

„Wir müssen das Gesundheitssystem resilient aufstellen“

Die sicherheitspolitische Lage hat sich seit dem Beginn des russischen Angriffskriegs auf die Ukraine stark verändert. Deutschland rüstet auf. Was aber passiert mit dem Gesundheitssystem? Landesärztekammerpräsident **Dr. Günther Matheis** im Gespräch mit **Prof. Dr. Robert Schwab**, Ärztlicher Direktor des Bundeswehrzentralkrankenhauses Koblenz.

*Herr Prof. Schwab, Sie kennen das Bundeswehrzentral-
krankenhaus Koblenz seit Langem. Als Sie anfangen im Jahr
2000 war in der Öffentlichkeit keine Rede davon, dass in
Deutschland einmal der Verteidigungsfall eintreten könnte
oder dass Deutschland angegriffen werden könnte. Wie fühlt
es sich für Sie an, ausgerechnet jetzt die Verantwortung für
dieses Krankenhaus zu übernehmen?*

Prof. Schwab: Im Januar 2000 habe ich als Assistenzarzt im letzten Weiterbildungsabschnitt das Krankenhaus zum ersten Mal betreten. Ich bin aber schon seit 1986 Soldat in der Bundeswehr. Und das war für mich damals eine sehr bewusste Entscheidung. 1986 galt die Wehrpflicht, die Landesverteidigung war der klare Auftrag der Bundeswehr. Dies hat sich seitdem deutlich gewandelt. Zwischen 2000 und 2015 standen internationale Krisenmissionen im Fokus. Die sicherheitspolitische Lage in Europa hat erlaubt, dass wir den Fokus und auch die Rüstungsvorhaben darauf anpassen. Seit der Annexion der Krim 2014 haben sich die sicherheitspolitischen Rahmenbedingungen verändert. Und spätestens seit dem Beginn des Angriffskriegs auf die Ukraine im Februar 2022, steht fest, dass wir uns mit Bündnis- und

Landesverteidigung mehr auseinandersetzen müssen. Aber zurück zu Ihrer Frage: Für mich ist es Herausforderung und Verpflichtung zugleich, das Bundeswehrzentralkrankenhaus gerade in der jetzigen Phase nachjustieren und resilient aufzustellen für die Aufgaben, die kommen. Wir sind aber bereits jetzt gut vorbereitet.

*Bisher ist das Bundeswehrzentralkrankenhaus eng
eingebunden in die Versorgung der Zivilbevölkerung.
Würden Sie sagen, dass sich Ihre Rolle da gerade ändert?*

Prof. Schwab: Nein, ganz im Gegenteil. Das Bundeswehrzentralkrankenhaus hat den Auftrag, militärisches wie ziviles Personal für unsere Einsätze auszubilden, also auch für die Bündnis- und Landesverteidigung. Bei steigendem Bedarf wird natürlich auch der Ausbildungsbedarf steigen, und insofern ist eher zu erwarten, dass wir unsere Fähigkeiten weiter ausbauen und noch mehr eingebunden sein werden.

*Herr Dr. Matheis, wie schätzen Sie die Lage ein? Müssen
ziviler und militärischer Sektor des Gesundheitswesens
noch enger zusammenarbeiten?*

Dr. Matheis: Auf jeden Fall. Wir haben traditionell sehr enge Beziehungen nach Koblenz, weil das Zentralkrankenhaus der Bundeswehr in unserem Bundesland alloziert ist. Wir sehen angesichts der internationalen Lage und dessen, was wir auch in den Beziehungen zwischen Europa, den USA und Russland erleben, dass wir zwischen dem zivilen und militärischen Sektor einen deutlich noch engeren Schulterschluss haben müssen. Das gilt natürlich auch dahingehend, dass wir die zivilen Krankenhäuser darauf vorbereiten müssen, dass sie im Bündnisfall verstärkt verwundete Soldaten versorgen müssen. Das ist neu für viele Krankenhäuser im zivilen Bereich, aber darauf legen wir großen Wert. Und es ist unsere Aufgabe, die Krankenhäuser mit diesem Szenario vertraut zu machen.

*Das bedeutet, Sie sehen die Ärzteschaft in der Verant-
wortung, auch der Bevölkerung zu sagen, dass sie sich
im Kriegsfall auf Einschränkungen einstellen muss?*

Dr. Matheis: Wir müssen die Bevölkerung überhaupt auf diese Dinge einstellen. Es nutzt nichts, etwas schönzureden, sondern wir müssen den Menschen erklären, dass die Aus-

Foto: Bundeswehrzentralkrankenhaus/Andreas Weidner



Das Bundeswehrzentralkrankenhaus liegt am westlichen Stadtrand von Koblenz.

Foto: Christopher Schäfer



Dr. Günther Matheis (links) im Gespräch mit Prof. Robert Schwab im Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz.

Oberstarzt Prof. Dr. Robert Schwab, 1967 geboren, ist seit Februar Kommandeur und Ärztlicher Direktor des Bundeswehrzentralkrankenhauses Koblenz. Bereits seit 25 Jahren, seit seiner Zeit als Assistenzarzt, ist der Chirurg mit der Koblenzer Einrichtung eng verbunden. Zuletzt war er Klinikdirektor der Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie.

Dr. Günther Matheis, 1958 geboren, ist Facharzt für Thoraxchirurgie. Seit 1996 setzt sich Matheis für die berufspolitischen Belange der Ärzteschaft ein: zunächst bei der Bezirksärztekammer Trier, später auch bei der Landesärztekammer. Seit 2016 ist Dr. Matheis Präsident der Landesärztekammer. Matheis engagiert sich zudem in der Bundesärztekammer in zahlreichen Gremien.

wirkungen des Krieges in der Ukraine, die wir zwar erleben, aber an vielen Tagen nur Randnotizen sind, uns irgendwann noch direkter betreffen können. Dahingehend haben wir als Ärzteschaft die Verpflichtung, die Bevölkerung darauf einzustellen. Das bedeutet, dass die Zivilbevölkerung resilient gemacht werden muss.

Können Sie das konkretisieren?

Wir brauchen jeden an seinem Platz. Wir müssen in Erfahrung bringen, über welche ärztlichen Personalreserven wir verfügen. Die Corona-Krise war eine Situation, in der viele Ärztinnen und Ärzte ehrenamtlich eingebunden waren, die Versorgung deshalb sehr gut funktioniert hat. Aber wir müssen viele Bereiche betrachten. Wir müssen gemeinsam mit der Landesregierung und den zuständigen Behörden Szenarien für einen Krisenfall durchdenken. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Wenn eine Person, die bei der Freiwilligen Feuerwehr eine wichtige Aufgabe hat und dort eingepplant ist, kann sie nicht gleichzeitig für andere Organisationen bereitstehen. Dies und andere Dinge müssen klar geregelt sein.

*Herr Prof. Schwab, in diesem Jahr wurde auch der Medizin-
Campus am Bundeswehrzentralkrankenhaus Jahr
eröffnet. Könnte die Aus- und Weiterbildung von Ärzten*

*dazu beitragen, dass sich Bevölkerung und Bundeswehr
noch enger verbunden fühlen?*

Prof. Schwab: Die zivil-militärische Zusammenarbeit ist zentraler Bestandteil gesellschaftlicher Verantwortung und moderner Sicherheits- und Versorgungsstrukturen. Dazu gehört natürlich auch ein Medizincampus Koblenz, der die Gesundheitsversorgung im nördlichen Rheinland-Pfalz sicherstellt. Aktuell haben wir eine Freiwilligenphase mit Studierenden, die hier die erste klinische Phase ableisten. Wir sind damit sehr zufrieden und bekommen gutes Feedback. Viel wichtiger ist es aber, dass so ein Campus-Konzept beweist, dass die gemeinsame Aus- und Weiterbildung auch über unterschiedliche Träger hier in Koblenz funktioniert.

