

# RAHMENPLAN ZVKH BERLIN

Rahmenplan für die Zivile Verteidigung im  
Bereich der Berliner Krankenhäuser 1.0

BERLIN



# Inhalt

1. Einführung .....	2
1.1 Zivile Verteidigung .....	3
1.1.1 Konzeption Zivile Verteidigung (KZV) .....	4
1.2 Katastrophenschutz in Berlin .....	5
1.3 Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG) .....	6
1.4 Finanzierung .....	8
2. Vorgehen .....	10
2.1 Grundlagen .....	10
2.2 Bildung Arbeitspakete .....	11
3. Inhalte Arbeitspakete .....	12
3.1 Klinikbetrieb, Personal, Aus- und Fortbildung .....	12
3.1.1 Zuständigkeit Krankenhäuser .....	12
3.1.2 Zuständigkeit Senatsverwaltung .....	14
3.2 Leitung .....	18
3.2.1 Zuständigkeit Krankenhäuser .....	18
3.2.2 Zuständigkeit der Senatsverwaltung .....	18
3.3 Patientensteuerung .....	19
3.3.1 Zuständigkeit Krankenhäuser .....	19
3.3.2 Zuständigkeit Senatsverwaltung .....	19
3.4 Zeitplanung .....	20
3.5 Medizinische Versorgung .....	22
3.5.1 Zuständigkeit Krankenhäuser .....	22
3.5.2 Zuständigkeit Senatsverwaltung .....	23
3.6 Logistik, Infrastruktur, Material, IKT, Sicherheit .....	23
3.6.1 Zuständigkeit Krankenhäuser .....	23
3.6.2 Zuständigkeit Senatsverwaltung .....	25
3.7 Kommunikation .....	26

# 1. Einführung

Der russische Überfall auf die Ukraine am 24. Februar 2022 stellt ein zentraler Wendepunkt im Umgang mit der Zivilen Verteidigung in Deutschland dar. Bereits nach dem 11. September 2001 begann ein erstes Umdenken infolge dessen im Jahr 2004 das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) gegründet wurde, das künftig unter anderem die Koordinierung der Zivilen Verteidigung in Deutschland übernehmen sollte.

Nach der Annexion der Halbinsel Krim durch Russland im Jahr 2014, beschloss die damalige Bundesregierung unter der damaligen Bundeskanzlerin Merkel, die Zivile Verteidigung in Deutschland wiederaufzubauen, nachdem mit dem Ende des Kalten Krieges sämtliche Vorsorgemaßnahmen ab Mitte der 1990er Jahre abgebaut und abgeschafft worden waren. Dem Entschluss folgte die Veröffentlichung der Konzeption Zivile Verteidigung (KZV) im Jahr 2016 und die Entwicklung fachspezifischer Rahmenkonzepte ab dem Jahr 2018. Parallel dazu wurde die so genannte Zivile Alarmplanung (ZAP) stückweise wieder aufgebaut.

Eine stabile medizinische Gesundheitsversorgung ist für sämtliche weitere Belange essentiell und demnach ein elementarer Bereich der Zivilen Verteidigung (ZV). Um dieser Tatsache gerecht zu werden, wurde in der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung (SenGes) und somit obersten Landesgesundheitsbehörde des Landes Berlin, die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (SenWGP), im Juni des Jahres 2023 die *Arbeitsgruppe Zivile Verteidigung Krankenhäuser Berlin* (AG ZVKH Bln) eingerichtet. Die AG ZVKH Bln setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der SenGes, aus zwölf Berliner Krankenhäusern und der Berliner Krankenhausesellschaft (BKG) zusammen. Die Auswahl der Berliner Krankenhäuser erfolgte durch die BKG, die diese u.a. aufgrund ihrer Rolle in der stationären medizinischen Versorgung und deren Größe sowie Leistungskapazitäten im Land Berlin ausgewählt hat. Im Rahmen der Arbeitsgruppensitzungen wurden zudem im Laufe des Arbeitsprozesses der Teilnehmerkreis erweitert und regelmäßig fachliche Vertreterinnen und Vertreter der Bundeswehr, der für Inneres zuständige Senatsverwaltung (SenInn) und der Polizei Berlin (Pol Bln) eingeladen.

Die Zielrichtung und damit auch der Arbeits- und Prüfauftrag der AG ZVKH Bln wird im Wesentlichen durch die Aufgaben des Zivilschutzes definiert, die in § 1 ZSKG normiert sind. Danach ist gemäß § 1 Absatz 1 des Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetzes (ZSKG) Aufgabe des Zivilschutzes, durch nicht-militärische Maßnahmen die Bevölkerung, ihre Wohnungen und Arbeitsstätten, lebens- oder verteidigungswichtige zivile Dienststellen, Betriebe, Einrichtungen und Anlagen sowie das Kulturgut vor Kriegseinwirkungen zu schützen und deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern. Behördliche Maßnahmen ergänzen dabei die Selbsthilfe der Bevölkerung. Nach § 1 Absatz 2 Nummer 6 ZSKG umfassen diese Vorsorgemaßnahmen ausdrücklich Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit.

Unter Berücksichtigung der jüngsten sicherheitspolitischen Entwicklungen kann für die Zivile Verteidigung in den Worten von Generalmajor Andreas Henne – damals Kommandeur Kommandobereich Territoriales Führungskommando der Bundeswehr und Stellvertreter des Befehlshabers (Berlin, 14 März 2024, im Rahmen der Konferenz „KRITIS-Krankenhaus: Krise, Krieg und Terror“ im Unfallkrankenhaus Berlin) folgender Arbeitsauftrag umschrieben werden:

*„Die gesamte Gesellschaft sollte verteidigungswillig sein. Wir sind nicht mehr im Frieden, aber auch noch nicht im Krieg. Wenn man in der Realität ankommen will, muss man die Szenarien bis zum Ende denken.“*

Dies bedeutet, dass Zivile Verteidigung primär allgemeine Notfall- und Krisenvorsorge ist, die jedoch spezifische sicherheitspolitische Szenarien berücksichtigt. Diese können als Ultima Ratio auch den Einsatz militärischer Kräfte umfassen.

Der vorliegende Rahmenplan Zivile Krankenhäuser Berlin ist kein Notfallplan im Sinne einer konkreten und verbindlichen Handlungsanweisung für die Berliner Krankenhäuser vergleichbar mit der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP), die als Notfallplan konkrete Maßnahmen und Handlungsanweisungen für Notfallszenarien in den jeweiligen Krankenhäusern definiert. Er ist als fortzuentwickelndes Arbeitspapier zwischen den Berliner Krankenhäuser und SenGes vielmehr der erste Schritt, der unter Berücksichtigung der aktuellen sicherheitspolitischen Lage vorbereitende Empfehlungen zusammenfasst und dadurch zugleich auch weitere Prüf- und Arbeitsaufträge im Rahmen der Krisenvorsorge insbesondere für SenGes, für den Gesundheitssektor und insbesondere die Berliner Krankenhäuser definiert. Diese sind Voraussetzung für eine resiliente und stabile Gesundheitsversorgung in Krisenlagen. Der Rahmenplan Zivile Krankenhäuser Berlin ist damit auch Grundlage für die Planung und Vorbereitung ergänzender Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung im Bündnis- bzw. Verteidigungsfall nach §§ 21 und 22 ZSKG.

Die mit der Zivilen Verteidigung verknüpften Planungen und Maßnahmen setzen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe auch die länderübergreifende Abstimmung und Zusammenarbeit voraus. Insofern ist für die Fortschreibung und Umsetzung und dieses Rahmenplanes eine enge Zusammenarbeit mit anderen Bundesländern – für das Land Berlin insbesondere mit dem Land Brandenburg – unabdingbar und daher Planungsbestandteil der Fortschreibung und Fortentwicklung dieses Rahmenplans.

## 1.1 Zivile Verteidigung

Die *Zivile Verteidigung* bildet zusammen mit der *Militärischen Verteidigung* die *Gesamtverteidigung*. Die Zivile Verteidigung umfasst ausgehend von der Rahmenrichtlinie für Gesamtverteidigung vier Säulen, nämlich:

1. Aufrechterhaltung der Staats- und Regierungsfunktionen
2. Zivilschutz
3. Sicherstellung der Versorgung
4. Unterstützung der Streitkräfte

Die Aufrechterhaltung der Staats- und Regierungsfunktionen umfasst die Sicherstellung der Funktionen der Gesetzgebung, Regierungen, Verwaltungen und der Rechtspflege sowie deren Ausübung (vgl. sub 18 Absatz 1 Nummer 1 und sub 19.1 Rahmenrichtlinien für die Gesamtverteidigung - Gesamtverteidigungsrichtlinien - RRGV).

Zivilschutz umfasst den Schutz der Zivilbevölkerung vor den bei einem Angriff drohenden Gefahren, die Beseitigung oder zumindest Milderung der unmittelbaren Auswirkungen von Feindseligkeiten und die Schaffung der Voraussetzungen für das Überleben der Zivilbevölkerung (vgl. sub 18 Absatz 1 Ziffer 2 RRGV).

Der Zivilschutz liegt in der Zuständigkeit des Bundes und umfasst den Schutz der Bevölkerung im Verteidigungs- oder Bündnisfall. Die Aufgaben sind in § 1 ZSKG (s. auch oben) näher umschrieben.

Die Sicherstellung der Versorgung wird als die Versorgung der Zivilbevölkerung und der Streitkräfte mit den notwendigen Gütern und Leistungen definiert (vgl. sub 18 Absatz 1 Nummer 3 RRGV).

Die Unterstützung der Streitkräfte umfasst die Herstellung und Aufrechterhaltung der Verteidigungsfähigkeit und Operationsfreiheit der Streitkräfte (vgl. sub 18 Absatz 1 Nummer 4 RRGV).

