (2.4.4.), (2.4.5.), (2.4.6.), (5.3.1.).

Für Räume mit Einbahnverkehr (Stauraum, Gänge) sind die Aufschriften „Eingang“ — „Ausgang“ sowie an der Wand anzubringende Hinweispfeile und weiters Bodenmarkierungen vorzubereiten (2.3.1.), (2.3.3.).

4.3.4. Funktionsschilder für das Personal

Für das Personal, das im Bereich der Versorgungsstraße eingesetzt wird und somit mit den Rettungsmannschaften in Kontakt kommt, sollen ansteckbare Schilder vorbereitet sein, die die Funktion ihres Trägers ausweisen (Triagearzt, Schockdienst, Träger, Registratur, Labor, Röntgen, Lift, Information usw.) (5.3.2.).

4.3.5. Dokumentationsmaterial

Fortlaufend numerierte Kurzkrankengeschichten, z. B. die üblicherweise gebrauchten Ambulanzkrankenblätter, samt gleichnumerierte Abreißscheine, die als Zuweisung für Röntgen- oder Laboruntersuchungen dienen und analog numerierte Tafeln für die Opfer sowie für die Effektsäcke sind vorrätig zu halten (2.5.1.), (4.1.6.).

4.3.6. Wäsche

Da beim Massenfall von Verletzten der normale Wäschevorrat nicht ausreichen wird, ist ein entsprechender zusätzlicher Vorrat an Einmalwäsche anzulegen und in den Räumen für die Aufbewahrung von Katastrophenmaterialien unterzubringen. Die Einmalwäsche soll vor allem im Stauraum und in den Schock- und Triageräumen verwendet werden (4.1.6.).

4.3.7. Raum für Katastrophenmaterialien

Alle für einen Katastrophenfall notwendigen Materialien müssen in einem eigenen Raum vorrätig gehalten und regelmäßig auf Funktionstüchtigkeit überprüft werden.

5. Sofortmaßnahmen im Katastrophenfall

5.1. Alarmierung

5.1.1. Auslösung des Alarms

Der Alarm wird durch den ärztlichen Leiter oder seinen Stellvertreter ausgelöst (1.5.), (2.1.1.). Dieser legt auch den Text für die Tonbandinformation fest (2.2.1.).

5.1.2. Umstellung des Teletons auf Tonband

Das Teleton wird durch die Vermittlung auf Tonband umgestellt (2.2.1.).

5.1.3. Inbetriebnahme der Geheimnummern

Die Geheimnummern des Krankenhauses werden in Betrieb genommen und die Führungsapparate im Raum der Zentralen Führungsstelle eingeschaltet (1.5.4.3.), (2.2.2.), (4.2.2.1.).

5.1.4. Alarmierung der Funktionsbereiche des Krankenhauses

Die verschiedenen Funktionsbereiche des Krankenhauses werden laut Alarmanweisung alarmiert (1.5.4.2.), (2.1.3.).

5.1.5. Alarmierung des Personals außer Hause

Das nicht im Dienst stehende Personal wird laut Alarmierungslisten (2.1.2.) verständigt (2.1.4.1.), (2.1.4.2.), (2.1.4.3.).

Welches Alarmierungssystem bei Ausfall des Telefons angewendet wird, entscheidet der Krankenhausdirektor nach Maßgabe der Lage (1.5.4.2.).

5.2. Besetzung der Zentralen Führungsstelle

Sie veranlaßt:

5.2.1. Kontakte

mit dem Einsatzkommando im Katastrophengebiet
mit der Landessanitätsdirektion
mit der Exekutive (1.5.4.2.), (2.3.1.), (2.3.2.).

5.2.2. Erfassung des eintreffenden Personals

Beim Personaleingang wird das eintreffende Personal listenmäßig erfaßt (3.3.1.). Der aktuelle Personalstand wird halbstündig der Führungsstelle gemeldet.

5.2.3. Zernierung des Krankenhausareals

Das Krankenhausareal wird durch die Exekutive abgeriegelt, alle Hauseingänge außer den Ein- und Ausgangstüren in den Stauraum und dem Personaleingang werden durch Portiere gesperrt (2.1.6.1.), (2.1.6.2.).

5.2.4. Entfernung der Besucher

Das Krankenhauspersonal veranlaßt anwesende Besucher, das Krankenhaus zu verlassen.

5.2.5. Einrichtung der Informationsstellen

(1.5.4.3.), (2.2.5.), (2.2.6.), (2.2.7.), (3.3.2.).

5.2.6. Ausgabe der Materialien

Beschriftungen, Hinweistafeln, Dokumentationsmaterial, Effektsäcke, Wäsche etc. werden aus den Lagerräumen behoben (2.5.2.), (4.1.6.), (4.2.1.), (4.3.3.), (4.3.4.), (4.3.5.), (4.3.6.).

5.2.7. Umstellung der Lifte auf Betrieb mit Liftbegleitern

Um einen geordneten Verkehr zwischen den Stockwerken sicherzustellen, und als eine der Maßnahmen zur Panikprophylaxe werden freie Kräfte als Liftbegleiter eingesetzt (1.6.), (3.3.2.).

5.2.8. Aufstellung von Notliegen in Massenunterkünften

In den im Widmungsplan als Massenquartiere von Patienten vorgesehenen Räumen werden Notliegen aufgestellt (1.5.3.), (4.1.8.), (5.4.2.).

5.3. Versorgungsstraße

5.3.1. Kenntlichmachung der Funktionsräume

Von der Zentralen Führungsstelle werden Organe damit beauftragt, die Funktionsräume der Versorgungsstraße (2.4.) durch Anbringen der Beschriftungen, Hinweistafeln und Bodenmarkierungen kenntlich zu machen (2.3.3.), (2.4.1.), (2.4.2.), (2.4.3.), (2.4.4.), (2.4.5.), (2.4.6.), (4.1.6.), (4.3.3.).

5.3.2. Besetzung der Funktionsräume

Unmittelbar nach Alarmierung der Funktionsbereiche des Krankenhauses (5.1.4.), werden vorerst die Funktionsräume der Versorgungsstraße (2.4.) (Stauraum, Untersuchungsräume, Labor, Röntgen, Intensivpflegestation) mit Angehörigen der Dienstmannschaft besetzt (diensthabenden Ärzte, Schwestern, Helfer). Sie werden durch von auswärts eintreffendes Personal verstärkt bzw. abgelöst (3.4.), (3.5.), (4.3.4.).

5.3.3. Einrichtung der Funktionsräume

Die Funktionsräume der Versorgungsstraße werden von dazu beauftragten Organen eingerichtet, die nicht unmittelbar mit der Beherrschung der Katastrophe befaßt sind (1.5.4.2.). Vordringlich sind Krankentransportwagen und fahrbare Betten in den Stauraum zu bringen (2.4.1.). Wie rasch dies erfolgen kann, ergibt sich aus der hausinternen Situation (zentrales Bettenlager, zentrale Krankentransportwagen-Sammelstelle, Verteilung der Krankentransportwagen auf Stationen und Ambulanzen).

Woher die notwendige medizinische Ausstattung der Funktionsräume (fahrbare Lampen, fahrbare Röntgenbildwandler, fahrbares EKG, Anästhesiegerät, Kleiderscheren, Verbandmaterial usw.) herbeigeschafft wird, muß festgelegt sein (2.4.2.), (2.4.3.).

5.4. Stopp der Routinearbeit

Die Umstellung des Krankenhausbetriebes auf Massenversorgung zwingt dazu, viele im medizinischen Alltag geübte Praktiken fallenzulassen. Bei den zu tretenden Maßnahmen ist die spezielle Katastrophensituation zu berücksichtigen (z. B. Massenunfall Brand oder Verkehrsunfall).

5.4.1. Bettenstation

Patienten, die durch ihre Entlassung nicht gefährdet werden, müssen aus der stationären

Pflege entlassen werden. Da eine Akutentlassung oft nicht möglich sein wird, sind entlassungsfähige Patienten in Sammelräumen zu konzentrieren und eventuell in Massenunterkünften im Krankenhaus oder in Ausweichunterkünften unterzubringen (1.5.3.), (2.6.), (4.1.8.), (5.2.8.).

Verbleibende Patienten sind zu konzentrieren, um andere Pflegeeinheiten für die Aufnahme der Katastrophenopfer freizumachen (2.4.4.).

Der jeweils aktuelle Bettenstand wird halbstündig der Führungsstelle gemeldet.

5.4.2. Operationstrakt

Im Gange befindliche Operationen müssen beendet werden. Alle Programmoperationen sind abzusetzen. Die Sterilisationsanlagen sind sofort einzuschalten. Die rationelle Auslastung der Sterilisationsanlagen soll eine ausreichende Versorgung aller Operationseinheiten mit steriler Wäsche und sterilen Instrumenten gewährleisten.

5.5. Information der Zentralen Führungsstelle

Alle Funktionseinheiten müssen in regelmäßigen Abständen die Zentrale Führungsstelle über die aktuelle Lage informieren.

6. Kat.-Plan-Übungen im Krankenhaus

Die Durchführung der im Kat.-Plan vorgesehenen Umstellung des Krankenhauses auf die besonderen Bedürfnisse, die aus der Massenversorgung von Opfern erwachsen, muß durch praktische Übungen erprobt werden.

6.1. Übungsziele

Jede Übung ist so zu planen, daß eines oder mehrere der unten angeführten Übungsziele erreicht werden.

6.1.1. Durchführbarkeit

Trotz exakter Planung können nicht alle Faktoren vorausgesehen werden, die die Verwirklichung des Kat.-Planes in Frage stellen könnten. Wichtigstes Ziel der ersten Übungen mit simuliertem Ablauf muß es daher sein, die Durchführbarkeit des Gesamtkonzeptes und der einzelnen Teile des Kat.-Planes zu beweisen.

6.1.2. Zeitaufwand

Der tatsächliche Zeitaufwand für die Umstellung des Krankenhausbetriebes auf die verschiedenen Phasen der Katastrophenbeherrschung weicht meist erheblich von den geschätzten Zeiten ab. Dabei spielt die Ausgangssituation, in der sich das ganze Krankenhaus oder Teile des Spitäles zum Zeitpunkt der Alarmierung befinden, eine wichtige Rolle. Die Umstellungszeiten bei angesagten Übungen liegen stets weit unter der tatsächlich erforderlichen Umstellungszeit.

6.1.3. Training

Erst wenn die reelle Chance für die Verwirklichung des Kat.-Planes und die notwendige Zeit für die Durchführung der Umstellung bekannt

sind, haben Übungen Sinn, die das Personal schulen sollen.