*Die Umsetzung der beschlossenen Krankenhausreform ist
in Rheinland-Pfalz im Gange. Dabei taucht auch immer wie-
der die Frage auf, ob alle Krankenhäuser künftig gebraucht
werden. Wenn wir über die mögliche Versorgung von Kriegs-
verletzten sprechen, wäre es da nicht klüger, alle Kranken-
häuser prophylaktisch offenzuhalten?*

Dr. Matheis: Wir benötigen eine Grund- und Regelversorgung für die Zivilbevölkerung. Dazu brauchen wir nicht jedes kleine Krankenhaus, das ist auch klar, aber wir brauchen natürlich genügend Anlaufstellen, die erhalten bleiben müssen.



In Bezug auf die zivil-militärische Zusammenarbeit müssen wir gemeinsam mit der Bundeswehr überlegen, wie wir offene Punkte im Rahmen der Strukturreform lösen können. Die ärztliche Weiterbildung muss auf jeden Fall mitgedacht werden.

Herr Prof. Schwab, wie betrachten Sie die Krankenhausreform in diesen Zeiten?

Prof. Schwab: Wir müssen drei Zustände unterscheiden, und zwar Frieden, Krise und Krieg. Für den Kriegsfall, den Sie angesprochen haben, gibt es sehr gute Regelungen. Da kann zivile Infrastruktur, können Krankenhäuser herangezogen werden, um dem Versorgungsauftrag für militärisches, aber auch ziviles Personal gerecht zu werden. Im Krisen- oder Bündnisfall, in dem wir in Deutschland formal Frieden haben, aber deutsche Truppen im Ausland das Nato-Gebiet verteidigen, stellt sich die Situation anders dar.

Inwiefern betrifft das die Krankenhausreform?

Prof. Schwab: Wir müssen uns vorbereiten und Kooperationsverbünde bilden, die dann in Deutschland, also im Inland die Versorgung der Soldatinnen und Soldaten, die erkrankt oder verletzt aus dem Ausland kommen, versorgen. Hierzu müssen Vorbereitungen getroffen werden. Das bedeutet aber, dass zumindest ein Versorgungslevel angestrebt werden muss, das dem eines Schwerpunkt- oder Maximalversorgers entspricht, weil die Erkrankungs- und Verletzungsmuster hochkomplex sind. So etwas muss natürlich bei der Krankenhausreform mitgedacht werden.

Militärexperten sagen, Deutschland sei weder im Friedens- noch im Kriegszustand, sondern in einem Hybridzustand. Wir erleben Cyberangriffe, Ausspähungen und Sabotageaktionen. Hat unser Gesundheitssystem bereits diesen Hybrid-Abwehrmodus verinnerlicht?

Prof. Schwab: Wir erleben eine steigende Bedrohungslage, und insofern sind wir nicht mehr ganz im Frieden. Wir sind aber auch noch nicht in einem Krisenmodus wie bei Covid, und wir sind sicher noch nicht im Krieg. Aber dazwischen bewegen wir uns. Unsere Ableitung dazu heißt: Wir müssen das Gesundheitssystem resilient aufstellen. Wir müssen uns vorbereiten auf eine weitere Eskalation, und dazu muss uns in dieser aktuellen Legislaturperiode ein Gesundheitssicherstellungs- und Vorsorgegesetz die Antworten geben.

Sowohl im Krisen- als auch im Kriegsfall müssen hier in Deutschland Verletzte versorgt werden. Wer entscheidet denn, wer auf welches Krankenhaus verteilt wird?

Prof. Schwab: Wir haben einen Bettenvorhalt in den Kooperationsverbänden. Das sind regionale Cluster, über die Patienten dann verteilt werden. Sie können sich das vorstellen wie mit dem Kleeblatt-Prinzip während der Corona-Pandemie. In Deutschland haben wir fünf Bundeswehrkrankenhäuser, neun BG-Kliniken, 36 Uni-Kliniken und weitere große Schwerpunktversorger, die Betten für den Krisenfall vorhalten. Es wird dann eine Organisation geben, die diese Patienten regional in Deutschland zuordnet. Das bedarf einer engen

Kooperation und Koordination zwischen dem Bundesministerium der Verteidigung, dem Bundesinnenministerium, dem Bundesministerium der Gesundheit und den Ländern.

Eine Rolle bei der Versorgung von Verletzten könnte auch das im Bau befindliche US-Militärkrankenhaus im pfälzischen Weilerbach spielen. Aber inwieweit sich die USA künftig militärisch engagieren wollen, ist seit der Amtsübernahme von Präsident Trump unklar ...?

Dr. Matheis: Also wir gehen davon aus, dass die Planungen in Weilerbach ganz normal weiterlaufen. Wir rechnen damit, solange wir nichts Anderes hören, dass der Bau so, wie das in der Vergangenheit kommuniziert wurde, auch fortgesetzt wird. Ich denke, diese Planungen sind auch unabhängig davon, dass die neue amerikanische Administration eine andere Linie verfolgt.

Prof. Schwab: Das Militärkrankenhaus in Landstuhl und zukünftig auch das in Weilerbach sind unsere Partnerkrankenhäuser. Wir haben keinerlei Anzeichen dafür, dass die Kooperationsbemühungen vermindert werden. Ganz im Gegenteil.

Was bedeutet diese Partnerschaft im Krisen- oder Kriegsfall?

Prof. Schwab: Im Krisen- oder Kriegsfall werden wir uns in Koblenz im Cluster Südwest befinden. Dort sind jetzt schon als Partner ganz klar identifiziert: das Bundeswehrzentralkrankenhaus, die BG-Klinik in Ludwigshafen, die BG-Klinik in Frankfurt, unsere Partnerkrankenhäuser in Landstuhl oder Weilerbach. Dazu kommen die großen Schwerpunktversorger und die Universitätskliniken.

Sie haben seit dem Beginn der Kämpfe in der Ostukraine und der Krim-Besetzung 2014 ukrainische Ärzte ausgebildet und Kriegsverletzte behandelt. Welche Erfahrungen haben Sie für die praktische medizinische Arbeit gesammelt?

Prof. Schwab: Die Ausbildung der Ärzte diente dazu, ein gemeinsames Verständnis der Behandlungsprozeduren und der grundsätzlichen Erkenntnisse zu bekommen, die wir aus unseren Einsätzen mit Splitter-, Spreng- und Explosionsverletzungen vor allem aus Afghanistan haben. Der Abgleich mit den Erfahrungen und Verletzungsmustern aus der Ostukraine ergab, dass große Ähnlichkeiten bestehen und die Langzeitversorgung praktisch identisch ist.

Welche besonderen Herausforderungen gibt es bei der Versorgung von Kriegsverletzten?

Prof. Schwab: Die Keimspektren, die diese Patienten und Verwundeten mitbringen, sind mikrobiologisch sehr herausfordernd, weil eine gute Rekonstruktion immer erst bei einer guten Keimfreiheit stattfinden kann. Es dauert in diesen Fällen sehr lange, bis die Behandlungen abgeschlossen sind. Seit 2022 haben wir mit dem erhöhten Anfall von Verwundeten aus dem Ukraine-Krieg in Deutschland die zivilen Krankenhäuser insbesondere bei der Versorgung über das bekannte Kleeblattprinzip miteinbezogen. Dadurch ist die medizinische Kompetenz auch in zivilen Krankenhäusern gewachsen.

Foto: Bundeswehrzentralkrankenhaus/Michael Mandt



Der Haupteingang des Bundeswehrzentralkrankenhauses.

Sie sprechen von komplexen Heilungsverläufen. Mit welchen Arten von Verletzungen haben Sie zu tun?

Prof. Schwab: Wir müssen einen großen Anteil an internistischen Erkrankungen erwarten, Infektionen, Inkorporation von Giften, Toxinen, all das ist möglich. Inhalationstraumen gibt es häufig. Bei thermomechanischen Kombinationsverletzungen sprechen wir von Explosionsverletzungen. Also Hitze, Verbrennung, Inhalation, stumpfes Trauma, penetrierendes Trauma, alles in einem. Das ist das komplexeste Polytrauma, das man sich vorstellen kann. Und deshalb braucht man ein entsprechendes Versorgungslevel, um solche Patienten versorgen und natürlich auch langfristig rehabilitieren zu können. Dazu sind plastische Chirurgie, Gefäßchirurgie, Allgemein-, Viszeral-, Thoraxchirurgie und Unfallchirurgie unerlässlich. An all dem können Sie erkennen, dass eine Behandlung bei Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung nicht stattfinden können.