Die Planungen der Zivilen Verteidigung kommen im Fall des Äußeren Notstandes in der Bundesrepublik Deutschland zum Einsatz. Dabei werden rechtlich die folgenden Szenarien nach dem Grundgesetz (GG) und der RRGV unterschieden:

- der Verteidigungsfall (Artikel 115a ff. GG)
- der Spannungsfall (Artikel 80a Absatz 1 Satz 1, 1. Alternative GG)
- der Zustimmungsfall (Art. 80a Absatz 1 Satz 1, 2. Alternative GG)
- der Bündnisfall (Artikel 80a Absatz 3 GG)
- (andere) außenpolitisch-militärische Krisen im Sinne von sub 10.1 Absatz 2 RRGV

### 1.1.1 Konzeption Zivile Verteidigung (KZV)

Die Verteidigung des deutschen Bundesgebietes gegen Angriffe von außen und der Schutz der Bevölkerung stellen wesentliche Staatsaufgaben von Verfassungsrang dar, die die militärische und die zivile Verteidigung gemeinsam umfassen. Die Bundesressorts haben daher unter Koordinierung des Bundesministeriums für Inneres ein neues Gesamtkonzept der Bundesregierung für die Zivile Verteidigung erarbeitet, das als „Konzeption Zivile Verteidigung (KZV)“ am 24. August 2016 vom damaligen Bundeskabinett beschlossen wurde. Die KZV ist die Grundlage für die künftige Aufgabenerfüllung im Bereich der Zivilen Verteidigung und damit zugleich die Basis für die weiteren Arbeiten und Planungen. Dort heißt es:

*„Die ‚Konzeption Zivile Verteidigung‘ (KZV) ist das konzeptionelle Basisdokument für die ressortabgestimmte Aufgabenerfüllung im Bereich der Zivilen Verteidigung und zivilen Notfallvorsorge des Bundes. Die Konzeption beschreibt Zusammenhänge und Prinzipien und macht Vorgaben für die künftige Ausgestaltung der einzelnen Fachaufgaben. In einer konsequenten Ableitung von unten nach oben bzw. vom Allgemeinen zum Besonderen bildet die KZV die Basis für die weiteren Arbeiten und Planungen in den Bundesressorts.“<sup>1</sup>*

Für den Rahmenplan Zivile Verteidigung Krankenhäuser Berlin sind vor allem die Ausführungen der KZV zum Themenkomplex „Schutz der Gesundheit“ (sub 6) - insbesondere zur Krankenhausalarmplanung (sub 6.8.3) - sowie sub 7.5 mit dem „Themenkomplex Medizinischen Versorgung“ bedeutsam. Die dortigen Ausführungen zur Krankenhausalarmplanung (sub 6.8.3) und zu stationären (Notfall-) Behandlungsleistungen“ (sub 7.5.2) sind der Zielrichtung der KZV als Basisdokument zwar entsprechend allgemein gehalten, doch geben sie eine allgemeine Ziel- und Planrichtung für die weiteren Planungen und Maßnahmen vor. Im Einzelnen:

#### *„6.8.3 Krankenhausalarmplanung*

*Die Länder stellen eine ausreichende Grundversorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern sicher. Nach den Landeskrankenhausesetzen haben die einzelnen Einrichtungen regelmäßig auch Vorbereitungen für einen ansteigenden Bedarf an Behandlungskapazitäten in friedensmäßigen Katastrophen zu treffen. Im Falle eines*

<sup>1</sup> Siehe hierzu und zum Folgenden BMI, Konzeption Zivile Verteidigung (KZV), S. 7, 27 ff., 48 ff.

*Massenanfalls von Verletzten müssen Krankenhäuser das erhöhte Patientenaufkommen in der klinischen Versorgung bewältigen. Ausreichende Behandlungs- und Aufnahmekapazitäten sind (länderübergreifend) durch entsprechende organisatorische Maßnahmen der Krankenhausalarmplanung in Absprache mit den Gesundheitsbehörden der Länder sicherzustellen.*

[...]

*Gleichzeitig prüft der Bund im Benehmen mit den Ländern, wie die Fähigkeit (Abfrageverfahren o. Ä.) für eine kurzfristige engmaschige Erhebung von lagerelevanten Krankenhausdaten sowohl für den präklinischen als auch für den klinischen Bedarfsträger einzurichten ist.*

[...]

*Ein Bedarf für die Vorhaltung zusätzlicher medizinischer Versorgungseinrichtungen wird anhand der ‚Referenzszenarien Bund‘ geprüft.“*

In § 27 des Landeskrankenhausgesetz Berlin (LKG) werden Regelungen und Vorgaben zum Katastrophenschutz, zu besondere Gefahrenlagen, zur Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten und zur Notfallversorgung normiert, die gemäß § 29 LKG in der Verordnung über Errichtung und Betrieb von Krankenhäusern, Krankenhausaufnahme, Führung von Krankengeschichten und Pflegedokumentationen und Katastrophenschutz in Krankenhäusern (Krankenhaus-Verordnung – KhsVO) konkretisiert werden. Dort werden in den §§ 42 ff. KhsVO im Rahmen des Katastrophenschutzes und für besondere Gefahrenlagen in Krankenhäusern normative Pflichten und nähere Vorgaben etwa zur Erstellung und Fortschreibung der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung aufgeführt.

In der KZV heißt es zu stationären (Notfall-)Behandlungsleistungen:

*„7.5.2 Stationäre (Notfall-)Behandlungsleistungen*

*Die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern ist Aufgabe der Länder. Die Länder erfüllen den Sicherstellungsauftrag im Rahmen ihrer Krankenhausgesetze und Krankenhausplanung mit Festlegungen zu spezifischen Versorgungsaspekten sowie durch Versorgungsaufträge an die jeweiligen Krankenhäuser.“*

Regelungen und Vorgaben zur Zielsetzung und Versorgung in den Berliner Krankenhäusern sind Gegenstand des Landeskrankenhausgesetzes Berlin (LKG). Dort werden in den §§ 1 ff. LKG die in sub 7.5.2 der KZV adressierten Punkte im Wesentlichen aufgreifen.

## 1.2 Katastrophenschutz in Berlin

Der Begriff Bevölkerungsschutz umfasst den Katastrophenschutz sowie den Zivilschutz (s. 1.1). Der Katastrophenschutz liegt dabei in der Zuständigkeit der Länder.

Katastrophenschutz umschreibt den Schutz vor Katastrophen, die als Ereignisse, definiert werden, die das Leben, die Gesundheit oder die lebensnotwendige Versorgung einer Vielzahl von Menschen oder Tieren, die Umwelt oder sonstige bedeutsame Rechtsgüter in so außergewöhnlichem Ausmaß gefährden oder schädigen, dass deren Bewältigung nur unter Beteiligung der Katastrophenschutzbehörden und der Mitwirkenden im Katastrophenschutz angemessen geleistet werden kann und deren Zusammenwirken ressortübergreifend koordiniert werden muss (vgl. § 1 Absatz 1 KatSG). Exemplarisch lassen sich

etwa Unfälle, Auswirkungen des Klimawandels (Hochwasser, Starkregen), biologische Gefahren usw. anführen.

Der Katastrophenschutz ist in Berlin Regelungsgenstand des Gesetzes über den Katastrophenschutz im Land Berlin (Katastrophenschutzgesetz - KatSG). Das Katastrophenschutzgesetz wurde in den Jahren 2017 bis 2021 umfassend novelliert und neu verabschiedet.

Im Land Berlin ist das Katastrophenschutzsystem komplex, da es nicht klassisch eine obere bzw. oberste (Landesinnenministerium) und mehrere untere Katastrophenschutzbehörden (Kommunen) gibt. Im Land Berlin gibt es 37 gleichrangige Katastrophenschutzbehörden (u.a. die Berliner Bezirke, die Senatsverwaltungen und Senatskanzlei, die Berliner Feuerwehr, die Polizei Berlin und andere nachgeordnete Behörden, soweit sie Ordnungsaufgaben wahrnehmen - vgl. § 3 KatSG). Das Katastrophenschutzgesetz geht in seiner Systematik grundsätzlich vom Ressortprinzip aus (vgl. § 5 KatSG), wonach jede Katastrophenschutzbehörde im Rahmen ihrer normativ zugewiesenen Aufgaben und Zuständigkeiten für den Katastrophenschutz zuständig ist. Nach § 14 Absatz 1 KatSG tritt erst im Katastrophenfall oder in einer Großschadenslage *bei Bedarf* ein ressortübergreifendes Entscheidungsgremium zusammen und trifft ressortübergreifend administrativ-politische Entscheidungen.

Die jüngsten Erfahrungen und Lehren aus der COVID-19-Pandemie haben verdeutlicht, dass vor allem bei langanhaltenden Krisen mit einer besonderen Intensität und Tragweite gesamtstädtische sowie ressortübergreifende Maßnahmen und Lösungen zur Bewältigung von besonderen Krisenlagen anzustreben und bereits im Rahmen der Krisenvorsorgen und Maßnahmenplanung zu berücksichtigen sind.

Eine Besonderheit des Berliner Katastrophenschutzgesetzes ist § 26 KatSG. Erstmals wird den Berliner Krankenhäuser ein eigener Paragraph gewidmet, der sie unmittelbar als Mitwirkende im Katastrophenschutz adressiert. § 26 KatSG lautet:

*§ 26 Mitwirkung der Krankenhäuser*

*Krankenhäuser des Landes Berlin sind im Rahmen der Mitwirkung im Katastrophenschutz verpflichtet, für die von den zuständigen Katastrophenschutzbehörden als relevant benannten Szenarien Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben. Sie führen Katastrophenschutzübungen zur Erprobung der Einsatzpläne sowie Aus- und Fortbildungsveranstaltungen für die Beschäftigten durch. Bei Katastrophen oder Großschadenslagen sind Krankenhäuser verpflichtet, geeignete organisatorische und personelle Maßnahmen, die zur sachgerechten Versorgung einer großen Anzahl von verletzten, erkrankten oder betroffenen Menschen notwendig sind, zu ergreifen.*

Weitere Maßnahmen der Notfallvorsorge sind im Landeskrankenhausgesetz Berlin (LKG) und in der Krankenhausverordnung Berlin (KhsVO) geregelt.