Diese Übungen sollen dazu führen, die Alarmierungszeit und die Anlaufphase zu verkürzen, das Zusammenwirken in den neuen Funktionsbereichen zu verbessern und schließlich alle Spitalsangehörigen von der Notwendigkeit der Katastrophenvorsorge zu überzeugen.

6.2. Praktische Durchführung

Die Übung des gesamten Kat.-Planes ist ohne erhebliche Behinderung der Aufgaben, die ein Krankenhaus im medizinischen Alltag zu erfüllen hat, nicht möglich. Zudem führt jede nicht als Übung angesagte Simulation einer Katastrophensituation zu Unsicherheit und Unruhe bei allen Betroffenen, bis das Geschehen als Übung deklariert wird.

6.2.1. Teilübungen

Die Durchführbarkeit des Kat.-Planes und der hierfür benötigte Zeitaufwand sind deshalb durch Teilübungen festzustellen, weil auf diesem Wege der Behandlungs- und Pflegebereich im Krankenhaus kaum gestört wird. Außerdem sollen unbedingt alle notwendig werdenden hausinternen Betriebsänderungen, wie etwa die Schließung oder Verlegung von Stationen (2.6.), zu praktischen Übungen genützt werden.

Folgende Übungen können einzeln oder in Kombination ohne wesentliche Behinderung des Krankenhausbetriebes im medizinischen Alltag durchgeführt werden:

Alarmierung (von Teilen oder des gesamten) nicht diensthabenden Personals (5.1.5.)

Besetzung der Zentralen Führungsstelle (mit Planspiel einer angenommenen Katastrophensituation) (5.2.)

Besetzung der Funktionsräume der Versorgungsstraße (5.3.2.)

Triageübungen mit Simulanten (1.4.)

Umstellung auf Notstromversorgung (4.2.1.)

Umstellung auf Brunnenwasserversorgung, Tankwasserversorgung (4.1.2.)

Evakuierung (2.6.)

Einrichtung von Massenquartieren im Krankenhaus (4.1.8.)

Mitwirkung bei der Einrichtung von Ausweichbehandlungsstellen in Ausweichkrankenhäusern (2.6.).

6.2.2. Angesagte Übungen

6.2.2.1. Übungsleiter

Der Übungsleiter kündigt die Übung allen Teilnehmern rechtzeitig an. Mit Übungsbeginn wird die Übungslage (Übungsannahme) bekanntgegeben und der Übungsbereich und das Übungsziel mitgeteilt.

6.2.2.2. Übungsüberwachung

Qualifizierte Krankenhausangehörige und auswärtige Organe (z. B. Spitalerhalter, Sanitätsorganisationen usw.) nehmen als Beobachter an der Übung teil und achten besonders auf Fehler und Mängel.

6.2.2.3. Übungseinlagen

Der Übungsleiter kann durch Unterbrechung der Übung und Bekanntgabe neuer Lageschilderungen (eventuell mit Zeitsprüngen) die Übungsgruppe dazu veranlassen, sich auf geänderte Situationen einzustellen.

6.2.2.4. Übungsbesprechung

Der Ablauf und die Durchführung der gesamten Übung soll vom Übungsleiter mit allen Teilnehmern diskutiert werden. Dabei sind die von der Übungsüberwachung gemachten Beobachtungen besonders zu berücksichtigen. Sehr wichtig ist die Diskussion über Mängel, Unterlassungen und Fehler. Jeder Übungsteilnehmer muß die Möglichkeit bekommen, seine eigene Meinung über den Ablauf und die Zweckmäßigkeit der Maßnahmen auszusprechen und Änderungen vorzuschlagen.

Das Ziel der Übungsbesprechung ist nur erreicht, wenn jeder Teilnehmer am Schluß das Gefühl mitnimmt, an einer nützlichen Sache mitgewirkt zu haben.

6.2.3. Übungen ohne Vorankündigung

Nur die Krankenhausdirektion, der Katastrophenbeauftragte (3.1.), die Übungsüberwacher (6.2.2.2.) sowie jener kleine Personenkreis, der aus Gründen des Krankenhausbetriebes unbedingt Bescheid wissen muß, soll von der beabsichtigten Übung Kenntnis haben. Dagegen muß das übrige Personal von der Alarmierung überrascht werden. Nur so kann aus Reaktionen und Übungsablauf auf das Verhalten im Ernstfall geschlossen werden.

In Zusammenarbeit mit Hilfsorganisationen und eventuell der Exekutive soll die Einlieferung von Figuranten (geschminkt, mit Moulagen — plastische Verletzungsdarstellung — drapiert, Symptome auf Begleitschein angeführt) organisiert werden.

Damit wird für die im Stauraum Tätigen der Übungscharakter der Vorgänge erst bei der Triage erkennbar. Frühestens zu diesem Zeitpunkt darf den übrigen Funktionsbereichen bekanntgegeben werden, daß alle bisherigen Maßnahmen und Vorbereitungen einer Übung gedient haben.

Bei der Auswertung solcher nicht angesagter Übungen mit Simulanten kommt den Beobachtungen und Angaben der „Opfer“ sowie der Rettungsmannschaften und Exekutivbeamten entscheidende Bedeutung zu. Die Übung muß deshalb so geplant werden, daß genügend Zeit für eine ausführliche Übungsbesprechung bleibt, bei welcher alle zu Wort kommen können.

Wichtig ist, daß bei der Besprechung derartiger Übungen mit Teilnehmern aus mehreren Bereichen nicht nur Mängel und Fehler, sondern auch die positiven Ergebnisse betont werden.

6.3. Verwertung von Übungserfahrungen

Neben der allgemeinen Übungsbesprechung ist von den Führungskräften des Krankenhauses (ärztlicher Leiter, Kat.-Plan-Beauftragter, Verwalter, Oberschwester), eine Analyse des Übungsverlaufes an-

zustellen. Dabei ist besonders zu beachten, ob sich die im Kat.-Plan vorgesehenen Maßnahmen bewährt haben oder ob sie durch Improvisationen ersetzt oder ergänzt werden mußten. Die Auswirkungen von organisatorischen, baulichen, personellen oder materiellen Änderungen in der Struktur des Krankenhauses seit der Erstellung des Kat.-Planes werden oft erst mit Hilfe derartiger Analysen erkennbar. Die Ergebnisse der Analyse bilden die wichtigste Grundlage für Änderungen und Ergänzungen des Kat.-Planes.

Muster eines Spitalskatastrophen-Einsatzplanes

Krankenhaus

SPITALSKATASTROPHEN-EINSATZPLAN

1. Allgemeiner Teil

1.1. Rechtsgrundlagen

Erstellt gemäß Katastrophenabwehrgesetz vom, LGBl. Nr., und des Erlasses der Landessanitätsdirektion vom, Zahl

1.2. Begriffsbestimmung der Katastrophe

Als Katastrophe im Sinne dieses Planes gilt ein durch Gewalt, Natur- oder anderes Ereignis ausgelöster Notstand, der zu einem Massenansturm von Patienten führt und eine rasche Leistungssteigerung des Krankenhausbetriebes erforderlich macht, unter Einbeziehung der Annahme, daß wesentliche Einrichtungen des Krankenhauses zerstört und eine Verlegung nach außen durchgeführt werden muß.

1.3. Wesensmerkmale der Katastrophenmedizin

Im Katastrophenfall besteht ein eklatantes Mißverhältnis zwischen Hilfsbedürfnis und Hilfsmöglichkeiten, das zu einem von der Routine des medizinischen Alltags abweichenden Vorgehen zwingt. Die Bemühung, jedem einzelnen rasch und in vollem Umfang zu helfen, hat zu Gunsten der Sorge um die Bedürfnisse aller Opfer zurückzutreten. Ziel muß es sein, die Summe der Verluste so klein wie möglich zu halten. Die beschränkten personellen und materiellen Möglichkeiten zwingen in erhöhtem Maße zu rationellen diagnostischen und therapeutischen Vorgehen, Vereinfachung und Standardisierung aller Maßnahmen etappenweiser Behandlung. Wie die Analyse von Großkatastrophen der letzten Jahrzehnte zeigte, ist die häufigste Katastrophenfolge der Massenansturm von Verletzten. Dieser empirischen Erkenntnis wird deshalb in der organisatorischen, personellen und materiellen Planung in erster Linie Rechnung getragen.

Beim Massenansturm von Kranken und Verletzten ist der Plan hinsichtlich der personellen Besetzung der Führungs- und Funktionsbereiche entsprechend abzuändern.

1.4. Allgemeine Richtlinien für Diagnostik und Therapie

1.4.1. Grundsätze der Triage

Ein Höchstmaß an ärztlicher Hilfeleistung ist beim Massenansturm von Verletzten nur möglich, wenn die Opfer in indikatorisch sinnvoller Reihenfolge untersucht und behandelt werden. Jeder Maßnahme muß daher die Auswahl (Triage) der Verletzten bzw. Erkrankten hinsichtlich der Dringlichkeit des Vorgehens vorausgehen.

Die Triage ist die schwierigste und wichtigste Aufgabe des Arztes im Katastrophenfall. Sie verlangt fachtechnisches Urteilsvermögen auf Grund großer und vielseitiger medizinischer Erfahrung, Diagnostik mit einfachsten Mitteln sowie Mut zur Verantwortung und raschen Entscheidung. Innere Sicherheit und Autorität sind notwendig, um in der Turbulenz des Geschehens richtige und durchführbare Entscheidungen zu treffen.

Die Triage muß daher dem erfahrensten Arzt (je nach Art des Katastrophenfalles) übertragen werden. Der Ort seines Wirkens ist in erster Linie die Aufnahmezone und nicht der Operationssaal.

1.4.2. Methodik der Triage

Da die Überlebensprognose der Katastrophenopfer in erster Linie von der ersten ärztlichen Behandlung abhängt, ist die Triage inhaltlich auf die Bestimmungen der Prioritäten für Sofortmaßnahmen und Transport ausgerichtet.

Das Ziel des medizinischen Einsatzes auf jeder Stufe, von der Ersten Hilfe über erste ärztliche Versorgung, erste chirurgische Behandlung bis zur endgültigen chirurgischen Versorgung muß darin bestehen, möglichst günstige Voraussetzungen für die nächste Stufe zu schaffen. Sch-

tung und Auswahl des Patientengutes muß nach Dringlichkeitsstufen erfolgen.

Dringlichkeitsstufe 1 = Behandlungspriorität Asphyxie, massive Blutung, offener und Spannungspneumothorax, Schock bei Mehrfachverletzten und bei schweren Gewebeertrümmungen.