Herr Dr. Matheis, wenn Sie hören, welche komplexen Verletzungen hier auftreten: Wie können wir unsere zivilen Ärzte noch besser darauf vorbereiten?

Dr. Matheis: Die Zusammenarbeit der Bundeswehr mit Universitätskliniken, BG-Kliniken und Maximalversorgern zielen genau in die richtige Richtung. Das sind schon jetzt die prädestinierten Kliniken, die zum Großteil schon mit solchen komplexen Verletzungsmustern vertraut sind. Der Fokus muss liegen auf diesen komplexen Strukturen, die noch einmal klar benannt werden müssen. Was wir nicht brauchen, ist eine neue Zusatzweiterbildung, die zum Beispiel Militärchirurgie heißen könnte. Wir können mit entsprechenden Fortbildungscurricula diese Herausforderungen leisten.

Was kann die Landesärztekammer noch tun, um das Ganze zu fördern?

Dr. Matheis: Wir könnten beispielsweise ein Bundesärztekammer-Curriculum mit auflegen, was Antworten auf die spezielle traumatologische Fragestellung gibt, gemeinsam

Foto: Bundeswehrzentralkrankenhaus/Helmut von Scheven



Das Bundeswehrzentralkrankenhaus wird bereits seit 2014 umfangreich modernisiert und ausgebaut.

mit der Bundeswehr. Ich habe auch schon als Beiratsmitglied des IMPP, also dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, angeregt, dass man während der Ausbildung, das heißt während des Medizinstudiums, solche Fragestellungen in die Lehre implementiert. Meine Idee und Anregung an das Institut ist: Bindet bitte die Bundeswehr in den Fragenkatalog mit ein!

Eingebunden ist die Bundeswehr bereits bei speziellen Schulungen an der BG-Klinik Ludwigshafen, die der Versorgung Kriegsverletzter dienen. Können Sie dazu mehr berichten, Prof. Schwab?

Prof. Schwab: Es gibt seit vielen Jahren, insbesondere durch die chirurgischen Fachgesellschaften, allen voran die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, aber auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Kursformate, die wir in Würzburg, Homburg (Saar) und in Berlin aufgelegt haben für Chirurgeninnen und Chirurgen. Die sind inzwischen harmonisiert über die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unter dem Kursformat ACT. Das ist ein Kursformat, das über mehrere Tage geht und in dem sich unsere Kolleginnen und Kollegen Strategien entwickeln, sich mit den komplexen Verletzungsmustern auseinandersetzen können. In der BG-Klinik Ludwigshafen haben wir mit den Kolleginnen und Kollegen der Plastik- und Verbrennungsmedizin dort das sehr engagierte Kursformat Burn-Trauma Care (BTC48) aufgelegt. Darin geht es darum, die Versorgung von Verwundeten und Verletzten mit Verbrennungen innerhalb der ersten 48 Stunden optimal sicherzustellen.

Das Interview führte Christopher Schäfer.

Aus- und Weiterbildung im Brand- und Katastrophenschutz in Rheinland-Pfalz

Seit mehr als 25 Jahren werden Einsatzkräfte der Feuerwehr und des Katastrophenschutzes in Koblenz aus- und weitergebildet. Bis zur Gründung des Landesamtes für Brand- und Katastrophenschutz (LfBK) zum 1. Januar 2025 war die Feuerwehr- und Katastrophenschutzakademie eine eigenständige obere Landesbehörde. Im Jahr 2000 zog sie auf das Gelände der ehemaligen Landespolizeischule im Koblenzer Stadtteil Asterstein. Gleichzeitig wurden die Standorte der Landesfeuerwehrschule in Koblenz-Oberwerth, Lahnstein und Bad Kreuznach sowie die Katastrophenschutzschule in Burg an der Mosel zusammengeführt.

Aufgaben und Organisation

Das Aufgabenspektrum der Akademie im LfBK ist breit gefächert. Es umfasst nicht nur die Ausbildung der rund 57.000 Angehörigen der Feuerwehren sowie der circa 15.000 ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer in den Hilfsorganisationen des Landes Rheinland-Pfalz. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Qualifizierung von Führungskräften, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Sonderfunktionsträgerinnen und -trägern – sie stellen den größten Anteil der Lehrgangsteilnehmenden. Organisatorisch gliedert sich die Abteilung Akademie im LfBK in sechs Referate: A1 – Grundsatzangelegenheiten der Ausbildung, A2 – Planung und Organisation, A3 – Technische Lehre, A4 – Führungslehre, A5 – Bevölkerungsschutz und Krisenmanagement und A6 – Medien und Pädagogik.

In den Referaten Führungslehre (A4) und Bevölkerungsschutz- und Krisenmanagement (A5) werden Einsatzkräfte zu Gruppen, Zug- und Verbandsführerinnen und -führern ausgebildet. Diese Lehrgänge richten sich sowohl an Angehörige der freiwilligen Feuerwehren als auch an Einsatzkräfte im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz. Zusätzlich werden Fortbildungen im Führungs- und Stabswesen, unter anderem in den Bereichen Informations- und Kommunikationswesen oder Presse- und Öffentlichkeitsarbeit angeboten. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Verwaltungsstäben oder Leitende Notärztinnen und Notärzte und Organisatorische Leiterinnen und Leiter werden ausgebildet. Ausbilderinnen und Ausbilder der Kreisausbildung erhalten ihre Qualifizierung ebenfalls an der Akademie und sind anschließend in ihren Kommunen für

die Grundausbildung und die Fortbildung auf Kreisebene verantwortlich. So baut das Aus- und Weiterbildungssystem stufenweise aufeinander auf. Für hauptamtliche Feuerwehrkräfte gibt es spezielle Lehrgänge, darunter Prüfungslehrgänge für die feuerwehrtechnischen Beamtinnen und Beamten sowie für hauptamtliche Werkfeuerwehreute am Ende ihrer Laufbahnausbildung. Außerdem werden Prüfungslehrgänge für die Ausbildung zum hauptamtlichen Gruppenführer und die Aus- und Fortbildung für das dritte Einstiegsamt des feuerwehrtechnischen Dienstes (ehemals gehobener feuerwehrtechnischer Dienst), insbesondere der Brandinspektoren-Lehrgang, angeboten.

Das Referat Technische Lehre (A3) bildet hauptsächlich Sonderfunktionsträgerinnen und -träger der Feuerwehr aus. Das Portfolio an verschiedenen Lehrgängen ist dabei groß und reicht von den Grundlagen der technischen Hilfe, welche sich unter anderem mit der Rettung von Personen aus Fahrzeugen nach einem Unfall beschäftigen, über das sichere Arbeiten im absturzfähigen Bereich, bis hin zu Einsatz und Führung bei Gefahrstoffeinsätzen. In einigen Bereichen werden Multiplikatoren ausgebildet, etwa für die Heißausbildung in Brandhäusern. Hierfür werden Kameradinnen und Kameraden zu Trainerinnen und Trainern für gasbetriebene Brandsimulationsanlagen ausgebildet. Auch im Bereich der Wasserrettung werden

Lehrgänge angeboten, zum Beispiel für die Bootsführerausbildung oder für Feuerwehrtäucher. Zudem werden Gerätewarte geschult, die für die Wartung und Pflege von Einsatzmitteln wie Schläuchen oder Atemschutzgeräten zuständig sind.