### 1.3 Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG)

Das Zivilschutz- und Katastrophenhilfegesetz (ZSKG) bildet die normative Grundlage, die den Katastrophenschutz und den Zivilschutz im Rahmen bundesgesetzlicher Regelungen verknüpft. Im ZSKG sind folgende Aufgaben sind u.a. beschrieben:

- Selbstschutz,
- Warnung der Bevölkerung,

- Schutzbau,
- Aufenthaltsregelung,
- Katastrophenschutz nach Maßgabe des § 11 ZSKG,
- Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit und
- Maßnahmen zum Schutz von Kulturgut.

Besondere Bedeutung kommt § 11 ZSKG zu, der die Integration des Katastrophenschutzes in den Zivilschutz regelt. Danach wirken die im Katastrophenschutz mitwirkenden Einheiten und Einrichtungen auch im Zivilschutz mit. Sie sind für diesen Zweck ergänzend auszustatten und auszubilden. § 11 ZSKG lautet:

*§ 11 Einbeziehung des Katastrophenschutzes*

*(1) Die noch Landesrecht im Katastrophenschutz mitwirkenden Einheiten und Einrichtungen nehmen auch die Aufgaben zum Schutz der Bevölkerung vor den besonderen Gefahren und Schäden, die im Verteidigungsfall drohen, wahr. Sie werden zu diesem Zwecke ergänzend ausgestattet und ausgebildet. Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat legt Art und Umfang der Ergänzung im Benehmen mit der zuständigen obersten Landesbehörde fest.*

*(2) Die Einheiten und Einrichtungen der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk verstärken im Verteidigungsfall den Katastrophenschutz bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1.*

Darüber hinaus führt das ZSKG auch Regelungen zur medizinischen Versorgung - hier gesundheitliche Versorgung - auf, wonach die nach Landesrecht zuständigen Landesbehörden *ergänzende* Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Verteidigungsfall zu planen haben. Insofern wird dadurch bereits jetzt die Verpflichtung für besondere Krisen- und Notfallvorsorge begründet und dabei auch die in Absatz 2 aufgeführten Beteiligten der gesundheitlichen Versorgung adressiert. § 21 ZSKG lautet:

*§ 21 Planung der gesundheitlichen Versorgung*

*(1) Die noch Landesrecht zuständigen Behörden haben ergänzende Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Verteidigungsfall zu planen. Sie ermitteln insbesondere die Nutzungs- und Erweiterungsmöglichkeiten der vorhandenen Einrichtungen sowie den voraussichtlichen personellen und materiellen Bedarf und melden ihn an die für die Bedarfsdeckung zuständigen Behörden. Mit den für das Gesundheits- und Sanitätswesen der Bundeswehr zuständigen Stellen ist eng zusammenzuarbeiten. Soweit die zuständigen Behörden nach Satz 1 nicht die Gesundheitsämter sind, ist deren Mitwirkung bei der Planung sicherzustellen.*

*(2) Die gesetzlichen Berufsvertretungen der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Träger der Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung und ihre Verbände wirken bei der Planung und Bedarfsermittlung mit und unterstützen die Behörden.*

Weiterhin ist zudem die Regelung des § 22 Absatz 1 ZSKG von besonderer Bedeutung, die den nach Landesrecht zuständigen Behörden erweiterte Anordnungsbefugnisse gegenüber Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung und den Rettungsleitstellen zur Erweiterung der Einsatzbereitschaft unter den dort normierten Voraussetzungen einräumt. § 22 Absatz 1 ZSKG lautet:

*§ 22 Erweiterung der Einsatzbereitschaft*

*(1) Nach Freigabe durch die Bundesregierung können die nach Landesrecht zuständigen Behörden anordnen, dass*

- 1. Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung ihre Leistungsfähigkeit auf die Anforderungen im Verteidigungsfall umzustellen, zu erweitern und ihre Einsatzbereitschaft herzustellen haben,*
- 2. den für den Katastrophenschutz zuständigen Behörden die Rettungsleitstellen ihres Bereiches unterstellt werden und dass diese die ihnen zugeordneten Dienste in ständiger Einsatzbereitschaft zu halten und unter ärztlicher Leitung die Belegung von stationären Einrichtungen zu regeln haben,*
- 3. jede der stationären Behandlung dienende Einrichtung der zuständigen Rettungsleitstelle anzuschließen ist.*

*(2) [...]*

*(3) [...]*

## 1.4 Finanzierung

Die Finanzierung entsprechender Maßnahmen betrifft eine wesentliche Fragestellung, die bislang noch nicht abschließend beantwortet werden kann, zumal es derzeit hierzu auch (bundes-)politische Vorhaben gibt, deren Umsetzung und Einzelheiten noch offen sind.

§ 29 Absatz 1 ZSKG normiert eine Regelung zur Finanzierung von Maßnahmen nach dem ZSKG, wonach entsprechende Kosten grundsätzlich durch den Bund zu tragen und nach Absatz 5 des § 29 ZSKG dem Pflichtigen gegenüber zu erstatten sind. § 29 Absatz 1 ZSKG lautet:

*§ 29 Kosten*

*(1) Der Bund trägt die Kosten, die den Ländern, Gemeinden und Gemeindeverbänden durch dieses Gesetz, durch die allgemeinen Verwaltungsvorschriften auf Grund dieses Gesetzes und durch Weisungen der zuständigen Bundesbehörden entstehen; personelle und sächliche Verwaltungskosten werden nicht übernommen.*

*[...]*

Ergänzend sind auch im Rahmen des beschlossenen Sondervermögens der Bundesregierung 2022 für die Bundeswehr Vorgaben zur Finanzierung aufgeführt. Dort heißt es in § 1a:

*§ 1a Weitere Maßnahmen zur Stärkung der Bündnis- und Verteidigungsfähigkeit*

*(1) Unabhängig vom Sondervermögen werden zur Stärkung der Bündnis- und Verteidigungsfähigkeit Maßnahmen zur Cybersicherheit, zum Zivilschutz sowie zur Ertüchtigung und Stabilisierung von Partnern über den Bundeshaushalt finanziert.*

Im Rahmen des beschlossenen Sondervermögens des Bundestags 2025 über 500 Milliarden Euro sind als Zweck u.a. der Zivilschutz sowie Krankenhausinvestitionen angegeben. Die weitere Entwicklung und konkrete Gestaltung bleibt abzuwarten.

Die Fragen der Finanzierung und Kostenfrangung werden daher auch weiterhin im besonderen Fokus der AG ZVKH Bln liegen, zumal derzeit das Bundesministerium für Gesundheit an der Erarbeitung eines Referentenentwurfes für ein Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG) arbeitet, in dem in Bund-Länder offenen Arbeitsgruppen neben weiteren Bundesbehörden auch die Innen- und Gesundheitsressorts der Länder sich einbringen können.

## 2. Vorgehen

Im Frühsommer 2023 hat sich - wie einleitend beschrieben - die Arbeitsgruppe Zivile Verteidigung Krankenhäuser Berlin (AG ZVKH Bln) bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Berliner Krankenhäuser, der Berliner Krankenhausgesellschaft und der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung (SenGes) zusammengefunden und sich in regelmäßigen Abständen von zwei Monaten zur Erarbeitung des vorliegenden Rahmenplans getroffen. Die Bundeswehr war durch den Leiter des Bezirksverbindungskommandos Senat (BVK Senat) des Landeskommandos Berlin regelmäßig in den Besprechungen der Arbeitsgruppe vertreten. Seit der achten Sitzung der Arbeitsgruppe im November 2024 waren zudem Vertreterinnen und Vertreter der Fachebene der Senatsverwaltung für Inneres und Sport (SenInnSport) und der Polizei Berlin regelmäßig zu den Arbeitsgruppenbesprechungen eingeladen.

Zur Vorgehens- und Arbeitsweise:

Zunächst wurde als Ausgangssituation der Bündnisfall (B-Fall) zugrunde gelegt, um sodann eine Basis für den Verteidigungsfall (V-Fall) zu schaffen.

Nach der Bildung von Basisszenarien wurden Arbeitspakete mit dazugehörigen Unterpunkten definiert.

### 2.1 Grundlagen

Im ersten Schritt wurden so genannte Basisszenarien gebildet, die Grundlage für die weitere Arbeit der Arbeitsgruppe waren. Hierbei ist zu beachten, dass die eindeutige Abgrenzung und der Übergang der einzelnen Szenarien nicht in jedem Fall trennscharf möglich waren. Dies ist allerdings für die Erstellung eines Rahmenplans auch nicht zwingend erforderlich. Denn eine entsprechende Berücksichtigung kann sodann in einem Folgeschritt etwa in einem auf dem Rahmenplan aufbauenden und konkretisierenden Notfallplan erfolgen. Die Basisszenarien sind wie folgt definiert:

#### Basisszenarien

Szenario	Patientinnen-/Patienten- aufkommen bzw. Medizinischer Behandlungsbedarf	Infrastruktur und Ressourcen
I	Erhöht	funktionsfähig
II	Erhöht	eingeschränkt
III	Erhöht	ausgefallen
IV	Normal	ausgefallen
V	Kriegerische Auseinandersetzung in Berlin	
VI	Vollständige Evakuierung des betroffenen Gebietes (Berlin)	

Tabelle 1: Basisszenarien, eigene Darstellung AG ZVKH Bln

Im weiteren Verlauf der Planungen des Rahmenplans wurden einzelne Begriffe und Erläuterungen definiert, u.a.:

1. **Infrastruktur** = Gebäude, interne Verkehrswege, Strom, Erdgas, Treibstoffe, Wasser, Wärme, Informations- und Kommunikationstechnik (IKT)
2. **Ressourcen** = Personal, Material (z.B. Medikamente, Medizinprodukte, medizinische Gase), Dienstleistungen (intern/extern: z.B. Wäsche, Gebäudereinigung, Werkstätten, Medizintechnik, Logistik, Lagerwirtschaft u.a.), Finanzmittel, Labore, Blutprodukte