Dringlichkeitsstufe 2 = Transportpriorität 1 Verletzungen der Bauch- und Harnorgane, Verletzungen der Brustorgane, akuter Hirndruck, zunehmende Rückenmarkskompression, Gefäßverletzungen, offene Hirnverletzungen, offene Frakturen, offene Gelenkverletzungen, schwere Augenverletzungen. „Transportpriorität 1“ bedeutet, wenn irgend möglich, schonendsten Transport auf dem Luftwege, ansonsten jedmögliche andere Bevorzugung beim Transport.

Dringlichkeitsstufe 3 = Transportpriorität 2 Schädel-Hirn-Verletzungen, geschlossene Frakturen und Luxationen, Weichteilverletzungen.

Dringlichkeitsstufe 4

dazu gehören vor allem die Leichtverletzten. In allen Dringlichkeitsstufen muß natürlich noch nach Schwere und Ausmaß der betreffenden Verletzung, nach dem Ausmaß der Ersten Hilfe und vielen anderen Kriterien unterteilt werden.

Dringlichkeitsstufe 5

„Wartefälle“, beispielsweise Verletzte mit infauster Prognose oder mit ausgedehnten, schwersten Verbrennungen.

Die Einteilung in Dringlichkeitsstufen gilt natürlich nur bei entsprechendem Massenandrang vor den einzelnen Behandlungseinheiten des Krankenhauses.

Die Festlegung von Transportprioritäten erfolgt bei notwendigen Überstellungen in nächstgelegene Schwerpunktkrankenhäuser und Spezialkliniken, bei Vorhandensein begrenzten Transportraums und sofern diese nicht schon bei Bergung der Katastrophenopfer erfolgte.

Grundsätze und Methodik der Triage müssen von allen leitenden Ärzten und Oberärzten insbesondere der chirurgischen und unfallchirurgischen Abteilung beherrscht werden.

1.5. Die Führung des Krankenhauses

obliegt:

1. Ärztlicher Leiter
2. Verwaltungsleiter
3. Leiter(in) des Pflegedienstes

Im Verhinderungsfall werden die vorgenannten leitenden Organe durch ihre bestellten Stellvertreter vertreten.

Bestellte Stellvertreter:

4. Stellvertretender ärztlicher Leiter

5. Stellvertretender Verwaltungsleiter

6. Stellvertretender Leiter des Pflegedienstes

Zur Auslösung des Spitalskatastrophen-Einsatzplanes sind die Funktionen 1. bis 2. in der Reihenfolge ihrer Anwesenheit berechtigt. Sind alle leitenden Organe und deren Stellvertreter dienstesabwesend, ist der dienstesabwesende Primararzt der unfallchirurgischen Abteilung, bei dessen Abwesenheit der diensthabende Assistenzarzt dieser Abteilung zur Auslösung des Alarms berechtigt.

1.5.1. Lagebeurteilung

Oberste Voraussetzung für richtige Führungsentscheidungen sind wiederholte Lagebeurteilungen. Die Lage wird bestimmt durch den Einsatzleiter. Es ist dies der Bezirkshauptmann des zuständigen Verwaltungsbezirkes bzw. der Bürgermeister bei autonomen Städten.

1.5.2. Lagemeldung

Die Lage im Krankenhaus muß der Katastrophen-Einsatzleitung — es ist dies der örtlich zuständige Bezirkshauptmann bzw. Bürgermeister bei autonomen Städten — in regelmäßigen Abständen gemeldet werden. Dazu muß die Krankenhausführung in regelmäßigen Abständen von den einzelnen Krankenabteilungen des Krankenhauses Lagemeldungen erhalten. Aktuelle Lagemeldungen bilden die wesentliche Voraussetzung für eine sinnvolle Verteilung und Weiterleitung der Opfer aus dem Katastrophengebiet.

1.5.3. Konsequenzen der Lage für das Krankenhaus

Die festgestellten Lageänderungen haben eine Änderung der Organisation im Krankenhaus zur Folge, erfordern eventuelle Evakuierungs- und Verlegungsmaßnahmen und sind die Voraussetzung für die Steuerung des Nachschubs. Eine veränderte Lage in und außerhalb des Krankenhauses kann auch zu einer anderen Einstufung einzelner Opfer im Rahmen der Triage führen.

1.5.4. Zentrale Führungsstelle

Das Instrument der Krankenhausführung ist die Zentrale Führungsstelle.

1.5.4.1. Personelle Besetzung:

1. Ärztlicher Leiter
2. Stellvertretender ärztlicher Leiter
3. bis zu deren Eintreffen der dienstesabwesende Primararzt der unfallchirurgischen Abteilung bzw. der diensthabende Assistenzarzt der unfallchirurgischen Abteilung
4. Verwaltungsleiter
5. Stellvertretender Verwaltungsleiter

6. Pflegeleiter(in)
7. Stellvertretende(r) Pflegeleiter(in)
8. Leiter des haustechnischen Dienstes
9. Stellvertretender Leiter des haustechnischen Dienstes
10. 2 Schreibkräfte VB
- VB
11. 1 Bote für den inneren Dienst
12. 1 Bote mit KFZ

An der Spitze der zentralen Führungsstelle steht der Krankenhaus-Einsatzleiter. Er ist Mitglied der zentralen Führungsstelle und nimmt bis zum Eintreffen des hierarchisch höher gereihten Mitgliedes die Aufgaben des Krankenhaus-Einsatzleiters wahr. Sind Mitglieder der zentralen Führungsstelle mit der Wahrnehmung von Einzelfunktionen betraut (im ärztlichen Dienst), können sie ihre Führungsfunktion an das jeweils anwesende tiefergereichte Mitglied der zentralen Führungsstelle abgeben. Die flexible Regelung der Leiterfunktion ist notwendig, um das Anlaufen erster Maßnahmen auf Grund der Lagebeurteilung jederzeit ohne Zeitverlust zu gewährleisten.

1.5.4.2. Aufgaben

Führung des Krankenhauses während der Dauer des Katastrophen-Einsatzes. Alle Mitglieder unterstützen den Krankenhaus-Einsatzleiter. Er delegiert Teilaufgaben, z. B.:

Alarmierung des Personals und Personaleinteilung

Information an:

die zuständige Bezirkshauptmannschaft bzw. Gemeinde bei autonomen Städten

Personal und Patienten über Lage und notwendige Maßnahmen

Angehörige

Die Kontaktnahme mit Polizei, Gendarmerie, Feuerwehr und freiwilligen Hilfsorganisationen läuft über die Einsatzleitung bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft (Gemeinde)

Bezirkshauptmann

Bürgermeister

Organisationen von Verlegungen und Evakuierungen

Materialbeschaffung

1.5.4.3. Unterbringung und Ausstattung

Die zentrale Führungsstelle ist im Gebäude
Zimmer Nr.
untergebracht. Haustelesonanschluß

Abgehende und ankommende Gespräche werden von der Telefonzentrale über Geheimmnummernanschlüsse vermittelt. Die zentrale Führungsstelle verfügt über eine übersichtliche Planskizze vom Krankenhaus und dem umliegenden Gebiet und über eine Wandtafel zur Anzeige des Personaleinsatzes (Beilage 1).

1.6. Panikprophylaxe

Die Panik als gefährlichste Sekundärkatastrophe bedroht Opfer ebenso wie unverletzte Bewohner im Katastrophengebiet und damit auch Helfer und Ärzte im Krankenhaus. Angst und Mutlosigkeit bis zur Teilnahmslosigkeit können in der Ausnahme-situation ebenso auftreten wie sinnwidriges Verhalten bis zur regellosen Flucht. Die Panik kann damit Existenz und Funktion des einzelnen wie auch der Gemeinschaft in Frage stellen.

Wirksamste Panikprophylaxe ist das sichtbare Anlaufen von zielführenden Maßnahmen der Katastrophenhilfe. Alle Bemühungen, die der Aufrechterhaltung eines geordneten Betriebes und der Leistungssteigerung im Krankenhaus dienen, sind folglich zugleich Methoden der Panikverhütung. Damit erklärt sich, daß jene Zonen im Krankenhaus besonders panikgefährdet sind, in denen keine unmittelbare Katastrophenabwehr geübt wird und Patienten wie Personal Zeit für Spekulationen haben. Es sind dies vor allem Pflegebereiche außerhalb der Versorgungsstraße. Sobald Kräfte dafür frei werden, müssen dorthin aufklärende und beruhigende Informationen geliefert werden. Zweckmäßig ist die Einrichtung eines hausinternen „Beruhigungsdienstes“.

Diese wichtige Aufgabe fällt vor allem in das Wirkungsfeld der Krankenhausgeistlichen, des zuständigen Sozialarbeiters und eventuell des dienstesanwesenden Psychiaters

Bei bestehender Panik kommt es darauf an, „Inseln der Ordnung“ zu schaffen. Persönlichkeiten, die durch Beispiel mehr als durch Zuspruch Sicherheit und Ruhe verbreiten, erreichen nach dem Motto „auch Mut kann ansteckend sein“, oft innerhalb kurzer Zeit eine Normalisierung des Verhaltens. Gelegentlich wird es erforderlich sein, Panikopfer abzusondern oder auch einer spezifisch psychiatrischen Behandlung zuzuführen.

1.7. Planungsgrundsätze

Organisatorische, personelle und materielle Vorsorgen sind im Katastrophenfall die Voraussetzung für die planmäßige Umstellung des Krankenhausbetriebes. Alle Neu-, Um- und Zubauten des Krankenhauses, alle Neuanschaffungen von Material und alle organisatorischen Veränderungen sind auch im Hinblick auf eine Katastrophensituation zu planen.

1.7.1. Versorgungsleistung des Krankenhauses

Sie wird bestimmt von der Zahl der möglichen Aufnahmen (nach Reduzierung des Patientenstandes auf 50% des normierten Belages und der zusätzlichen Aufstellung von Notbetten

können bis zu ... Aufnahmen in den stationären Bereich über eine Zeitdauer von ... Tagen erfolgen).

Zahl der im Krankenhaus

zur Verfügung stehenden aseptischen Operationstische

Zahl des verfügbaren ärztlichen Operationspersonals

Zahl des Operationsfachpersonals

somit Gesamtkapazität

Übersteigt die Zahl der eingelieferten Fälle die erreichbare Versorgungsleistung (kritische Zahl), droht die Dekompensation des Krankenhauses. Es ist zeitgerecht die Einsatzleitung von der zu erwartenden kritischen Zahl in Kenntnis zu setzen, um UmDispositionen in den Krankenhauseinlieferungen veranlassen zu können.