Räume und Übungsmöglichkeiten

Für die theoretische und praktische Ausbildung stehen in Koblenz verschiedene Einrichtungen zur Verfügung. Dazu gehören Lehrsäle und Seminarräume, naturwissenschaftliche Lehrsäle, Planübungsräume, ein Lehrsaal für die Ausbildung von Personal der Feuerwehreinsatzzentralen (FEZ), Lehrwerkstätten und ein Simulationszentrum, das insbesondere für die Stabsausbildung verwendet wird. Die Lehrsäle sind mit moderner Technik ausgestattet und ermöglichen abwechslungsreiche Unterrichtsformen. Die Planübungsräume sind mit Modellbauplatten ausgestattet, vergleichbar mit einer Modelleisenbahn, die verschiedene Schauplätze darstellen, so zum Beispiel einen Innenstadtbereich, eine ländliche Gegend oder ein Industriegebiet mit Hafenbecken. Hier können angehende Führungskräfte unterschiedlichste Einsatzszenarien simulieren und den Führungsvorgang sowie die Befehlsgebung trainieren.

Die Aus- und Weiterbildung lebt jedoch nicht von der Theorie allein: Auf dem Gelände gibt es verschiedene Möglichkeiten, um auch praktische Unterrichtseinheiten durchführen zu können. Auf dem Außengelände befinden sich unter anderem ein Bahnsteig mit Güter- und einem Personenwaggon auf rund 200 Metern Schienenstrang, ein mit Nebelmaschinen verrauchbares Einfamilienhaus, mehrere Übungsfahrzeuge für die technische Hilfeleistung sowie ein Teich für Wasserrettungsübungen, einschließlich der Rettung aus Autos. Eine Baugrube ermöglicht die realistische Darstellung von Personen oder Fahrzeugunfällen.

Die rund 1.500 Quadratmeter große Übungshalle bietet weitere Möglichkeiten. Über drei Galerien kann die Rettung von Personen, zum Beispiel mittels Drehleiter oder tragbaren Leitern, geübt werden. Übungen zum sicheren Arbeiten in absturzfähigen Bereichen sind ebenso möglich wie praxisnahe Menschenrettungen. In der Halle befindet sich außerdem ein zwölf Meter tiefer Tauchturm für die Feuerwehrtäucherausbildung. Hier lassen sich verschiedene Szenarien realitätsnah simulieren – etwa das Absenken einer kompletten Autofahrgastzelle samt Puppen als dargestellte Insassen. An die Halle angeschlossen ist eine gasbetriebene Brandsimulationsanlage mit sechs Räumen auf zwei Etagen. Dort können verschiedene Brandstellen entzündet und durch die Lehrgangsteilnehmenden gelöscht werden. Die Anlage verfügt über eine moderne Rauchgas-Filteranlage. In der Halle sind zudem Einsatzfahrzeuge für die praktische Ausbildung untergebracht, um realitätsnahe Anfahrten und Einsatzabläufe zu trainieren.

Fotos: LfBK



Der Tauchturm mit seinen Möglichkeiten.

Digitalisierung zur Unterstützung der Aus- und Weiterbildung

Ein zentrales Zukunftsthema ist die Digitalisierung. Die Entwicklung neuer Lehr- und Lernmethoden gehört dabei zum gesetzlichen Auftrag der Akademie und wird insbesondere vom Referat Medien und Pädagogik (A6) vorangetrieben. Bereits 2007 führte Rheinland-Pfalz als erste Feuerweherschule bundesweit ein Blended-Learning-Konzept ein, das Online-Schulungen und Präsenzphasen kombiniert. Inzwischen wurde dieses Angebot um verschiedene Lehrgänge erweitert und soll auch in Zukunft verstärkt berücksichtigt werden. Die Corona-Pandemie wirkte hier als Beschleuniger: Mit einem landesweiten Webkonferenz-Tool und einer Lernplattform, die über das Brand- und Katastrophenschutz-Portal (www.bksportal.rlp.de) allen Einsatzkräften in Rheinland-Pfalz zur Verfügung stehen, werden diverse Online-Weiterbildungen und digitale Lerneinheiten angeboten. Für die Erstellung professioneller digitaler Angebote betreibt das Landesamt für Brand- und Katastrophenschutz ein voll ausgestattetes Aufnahmestudio, aus dem heraus auch Live-Unterricht möglich ist.

Neben dem Angebot von Blended Learning gewinnt auch die Virtuelle Realität an Bedeutung. Bereits 2004



Blick über das Gelände des Landesamtes für Brand- und Katastrophenschutz.



In Planübungen werden diverse Einsatzlagen simuliert.

startete das Projekt Safer (Simulation in der Ausbildung für Einsatzkräfte in Rheinland-Pfalz). Die computergestützte Simulation ermöglicht so zum Beispiel die realistische Bearbeitung von Einsatzlagen, auch bei Großschadenslagen mit vielen Verletzten, unter Beachtung realistischer Zeit- und Ressourcenansätze sowie der Überprüfung verschiedener Taktikvarianten. In der Führungsausbildung werden Planübungen ebenfalls teilweise in der virtuellen Realität durchgeführt. Die Nutzung von VR-Brillen schafft besonders immersive Lernerfahrungen, indem Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die simulierte Lage eintauchen und sich darin frei bewegen können. Hier wird die Anwendung für die Lehre aktuell getestet.

Die Fach- und Lehrkräfte bilden über 6.500 Lehrgangsteilnehmende pro Jahr aus. Möglich ist das nur durch die enge Zusammenarbeit aller Abteilungen des LfBK sowie durch Unterstützung weiterer Fach- und Servicekräfte – von der Lehrgangsplanung über die IT-Betreuung bis hin zu Küche, Instandhaltung und Pflege von Gebäuden, Fahrzeugen und Grünflächen auf der Liegenschaft. Verteilt auf zwei Unterkunftsgelände stehen in Koblenz aktuell 108 Gästezimmer zur Verfügung; ein zusätzlicher Neubau ist in Planung. Aufgrund des gestiegenen Lehrgangsbedarfs werden Teilnehmende bis zur Fertigstellung auch in Hotels untergebracht. Die Verpflegung der Teilnehmenden erfolgt über die hauseigene Großküche des LfBK.



Realitätsnahe Übung auf dem Gelände des LfBK.

Neben der Aus- und Weiterbildung übernimmt die Abteilung Akademie weitere Aufgaben, etwa die Beratung und Koordination der Laufbahnausbildung im feuerwehrtechnischen Dienst oder die Anerkennungsverfahren für Aus- und Weiterbildungen im Brand- und Katastrophenschutz. Das LfBK als Arbeitgeber ist zudem selbst Ausbildungsbetrieb und ermöglicht seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern regelmäßig die Teilnahme an Fortbildungsqualifizierungen.

Psychosoziale Notfallversorgung

Neben den Lehrgangsangeboten der Abteilung Akademie bildet auch die Stabsstelle Psychosoziale Notfallversorgung und Changemanagement des LfBK Einsatzkräfte aus. Sie fungiert gleichzeitig als Beratungs- und Koordinierungsstelle „Psychosoziale Notfallversorgung“ sowie als Landeszentrale PSNV in Rheinland-Pfalz. Großschadenslagen wie das Flugschauunglück in Ramstein (1988) oder das Zugunglück in Eschede (1998) haben gezeigt, dass eine rein operativ-taktische Einsatznachbereitung nicht ausreicht. Vielmehr bedarf es des gezielten Ausbaus psychosozialer Kompetenzen, um Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig zu stärken.

Der Schwerpunkt der PSNV-Ausbildung liegt auf der Förderung von Resilienz durch gezielte Lehre und praxisorientiertes Training in den Bereichen Kommunikation, Emotions- und Stressregulation, Reflexionsfähigkeit und Selbstwirksamkeit. Neben der Beratung von PSNV-Akteuren bietet die Stabsstelle spezifische Lehrgänge und Seminare an, die Einsatzkräfte in diesen Bereichen langfristig unterstützen.

Mitwirkung im Einsatzdienst des LfBK Auch wenn die Fach- und Lehrkräfte der Akademie keinen klassischen Einsatzdienst wie beispielsweise bei einer Berufsfeuerwehr leisten, sind sie aktiv in die Führungs- und Einsatzunterstützung des LfBK eingebunden. Sie nehmen am Rufbereitschaftssystem teil. Bei größeren Schadenslagen unter-

stützen sie in der Koordinierungsstelle oder im Stab des Landes oder wirken vor Ort als Verbindungspersonen oder Fachberaterinnen und -berater mit. Ebenso wird im Mischdienst die Besetzung der Funktionen des Lagezentrum Bevölkerungsschutz des LfBK unterstützt.