### 3. Patientinnen-/Patientenaufkommen<sup>2</sup>:

- Normal =  
Kapazitäten der Notfallkrankenhäuser nicht überschritten
- erhöht - beherrschbar =  
Kapazitäten der Notfallkrankenhäuser werden überschritten -  
eingeschränkte medizinische Individualversorgung
- erhöht - nicht beherrschbar =  
Kapazitäten der Notfallkrankenhäuser werden überschritten -  
Abkehr von der medizinischen Individualversorgung hin zur  
Katastrophenmedizin

## 2.2 Bildung Arbeitspakete

Im Folgenden wurden die fünf definierten Arbeitspakete (AP) mit den jeweiligen Unterarbeitspaketen (UAP) dargestellt:

#### **AP01: Klinikbetrieb, Personal, Aus- und Fortbildung**

UAP01/1 - Klinikbetrieb

UAP01/2 - Personal

UAP01/3 - Aus- und Fortbildung

#### **AP02: Leitung und Patientinnen-/Patientensteuerung**

UAP02/1 - Leitung

UAP02/2 - Patientinnen-/Patientensteuerung

#### **AP03: Zeitplanung**

#### **AP04: Medizinische Versorgung**

#### **AP05: Logistik, Infrastruktur, Material, Informations- und**

**Kommunikationstechnik (IKT), Sicherheit**

UAP05/1 - Logistik

UAP05/2 - Infrastruktur

UAP05/3 - Material

UAP05/4 - IKT

UAP05/5 - Sicherheit

---

<sup>2</sup> Tages- und Lageabhängig

### 3. Inhalte Arbeitspakete

Nachfolgend werden ab sub 3.1 alle zuvor gebildeten Arbeits- bzw. Unterarbeitspakete mit den erarbeiteten Inhalten beschrieben.

AP	Benennung	UAP	Benennung
01	Klinikbetrieb, Personal, Aus- und Fortbildung		
		01/1	Klinikbetrieb
		01/2	Personal
		01/3	Aus- und Fortbildung
02	Leitung und Patientensteuerung		
		02/1	Leitung
		02/2	Patientensteuerung
03	Zeitplanung		
04	Medizinische Versorgung		
05	Logistik, Infrastruktur, Material, IKT, Sicherheit		
		05/1	Logistik
		05/2	Infrastruktur
		05/3	Material
		05/4	IKT
		05/5	Sicherheit

Tabelle 2: Arbeits- und Unterarbeitspakete

#### 3.1 Klinikbetrieb, Personal, Aus- und Fortbildung

##### 3.1.1 Zuständigkeit Krankenhäuser

###### Klinikbetrieb

Bei Eintritt des Falles der Zivilen Verteidigung ist damit zu rechnen, dass der Klinikbetrieb grundlegend umstrukturiert und angepasst werden muss. Situationsabhängig kann es sowohl im Bündnis- als auch im Verteidigungsfall zur veränderten Patientenversorgung kommen. Die Berliner Plankrankenhäuser müssen in der Lage sein von Individualmedizin auf Katastrophenmedizin umzustellen. Es wird erforderlich sein, sämtliche medizinische Strukturen und Einrichtungen an dem Versorgungsprozess verpflichtend zu beteiligen.

Nach Alarmierung der Krankenhäuser durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung gilt es eine Reihe von Maßnahmen kurzfristig umzusetzen:

1. IST-Analyse des eigenen Krankenhauses innerhalb von 48 Stunden
2. Einberufung der Krankenhauseinsatzleitung (KEL)
3. Einrichtung eines zentralen Krisenstabes bei Klinikverbänden
4. Sicherstellung der Kommunikationswege und -mittel sowie Bereitstellung der Erreichbarkeiten (laufende Aktualisierung)

###### Personal

Die Verfügbarkeit von ausreichendem qualifizierten Personal dürfte eine der erheblichen Herausforderungen und zugleich grundlegende Voraussetzung für

die umfassende, resiliente stationäre medizinische Versorgung im Rahmen der besonderen Krisen- und Notfallbewältigung sein.

Im Vorhinein ist daher in den Krankenhäusern eine IST-Analyse des Personals hinsichtlich verschiedener Faktoren anzustreben, um der Problematik der sog. Doppel- oder Mehrfachverplanung vorab entgegenzuwirken. Hierbei bietet sich eine Abfrage unter Berücksichtigung folgender Parameter an:

- Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit in den Hilfsorganisationen des Katastrophenschutzes, im Technischen Hilfswerk oder der freiwilligen Feuerwehr
- Einsatz als Reservistinnen und Reservisten der Bundeswehr
- Vorhandensein betreuungspflichtiger Kinder im eigenen Haushalt
- Vorhandensein pflegebedürftige Personen im eigenen Haushalt

In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob für eine entsprechende Datenabfrage und Datenverarbeitung eine spezifische normative Grundlage etwa im KatSG oder im ZSKG zu schaffen ist.

Das medizinische Personal in den Krankenhäusern ist als unabdingbar zu erklären. Dies wäre der Bundeswehr entsprechend mitzuteilen, so dass dieses bei entsprechenden weiteren Planungen unberücksichtigt bleibt und Reservistinnen oder Reservisten, die in den Krankenhäusern arbeiten, nicht einberufen werden.

Zur Information und zur Sensibilisierung der Beschäftigten der Krankenhäuser für das Themengebiet Zivile Verteidigung ist u.a. eine Veranstaltungsserie in den Krankenhäusern vorgesehen - geplant sind zwei bis drei Veranstaltungen im Jahr ab Sommer 2025. Ein erstes Konzept dazu besteht bereits und die ersten Veranstaltungen sollen an wechselnden Orten in den Berliner Krankenhäusern stattfinden, um dies einem größtmöglichen Adressatenkreis zugänglich zu machen.

Die Angehörigen der Beschäftigten in den Berliner Krankenhäusern sollten durch die jeweiligen Arbeitgeber für die Thematik Zivile Verteidigung und den damit einhergehenden Herausforderungen sensibilisiert werden.

Im Rahmen der Kapazitätsplanung des Personals sind etwaige Flüchtlingsbewegungen („Flüchtlingswellen“) aus anderen NATO- und EU-Staaten sowie im V-Fall auch die Binnenmigration innerhalb Deutschlands zu berücksichtigen. Hierbei könnten beispielsweise entsprechende Daten etwa zu möglichen betroffenen Personengruppen und deren Zusammensetzung usw. bei den jeweiligen Botschaften angefragt werden. Unter Zugrundelegung des aktuellen Szenarios kann für die Planungen für die Bundesrepublik Deutschland insgesamt von einer Flüchtlingsbewegung mit bis zu 1,7 Millionen Menschen aus dem Bündnisgebiet ausgegangen werden.

Eine besondere Herausforderung stellt die Sicherstellung der Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen dar. Liegen keine ausreichenden Angebote und Kapazitäten zur Betreuung von Kindern und/oder zu pflegenden Angehörigen vor, ist zu prüfen, ob den betroffenen Beschäftigten entsprechende Notfallbetreuung seitens der Krankenhausträger zur Verfügung gestellt werden können, die ggf. die im nahen räumlichen Umkreis gelegener Betreuungsstrukturen einbeziehen. Die Fragestellung sowie Möglichkeiten zum Aufbau eines Netzes von ganztägigen Betreuungsangeboten wurde im Rahmen der Arbeitsgruppensitzungen mit der Fachebene der für Bildung zuständige Senatsverwaltung (SenBildung) erörtert. Weitere Planungen und Abstimmungen in diesem Bereich sind geplant.

Es ist zu prüfen, ob Nebenerwerbserlaubnisse bzw. genehmigte Nebentätigkeiten der Beschäftigten in den Krankenhäusern durch die Kranken-

hausleitungen (unverzögerlich) zurückzunehmen bzw. zu widerrufen sind, um einen reibungslosen Dienstbetrieb und damit die stationäre medizinische Versorgung in den Krankenhäusern sicherzustellen.

#### Aus- und Fortbildung

Im Bereich des Umgangs mit anderen und neuen Verletzungsmustern wird das Prinzip „Lernen durch Handeln“ zum Einsatz kommen. Neue Verletzungsmuster wie sie etwa durch Explosionen, bei Schusswechsel oder sonstigen terroristischen Angriffen entstehen, zu versorgen, lernt das Krankenhauspersonal bei den regelmäßigen internen Übungen.

Zusätzlich wird jedes Berliner Krankenhaus regelmäßig durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung mit einer geplanten Katastrophenschutzübung mit unbekanntem Szenario geübt. Zur Vorbereitung des Pflege- und ärztlichen Personals können auch die so genannten TDSC-Kurse oder vergleichbare Angebote dienen (TDSC = Terror and Disaster Surgical Care). Eine Finanzierung auf Bundesebene ist anzustreben.

### 3.1.2 Zuständigkeit Senatsverwaltung

#### Klinikbetrieb

Patientinnen/Patienten werden je nach Verletzungsgrad und -muster in unterschiedlichen Versorgungszentren innerhalb des Landes Berlin versorgt. Bei Eintritt der Lage der Zivilen Verteidigung ist anzunehmen, dass Patientenbetten vor allem in den höheren Versorgungsstufen benötigt werden. Im Rahmen eines Stufenplans sollen deshalb bereits aufgenommene Patientinnen/Patienten nach Möglichkeit entlassen bzw. in eine Klinik oder Station mit niedriger Versorgungsstufe verlegt werden.

Es ist zu prüfen, ob diese Krankenhäuser nach Möglichkeit Patientinnen/Patienten entlassen und Betten für die Rehabilitation verletzter Streitkräfte vorhalten können. Dabei ist zu beachten, dass Rehakliniken in Deutschland primär den Fokus auf neurologischen Erkrankungen und nicht auf die Behandlung schwerer traumatischer Verletzungen haben.