1.7.2. Personaleinsatz

Grundsätzlich soll das Personal zu Tätigkeiten eingeteilt werden, die es auch sonst erfüllt. Ausnahmen bilden jene Funktionsbereiche, die nur im Katastrophenfall im Krankenhaus eingerichtet werden (siehe Punkt 3.1.2.).

2. Organisatorische Voraussetzungen zur Bewältigung der Katastrophensituation

2.1. Alarmierung

2.1.1. Alarmauslösung

Nur ein Mitglied der Führungsstelle ist dazu berechtigt, den Alarm auszulösen (1.5.4.1.). Er veranlaßt die Alarmierung auf Grund eines Auftrages des zuständigen Bezirkshauptmannes bzw. Bürgermeisters bei autonomen Städten (Einsatzleitung im Katastrophengebiet, Landessanitätsdirektion) oder auf Grund der eigenen Lagebeurteilung. Die Alarmierung läuft an, wenn das Kennwort „Katastrophenalarm“ an die Vermittlung durchgegeben wird. Der erhaltene Auftrag ist im Rapportbuch mit Uhrzeit und Namen des Anordnenden zu vermerken.

2.1.2. Alarmpläne (als Beilagen 1, 2, 3, 4 angeschlossen)

Die Alarmierung erfolgt als Sammelruf (Funk) und als Einzelruf gezielt. Die in allen Funktionsbereichen aufliegenden Katastrophenalarmpläne enthalten Anweisungen zur Alarmierung weiterer Bereiche und Personen und Handlungsanweisungen für die ersten Stunden.

2.1.3. Alarmierungslisten

liegen in der Personalstelle mit Angabe des Namens, der Wohnanschrift, der Telefonnummer und der Funktionsangabe auf und müssen ständig ergänzt werden.

2.1.5. Bei Ausfall der Funk- oder Telefonanlage

erfolgt die Alarmierung mittels Lautsprecherwagen vor den Personal- und Wohnhäusern oder durch Rundfunkdurchsage. Der Lautsprecherwagen ist notfalls per Boten von der Einsatzleitung anzufordern.

2.1.6. Ausweise und Erkennungsschilder

Über die allfällige Ausgabe persönlicher Ausweise, Erkennungsschilder für Kraftfahrzeuge und Anordnungen über deren Aufbewahrung entscheidet die Einsatzleitung bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft bzw. Gemeinde bei autonomen Städten.

2.2. Information

2.2.1. Information im Hause

Informationsdienst für alle Funktionseinheiten und verantwortlichen Mitarbeiter im Hause über die Lage übernimmt die zentrale Führungsstelle (Telefon Nummer ...).

Die zentrale Führungsstelle ihrerseits muß ständig über alle Vorgänge im Hause informiert werden.

2.2.2. Information außer Haus

Informationen nach außen dürfen nur von der zentralen Führungsstelle oder in ihrem Auftrag gegeben werden.

2.2.3. Information an Angehörige

Von der zentralen Führungsstelle wird eine Auskunftsstelle eingerichtet. Diese ist befugt, über Namen und Befinden der eingelieferten Patienten auf Grund der Meldungen aus den Stau-, Diagnostik- und Behandlungsbereichen zu informieren. Sie ist im Objekt Raum ..., Telefon Nummer untergebracht.

Ihre Aufgaben neben der Auskunftserteilung sind: Führung einer Kartei bzw. eines Indexes der aufgenommenen Patienten.

— Durchsage über das Tonband

— Verständigung von Angehörigen bei Todesfällen

2.3. Medizinische Versorgungsbereiche

2.3.1. im Krankenhausareal

Da Fahrer von Rettungswagen und anderen Transportmitteln im Katastrophenfall nicht immer über ausreichende Ortskenntnis verfügen, sind für den Krankenhaus-Eingang, für die Zufahrtswege, für die Eingänge zu den Ver- und Entsorgungsbereichen, für den Stauraum und für die Ausgänge Hinweisschilder aufzustellen. Der Zeitpunkt der Aufstellung wird von der Spitals-Einsatzleitung festgelegt. Zuständig für die Durchführung ist der technische Dienst.

2.3.2. im Krankenhaus

Eine rationelle Versorgung der Patienten ist beim Massenansturm nur möglich, wenn die Patientenbewegung ausschließlich in einer Richtung erfolgt. Diese Einbahn-Versorgungsstraße beginnt in einem Stauraum und führt über die Untersuchungsräume und die besonderen diagnostischen Bereiche (Röntgen und Labor) zu einer präoperativen Intensivpflegestation, weiter zu den Behandlungsräumen (Operationstrakt) und endet in den Pflegestationen (siehe Beilage).

Im Gebäudeinneren ist für gehfähige Leichtverletzte der Weg vom Stauraum zur unfallchirurgischen Ambulanz gekennzeichnet. Die Weiterleitung von nicht gehfähigen Patienten wird durch Begleitpersonen in je einer Liftanlage des Gebäudes

durch Liftbegleiter besorgt.

2.3.3. Stauraum (Objekt)
Geschoß (.....)

Im Stauraum werden die eingelieferten Patienten abgelegt. Hier erfolgt eine erste Auswahl nach der Dringlichkeit ihrer Behandlung (Triage) und die Absonderung der geborgenen Verstorbenen, die im Katastrophenfall oft mit ins Krankenhaus gebracht werden sowie der hoffnungslosen Fälle. Die Ausstattung mit fahrbaren Betten, Patientenliegen, Infusionen und Krankenpflegeartikeln, Verbandstoffen, Patientenbekleidung und Wäschesäcken für die Aufnahme der Privatwäsche ist vorgesehen.

Die Registratur befindet sich im

2.3.4. Untersuchungsräume (Objekt)
Geschoß (.....)

In ihnen soll die Behandlungspriorität (Triage) durch eingehende Untersuchung festgelegt werden.

2.3.5. Präoperative Intensivpflegestation
(Objekt)
Geschoß (.....)

Dort erfolgt die Schockbehandlung und Vorbereitung zur operativen Versorgung der Katastrophenopfer.

2.4.4. Pflegezone

Zur raschen pflegerischen Versorgung sind als Maßnahme der ersten Stunden die der zentralen Liftgruppe am nächsten gelegenen 2 Krankenzimmer jeder Station vorgesehen. Die Notwendigkeit, ganze Behandlungseinheiten für die Aufnahme der Katastrophenopfer freizumachen, wird von der zentralen Führungsstelle entschieden.

2.4.5. Behandlungsräume für Leichtverletzte

Die Behandlung der Leichtverletzten erfolgt im Ambulanzbereich der unfallchirurgischen Abteilung (Objekt

Geschoß). Leicht-

verletzte, die nach der Erstversorgung entlassen werden können, sollen mit dem eigentlichen Krankenhausbetrieb gar nicht in Berührung kommen. Sie werden nach der Versorgung zur ambulanten Weiterbehandlung möglichst an niedergelassene Ärzte weitergegeben.

2.4.6. Isolierraum (Objekt)
Geschoß (.....)

In diesem sollen — möglichst abseits der Versorgungsstraße — jene Patienten betreut werden, die unter dem Druck des Massenansturms vorerst als chancenlos angesehen werden müssen. Kurze Wegstrecken zu den Leichenräumen sind anzustreben.

2.5. Dokumentation

Beim Massenansturm ist die übliche Administration der Patientenaufnahme und der Dokumentation der Befunde nicht durchführbar. Trotzdem muß eine Kurzdokumentation erfolgen.

2.5.1. Registriermaterial

Für die Registrierung der Patienten- und Kleidersäcke werden Metallplaketten mit fortlaufenden Nummern verwendet (am Patienten mit Band an Extremitäten befestigt).

Gemäß Anlage werden Kurzkranken geschichten angelegt, welche vierfach im Durchschreibeverfahren aufliegen.

1. Kurzkranken geschichte (bleibt beim Patienten)

2. Zuweisungsschein — wenn vorhanden — (bleibt beim Patienten)

3. Belagsmeldung bzw. Entlassungsanzeige (sofort zur Auskunftsstelle)

(wenn Patient stationär aufgenommen wird, nach ambulanter Behandlung entlassen wird bzw. bei Todesfall)

4. Einlieferungsanzeige (sofort zur Auskunftsstelle)

(zur Identifikation kann Lichtbild beigefügt werden)

Labor, Röntgen, Ambulanz, EKG usw. verwenden die vorhandenen Drucksorten und schließen sie der Krankengeschichte bei.

Das vorbereitete Dokumentationsmaterial wird in der Unfallambulanz unter Verschluss gehalten.

2.5.2. Effekten

Die Effekten und Kleider der Patienten sind in Kleider- oder Kunststoffsäcken, versehen mit der vorbereiteten Patientennummer, in den Kellerdepots der Abteilungen zu verstauen.

2.6. Ausweichunterkünfte

Bei drohender Überfüllung des Krankenhauses bzw. bei Gefährdung von Teilen des Krankenhauses kann die Evakuierung von Patienten in nahegelegene Ausweichunterkünfte, die als Ausweichkrankenhäuser in Frage kommen, notwendig

werden. Geeignete Objekte (Hotels, Schulen, Schwesternhäuser, Amtsgebäude) sind von der zuständigen Bezirkshauptmannschaft bzw. Gemeinde bei autonomen Städten zu erkunden, die Berechtigung zu ihrer Benützung ist mit den Eigentümern zu vereinbaren (Beilage ...).

3. Personelle Voraussetzungen zur Bewältigung der Katastrophensituation

3.1. Personaleinsatz und spezielle persönliche Aufgaben

3.1.1. Erfassung

Das Eintreffen der alarmierten Krankenhausangehörigen ist nach Möglichkeit für die zentrale Führungsstelle durch die Personalstelle mit Uhrzeit in der aufliegenden Personalliste zu vermerken. Grundsätzlich begeben sich die Alarmierten an ihre üblichen Arbeitsplätze.

Ausnahmen bilden die Krankenhausangehörigen bzw. Dienste, die gemäß Katastrophenalarmplan, welcher in allen Funktionseinheiten aufliegt, spezielle Aufgaben zu erfüllen haben.

3.1.2. Spezielle Aufgaben

Besetzung von:

Stauraum, Registratur im Stauraum, Bettenzentrale, Untersuchungsräumen, präoperativen Intensivstationen, Unfall-Ambulanz, Isolierzimmer, zentraler Führungsgruppe, Auskunftsstelle, Liftbegleiter, Werkstätte und Energiezentrale, haus eigenem Beruhigungsdienst.