Die Aus- und Weiterbildung der Einsatzkräfte in Rheinland-Pfalz ist eine zentrale Aufgabe des Landesamtes für Brand- und Katastrophenschutz. Der Standort in Koblenz-Asterstein ist durch die Vielzahl an Präsenzveranstaltungen nicht nur Ausbildungsstätte, sondern auch ein wichtiger Knotenpunkt für die Netzwerke aller Feuerwehren und Hilfsorganisationen in Rheinland-Pfalz.

Aus- und Weiterbildung im medizinischen Bevölkerungsschutz

Die Gemeinden, kreisfreien Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz erfüllen ihre Aufgaben im Brandschutz und der Allgemeinen Hilfe als Pflichtaufgaben der kommunalen Selbstverwaltung. Die Aufgaben im Katastrophenschutz nehmen Sie als Auftragsangelegenheit wahr. Sie stimmen bei größeren Gefahren die Maßnahmen mit benachbarten Gebietskörperschaften – auch über die Landes- und Staatsgrenzen hinaus – ab und unterstützen sich bei Bedarf gegenseitig.

Das Verbundsystem umfasst: Maßnahmen der örtlichen Aufgabenträger, gegenseitige Hilfe, überörtliche Maßnahmen der Landkreise, zentrale Maßnahmen des Landes, das Katastrophenschutzpotential des Bundes einschließlich Technisches Hilfswerk. Mit Bezug zum gesundheitlichen Bevölkerungsschutz schreibt das Landesgesetz über den Brandschutz, die allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (LBKG) die Bildung von Einheiten für folgende Bereiche vor: Führung, Sanitätsdienst, Betreuung, Verpflegung, Psychosoziale Notfallversorgung, Logistik, bei Bedarf Wasserrettung und Rettung aus unwegsamem Gelände.



Fotos: LfBK

Zahlreiche Beobachterinnen und Beobachter begleiten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei ihren Übungen und können so ein direktes Feedback geben.

Neben der Feuerwehr können die kommunalen Aufgabenträger zur Erfüllung ihrer Aufgaben in der allgemeinen Hilfe – soweit erforderlich – auch öffentliche und private Hilfsorganisationen, insbesondere den Arbeiter-Samariter-Bund e. V., die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e. V., das Deutsche Rote Kreuz e. V., die Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., und den Malteser-Hilfsdienst e. V. einbinden.

Die Ausgestaltung der Einheiten ist in der Konzeption „Katastrophenschutzstrukturen des Sanitäts-, Betreuungs- und Verpflegungsdienstes in Rheinland-Pfalz“ der Arbeitsgemeinschaft der Hilfsorganisationen im Katastrophenschutz (HiK) beschrieben.

Aktuell wird eine Katastrophenschutzverordnung finalisiert, die konkrete Regelungen über die Pflichten, die Aufstellung, Organisation, Ausrüstung, Ausbildung und den Einsatz der Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes enthalten wird.

Die Aus- und Weiterbildung erfolgt für die Einsatzkräfte grundsätzlich organisationsintern, insbesondere für die sogenannte Grund- und Helferausbildung. Die Führungsausbildung von Gruppen- und Zugführerinnen und -führern des Katastrophenschutzes kann entweder an der Akademie im Landesamt für

Brand- und Katastrophenschutz (LfBK) oder teilweise auch bei den Hilfsorganisationen erfolgen. Verbandsführerinnen und -führer werden einheitlich durch die Akademie im Landesamt für Brand- und Katastrophenschutz, in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Hilfsorganisationen im Katastrophenschutz, ausgebildet und geprüft. Bei größeren Schadenslagen, in denen viele Verletzte oder Erkrankte zu versorgen sind, setzt die Einsatzleitung eine Leitende Notärztin beziehungsweise einen Leitenden Notarzt (LNA) und eine Organisatorische Leiterin oder einen Organisatorischen Leiter (OrgL) ein. Diese sind damit zu beauftragen, schnellstmöglich eine den notfallmedizinischen Grundsätzen entsprechende Versorgung zu veranlassen. Die Ausbildung von LNA und OrgL, auch als Abschnittsleitung Gesundheit bezeichnet, findet im Land einheitlich an der Akademie des LfBK statt.

Kooperation mit der Akademie für ärztliche Fortbildung

In Kooperation mit der Akademie für ärztliche Fortbildung Rheinland-Pfalz und weiteren Kooperationspartnern werden gemäß Lehrgangsplanung insgesamt 24 Organisatorische Leiterinnen und Leiter sowie 24 Leitende Notärztinnen beziehungsweise Leitende Notärzte ausgebildet. Der Lehrgang erfolgt nach dem Blended-Learning-Konzept.

Bereits vor der einwöchigen Praxisphase an der Akademie in Koblenz bereiten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einem Online-Kurs auf rechtliche Grundlagen, Arbeitsabläufe und Einsatztaktiken vor. Die Präsenzwoche umfasst sowohl theoretische als auch praktische Elemente in Form von Vorträgen, Workshops, Planübungen und Rotationsübungen im Übungsgelände. Höhepunkt der praktischen Ausbildung im Lehrgang bilden die Rotationsübungen am letzten Tag. Anstelle einer einzelnen Großübung werden verschiedene Elemente einer Großschadenslage einzeln geübt. So gibt es eine Übung mit einer realen Einsatzstelle, eine Sichtungübung, eine Übung zur Patienten-

ablage und Transportorganisation, eine Übung zur Führungsunterstützung und eine Übung einer Betreuungsstelle, der PSNV. Täuschend echt dargestellte Verletzungen und gespielte Emotionen von über 50 Statisten vermitteln den Teilnehmerinnen und Teilnehmern das Bild einer realen Lage. Einheiten des Brand- und Katastrophenschutzes sowie des Rettungsdienstes stellen die rund 120 Einsatzkräfte für die verschiedenen Übungen.

Neben dem hohen Praxisanteil ist insbesondere die gemeinsame Ausbildung von LNA und OrgL eine Besonderheit der rheinland-pfälzischen Ausbildung. Bereits in den Übungen wird der hohe Stellenwert der Zusammenarbeit innerhalb der Abschnittsleitung Gesundheit und mit der Einsatzleitung und den weiteren Führungskräften deutlich.

Zur Weiterbildung und zum Erfahrungsaustausch bietet die Akademie jährlich eine zweitägige Fortbildung für die Abschnittsleitung Gesundheit an.

Autor



René Schubert
Präsident
Landesamt für Brand- und Katastrophenschutz Rheinland-Pfalz

Zivil-militärische Zusammenarbeit in der Krise – neue Herausforderungen für das deutsche Gesundheitswesen

Mit dem völkerrechtswidrigen Einmarsch Russlands in die Ukraine am 22. Februar 2022 hat sich die Sicherheitslage in Europa fundamental geändert. Auch in Deutschland wird seit der vielbeachteten Rede vom damaligen Bundeskanzler Olaf Scholz zur Zeitenwende mit Hochdruck an der notwendigen Stärkung unserer Verteidigungsbereitschaft in den leider wieder realistisch bestehenden Bedrohungsszenarien mit Angriffen auf unsere Nato-Bündnispartner oder sogar auf das deutsche Bundesgebiet gearbeitet. Die im Rahmen der lange anhaltenden politischen Entspannungsphase abgeschafften Strukturen der Zivilverteidigung, aber damit einhergehend auch von Teilen des Katastrophenschutzes und der allgemeinen Gefahrenabwehr müssen jetzt unter Aufwendung erheblicher Investitionen akut reaktiviert, beziehungsweise basierend auf aktuellen demographischen Entwicklungen des derzeitigen Zustandes der Bundeswehr und auch sich schnell ändernden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen wie zum Beispiel die anstehende erneute Reform des zivilen Gesundheitssystems, teilweise völlig neu gedacht und schnell, unkonventionell und zielorientiert aufgebaut werden.