In diesem Zusammenhang ist zudem möglicherweise die Frage nach der Erforderlichkeit von etwaigen Anpassungen bzw. Veränderungen bestehender Strukturen zu berücksichtigen, um einen etwaigen veränderten Behandlungsbedarf - auch unter Berücksichtigung der vorhandenen Kompetenzen in den Berliner Rehakliniken - hinreichend Rechnung tragen zu können.

In der nachfolgenden Darstellung sind die Abstufungen bzw. die Verlegungsrichtung von Rot über Gelb und Grün nach Blau zu sehen. Eine weitere hier nicht aufgeführte Kategorie sind die Rehakliniken, welchen jedoch eine eigene Rolle zukommt. Die blau hinterlegten Kliniken mit der Bezeichnung „Andere Plankrankenhäuser“ sind Kliniken die nicht an der regulären Notfallversorgung teilnehmen, jedoch über eine in der Regel sehr gute medizinische Infrastruktur verfügen.

Notfallzentren/Maximalversorger (NZ) - rot - Notfallkrankenhäuser

Trauma-Zentren (TZ) - gelb - Notfallkrankenhäuser

Kleine Krankenhäuser/Regelversorger (RV) - grün - Notfallkrankenhäuser

Andere Plankrankenhäuser - blau - Nicht Notfallkrankenhäuser

Es ist zu prüfen, ob auf der Grundlage der über IVENA gemeldeten Kapazitäten (täglich), die Patientenverteilung unter Einbindung der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung bei der Verteilung im Sinne einer übergeordneten korrigierenden Steuerung - etwa durch eine von SenGes gesteuerte Struktur - notwendig und sachdienlich ist. Denn es ist davon auszugehen, dass

die Patientenverteilung primär durch medizinisches Personal (Ärztinnen und Ärzte) an den Patientenankunfts- und -verteilungsstellen („Patientenhubs“) erfolgen wird. Für diese Aufgabe könnte unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Strukturen der COVID-19-Pandemie beispielsweise eine ärztliche Ansprechperson (dreifach besetzt) etwa in einem Krisenstab oder einer anderen Organisationsstruktur angesiedelt werden. Diese ärztliche Ansprechperson sollte aus einem vorher definierten Kreis kommen und entsprechend fachspezifisch ausgebildet und vorbereitet sein.



Abbildung 1: Patientenverteilung auf Berliner Krankenhäuser

Eine Begrenzung im Sinne einer Einstellung oder Einschränkung elektiver Eingriffe könnte unmittelbar durch die Krankenhäuser selbst im Rahmen ihrer Organisationskompetenz oder möglicherweise auch durch eine normative Anordnung der für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung erfolgen. Letzteres bedürfte allerdings einer entsprechenden Rechtsgrundlage. Eine bestimmte Bandbreite an medizinisch notwendiger elektiver Behandlungen und Eingriffe sollten bei den Planungen dennoch für einen Zeitraum von drei Monaten zu berücksichtigen sein, um die (eingeschränkte) stationäre medizinische Versorgung weiterhin zu gewährleisten. Hierbei kommt einer zentralen Kommunikation und der Wahrung der Gleichbehandlung aller Personen im Rahmen der Gesundheitsversorgung eine elementare Rolle zu.

Ergänzend wäre zudem zu prüfen, ob und wie eine Steuerung der ambulanten medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten möglich und sachdienlich wäre, wenn etwa die Notwendigkeit der Einschränkung des Leistungsumfangs der ambulanten Versorgung absehbar werden sollte.

Die Krankenhäuser können zudem selbst entscheiden, ob und in welchem Umfang Eingriffe und Behandlungen über das medizinisch notwendige Spektrum hinaus im Rahmen der ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern noch durchgeführt werden können.

Mögliche Patientenströme von, nach und innerhalb Berlins stellen eine besondere Herausforderung dar. Es ist zu prüfen, ob im Auftrag bzw. durch die für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung Patientendaten registriert und im Rahmen eines regelmäßigen Austauschs mit dem Suchdienst des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) zur Verfügung gestellt werden können. Neben dem Vorliegen des entsprechenden normativen Rahmens böten sich hierfür

standardisierte Abfragen der Krankenhäuser etwa über IVENA an. Grundlage für eine Abfrage könnten beispielsweise anonyme Nummern sein, die bei der Patientenregistrierung vergeben werden.

Im Bündnisfall erfolgt der Hin- und Rücktransport eigener und ausländischer verletzter Kräfte zu und von den Übergabepunkten durch die Bundeswehr, die sodann dort durch die Länder bzw. die dortigen Strukturen übernommen werden.

#### Massenanfall von Verstorbenen

Das Bestattungswesen in Berlin ist entsprechend organisiert und hält umfangreiche Kapazitäten vor. Es ist zu prüfen, ob und inwieweit vor einer Bestattung/Kremierung möglicherweise eine gerichtsmedizinische Untersuchung zum Zwecke des Kriegsvölkerrechts durchzuführen ist.

In allen bisher zu berücksichtigenden Szenarien, sollen die regulären Abläufe eines Bestattungsvorganges eingehalten werden. Die Einrichtung von anonymen Massengräber, auch beim Massenanfall von Verstorbenen, kann nur Ultima Ratio sein und ist in den angedachten Szenarien derzeit nicht zu erwarten.

Derzeit noch ungeklärt ist die Frage nach der Zuständigkeit für die Bestattung oder Rückführung von Personen, die im Rahmen der Aufgaben des Host Nation Supports bei der Bündnisverteidigung zur Behandlung nach Berlin gebracht worden sind und dort versterben.

#### Personal

Verbindliche Daten zur Anzahl von in Krankenhäusern tätigen Reservistinnen und Reservisten (ärztliches und pflegerisches Personal) liegen derzeit nicht vor.

Im Rahmen der Arbeitsgruppensitzungen beabsichtigen die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung gemeinsam mit der für Bildung zuständigen Senatsverwaltung die Prüfung der Erarbeitung und Entwicklung eines Konzepts zur Aufrechterhaltung von Betreuungs- und Bildungsangeboten, um damit vor allem und vorrangig die Nachfrage des Betreuungsumfanges des Klinikpersonal versorgen zu können. Hierzu wurden bereits erste Fachgespräche mit der Kitaaufsicht der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie geführt.

In Zusammenarbeit mit der für Mobilität und Verkehr zuständigen Senatsverwaltung (SenMobVer) ist die Entwicklung und Umsetzung von Mobilitätskonzepten für Beschäftigte in systemrelevanten Berufen, aber vor allem von Klinikpersonal, anzustreben. Derzeit liegen keine Mobilitätskonzepte vor, es wurden aber bereits Handlungsbedarfe festgestellt. Beim Thema Beschäftigten- oder Patiententransport könnte hinsichtlich der Transportkapazitäten unterstützt werden - gegebenenfalls auch über eine Verordnung zum Verkehrssicherungsgesetz. Die direkte Einbindung der BVG (Berliner Verkehrsbetriebe) wäre grundsätzlich möglich.

Des Weiteren ist zu prüfen, ob und mit welchem Aufwand für medizinisches Personal im Ruhestand oder Personen mit medizinischen Ausbildungen, die sodann im weiteren Verlauf den Beruf gewechselt haben, ein Alumni-Programm aufgebaut werden kann.

Es ist davon auszugehen, dass in den Krankenhäusern für den Bereich der Sprachmittlung Unterstützung benötigt werden wird. Es ist zu prüfen, ob und ggf. welche technische Unterstützungsmöglichkeiten hierfür verfügbar sind und wie deren Finanzierung erfolgen könnte. Dabei wäre möglicherweise die für Soziales zuständigen Senatsverwaltung (SenSoz) einzubinden.

Es ist anzustreben und zu prüfen, ob und wie die beruflichen Qualifikationen und Tätigkeiten von Geflüchteten in Berlin strukturiert vollumfänglich erfasst werden können.

Da bei Geflüchteten mit einer großen Solidarität gegenüber Angehörigen der gleichen Personengruppe gerechnet werden kann, wäre zu erwägen, ob auch dort gezielt medizinisches Personal und Sprachmittler gewonnen werden können.

Es ist anzustreben, dass in den Krankenhäusern Konzepte zur seelsorgerischen und psychiatrischen Akutversorgung sowie der Nachsorge der eigenen Beschäftigten entwickelt werden, um so den Dienstbetrieb und damit zugleich die stationäre medizinische Versorgung sicherzustellen.

#### **Pflegeunterstützungskräfte (PUK)**

Es ist zu prüfen, ob der Aufbau eines Landespools an Pflegeunterstützungskräften (PUK) möglich und sachdienlich ist. Die Ausbildungsinhalte und -kapazitäten stehen schon jetzt in Berlin über den DRK Landesverband Berlin e.V zur Verfügung, jedoch wären Fragen zur Finanzierung vorab zu klären. Eine mögliche Struktur des Landespool PUK könnte wie folgt aussehen:

- Der Aufbau eines Landespools könnte als Zielgröße etwa 40.000 PUK vorsehen
- eine Säule des PUK könnten die Beschäftigte des Landes Berlin sein - „Pool PUK Verwaltung“ aus ca. 130.000 Beschäftigten
- Doppelverwendungen bzw. Mehrfachverplanungen sind bei den PUK zu vermeiden
- keine anderweitige Einbindung von Ausbilderinnen und Ausbildern der PUK
- (altersunabhängige) Einbindung von Teilnehmenden am Bundesfreiwilligendienst/Freiwilliges Soziales Jahr (ggf. Berücksichtigung etwaiger gesetzgeberischer Entwicklungen hinsichtlich verpflichtender Dienste)
- Berücksichtigung und ggf. Einbindung bereits vorhandener Schulungskapazitäten und Strukturen
- Gewährleistung der Personalgewinnung über mehrere Wege etwa durch vorherige und spontane Einbindung der PUK
- Aufbau einer zentralen Plattform zur Registrierung von PUK

#### **Aus- und Fortbildung**

Die Zivile Verteidigung soll künftig als Szenario in das Repertoire der Krankenausübungen des Landes Berlin aber auch bei internen Stabsübungen aufgenommen werden. Die Umsetzung erfolgt nach Inkrafttreten des vorliegenden Rahmenplans.