3.2. Hausfremdes Personal

Hilfskräfte, die dem Krankenhaus zur Verstärkung seiner Versorgungsleistung zugeführt werden (freiwillige Helfer, Schwestern und Ärzte aus anderen Krankenhäusern), sind entsprechend ihrem Ausbildungsstand und dem Bedarf von der zentralen Führungsstelle einzuweisen bzw. den leitenden Ärzten und Schwestern in ihren Funktionsbereichen zuzuteilen.

3.3. Ablösedienst

Im Katastrophenfall ist oft durch lange Zeit eine intensive Arbeitsleistung erforderlich. Um diese sicherzustellen, müssen ausreichende Ruhe- und Erholungsmöglichkeiten für das im Krankenhaus verbleibende Personal geschaffen werden. Die Abteilungen und die übrigen Funktionsbereiche organisieren selbst Ablöse und überschlagenden Personaleinsatz.

3.4. Information und Schulung

Der Katastrophenplan kann auf Dauer nur dann ein schlagkräftiges Instrument zur Bewältigung von Katastrophensituationen sein, wenn die periodische Information und Schulung der leitenden Ärzte über Grundsätze des Katastrophenmanagements und der Triagetchnik und aller Krankenhausangehöriger über den Spitalskatastrophenplan, lebens-

rettende Sofortmaßnahmen und die speziellen persönlichen Aufgaben durch den ärztlichen Direktor oder dessen Beauftragten gewährleistet ist.

4. Materielle Voraussetzungen zur Bewältigung der Katastrophensituation

4.1. Bauliche Voraussetzungen

4.1.1. Objektanalyse

Das Krankenhaus liegt in (Stadt) Das Krankenhausareal im Ausmaß von m² wird begrenzt von
im Süden —
im Osten —
im Westen —
im Norden —

Gemäß Lageplan besteht das Krankenhaus aus den Objekten (die Aufzählung aller Krankenhausobjekte erfolgt hier in numerierter Reihenfolge):

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Darlegung besonders gefährdender Einrichtungen im Nahebereich der Krankenanstalt, wie militärische Objekte, Tankstellen, Lager mit explosivem Lagermaterial, Lagerstätten für Giftstoffe, Lagerstätten von radioaktivem Material u. ä.:

Die Versorgungsstraßen sind in der Beilage eingezeichnet; die Beschilderung übernimmt der technische Dienst. Sie sind horizontal und vertikal mit fahrbaren Betten benützbar. Telefonanschlüsse sind in allen Funktionsräumen der Versorgungsstraße installiert (Beilage).

4.1.2. Patientenversorgung — stationär

Die Gesamtbettenanzahl beträgt Betten und verteilt sich auf einzelne Fachabteilungen

1. Betten
2. Betten
3. Betten
4. Betten
5. Betten
6. Betten
7. Betten
8. Betten
9. Betten
10. Betten

4.1.3. Wasserversorgung

Aus dem öffentlichen Wasserversorgungsnetz der Gemeinde
Einspeisung
Einspeisung
Entsorgung über Kanal zu
Die Möglichkeit der Ersatzwasserversorgung und die Aufstellung der Wasseraufbereitungsanlage des beim Objekt über Außenhydrant durch Tankfahrzeuge gegeben; in diesem Falle muß das Hauptventil im Kesselhaus gesperrt werden. Die Löschwasserversorgung des Krankenhauses ist aus der Beilage „Dienstweisung für die Betriebslöschmannschaft“ zu ersehen.

4.1.4. Hubschrauberlandeplatz

Der Hubschrauberlandeplatz befindet sich m (Himmelsrichtung) des Objektes Der Transport von Personen erfolgt zum Eingang mittels Krankentransportwagen über asphaltierte Wege.

4.1.5. Abstellplatz für Funkwagen

Vor dem Verwaltungsgebäude am (Ort); die Verbindung zur zentralen Führungsstelle ist mittels Telefonkabel (ca. m) gegeben.

4.1.6. Abstellplätze für Fahrzeuge werden markiert und sind unter allen Umständen freizuhalten.

1. Versorgungsfahrzeuge Apotheke — vor dem Apothekeneingang
 2. Versorgungsfahrzeuge Heizöl — vor dem Lagertank
 3. Versorgungsfahrzeuge Wäscherei — vor der Rampe der Wäscherei
 4. Versorgungsfahrzeuge Küche — vor der Küchenrampe und dem Kücheneingang
 5. Versorgungsfahrzeuge Werkstatt — vor dem Werkstättengebäude
 6. Leichentransportwagen — vor dem Eingang zum Pathologischen Institut bzw. zur Prosektur
- Privatfahrzeuge dürfen nur auf markierten Parkflächen und abgestellt werden. In allen Fällen sind die Außentore zur Durchfahrt freizuhalten.

4.1.7. Lagerraum

Kleider der Unfallopfer werden beschriftet in den Depots der einzelnen Fachabteilungen abgelegt. Materiallager sind in ihrer Größe für die Aufnahme eines dreimonatigen Bedarfes ausgeführt.

4.1.8. Erholungsraum für Personal

Während der Ruhepausen stehen nachstehend genannte Räume zur Verfügung:

In den Personalhäusern, allfälligem Ärztehaus und (Objekt) sind Schlafstellen adaptiert und werden durch die Verwaltung zugewiesen. Die Ausgabe von warmen Speisen und Kaffee für Personal und Anstaltsfremde sowie Hilfskräfte im Personal-Speisesaal ist ständig möglich.

4.1.9. Massenunterbringung

Patienten, welche im Katastrophenfall nicht entlassen werden können, sind auf allen Stationen in den von den zentralen Liftgruppen am weitest entfernten Krankenzimmern unterzubringen.

4.2. Technische Voraussetzungen

4.2.1. Energieversorgung

Die Einrichtungen und Leitungsführungen für die gesamte Energieversorgung des Krankenhauses ist im Lageplan eingezeichnet.

4.2.1.1. Stromversorgung

Erfolgt über das öffentliche Stromnetz über Objekt in die Trafostation Objekt Anschlußwert mittels Erdkabel.
Die Vollversorgung bzw. Teilversorgung der Anstalt ist durch Dieselaggregate gewährleistet (..... KVA). Funktionsbeschreibung der Anlage:

4.2.1.2. Gasversorgung

aus dem Netz der Gasversorgungsanlage

in einem Druck von einem Bar als Stichleitung von der Druckreduzierstation ausgelegt. Funktionsbeschreibung der allfällig vorhandenen Gasversorgungsanlage:

4.2.1.3. Versorgung mit Dampf, Warmwasser und Fernwärme: Funktionsbeschreibung je nach vorhandener Anlage:

Jg. 85 H. 4

MITTEILUNGEN DER ÖSTERREICHISCHEN SANITÄTSVERWALTUNG

Beilage

Allg. öff. Krankenhaus Betrieb:
Abt./Station:

KATASTROPHENALARMPLAN

Wenn das Kennwort „KATASTROPHENALARMPLAN“ durchgegeben wird, sind folgende Maßnahmen zu treffen:

Zentrale Führungsstelle:
Zimmer Nr. Gebäude
Tel.-Nr.
Auskunftsstelle Schalterraum (Verwaltung)
Tel.-Nr.
Cafeteria im Personalspeisesaal ist ständig geöffnet.
Alarmierungsebene

, am

Die Spitalsleitung

Beilage

Allg. öff. Krankenhaus Betrieb:
Abt./Station Unfall 2

KATASTROPHENALARMPLAN

Wenn das Kennwort „KATASTROPHENALARMPLAN“ durchgegeben wird, sind folgende Maßnahmen zu treffen:

Spezielle Aufgaben:

- Alarmiert Chirurgie 2 Tel.-Nr. mit dem Kennwort „Katastrophenalarm“.
- 1 Sanitätshilfsdienst in den Stauraum, trifft Vorsorge für die Erstausrüstung des Stauraums mit Infusionsgeräten, Einmalspritzen, Infusionen, Medikamenten und Verbandstoffen aus den Beständen der Abteilung und meldet sich beim Triagearzt Prim. Dr. bzw. beim diensthabenden Assistenzarzt der unfallchirurgischen Abteilung.
- 1 Krankenzimmer nächst dem Bettenlift ist für die Aufnahme von Katastrophenopfern freizumachen.

Allgemeine Aufgaben:

Besucher sind aus der Anstalt zu weisen.
Im Rahmen der Panikverhütung Patientenansammlungen auflösen und beruhigend auf Patienten und Personal einwirken.

Zentrale Führungsstelle:
Zimmer Nr. Gebäude
Tel.-Nr.
Auskunftsstelle Schalterraum (Verwaltung)
Tel.-Nr.
Cafeteria im Personalspeisesaal ist ständig geöffnet.
Alarmierungsebene

, am

Die Spitalsleitung

Beilage

Allg. öff. Krankenhaus Betrieb:
Abt./Station: Med. 4

KATASTROPHENALARMPLAN

Wenn das Kennwort „KATASTROPHENALARMPLAN“ durchgegeben wird, sind folgende Maßnahmen zu treffen:

Spezielle Aufgaben:

Der Fachdienst übergibt die Station dem Hilfsdienst und begibt sich unverzüglich in den Stauraum. Trifft Vorsorge für die Erstausrüstung des Stauraumes mit Infusionsgeräten, Einmalspritzen, Infusionen, Medikamenten und Verbandstoffen.

Meldet sich beim Triagearzt Prim. Dr. bzw. beim diensthabenden Assistenzarzt der unfallchirurgischen Abteilung.

2 Krankenzimmer nächst dem Bettenlift sind für die Aufnahme von Katastrophenopfern freizumachen.

Allgemeine Aufgaben:

Besucher sind aus der Anstalt zu weisen.
Im Rahmen der Panikverhütung Patientenansammlungen auflösen und beruhigend auf Patienten und Personal einwirken.

Zentrale Führungsstelle:
Zimmer Nr. Gebäude
Tel.-Nr.
Auskunftsstelle Schalterraum (Verwaltung)
Tel.-Nr.
Cafeteria im Personalspeisesaal ist ständig geöffnet.
Alarmierungsebene

, am

Die Spitalsleitung

Beilage

Allg. öff. Krankenhaus Betrieb: Zentralküche und
Personalspeisesaal

KATASTROPHENALARMPLAN

Wenn das Kennwort „KATASTROPHENALARMPLAN“ durchgegeben wird, sind folgende Maßnahmen zu treffen:
Auf Grund der Lagebeurteilung kann von der KH-Einsatzleitung gemäß aufliegendem Katastrophenspeiseplan die 1. Versorgungsstufe bzw. 2. Versorgungsstufe angeordnet werden.