Einsatzszenarien gehen von täglich 1000 verwundeten Soldaten aus

Die derzeitigen Einsatzszenarien von Bundeswehr und Nato gehen bei einem Konflikt an der Ostflanke der Nato von täglich allein bis zu 1000 verwundeten deutschen Soldatinnen und Soldaten aus. Diese auf ersten Blick sehr hoch erscheinenden Zahl ist leider durch die Erfahrungen des inzwischen seit über drei Jahren andauernden Krieges in der Ukraine mehr als bestätigt. Daher braucht es neue Konzepte zu einer gemeinsamen zivil-militärischen Versorgung, um auch die weiter notwendige zivile Versorgung umfassend sicherzustellen. Besonders auch die inzwischen veränderte geopolitische Situation mit dem Wechsel der Rolle Deutschlands vom unmittelbar betroffenen Kampfgebiet hin zu einer Drehscheibenstellung mit erheblichen logistischen Aufgaben für das Bündnis und in Europa bedingt eine neue Ausrichtung der zivil-militärischen Zusammenarbeit und Planungen. Ein Wiederaufbau der ehemaligen militärischen Reservelazarett-Struktur ist allerdings unter modernen medizinischen und strukturellen Gegebenheiten obsolet. Der hohe Entwicklungsstand der modernen Medizin, die dazu notwendige Expertise, Ausbildung und Ausstattung, aggraviert durch Personalmangel und demographischen Wandel bei unverändert ausgesetzter Wehrpflicht, lassen derartige Denkmodelle bereits im Ansatz scheitern.

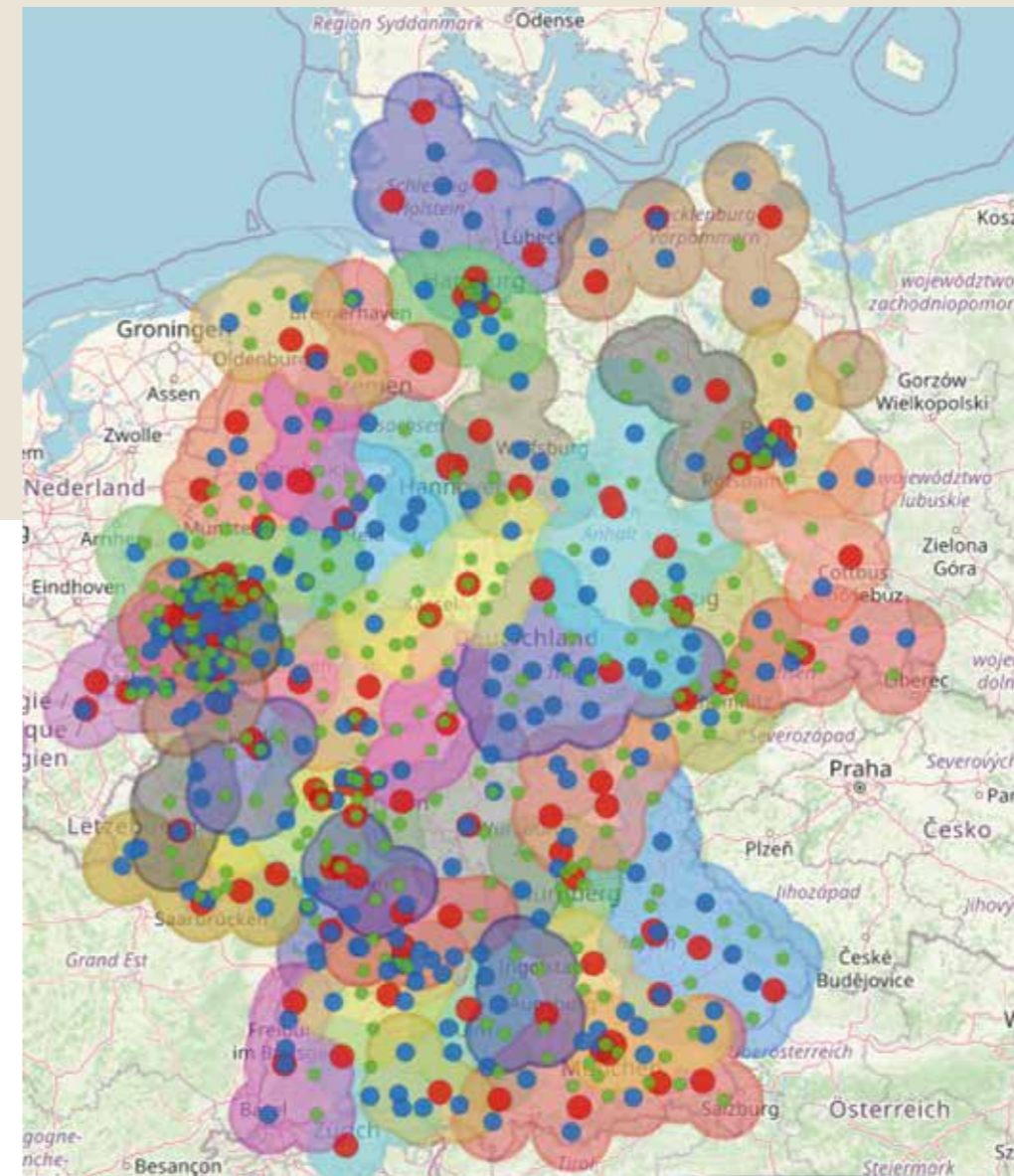
Die Bundeswehr kommt in eine neue Lage

Damit ist klar: Zur Herstellung einer nachhaltigen Verteidigungsfähigkeit Deutschlands ist von einer gesamtstaatlichen Aufgabe auszugehen und die schnelle und effiziente Intensivierung der zivil-militärischen Zusammenarbeit auch im medizinischen Bereich ist das Gebot der Stunde! Die Bundeswehr, auf die im Rahmen der Amtshilfe bei Katastrophen- und Großschadensereignissen gerne und umfassend zurückgegriffen wurde, kommt jetzt in eine Lage, in der sie umfassend auf das zivile System zur Frühversorgung, Definitivbehandlung und Rehabilitation militärischer Einsatzverwundungen und Notfälle zurückgreifen muss. Unter

anderem Schlagworte wie „Gesamtverteidigung“ und „Operationsplan Deutschland“ (Oplan) umschreiben die derzeit laufenden Planungen und Maßnahmen.

Obwohl die Planungen und deren Umsetzung noch im Fluss sind und durch neue Gesetze und Regelungen, besonders auf Länder-Bund-Ebene abgesichert werden müssen, kristallisiert sich eine Grobstruktur heraus, die schon jetzt als Orientierung für die zukünftigen erweiterten Aufgaben von Ärzteschaft und Gesundheitssystem dienen kann:

1. Der Rücktransport der Verwundeten und Hilfsbedürftigen geschieht unter militärischer Koordination zusammen mit beauftragten und zuständigen Hilfsorganisationen sowie staatlichen Akteuren.
2. Die Übergabe in das zivile System erfolgt unter Nutzung der bekannten, aber für militärischen Zwecke angepassten Kleeblattstruktur im Länderverbund. Die Struktur notwendiger zivil-militärischer Koordinationsstäbe wird derzeit erarbeitet. Eine Beratung und Hilfestellung zur fachgerechten Zuweisung der Verwundeten in geeigneten Kliniken ist unter Mithilfe von Koordinatoren des Traumanetzwerkes der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) vorgesehen. Die bundesweit circa 650 zertifizierten, qualitätskontrollierten Traumazentren sind in 50 Netzwerken organisiert und garantieren derzeit die flächendeckende, zeitnahe Unfallversorgung (Abb.1). Innerhalb und zwischen den Netzwerken ist die Möglichkeit der situationsgerechten Zu- und Abverlegung von Patienten gesichert und erprobt. Dieser Prozess hat sich in den vergangenen drei Jahren bei der Übernahme von Verwundeten aus der Ukraine grundlegend bewährt.
3. Ebenfalls Gegenstand der derzeitigen Diskussion ist die Überführung der Einsatzverletzung an sich in das System der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung („Berufsgenossenschaft“). Diese Änderung verspricht



Aktueller Stand zertifizierter Traumazentren

- überregional zertifiziert
- regional zertifiziert
- lokal zertifiziert

auditierte Traumazentren

- überregional auditiert
- regional auditiert
- lokal auditiert

AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH
 Straße des 17. Juni 106-108
 10623 Berlin

Geschäftsstelle München
 Emil-Riedel-Straße 5
 80538 München
 Tel: +49 (0)89 540 481 0
 Fax: +49 (0)89 540 481 105
 E-Mail: office[at]ajauc-online.de

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer:
 Markus Blätzing

Registergericht: Amtsgericht Berlin-Charlottenburg
 Registernummer: HRB 93350 B, Sitz Berlin
 Umsatzsteuer-ID: DE814067227
 Inhaltlich Verantwortlicher gemäß § 55 Absatz 2 RStV:
 Markus Blätzing

eine erhebliche Vereinfachung in der Nachverfolgung und Betreuung der Verwundeten, der Behandlungssteuerung und letztendlich auch der Finanzierung, zum Beispiel bei notwendigen Weiterverlegungen in kleinere Häuser, bei der Rehabilitation und bei der Wiedereingliederung.