Es ist zu prüfen, ob gemeinsam mit der für Bildung und Jugend zuständigen Senatsverwaltung ein Konzept zur Sensibilisierung zu den Themen Erste Hilfe, Gefährdungen und Eigenschutz für Schülerinnen und Schüler verschiedener Altersstufen entwickelt werden kann. Hier könnten im Schwerpunkt die Klassenstufen 3, 7 und 10 im Fokus stehen, wobei der Fokus in der Informationsvermittlung zur allgemeinen Krisen- und Notfallvorsorge gesetzt werden könnte, die damit auch Berührungspunkte zur Zivilen Verteidigung aufweisen würde.

## 3.2 Leitung

### 3.2.1 Zuständigkeit Krankenhäuser

Die Geschäftsführung bzw. Leitung des Krankenhauses muss jederzeit über die aktuelle Personalsituation und -struktur informiert sein. Das Auftreten von Doppelfunktionen bzw. Mehrfachverplanungen der Beschäftigten der Krankenhäuser etwa durch die Wahrnehmung ehrenamtlicher Tätigkeiten in einer Hilfsorganisation oder durch den Reservistenstatus gilt es möglichst zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren, um eine hinreichend belastbare Personalplanung und Personaleinsatz zu gewährleisten. Es ist daher zu prüfen, ob beispielsweise in den Personalakten der Beschäftigten Reservistinnen/Reservisten und andere Tätigkeiten in Zivil- und oder Katastrophenschutzorganisationen gesondert vermerkt oder eine gesonderte Datenbank hierfür verwendet werden können. Dies betrifft vor allem die aktive Mitgliedschaft in einer der fünf im Katastrophenschutz mitwirkenden Hilfsorganisationen (Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsche Lebensrettungs-gesellschaft, Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter Unfallhilfe, Malteser Hilfsdienst), dem Technischen Hilfswerk oder der Freiwilligen Feuerwehr zu.

Darüber hinaus ist zu prüfen, ob ein Prozess der strukturierten Erfassung von Doppel- oder Mehrfachfunktionen unmittelbar bei der Einstellung von neuem Personal implementiert werden kann. Zusätzlich wäre zu erwägen, dies auch bei Bestandspersonal abzufragen und zu dokumentieren.

Ab dem Zeitpunkt der Alarmierung durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung (davor über das Bundesministerium des Innern auf Bundesebene und durch die für Inneres zuständige Senatsverwaltung auf Landesebene) ist in jedem Notfallkrankenhaus eine Krankenhauseinsatzleitung (KEL) mit einer 24/7-Erreichbarkeit einzurichten. Alle KEL-Funktionen müssen besetzt werden. Diese dient hierbei als Führungsinstrument und unterstützt die Geschäftsführung.

Es ist zu prüfen, ob die Funktion der/des Krisenmanagers/in im Krankenhaus (bzw. die Funktion der/des Katastrophenschutzbeauftragte/n) dreifach besetzt und qualifiziert sein sollte, um eine Erhöhung der Resilienz und Durchhaltefähigkeit bei länger anhaltende Krisen- und Notlagen sicherzustellen. Diese/r steht der Geschäftsführung/dem Vorstand beratend zur Seite. Zur Erhöhung der schnellen Handlungsmöglichkeiten ist zu prüfen, ob diesen Personen Prokura oder eine begrenzte Vertretungsmacht erteilt wird, um beispielsweise interne und externe Prozesse schneller etablieren und Maßnahmen in Kraft setzen zu können.

Die KEL und vor allem deren Leitung muss über einen langen Zeitraum arbeitsfähig bleiben. Es sind daher vorab entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

### 3.2.2 Zuständigkeit der Senatsverwaltung

Die Senatsverwaltung prüft den Versand eines Schreibens zur Sensibilisierung der Vorstände/Geschäftsführungen der Krankenhäuser hinsichtlich der Thematik der sog. Doppelfunktionen bzw. Doppelbesetzungen beim Krankenhauspersonal.

## 3.3 Patientensteuerung

### 3.3.1 Zuständigkeit Krankenhäuser

Eine Entscheidung, ob einzelne Maßnahmen der Patientinnen- und Patientenversorgung im Rahmen der Katastrophenmedizin nicht mehr durchgeführt werden, obliegt grundsätzlich den Krankenhäusern im Rahmen ihrer Organisationskompetenz.

### 3.3.2 Zuständigkeit Senatsverwaltung

Es wird empfohlen, dass die Festlegung auf Landesebene von sog. Anlaufpunkten (AP) für Verletzte, die nach Berlin kommen oder Berlin wieder verlassen, vorab verbindlich zu treffen sind.

Als AP können beispielsweise folgende Verkehrsknotenpunkte in Betracht kommen:

- Schiene - Bahn - Hauptbahnhof Berlin und Bahnhof Südkreuz
- Straße - Bus/PKW - Hauptbahnhof Berlin und Bahnhof Südkreuz
- Luft - Flugzeug/Hubschrauber - Flughafen Berlin-Brandenburg

Die weiteren Einzelplanungen zu den AP sind insbesondere mit der Bundeswehr abzustimmen.

An den AP ist die ständige Verfügbarkeit eines Sichtungsteams anzustreben, die aus einem leitenden Arzt (Qualifikation leitender Notarzt - LNA) und einem weiteren ärztlichen Vertreter mit Sichtungskompetenz bestehen und vor Ort eine Erstsichtung durchführen. Weiterhin sollte die Patientenregistrierung auch direkt an den AP stattfinden. Die konkrete Zusammensetzung der Sichtungsteams sowie deren Rekrutierung sind noch Gegenstand weiterer Prüfungen und Abstimmungen. Hierbei sind u.a. auch die Aufgaben und Zuständigkeiten sowie Leistungskapazitäten des Rettungsdienstes, des Krankentransportes und der Katastrophenschutzeinheiten zu berücksichtigen.

Die Patientensteuerung der ankommenden Verletzten könnte im Auftrag oder durch eine von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung gesteuerten Organisationseinheit koordiniert werden. Eine besondere Betrachtung und damit Gegenstand weiterer Prüfungen und Abstimmung stellen hierbei die sog. Sekundärtransporte der Patientinnen und Patienten von den AP in die Krankenhäuser und zwischen den Krankenhäusern dar. Bei der Prüfung sind gleichfalls die Aufgaben und Zuständigkeiten sowie insbesondere die Leistungskapazitäten des Rettungsdienstes, des Krankentransportes und der Katastrophenschutzeinheiten zu berücksichtigen. Es ist zudem zu prüfen, ob Patiententransporte auch mit anderen Transportmitteln zu organisieren sind, u.a. durch Krankentransportfahrzeuge und Busse der BVG (umgebaut ohne Sitze, aber dafür mit Tragengestellen und Rolltragen).

Da der Krankentransport in Berlin über private Dienstleister erfolgt, ist für dieses Themengebiet eine enge Zusammenarbeit mit der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung anzustreben. Es ist zudem zu prüfen, ob im Bündnis- oder Verteidigungsfall eine stärkere koordinierende Rolle der Krankentransportdienstleister durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung möglich und sachdienlich ist, um im Bereich des Verletztenverkehrs von den AP zu den Krankenhäusern einen unterstützenden Mehrwert zu generieren.

Im Rahmen der ambulanten Versorgung von Verletzten im Bündnis- und Verteidigungsfall ist ein enger Austausch und eine enge Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin anzustreben, um etwaige offene Fragen und Lösungen im Austausch zu adressieren. Um die Notaufnahme der Kliniken

zu entlasten, ist zu prüfen, ob in im Rahmen der ambulanten Versorgung in den Praxen die Kapazität für ungeplante Patientenkontakte erhöht werden kann (Akutsprechstunden, offene Sprechstunden ohne Termin). Zudem ist die Einrichtung von sog. Schwerpunktpraxen in konkreten Phasen bei den Planungen zu erwägen. Für diese könnte möglicherweise eine zentrale Materialvorhaltung durch die KV Berlin für die betroffenen Mitglieder geplant werden.

Die Mitglieder der KV Berlin sollen für das Themengebiet Zivile Verteidigung und die damit einhergehenden Aufgaben sensibilisiert werden. Es besteht das Ziel der Sicherstellung der Arbeitsfähigkeit des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und der niedergelassenen Praxen losgelöst von etwaigen Krisen- und Notlagen. Die Leitstelle der 116 117 arbeitet hierfür eng mit den folgenden Bereichen zusammen:

1. BFW
2. Notdienstpraxen bzw. INZ (Integrierte Notfallzentren an den Krankenhäusern)
3. Ärztlicher Bereitschaftsdienst, der rund um die Uhr ("24/7") erreichbar ist

Es wurden von der KV Berlin und der AG ZVKH Bln gemeinsame Ziele definiert, nämlich:

1. die Aufrechterhaltung der ambulanten Regelversorgung unter allen Umständen,
2. die Vermeidung oder zumindest größtmögliche Reduzierung des Patientenaufkommens ohne notfallmedizinischen Bedarf in den Notaufnahmen der Krankenhäuser,
3. zur Sicherstellung eines möglichst umfassenden ambulanten Versorgungsangebots und damit zugleich Entlastung der Krankenhäuser soll ärztliches Personal aus den niedergelassenen Praxen nicht in die Krankenhäuser abgezogen werden.

Es ist zu prüfen, ob und inwieweit die Strukturen für die seelsorgerische und psychiatrische Akutversorgung sowie die Nachsorge sollten deutlich verstärkt werden.

Zur Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern ist auch das Zusammenwirken und mögliche Wechselwirkungen mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu berücksichtigen. Es ist hierbei anzustreben, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser nicht durch pflegebedürftige Menschen ohne notfallmedizinische (Behandlungs-)Bedarfe im Bündnis- und Verteidigungsfall in ihren medizinischen Leistungskapazitäten eingeschränkt werden. Insofern ist zu prüfen, ob und inwieweit die ambulanten und/oder stationären Pflegestrukturen im Rahmen der Krisen- und Notfallvorsorge für die Zivile Verteidigung entsprechende Vorsorgemaßnahmen planen und umsetzen können.