Personalbesetzung:

Küche:

6.00 Uhr bis 14.00 Uhr	2 Köchinnen, 8 Küchengehilfinnen
14.00 Uhr bis 22.00 Uhr	2 Köchinnen, 8 Küchengehilfinnen

Zentralspüle:

6.00 Uhr bis 14.00 Uhr	3 Personen
14.00 Uhr bis 22.00 Uhr	3 Personen

Personalspeisesaal:

0.00 Uhr bis 24.00 Uhr	1 Person
11.00 Uhr bis 14.00 Uhr	2 Personen

Es ist vorzusorgen, daß für den Personalspeisesaal und die Stationen ständig warme Speisen zur Verfügung stehen. Wird von der KH-Einsatzleitung die Verlegung der Produktion in auswärtige Betriebsstätten angeordnet, ist von der Küchenleitung die Organisation des Transportes, Personaleinteilung und Abgabe an Verbraucher durchzuführen.

Zentrale Führungsstelle:
Zimmer Nr. Gebäude
Tel.-Nr.
Auskunftsstelle Schalterraum (Verwaltung) Tel.-Nr.
Cafeteria im Personalspeisesaal ist ständig geöffnet.
Alarmierungsebene

, am

Die Spitalsleitung

Richtlinien für den Neubau von Sanitätsstationen (Bezirksstellen usw.)

1. Prinzipielles

- 1.1. Jede Rettungsstation (Bezirksstelle) soll im Neubau so geplant werden, daß sie bei zivilen Katastrophen und in Anlaßfällen der ULV eine maximale Nutzung bezüglich der Hilfe für die Bevölkerung bietet.
- 1.2. Die Station soll daher so ausgeführt werden, daß sie selbst Katastrophen möglichst schadlos und einsatzfähig übersteht.
- 1.3. Das Ausmaß der Rettungsstation (Bezirksstelle) soll mit dem Wirkungsbereich übereinstimmen, sie soll daher weder über- noch unterdimensioniert sein.
- 1.4. Die Station muß jederzeit und leicht als „Hilfsstelle“ gekennzeichnet werden können.
- 1.5. An die „Umgebung“ der Station sind folgende Ansprüche zu stellen:
 - 1.5.1. Die Station soll in der Nähe einer Hauptstraße liegen, jedoch nicht an sie angrenzen.
Begründung: Erleichtertes Reversieren, Parken, Wartung der Fahrzeuge, trotzdem gute Zufahrt und Anschluß an das allgemeine Straßennetz.
 - 1.5.2. In unmittelbarer Nähe der Station soll sich eine möglichst große Wiese oder ein freier, befestigter Platz befinden.
Begründung: Hubschrauberlandeplatz, Zeltplatz für Notlazarett, Auffanglager usw.
 - 1.5.3. Der Station soll ein größerer Parkplatz zugeordnet sein.
Begründung: Platz für die Räumung der Garage, Aufstellungsort von Hilfsfahrzeugen aller Art usw.
 - 1.5.4. Die Station soll in der Nähe, jedoch nicht unmittelbar neben dem, in der Ortschaft befindlichen Spital sein.
Begründung: Nähe: Gegenseitige Unterstützungsmöglichkeiten, kurze Transportwege.
Nicht zu nahe: Schutz gegen gemeinsame (irrtümliche) Zerstörung.

2. Bauliche Vorkehrungen

2.1. Widmungsplanung

- 2.1.1. Alle Räume sollen so ausgeführt sein, daß mehrfacher Verwendungszweck leicht möglich ist.

2.1.2. Zumindest die Hälfte der Büroräume soll so angeordnet und eingerichtet sein, daß sie jederzeit und leicht als Behandlungsräume verwendet werden können.

2.1.3. Die Mannschaftsräume sollen so ausgestaltet sein, daß sie jederzeit als Notküchen und Wirtschaftsräume verwendet werden können (Rauchfänge, Lüftungsschläuche, Anschlüsse, Küchengeräte, Kühlanlagen usw.).

2.1.4. Die Garagen sollen so eingerichtet werden, daß sie jederzeit und leicht mittels Spannwänden, Vorhängen, sowie Plastikbelägen für den Fußboden usw. in Patientenräume umgewandelt werden können. Sie sind daher entsprechend belüft-, beheiz- und beleuchtbar einzurichten.

2.1.5. Die Kellerräume sind so zu erstellen, daß sie leicht und einfach als Schutzräume S 1 Verwendung finden können, obwohl sie in Normalzeiten als Magazinräume benützt werden sollen. Bei der Planung der Magazinräume ist der Lagerumbedarf für Sanitätsstationen als Notlager für Sanitätsmaterial zum Zwecke der Aktivierung der Sanitätssammelstellen zu berücksichtigen.

2.2. Bauliche Ausgestaltung

2.2.1. Die Station ist so auszugestalten, daß sie zumindest 14 Tage autark geführt werden kann.

Es ist daher für eine unabhängige Wasserversorgung (Brunnen oder entsprechend großes Reservoir) und ein sicheres Notstromaggregat (strahlengeschützt, entsprechende Vorräte an Antriebsstoffen) und Lebensmittelvorräten (Konserven, Dauerwaren usw.) vorzusorgen.

Ferner ist die entsprechende Lagerhaltung von KFZ-Treibstoff, Öl und Wartungsgeräten vorzubereiten.

2.2.2. Stiegenhäuser und Gänge sind so auszuführen, daß sie auch der größtmöglichen Anzahl von Anwesenden gerecht werden.

2.2.3. Kanalanlagen oder Senkgruben sind so zu dimensionieren, daß die Entsorgung auch bei größter Auslastung und Vollbelag mindestens 14 Tage gesichert ist.

Für die Desinfektionsmöglichkeit gefährlicher Fäkalien ist vorzusorgen.

Entsprechend dem maximalen Belag sind die Anzahl der Aborte und Bäder vorzusehen, ebenso Leibschüsselspülen.

2.2.4. Das Gebäude ist in allen seinen Teilen so baulich zu gestalten, daß eine maximale Standfestigkeit gegen Druckwellen und Stoß (Erdbeben)

gewährleistet ist, es sind daher alle Räume durch entsprechend starke, durchgehende Wände nach allen Richtungen abzusteifen.

2.2.5. Der Kellereingang ist entsprechend den Richtlinien des Bundesministeriums für Bauten und Technik (BMfBuT) (Grundschutz in Neubauten) splittersicher zu errichten und mit entsprechenden „Brand-Druck-Türen“ zu versehen.

2.2.6. Vom Keller aus ist ein derart dimensionierter Notausstieg zu errichten, daß ein gefahrloser und reibungsloser Betrieb der Kellerräume im Notfall möglich ist, wenn das Gebäude samt Haupteingang zerstört ist.

Der Ausgang des Notausstieges ist so anzulegen, daß er auf alle Fälle außerhalb der Trümmerkegel des eigenen Gebäudes und der der Anrainer (Nachbarn) liegt.

2.2.7. Die Kellerdecke ist entsprechend den Richtlinien des BMfBuT (Grundschutzräume) trümmersicher auszuführen.

2.2.8. Im Keller ist eine, den Richtlinien des BMfBuT entsprechende Be- und Entlüftungsanlage für Grundschutzräume zu installieren, welche an ein entsprechendes Luftfilter anzuschließen ist.

2.2.9. Wenn das Gebäude ein Flachdach besitzt und sich in unmittelbarer Nähe kein „Hubschrauberlandeplatz“ befindet, ist das Flachdach statisch (Stoß 1.000 kg) und entsprechend den diesbezüglichen Vorschriften zu einem Landeplatz auszugestalten.

3. Sonstige Vorkehrungen

3.1. Zur Befestigung der Schutzzeichen (Genfer Konvention — Rotes Kreuz oder Genfer Zusatzproto-

koll — „Zivilverteidigung“) sind an alle Schauflächen und am Dach entsprechende Halterungen (z. B. Karabinerösen) anzubringen und die Kennzeichen selbst vorzubereiten.

3.2. Im Keller (Grundschutzraum) sind Anschlüsse für Telefon, Funk- und Radioantennen vorzusehen, damit der Betrieb nur vom Schutzraum aus aufrechterhalten werden kann und die Leitung der Station nicht von der Umwelt abgeschlossen ist.

3.3. Für die Aufbewahrung von Toten sind entsprechende, geruchs- und flüssigkeitsdichte, feste Säcke vorzubereiten und zu lagern.

3.4. Die Umstellung der Rettungsstelle (Bezirksstelle) für den Katastrophenhilfsdienst ist in regelmäßigen Abständen zu üben, die zusätzlichen Geräte sind laufend zu warten und betriebsbereit zu halten. Die Lager sind laufend zu überwachen, auszutauschen und zu ergänzen.

3.5. Über die Aktivitäten nach Punkt 3.4. sind entsprechende Aufzeichnungen zu führen, die von der vorgesetzten Dienststelle und der übergeordneten Behörde (Bürgermeister, Bezirkshauptmann oder Landeshauptmann bzw. dessen Katastrophenhilfsdienst-Beauftragten) und dem Subventionsgeber (Öffentliche Hand) in entsprechenden Abständen eingesehen werden können und sollen.

3.6. Subventionen der öffentlichen Hand werden nur dann gewährt, wenn von diesen Richtlinien zumindest die Punkte 2.1.2., 2.1.3., 2.1.4., 2.1.5. (zumindest Grundschutz), 2.2.4., 2.2.5., 2.2.7., 2.2.8., 3.1., 3.2., 3.4. im Sinne und Prinzip eingehalten werden. Der Subventionsgeber ist berechtigt, innerhalb von 5 Jahren nach Bauvollendung die Subventionsrückerstattung zu verlangen, wenn nachträglich Verstöße gegen die Richtlinien festgestellt werden.

Richtlinien für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Strahlenunfällen

1. Strahlenunfall und seine Formen

Als **Strahlenunfall** wird jede Strahlenbelastung des Menschen bezeichnet, die wesentlich um ein Vielfaches (100- bis 10.000fache) über den natürlichen Strahlenpegel (für die Bevölkerung) oder über die gesetzlich festgelegten Höchstwerte (für beruflich strahlenexponierte Personen) hinausgeht. Hierbei kann der gesamte Organismus oder nur ein Teil des Betroffenen (Ganzkörper- bzw. Teilkörperbestrahlung) in das Unfallgeschehen einbezogen werden.