4. Die fünf derzeit bestehenden Bundeswehrkrankenhäuser werden neben der Patientenversorgung vordringlich wichtige koordinative Aufgaben übernehmen und innerhalb der schon jetzt bestehenden regionalen Struktur weitere Aufgaben erfüllen.

5. Eine stärkere Verflechtung militärmedizinischer und ziviler Krankenhausstrukturen ist daher notwendig, um einerseits die benötigten Weiterbildungsstellen des Personals zügig erweitern zu können und andererseits durch

bessere Kenntnis sanitätsdienstlicher Strukturen die notwendige enge Zusammenarbeit in der Krisensituation schon jetzt zu üben und zu verbessern.

6. Die chirurgischen Fachgesellschaften haben sich schon mit der Zunahme der terrorassoziierten Verletzungen in Europa vor etwa 15 Jahren intensiv um Auf- und Ausbau spezifischer Fortbildungsmöglichkeiten zu sowohl taktischen Fähigkeiten innerhalb des Krankenhauses („Overload“, TDSC-Kurs DGU) und operationstechnischen Fähigkeiten zu den in Europa sehr seltenen perforierenden Verletzungen gekümmert. Auf Initiative der DGU wurden unter dem Dach der DGCH verschiedene internationale Kursformate zusammengefasst und werden derzeit unter anderem als ACT! Kurs (Informationen: AUC, Akademie der Unfallchirurgie) in Homburg und neu in Rostock angeboten.

7. Überlegungen zu Finanzierung, sektorenübergreifender Versorgung und Festlegung der Aufgabenverteilung werden derzeit angestellt und können durchaus wichtige Komponenten eines zukünftigen Konzeptes zur Gesamtverteidigungsfähigkeit darstellen.
8. Sondersituation Rheinland-Pfalz und Saarland: Als Sondersituation ist die Verortung der Ramstein Airbase der amerikanischen Streitkräfte und das angeschlossene Landstuhl Regional Medical Center (LRMC) zu beachten. Diese Einrichtungen dienen als wesentliche Drehscheibe nicht nur in der Verwundetenversorgung. Auf Basis der seit Jahrzehnten engen und bewährten Zusammenarbeit mit den umliegenden Kliniken ist inzwischen eine Zertifizierung/Rezertifizierung der Einrichtung nach den Kriterien des Traumanetzwerkes erfolgt (derzeit Status Überregionales Traumazentrum (ÜTZ)). Als Besonderheit und Ausnahme ist das LRMC in drei DGU-Netzwerken gleichzeitig integriert (TNW Pfalz, Mittelrhein und Saar-Lor-Lux-Westpfalz)). Damit ist auch die Komponente „Clusterstruktur“, der für diese spezifischen Aufgaben besonders geeigneten Kliniken berücksichtigt, und zwar mit den Eckpfeilern BWZK Koblenz (Koordination), BG Kliniken Frankfurt und Ludwigshafen (Spezielle Rekonstruktion und Rehabilitation) sowie den Unikliniken Mainz und Homburg (Universitäre Maximalversorgung). Schon jetzt organisieren die beteiligten Ärztekammern regelmäßig

empfehlenswerte und gut besuchte Fortbildungsveranstaltungen zum Thema, wie zum Beispiel das Symposium auf Schloss Oranienstein in Diez an der Lahn.

Gesundheitssystem muss sich neuer Situation stellen

Trotz der im vorgegebenen Rahmen nur sehr kurzen und schlagwortartigen Darstellung der laufenden Planungen ist klar, dass in der zivil-militärischen Zusammenarbeit schon kurzfristig erhebliche Änderungen zu erwarten sind. In der derzeitigen Lage empfiehlt es sich daher, mit diesem, für viele von uns unangenehmen und auch gerne verdrängten Thema zu beschäftigen. Es muss ein Bewusstsein entstehen, dass das gesamte deutsche Gesundheitssystem sich plötzlich einer bisher unbekannteren Aufgabe stellen muss. Deutschland hat in der Gesamtschau eine im internationalen Vergleich sehr gute medizinische Versorgungsstruktur. Der intelligente, gerne auch unkonventionelle, Einsatz dieser Fähigkeiten und die Integration in funktionierende und bewährte Strukturen ist das Gebot der Stunde. Das wird allerdings nicht ohne die aktive und gestaltende Mitwirkung aller Akteure im Gesundheitswesen möglich sein.

Literatur bei den Autoren

Autoren



Prof. Dr. Tim Pohlemann
Sprecher des Wehrmedizinischer Beirats
im Bundesministerium der Verteidigung
Ehemaliger Direktor der Klinik für Unfall-, Hand-
und Wiederherstellungschirurgie, Universitäts-
klinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Foto: Koop, UKS, Homburg



Generalstabsarzt Dr. Johannes Backus
Kommandeur des Kommando Gesundheitsversorgung
der Bundeswehr
Facharzt für Allgemeinmedizin
Sport- und Rettungsmedizin
Gesundheitsökonom (EBS)

Foto: Bundeswehr

„Der Krieg ist wie ein MANV jeden Tag, aber unvorstellbar viel komplexer“

Foto: BG Klinik



Zur Person:

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Kreinest ist Leiter der Stabsstelle Katastrophenmedizin an der BG Klinik Ludwigshafen. Er ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Außerdem fungiert er als Ärztlicher Leiter des Bildungscampus an der BG Klinik und des Zentrums für kontaminierte Verletzte. Ehrenamtlich arbeitet Kreinest als Leitender Notarzt für Ludwigshafen, Frankenthal, Speyer und den Rhein-Pfalz-Kreis, also den Bereich Vorderpfalz.

Die unterste Etage in der BG Klinik Ludwigshafen nennt sich Gartengeschoss, weil eine Seite des Gebäudes direkt ins Grüne führt. Dort unten geht es ruhig zu. Betritt man den Konferenzraum, in dem der Krisenstab im Bedarfsfall tagt, wird es noch ruhiger und an heißen Sommertagen auch kühler. Und das aus gutem Grund: Denn in dem klimatisierten Raum gilt es, im Ausnahmefall kühlen Kopf zu bewahren. Am Kopf des Tisches sitzt dann Prof. Michael Kreinest, Leiter der Stabsstelle Katastrophenmedizin. Auch zum Interview hat er dort Platz genommen und spricht über die Aufgaben ziviler Kliniken im Kriegsfall, Lebensmittelvorräte und Notstromaggregate.

Herr Prof. Kreinest, Sie sind Katastrophenmediziner.

Hört sich das im Wortsinne nicht eigentlich furchtbar an?

Prof. Kreinest: (lacht) Nein, eigentlich nicht. Es ist ein Fachgebiet, das es geben muss, weil nun mal Katastrophen auf der Welt passieren. Es gab schon immer anerkannte Fachbereiche in der Medizin, die sich mit besonderen Einsatzlagen beschäftigen; ich denke da an die frühere Kriegschirurgie oder an die Wehrmedizin. Ich verbinde Katastrophenmedizin im positiven Sinne mit allem, was wir präventiv tun können, um einer Katastrophe im schlimmsten Falle entgegenzutreten.