### 3.4 Zeitplanung

Die Dauer einer Krisen- oder Notlage durch Vorliegen des Bündnisfalls ist in zeitlicher Hinsicht nur schwer vorherzusagen. Daher ist die vorherige Definition von Phasen essentiell, um dies bei der Planung entsprechender Maßnahmen vorab zuzuordnen zu können. Nach umfassenden Beratungen wurden die folgenden Phasen eines Bündnis- und Verteidigungsfall definiert:

- I. Orientierungsphase (ab Alarmierung wenige Tage)
- II. Akutversorgungsphase (Wochen bis Monate)
- III. Stabilisierungsphase (Monate bis Jahre)

Sämtliche Planungen im Rahmen dieses Konzeptes richten sich nach diesen Phasen. Dies gilt gleichermaßen für die Krankenhäuser wie auch für SenGes.

In den folgenden Tabellen werden die einzelnen Aspekte und Maßnahmen beispielhaft den definierten Phasen zugeordnet.

a) Medizinische Versorgung

Maßnahme	Phase I	Phase II	Phase III
Angepasste individual-medizinische Versorgung	X	X	
Ambulante Entlassung von versorgten Patienten	X	X	
Abverlegung von versorgten Patienten in KH niederer Versorgungsstufen	X	X	X
Enge Abstimmung mit SenGes	X	X	X
Anordnung SenGes Einstellung elektiver OPs	X	X	
Einstellung abkömmlicher Ambulanzbetriebe im KH in Abstimmung mit der ambulanten Versorgung	X	X	
Zwingende Weiterleitung Grüner/Blauer Patienten in die KV-Versorgung	X	X	X
Hochfahren der KV-Notfallpraxen auf 24/7	X	X	X
Dienstzeiten ambulanter Praxen auf ein mindestens 40-Stunden-Angebot je Woche (Koordination durch die KV Bln 8-20 Uhr inkl. Wochenende) - Akutsprechstunden hochfahren	X	X	X
Monitoring Blutprodukteversorgung	X	X	
Vorplanung Massenfall an Verstorbenen	X	X	
Wechsel von Individualmedizin zu Katastrophenmedizin		X	
Aufbau Netz von Notblutspendestellen		X	

b) Organisatorische Maßnahmen Krankenhaus

Maßnahme	Phase I	Phase II	Phase III
KEL in Präsenz arbeitsfähig nach 90 Minuten	X		
Maßnahmen zum Schutz der Infrastruktur	X	X	X
Personalplanung anpassen	X	X	X
Ressourcenmonitoring	X	X	X
PSNV für Beschäftigte	X	X	X
Medizin-Ethik-Kommission etabl.	X	X	X
KEL im Dauerbetrieb		X	
Versorgung medizinisches Personal mit Verpflegung		X	
KEL lageabhängigen Arbeitsmodus			X

### 3.5 Medizinische Versorgung

#### 3.5.1 Zuständigkeit Krankenhäuser

Der Wechsel von Individual- auf Katastrophenmedizin ist eine fachspezifische individuelle Entscheidung der jeweiligen KEL, die in Abstimmung mit der medizinischen Einsatzleitung in jedem Krankenhaus zu treffen ist. Es ist zu prüfen, ob und in welcher Form im Rahmen der Vorsorge hierfür durch die AG ZVKH Bln Checklisten bzw. Kriterien als Entscheidungshilfe entwickelt werden können. Auch die Basisszenarien (siehe Abschnitt 2.1) sind bei der Entscheidungsfindung entsprechend einzubeziehen. Hierbei ist zu beachten, dass es um eine ausschließlich medizinische Entscheidung handelt. Es ist zudem zu prüfen, ob für die Krankenhäuser eine gesamtstädtische Empfehlung - gegebenenfalls auch rückwirkend - durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung ausgesprochen und veröffentlicht werden kann.

Fragestellungen der medizinischen Triagierung sind sehr komplex und weisen enge Verknüpfungen zu medizinethischen Fragestellungen auf, die nicht ohne Weiteres vorab zu klären sind. Gleichwohl sind im Rahmen der Vorbereitungen und Planungen auch diese entsprechend zu berücksichtigen und zumindest anzudenken. Die medizinische Triagierung im Krankenhaus (Posttriage) sollte zum einen die größtmöglichen Überlebenschancen der Patientinnen und Patienten und zum anderen auch den zu erwarteten Gesamtressourcenbedarf berücksichtigen. Ob und inwieweit hierfür vorab eine Empfehlung ausgesprochen werden kann und muss, ist Gegenstand weiterer Prüfungen.

Eine weiter bislang offene und sehr komplexe Fragestellung betrifft die Triagierung bzw. der Priorisierung von militärischen Personal im Verhältnis zu Zivilisten. Hierbei muss ggf. berücksichtigt werden, dass diese auch Fragestellungen im Rahmen der Krisen- und Notfallvorsorge nicht abschließend geklärt werden können und letztlich in Abhängigkeit der jeweiligen Lage erst entschieden und einer Lösung zugeführt werden können.

Dem Thema Langzeitpatienten (Krebspatienten, Dialyse usw.) kann nur durch eine gezielte Patientenverlegung in Nicht-Trauma-Zentren begegnet werden (siehe Abschnitt 3.5 Patientensteuerung). Auch der Abfluss von Patientinnen und Patienten nach Brandenburg muss geprüft und ggf. geplant werden.

Die Krankenhäuser berücksichtigen im Rahmen der Triagierung auch „Schwerstverletzte“ bzw. sog. „hoffnungslose“ Patientinnen und Patienten, die

zumindest im Rahmen der Palliativmedizin im Sinne eines den humanistischen Idealen verpflichteten Krankenhaus weiterhin medizinisch zu versorgen sind.

### 3.5.2 Zuständigkeit Senatsverwaltung

Es ist zu prüfen, ob und wie möglicherweise eine gesamtstädtische Empfehlung hinsichtlich der Umstellung von Individual- auf Katastrophenmedizin durch SenGes ausgesprochen werden kann

Auch sind die o.g. offenen Fragestellungen zur Triagierung weiterhin in den Arbeitsgruppenbesprechungen in der Fortschreibung dieses Rahmenplans zu adressieren.

## 3.6 Logistik, Infrastruktur, Material, IKT, Sicherheit

### 3.6.1 Zuständigkeit Krankenhäuser

Die weitergehende materielle und logistische Verstärkung durch Umverteilung aus anderen medizinischen Einrichtungen in Krankenhäuser wird derzeit als nicht zielführend erachtet, weil die diese Krankenhäuser ebenso die stationäre medizinische Versorgung aufrechterhalten werden müssen, um die Krankenhäuser hinsichtlich des Patientenaufkommens zu entlasten.

Sichere Transport- und Verkehrswege sind essentiell für die Aufrechterhaltung und Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern - sei es etwa für die infrastrukturelle Versorgung mit Sachmitteln und Versorgungsgüter oder etwa im Rahmen der Patiententransporte. Dies gilt umso mehr, weil die flächendeckende Anschaffung geschützter Transportfahrzeuge nicht umsetzbar sein dürfte. Das Themen Themengebiet zu sicheren Verkehrswegen einschließlich Fragestellungen zu etwaigen Durchfahrtsberechtigungen wird derzeit geprüft und erarbeitet.

#### Treibstoffnotversorgung

Die Treibstoffnotversorgung ist essentielle Grundlage für die Aufrechterhaltung und Sicherstellung des Krankenhausbetriebes und damit für die stationäre medizinische Versorgung.

Die Krankenhäuser gewährleisten eigenständig eine hinreichende Notstromversorgung (mindestens für 24 Stunden, idealerweise für mindestens 72 Stunden) einschließlich entsprechender Treibstoffreserven für die Notstromaggregate.

Für die Krankenhausfahrzeuge wird empfohlen Treibstoffreserven idealerweise für mehrere Tage anzulegen (Treibstoffreserven für mindestens für 72 Stunden), um kurzfristige Engpässe in der Treibstoffversorgung überbrücken zu können.

Fragestellungen der Müll- und insbesondere der Sondermüllentsorgung und des Recyclings sind im Rahmen der Planungen der Krisenvorsorge der Krankenhäuser - etwa in Notfallplänen - künftig verstärkt zu berücksichtigen.

Es ist zu prüfen, ob und inwieweit Maßnahmen zur Trinkwassernotversorgung in den Krankenhäusern entwickelt und umgesetzt werden können. Hierbei könnte z.B. der Bau von Brunnenanlagen, Zisternen oder Wassertanks usw. in Betracht kommen. Zu beachten ist, dass Genehmigungen zum Bohren bzw. dem Aufbau von Brunnenanlagen für Wirtschaftsbetriebe keine Priorisierung erfahren und daher entsprechende Zeiträume bei den Planungen zu berücksichtigen sind.

Neben der Treibstoff- und Trinkwassernotversorgung sind im Rahmen der Krisen- und Notfallvorsorge auch zu prüfen, ob und welche ergänzende Heizmöglichkeiten in den jeweiligen Krankenhäusern zur Verfügung stehen bzw. geschaffen werden könnten, um die stationäre medizinische Versorgung sicherzustellen.

#### **Material**

Große und/oder langanhaltende Krisen- und Notlagen gehen regelmäßig mit der Verknappung materieller Güter einher. Im Rahmen der Zivilen Verteidigung ist beim Vorliegen des Bündnis- oder Verteidigungsfalles daher auf dem Weltmarkt, auf den EU-Binnenmarkt und auch innerhalb des deutschen Marktes mit erheblichen konkurrierenden Beschaffungsvorgängen für materielle Güter zu rechnen. Es ist daher zu prüfen, ob hierfür eine zentrale Beschaffung etwa durch staatliche Strukturen anzustreben ist. Es ist zudem zu prüfen, ob durch die Bundeswehr Informationen wie eine Materialliste zur Errichtung eines großen Feldlazarettes zur Verfügung gestellt werden können. Für die notfallmäßige Vorhaltung an Medikamenten könnte auf die die BBK-Liste für Standardmedikamente zurückgegriffen werden.