1.1. Unkomplizierte Strahlenunfälle

Wird die Krankheitserscheinung ausschließlich durch eine äußere Strahleneinwirkung (z. B. durch Gammastrahlen, harte Röntgenstrahlen) hervorgerufen, kann man von einem „unkomplizierten Strahlenunfall“ sprechen. Die „reine“ Strahlen-

krankheit wird nicht durch zusätzliche physikalische, wie z. B. thermische oder chemische Einwirkungen (Verletzungen durch Explosion, Säuren, Laugen oder durch Hitzeeinwirkung bei Bränden) kompliziert.

1.2. Komplizierte Strahlenunfälle

Das klinische Erscheinungsbild wird nicht nur durch die vorangegangene Strahlenexposition geprägt, sondern gleichzeitig durch andere physikalische oder chemische Einwirkungen gekennzeichnet (wie Hautverbrennungen aller Stadien I bis III, Frakturen, Wunden etc.).

1.3. Kontaminationsunfälle (Verunreinigung)

Radioaktive Kontamination der Körperoberfläche und der Kleider wird als **äußere Kontamination** bezeichnet und zählt zu den häufigsten Strahlenunfällen, wobei sie oft kombiniert mit der

äußeren Strahleneinwirkung auftreten kann. Kommt es zur Aufnahme radioaktiver Stoffe durch Inhalation, über den Magen-Darm-Trakt oder durch Wunden, wird diese innere Kontamination als Inkorporationsunfall (inkorporieren = einverleiben) bezeichnet.

2. Erste-Hilfe-Maßnahmen

Der Mensch, der der Einwirkung ionisierender Strahlen von außen ausgesetzt war (die Strahlenquelle befand sich außerhalb seines Körpers) ist nicht radioaktiv und kann deshalb seine Umgebungspersonen (Helfer) nicht gefährden.

Bei der äußeren Kontamination durch radioaktive Stoffe wäre eine Verschleppung der Radioaktivität theoretisch möglich, aber in der Praxis ist die Gefährdung für den Helfer als bedeutungslos anzusehen.

2.1. Erste-Hilfe beim Individualstrahlenunfall

2.1.1. Schädigung durch äußere Bestrahlung

Falls sich der Verunglückte noch im Strahlenfeld befindet, ist es nötig ihn sofort aus dem Strahlenfeld zu entfernen (z. B. durch Abschalten der Strahlenquelle, -anlage). Falls es dem Betroffenen nicht möglich ist aus eigener Kraft das Strahlenfeld zu verlassen, ist unter Abwägung auftretender Gefahren und Situation und unter fachlicher Aufsicht (Arzt, Strahlenbeauftragter) die Entsendung einer Hilfsperson zu erwägen.

Jede Aktion im Strahlenfeld muß gut durchdacht, vorbereitet und so rasch wie möglich durchgeführt werden (Reduzierung der Strahlendosis für die rettende Hilfsperson).

Auch bei schwerer lebensgefährlicher Bestrahlung von außen treten vorerst keine sichtbaren Merkmale der Strahlenkrankheit (Schwäche, Übelkeit, Erbrechen, Hypotonie, Fieber) auf. Die Zeit zwischen dem Unfall und dem Auftreten der ersten Merkmale ist vom Grad der Strahlenschädigung abhängig; je früher diese eintreten, desto schwerwiegender die Schädigung des Betroffenen.

Die genaue Zeit des Unfalls sowie die äußeren Umstände des Unfalls (Lage des Betroffenen zur Strahlenquelle mit Rücksicht auf eventuelle Abschirmung des Körpers durch Gegenstände u. a.), die zur Rekonstruktion des Unfalls und zur Abschätzung der Unfalldosis erforderlich sind, sind unbedingt schriftlich festzuhalten.

Der Transport mit einem Krankenwagen ist ohne besondere Vorkehrungen möglich. Der Verunglückte wäre in ein Krankenhaus mit internistischer Intensivpflege (wo Möglichkeiten einer „umgekehrten Isolation“ = aseptischer Behandlung, eine leistungsfähige Blutbank sowie klinische Laboratorien für Hämatologie, Bakteriologie und klinische Chemie vorhanden sind) zu bringen.

Den Betroffenen im Hinblick auf seine verminderte Infektionsresistenz vor jeder möglichen Infektion zu schützen!

2.1.2. Schädigung durch äußere Kontamination

Die Strahlenschädigung durch äußere Kontamination kann allein durch Verstrahlung radioaktiver Substanzen sowie auch kombiniert mit Bestrahlung von außen sowie mit Inkorporation radioaktiver Stoffe verbunden werden.

Bei jeder äußeren Kontamination ist bestens das Ausmaß (die Aktivität der kontaminierten Körperoberflächen, die flächenmäßige Ausdehnung) mit Hilfe eines Strahlenmeßgerätes festzustellen, um sie mit den zulässigen Höchstgrenzen vergleichen zu können.

Ist es zu einer Kontamination in einem Strahlenbetrieb, wo entsprechende Meß- und Dekontaminationseinrichtungen vorhanden sind, gekommen, ist die Schutzkleidung vom Betroffenen zu entfernen und an Ort und Stelle die erste Dekontaminierung (Reinigung) durchzuführen. Der Erfolg der Dekontaminierung ist durch Messung zu überprüfen und gegebenenfalls zu wiederholen. Bei Verdacht auf gleichzeitige Inkorporation nur kontaminierte Kleidung ablegen und sofort Spitaltransport antreten, da ohne Zeitverlust die Inkorporationsgegenmaßnahmen eingeleitet werden müssen.

Bei Strahlenschädigung durch Kontamination im Freien bzw. außerhalb eines Strahlenbetriebes, wo keine Meß- bzw. Dekontaminationseinrichtungen zur Verfügung stehen, nur kontaminiertes Gewand (Oberkleidung, eventuell auch Unterwäsche) ablegen und den Betroffenen in das Krankenhaus zur weiteren Dekontaminierung und Behandlung transportieren. In diesem Falle sind die abgelegten kontaminierten Kleidungsstücke in verschlossene doppelte Plastiksäcke zu verstauen und diese zur Ablagerung radioaktiven Mülls (im Forschungszentrum Seibersdorf) zu bringen.

Da bei kontaminierten Personen die Verschleppungsgefahr radioaktiver Substanzen in andere Einrichtungen oder auf Personen, besteht, ist bei den Erste-Hilfe-Maßnahmen mit entsprechender Vorsicht und Überlegung vorzugehen. Die Helfer sollen mit Gummihandschuhen und -schürzen ausgestattet sein, die nach beendeter Rettungsaktion in Plastiksäcke verstaut werden und als radioaktiver Abfall gehandhabt werden. Die Helfer sind verpflichtet nach Beendigung der Aktion sich einer Dekontaminierung mit Meßkontrolle zu unterziehen.

Der benützte Kranken- bzw. Rettungswagen ist für den Transport einer kontaminierten Person mit Plastikfolien auszukleiden und nach beendeter Aktion ist der Wagen einer Meßkontrolle zu unterziehen; bei Kontaminationsverdacht auch durch Waschen zu dekontaminieren! Die beim Transport bzw. bei Dekontaminierung

kontaminierter Person für den Helfer auftretenden gesundheitlichen Gefahren sind in den meisten Fällen äußerst gering. Bei unvorsichtiger Handhabung können radioaktive Substanzen auf andere Stellen gelangen, so daß unwissende Personen mit diesen verschleppten Substanzen in Berührung kommen können.

2.1.3. Inkorporationsunfall

Verdacht auf einen Inkorporationsunfall (überwiegend auf dem Inhalationswege) kann vorerst nur aus dem Unfallgeschehen gefaßt werden. Bei Zwischenfällen mit Freisetzung großer Mengen radioaktiver Stoffe oder bei Laborexplosionen an Apparaturen mit ausströmenden Gasen oder Flüssigkeiten ist die Inkorporationswahrscheinlichkeit sehr groß. Auch eine Luftaktivitätsüberwachungsanlage — falls vorhanden — wird einen erhöhten Meßwert anzeigen und Alarm auslösen. Weitere Anhaltspunkte für die mögliche Inkorporation bei der betroffenen Person liefern die Wischtests; in vielen Fällen ist die Inkorporation mit äußerer Kontamination verbunden. Bei Verdacht auf Inkorporation ist die Aktivitätsmessung der Nasen-Rachen-Abstriche (bzw. der Wunden) oft von Bedeutung. Die Erste-Hilfe-Maßnahmen zur Bekämpfung der Inkorporation radioaktiver Stoffe hat Vorrang vor anderen Behandlungsmaßnahmen bei dem Betroffenen (z. B. vor Dekontaminierungsmaßnahmen). Es ist deshalb nötig so rasch wie möglich den Betroffenen in ein spezialisiertes Krankenhaus zu bringen (z. B. in das Unfallkrankenhaus Wien-Meidling), wo sofort therapeutische Maßnahmen (z. B. Verabreichung von Komplexbildnern) ergriffen werden. Vor allem wird mit Hilfe von Ausscheidungsanalysen und Ganzkörper-radioaktivitätsmessungen das Ausmaß der Inkorporation und die Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen bestimmt und laufend kontrolliert. Bei Anreise aus größeren Entfernungen sind die Ausscheidungsprodukte insbesondere der gesamte Tagesurin des Verunglückten für spätere Analysen in Polyäthylenflaschen von 2 l Inhalt zu sammeln und dem Krankenhaus zu übergeben, zur Konservierung der Urinprobe sind pro 500 ml Urin 30 ml einer N-Salpetersäure zuzugeben. Stuhlproben werden am besten in Plastikbeuteln gesammelt, die in geruchsdicht schließenden Behältern transportiert werden können. Einzelne Ausscheidungsproben sind mit Namen, Datum und genauer Zeitangabe der Ausscheidung zu versehen.

2.1.4. Komplizierte Strahlenunfälle und Wundbehandlung

Bei komplizierten Strahlenunfällen kommt es zusätzlich zum Strahlenunfall zur Verletzung durch Einwirkung physikalischer, chemischer insbesondere dann thermischer Faktoren (Wunden, Frakturen, Verbrennungen). Diese werden z. B. bei Explosionen durch herumfliegende Gegenstände, stürzende Mauern, brennende Materialien usw. verursacht. Erste

Hilfe am Unfallort wird durch den geschulten Laien geleistet (Anlegen einer wundnahen Stauung, Ausspülen der Wunde unter fließendem Wasser, Anlegen eines sterilen Wundverbandes und Herbeiholung ärztlicher Hilfe). Gleichzeitig Dekontaminierung und danach Transport unter den Vorsichtsmaßnahmen wie bei 2.1.2.