Die Sicherstellung der Medikamentenversorgung über den Bund oder die EU ist zu prüfen.

Die Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung in Krisen- und Notlagen umfasst auch die eigenständige Sicherstellung der ausreichenden Versorgung mit Sanitätsmaterial (= Arzneimittel und Medizinprodukte) einschließlich Blut- und Blutprodukten auch in Krisensituationen durch jedes Krankenhaus. Ergänzend sind staatliche Maßnahmen zu prüfen wie etwa der Aufbau einer Berliner Reserve Gesundheitsschutz als Beispiel für das Land Berlin, der vorherige Abschluss von Rahmenlieferverträgen auf Landes-, Bundes- oder europäischer Ebene oder sogar die Produktionsumstellung von Normal- auf sog. Kriegswirtschaft.

Ein wichtiger Aspekt in der materiellen Vorsorge in den Krankenhäusern ist die ausreichende Verfügbarkeit mit OP-Bestock. Die Umstellung von Ein- auf Mehrwegprodukte ist hierbei dringend zu empfehlen. Hierbei müssen die Ressourcen zur Sterilisation berücksichtigt und geprüft werden, weil diese Leistungen regelmäßig durch externe Dienstleister für die Krankenhäuser erbracht werden.

#### **Fahrzeuge und Geräte**

Es ist durch die jeweiligen Krankenhäuser zu prüfen, ob in Kooperation mit lokalen Kfz-Werkstätten vor Ort KFZ-Reparaturteams aufgebaut werden, die 24/7 verfügbar sind.

Für die Reparatur und Wartung der medizinischen Geräte wird empfohlen, dass mit lokalen Medizinprodukteunternehmen eine 24/7-Erreichbarkeit für Reparaturteams vertraglich vereinbart werden.

#### **Informations- und Kommunikationstechnik**

Die Krankenhäuser sollten primär Vorsorge für die internen Kommunikationsmittel und -wege betreiben, z.B. hausinterne Funksysteme, satellitengestützte Kommunikationswege usw. Die Bereitstellung von autarken, sicheren Kommunikationsmitteln für alle Krankenhäuser wie einem kommerziellen Bündelfunknetz oder dem BOS-Digitalfunk (BOS = Behörden und Organisation mit Sicherheitsaufgaben) wird durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung geprüft und angestrebt.

Jedes Krankenhaus muss sich im Rahmen der Krisen- und Notfallvorsorge auch auf eine hybride Bedrohungslage einstellen und entsprechende vorbereiten. Der Begriff hybride Bedrohungslage umfasst dabei sowohl physische Attacken, die das Krankenhaus, die Patientinnen und Patienten und das Personal unmittelbar betreffen bzw. betreffen können, aber darüber hinaus auch Cyber-Angriffe, Sabotageakte oder auch Plünderungen (Lebensmittel, Trinkwasser, Medikamente).

Im Rahmen der allgemeinen Krisen- und Notfallvorsorge sind daher in jedem Krankenhaus Schutzkonzepte und Vorsorgemaßnahmen gegen Cyber-Angriffe bzw. Unterbindung solcher Ereignisse zu entwickeln und umzusetzen.

#### **Objektsicherheit**

Die Objektsicherheit der Krankenhausinfrastruktur ist insbesondere unter dem Aspekt von hybriden Bedrohungslagen etwa durch Sabotage oder Vandalismus zu berücksichtigen. Insofern wird empfohlen, dass in den Krankenhäusern (zum Teil bereits bestehende) Konzepte und deren Umsetzung zur Objektsicherung u.a. durch den Einsatz von Schließ- und Alarmierungsanlagen, Wachdiensten und anderen baulichen Maßnahmen einer kritischen Prüfung unterzogen werden. Hierbei dürften allerdings insbesondere Fragestellungen der Finanzierung unter Berücksichtigung der baulichen Gegebenheiten - offenen Krankenhausstrukturen sowie etwaige denkmalrechtliche Einschränkungen - als begrenzende Faktoren eine nicht unerhebliche Rolle spielen.

#### **3.6.2 Zuständigkeit Senatsverwaltung**

In der Umsetzung der Verkehrslenkung der Transportwegesicherung ist eine enge Kooperation zwischen der Polizei Berlin und den Feldjägern der Bundeswehr anzustreben.

Die Organisation von ergänzend staatlichen Maßnahmen zur Materialvorsorge, wie zum Beispiel der Aufbau der Berliner Reserve Gesundheitsschutz (BRGS), Rahmenlieferverträge auf Landes-, Bundes- oder Europäischer Ebene oder die Produktionsumstellung von Normal- auf Kriegswirtschaft, ist zu prüfen und ggf. gemeinsam mit anderen Landes- und Bundesbehörden abzustimmen und zu koordinieren.

Für die Reparatur von medizinischen Geräten ist zu prüfen, ob ein zentraler Pool von Medizinproduktfirmen bzw. Reparaturteams eingerichtet werden kann, um zeitnahe Reparaturleistungen abrufen zu können. Für die Beschäftigten dieses Pools sind gleichfalls Aspekte der sog. Doppel- oder Mehrfachverplanungen sowie etwaige Freistellungen vom Wehrdienst zu berücksichtigen.

Für die Sicherstellung der Blut-/Blutprodukteversorgung ist zu prüfen, ob mit lokalen Blutspendediensten ein Versorgungskonzept für den Bündnis- und Verteidigungsfall entwickelt werden kann.

Es ist zu prüfen, ob und inwieweit die Bereitstellung von autarken Kommunikationsmitteln für die Krankenhäuser wie etwa ein kommerzielles Bündelfunknetz oder die Anbindung an den BOS-Digitalfunk möglich und sachdienlich ist.

Fragestellungen zur Sicherstellung der Belieferungen mit Pflegehilfsmitteln über die Kostenträger sind gleichfalls bei der Fortschreibung dieses Plans zu berücksichtigen.

#### **Objekt- und Raumschutz**

Der Themenblock Objektschutz wurde im Rahmen der Arbeitsgruppensitzungen auch mit der Polizei Berlin erörtert. Hierbei wurde festgestellt, dass das

Erfordernis des Objektschutzes in den Berliner Krankenhäusern nicht vorab pauschal zu beantworten ist und in Anhängigkeit der jeweiligen Lage unter Berücksichtigung der jeweiligen Aufgaben und Leistungskapazitäten zu entscheiden ist.

Die Objektpläne der Krankenhäuser sind in den jeweils zugeordneten Polizeidirektionen vorhanden und werden regelmäßig aktualisiert. Bei besonderen Krisen- und Notlagen können diese somit berücksichtigt werden. Die Objektpläne führen u.a. auch polizeiliche Maßnahmen, die Zuwegungen, Maßnahmen zur Verkehrslenkung und die Umgebungslage (Sicherheits- und Ausbreitungskreise) auf.

Das Raumschutzkonzept der Polizei Berlin umfasst die Luft, das Wasser und den Boden. Berlin ist in drei Zonen eingeteilt (Nordosten, Südwesten und Mitte). Es ist beabsichtigt, dass sog. Hotspot-Ansprechstellen im öffentlichen Raum errichtet werden. Darüber ist im Rahmen der Krisen- und Notfallvorsorge zu berücksichtigen, dass die Einrichtung von Sperrgebieten und Kontrollstellen sowie das Einführen von gesonderten Ausweisen bzw. Passierscheinen nicht auszuschließen.

Hiermit im Zusammenhang stehende Fragestellungen und etwaige Prozesse der Passierscheine/Sonderausweise für das Krankenhauspersonal sowie die Dienstleister sind zu prüfen.

Es ist zu prüfen, inwieweit die Krankenhäuser nach den Genfer Konventionen unter Berücksichtigung aktueller Bedrohungslagen (noch) zu kennzeichnen sind.

Aufgrund der mit dem Bündnis- oder Verteidigungsfall einhergehenden besonderen Herausforderungen sind auch Aspekte und Fragestellungen im Zusammenhang mit formalisierten Verfahren und der möglichen Senkung bürokratische Hürden anzudenken.

## 3.7 Kommunikation

### **Kommunikation zum Rahmenplan**

Im ersten Schritt erfolgt die Vorstellung der Rahmenplanung auf politischer Ebene im Land Berlin. Im Anschluss wird es eine Auftaktveranstaltung für die Vorstände und Geschäftsführungen der Berliner Plankrankenhäuser geben.

### **Risikokommunikation**

Im zweiten Schritt erfolgt die Sensibilisierung der Beschäftigten der Berliner Krankenhäuser im Rahmen von zwei bis drei offenen Informationsveranstaltungen, die jährlich stattfinden sollen.

Zusätzlich sollte die Thematik Zivile Verteidigung in politischen Gremien strukturiert adressiert und bearbeitet werden.

### **Krisenkommunikation**

In besondere Krisen- und Notlagen kommt einer einheitlichen und abgestimmten Krisenkommunikation eine wesentliche Rolle zu. Diese könnte für die Zivile Verteidigung in Anlehnung an § 14 KatSG durch das im Bedarfsfall einzuberufende ressortübergreifende Entscheidungsgremium koordiniert und abgestimmt werden, das im Katastrophenfall oder einer Großschadenslage anlassbezogen zusammentritt. Hierbei ist insbesondere die Bedeutung der Informationshoheit für die Krisenkommunikation zu beachten

Eine besondere Herausforderung stellen Informationen auf sozialen Medien dar. Es ist zu prüfen, ob hierfür ein Monitoring eingerichtet werden kann, um

etwaigen Fehlinformationen („Fake News“) durch faktenbasierte Informationen entgegenzuwirken.

Im Rahmen der Krisenkommunikation ist gleichfalls zu berücksichtigen, dass auch eine einheitliche und abgestimmte Kommunikation mit den Krankenhäuser und anderen Akteuren des Gesundheitswesens anzustreben ist.