Erste ärztliche Maßnahmen richten sich nach Art der kontaminierenden Substanz und deren Radiotoxizität; empfohlen werden bei kurz- und mittellebigen Isotopen konservativ chirurgische Maßnahmen (Auswaschung der Wunde mit Zephirolwasser oder physiologischer Kochsalzlösung oder Spülung mit 3%iger Wasserstoffperoxydlösung; dann antibakterieller Puder- oder Salbenverband, Tetanusprophylaxe). Bei mit hochradiotoxischen und langlebigen Radionukliden kontaminierten Verletzungen wird ein aktiv chirurgisches Vorgehen empfohlen (in Leitungs- oder Lokalanästhesie Wundexzision mit anschließender Kontrollmessung der Wunde; gegebenenfalls Zweitexzision mit nachfolgender Wundauswaschung, dann steriler Wundverband und Tetanusprophylaxe).

Bei komplizierten Strahlenunfällen, also bei Kombinationschäden, bei Wunden und Frakturen, ist die primäre Endversorgung anzustreben, während bei Verbrennungen abwartend behandelt wird. Die endgültige Versorgung drittgradiger Brandwunden ist erst nach Abklingen der Strahlenkrankheit möglich. Grundsätzlich sind beim Transport von Patienten, die mit komplizierten Strahlenunfällen betroffen sind, diejenigen Vorkehrungsmaßnahmen zu treffen, die bei derselben Verletzung ohne Strahleneinwirkung zu berücksichtigen wären.

2.2. Erste Hilfe beim Strahlenunfall mit Einbeziehung mehrerer Personen

Bei Strahlenunfällen größeren Ausmaßes, die z. B. in der Umgebung kerntechnischer Anlagen bzw. durch beabsichtigte Strahleneinwirkungen auf Zivilpersonen vorkommen könnten, sind prinzipiell die im Abschnitt 2.1. beschriebenen Individualmaßnahmen zu verwirklichen. Da diese Individualmaßnahmen aus technischen Gründen nicht sofort sämtlichen betroffenen Personen gleichzeitig zugute kommen können, sind zusätzlich noch folgende weitere Prinzipien und Empfehlungen zu berücksichtigen.

Bei jedem Unfallgeschehen, das mehrere Personen betrifft, ist wie bekannt als erste zu treffende ärztliche Sofortmaßnahme die Triage (Aussortierung) der Betroffenen vorzunehmen. Dies trifft auch beim Strahlenunfall zu; die Triage der geschädigten Personen muß nach folgenden Gesichtspunkten, womöglich rasch durchgeführt werden:

- nach ärztlichen Überlegungen
- nach Beurteilung der Gesamtsituation des Unfallgeschehens
- sowie nach Art und Schwere der Schädigung
- bzw. nach den zu erwartenden Folgen.

Nach Leistung der ersten ärztlichen Hilfe ist die Transportfähigkeit festzustellen und gegebenenfalls die Art und der Umfang der medizinisch-fachlichen Betreuung während des Transportes anzuordnen.

Auf Grund dieser ärztlichen Feststellung ist weiters vom Arzt zu entscheiden, ob bzw. wohin die geschädigten Personen zur stationären Behandlung gebracht werden sollen.

Um eine möglichst optimale Versorgung zu gewährleisten, sind genaue Kenntnisse über den strukturellen Aufbau der in Frage kommenden allgemein-öffentlichen Krankenanstalten unbedingt notwendig. Gegebenenfalls ist hinsichtlich des Krankheitsgeschehens schriftlich oder fernmündlich mit dem diensthabenden Arzt des aufnehmenden Krankenhauses in Kontakt zu treten.

Bei einer Einwirkung von ionisierenden Strahlen bezieht sich die Triage zuerst

auf die Frauen in gebärfähigem Alter

sowie auf Kinder, insbesondere auf Kleinstkinder,

ferner auf Personen mit gleichzeitiger anderer Schädigung, wie Verletzungen und akuten Erkrankungen (massive Verringerung der Überlebenswahrscheinlichkeit!).

Diese Personengruppen sind sofort von allen übrigen Personen, von denen angenommen werden muß, daß sie ionisierenden Strahlen ausgesetzt waren, zu trennen und isoliert unterzubringen.

Bei Frauen in gebärfähigem Alter ist vom Arzt festzustellen, ob eine Schwangerschaft vorliegt, denn für den Foetus besteht in den ersten Lebensmonaten — wie bereits bekannt ist — auch bei einer relativ geringen Einwirkung ionisierender Strahlen eine ernste Gefahr.

Den schwangeren Frauen ist bei allen zu setzenden Maßnahmen der unbedingte Vorrang zu geben!

Anhang

Praktische Dekontaminationsmaßnahmen:

Für die z. B. in Strahlenbetrieben, wo mit offenen radioaktiven Stoffen manipuliert wird, auftretenden lokalen Kontaminationen an Händen, Kopfharen oder Gesicht ist eine lokale Dekontamination im Handwaschbecken (Laborbecken) angebracht. Oft wird zu diesem Zweck eine in zwei oder unter Umständen in mehreren Becken darauffolgende Dekontamination empfohlen. Zur Dekontamination wird allgemein lauwarmes Wasser (30 bis 32° C) mit Zugabe von Detergentien (oberflächenaktive Substanzen, enthalten z. B. im Pril, Sunlight . . .) verwendet, womit die Haut der kontaminierten Körperteile abgewaschen und leicht abgeburstet wird. Die Verwendung der Seife ist auch möglich, nur mit manchen Spaltprodukten (Strontium) bildet diese unlösliche Niederschläge.

Bei einer Ganzkörperkontamination ist es ratsam, vorerst eine lokale Dekontamination

von Körperteilen, die nicht während des Strahlenunfalls durch die Kleidung abgedeckt waren (also voraussichtlich Gesicht, Kopfhare und Hände), so wie oben beschrieben, vorzunehmen. Erst im zweiten Schritt wird empfohlen, die kontaminierte Kleidung (Wäsche) abzulegen und die Dekontaminationsbehandlung unter einer Dusche unter Verwendung von Wasser mit Zugabe von Detergentien durchzuführen. Durch einen Kunststoffrost in der Duschwanne am Fußboden soll womöglich bei dem meist unvermeidlichen Rückstau des abfließenden Wassers verhindert werden, daß die Füße im kontaminierten Spülwasser verbleiben. In stationären Dekontaminierungseinrichtungen ist mit einem Verhältnis von 4 bis 6 Handwaschbecken zu je 1 Dusche zu rechnen. Der Dekontaminierungsvorgang — d. h. gründliches Waschen, abtrocknen und Kontrollmessung — muß oft mehrmals wiederholt werden und so muß mit einer Dauer von einer halben bis zu zwei Stunden und mehr pro Person gerechnet werden. Die Abwässer aus einer Dekontaminierungseinrichtung können in leichteren Fällen in das öffentliche Abwassersystem eingeleitet werden. Bei Kontamination mit hochaktiven, hochtoxischen und langlebigen Radioisotopen sind eigene Sammelbehälter für radioaktive Abwässer aus der Dekontaminierungsanlage erforderlich. Hier werden die radioaktiven Abwässer zum teilweisen „Abklingen“ ihrer Radioaktivität aufbewahrt bzw. vor dem Abtransport mittels Tankwagen zur speziellen Abwasseraufbereitung gesammelt. Weiters sind in jeder stationären Dekontaminierungseinrichtung Behälter zum Ablegen kontaminierter Kleidung und Schuhe erforderlich; zusätzlich ist mit einem Vorrat an Ersatzkleidung für die Betroffenen zu rechnen.

Bei stärkeren Hautkontaminationen werden zusätzliche Dekontaminierungsmaßnahmen empfohlen. Da diese die Haut mehr oder weniger in Mitleidenschaft ziehen, sollten diese nur unter ärztlicher Aufsicht zur Anwendung gelangen. Besonders werden hier Komplexlösungen (Komplexbildner + Detergentien + Puffermittel zur pH-Einstellung) wie folgt empfohlen:

5 g Titriplex III (= EDTA)

5 g Natriumlaurylsulfat

5 g Stärke

35 g Natriumkarbonat (wasserfrei)

in 1.000 ml Wasser gelöst.

Diese Lösung hält in Plastikflaschen monatelang und muß vor Gebrauch geschüttelt werden. Die Hände werden in dieser Komplexlösung gründlich gewaschen, gebürstet und dann unter fließendem, lauwarmem Wasser abgespült. Dann mit dem Monitor die Hautoberflächenaktivität kontrollieren und bei Bedarf den Dekontaminierungsvorgang noch 2- bis 3mal wiederholen. Als einfachere Dekontaminierungslösung hat sich eine 4%ige Kaliumpermanganatlösung in Wasser bewährt; ähnliche Wirkung hat eine Lösung von 65 g Kaliumpermanganat in 1.000 ml 1%iger Schwefelsäure. Im Bedarfsfall zur Dekontaminierung von Schleimhäuten, Rachen und Nase wird eine Spülung mit Wasser und 3%iger Zitronensäure empfohlen.

Redaktionelle Korrespondenzen betr. den amtlichen Teil sind an das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, 1010 Wien I, Stubenring 1, die übrigen Korrespondenzen, insbesondere Ansuchen um Abdruckgenehmigungen, ausschließlich an den Verlag Walter Hötzenberger Ges. m. b. H., 1030 Wien III, Paracelsusgasse 6, zu richten. Eingesandte Beiträge dürfen nicht gleichzeitig einem anderen Blatt angeboten werden. An den in dieser Zeitschrift enthaltenen Beiträgen erwirbt der Verlag im Sinne des Urheberrechtsgesetzes das ausschließliche Recht der Vervielfältigung, Verbreitung sowie der Übersetzung. In namentlich gezeichneten Beiträgen muß nicht unbedingt die Ansicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz zum Ausdruck kommen. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Eigentümer und Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, verantwortlicher Schriftleiter: Sektionschef Dr. A. Krassnigg, Stubenring 1, 1010 Wien • Verleger u. Drucker: W. Hötzenberger Ges. m. b. H., Paracelsusg. 6, 1030 Wien, Tel. 72 26 81 • Verlagspostamt 1030 Wien
DVR: 0017191 und 0017205

P b b

Erscheinungsort Wien Verlagspostamt 1030 Wien

Vom Verleger versendet

„Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung“

W. Hörzenberger Ges. m. b. H., 1030, Postfach 141

Wenn unbestellbar, zurück an den Verlag