Es gibt keine standardisierte Ausbildung oder Facharzt-ausbildung zum Katastrophenmediziner. Wie haben Sie sich auf dem Gebiet spezialisiert?

Ich habe die klassische Ausbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen absolviert und war lange Zeit in der BG Klinik Ludwigshafen als Wirbelsäulenchirurg tätig. Hier im Haus ist es Usus, dass man nebenher auch die Ausbildung zum Notarzt genießt und als Notarzt tätig ist. Ich war dann auch im Notarztfahrzeug im Einsatz und habe mich darüber hin-

aus für besondere Einsatzlagen, wenn wir einmal das Wort Katastrophe vermeiden wollen, interessiert. Was mache ich, wenn ich nicht nur einen Verletzten draußen auf der Straße habe, sondern, sagen wir, zehn oder zwanzig Verletzte? Das hat mich schon immer interessiert. Deshalb habe ich die Ausbildung zum Leitenden Notarzt, der bei größeren Schadenslagen auf den Plan gerufen wird, absolviert. Die Klinik unterstützt mich bei der Ausübung des Ehrenamtes für den Bereich Vorderpfalz. Und im Krankenhaus selbst bin ich zuständig für die Alarm- und Einsatzplanung. Diese Aufgabe wurde, auch bedingt durch den Ausbruch des Kriegs in der Ukraine, immer umfangreicher, da seitdem die Themen Cyberangriffe und Stromausfall mehr in den Fokus gerückt sind. Deshalb wurde bei der BG Klinik vor zwei Jahren eine Stabsstelle für Katastrophenmedizin gegründet, deren Ärztlicher Leiter ich bin.

Sie sprechen den Ukraine-Krieg an. Bekommt die Katastrophenmedizin durch die veränderte Weltlage eine ganz andere Bedeutung?

Ja. Wir bekommen mehr Gehör, und es werden auch mehr personelle, finanzielle und materielle Ressourcen bereitgestellt. Endlich, muss ich sagen, denn wir Katastrophen-schützer haben es während der vergangenen Jahrzehnte nie verstanden, warum der Katastrophenschutz in Deutschland überall heruntergefahren wurde, warum wir unsere Bunkeranlagen aufgegeben, warum wir unsere Feldbetten verkauft haben. Deshalb sind wir jetzt froh darüber, dass mehr Mittel für den Katastrophenfall bereitstehen. Wir sind uns aber auch völlig im Klaren darüber, dass dieses allgemeine Bewusstsein auch wieder in den Hintergrund rücken kann. Wir nennen das die Katastrophendemenz. Das ist bitter, aber so ist es.



Mit Katastrophe verbinden wir seit einigen Jahren auch Terroranschläge und Amokfahrten. Bekannt ist der Begriff Massenansturm von Verletzten, der MANV. Ist das die kleine Blaupause für den Nato-Bündnisfall, sollten dann 1000 Verletzte täglich in Deutschland eingeflogen werden?

Nein. Der MANV war jahrzehntelang in Friedenszeiten, wenn wir an Busunfälle, Zugentgleisungen oder Explosionen denken, eines der wenigen realistischen Katastrophenszenarien in Deutschland. Darauf konnten sich die Krankenhäuser vorbereiten. Solche Ereignisse können immer passieren, und deshalb halten wir als Gesellschaft die Erinnerung daran wach. Einen Krieg jedoch können Sie damit kaum vergleichen. Der Krieg ist wie ein MANV jeden Tag, aber unvorstellbar viel komplexer, da wir zusätzlich mit weiteren Katastrophenszenarien rechnen müssen. Wir sprechen heute über hybride Kriegsformen: Vielleicht können wir nicht mehr telefonieren, vielleicht können wir keine E-Mails mehr schreiben, vielleicht wird die Energie knapp. Ich selbst will mir nicht anmaßen, mir diesen Fall in seinem kompletten Ausmaß vorstellen zu können. Der MANV dagegen ist eine einmalige Sache, bei dem wir in einem überschaubaren Zeitraum eine gewisse Anzahl an Patienten haben, die zu behandeln sind. Im Krieg kommen dauernd weitere dazu, bei vielleicht zunehmend ausfallender Infrastruktur.

Welche für alle Nicht-Katastrophenmediziner derzeit unvorstellbaren Probleme könnten noch auftreten?

Nehmen Sie die Personalressourcen: Wir wissen nicht, wie viel Personal überhaupt in die Klinik kommt im Kriegsfall. Die Schulen und Kindergärten werden geschlossen sein. Wo bringen die Alleinerziehenden ihre Kinder unter? Oder wie sollen die Mitarbeiter hierherkommen, wenn keine Bahn mehr fährt, wenn es kein Benzin mehr gibt? Kommen die Mitarbeiter noch, wenn zu Hause ihre Angehörigen im Kalten und Dunkeln sitzen und irgendwann die Lebensmittelvorräte ausgehen? Was ist, wenn die Lieferketten abreißen? Wie lange sind wir durchhaltefähig? Das sind Fragen, die sich dann stellen.

Haben Sie genügend Vorräte im Keller?

Klar, natürlich. Die Führungsriege muss auf den schlimmsten Fall vorbereitet sein, um einsatzfähig zu sein. Und ich kann nur an alle Menschen dringend appellieren, sich Vorräte anzulegen, wie es das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe empfiehlt.

Zurück zur Behandlung von Verletzten: Ob MANV oder Kriegsfall, es werden immer viele Verletzte gleichzeitig zu versorgen sein: Kann jeder Arzt lernen, in solchen Momenten die Ruhe zu bewahren oder muss man dafür geboren sein?

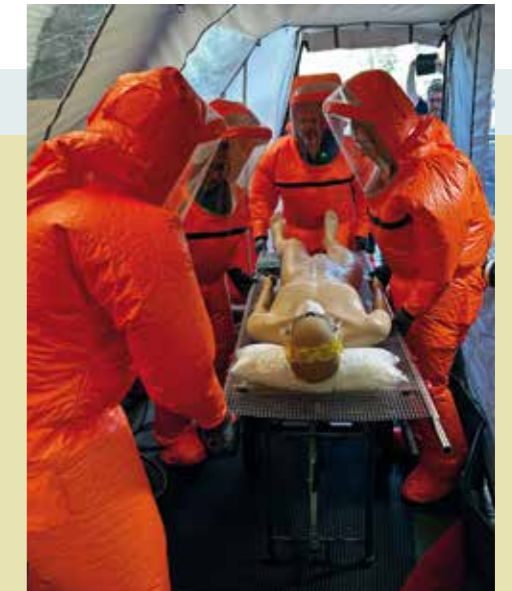
Sicherlich gehört eine gewisse Stressresistenz dazu, die auch im Charakter der Person liegt. Aber man kann trainieren, ruhig zu bleiben. Das üben wir. Aber seien wir ehrlich: Wir lernen auch in unserem Alltag, damit umzugehen, dass in der Notaufnahme mehrere Schwerverletzte gleichzeitig zu versorgen sind. Training, so böse es jetzt klingt, ist auch im Regelbetrieb möglich. Aber wir bieten in der Klinik zusätzlich Übungen an. Die Kunst dieser Übungen ist es, dass sich im Endeffekt die medizinische Versorgung gar nicht so sehr unterscheiden darf. Es sollte höchstens alles einen Tick schneller gehen.

Sie haben in der BG Klinik auch ein Zentrum für kontaminierte Verletzte. Welche Rolle spielt das Zentrum, wenn wir jetzt wieder in Richtung Krieg denken?

Es spielt eine eher kleine Rolle, da das Zentrum für die Individualmedizin konzipiert ist. Dort versorgen wir Patienten etwa nach Chemieunfällen. Natürlich fragen wir uns auch, ob das Zentrum in globalem Sinne nutzbar ist. Aber im Bündnisfall, wenn Sie kontaminierte Personen zum Beispiel an der Front im Osten haben, können Sie die nicht quer durch Europa hierherfahren. Das macht keinen Sinn. Anders wäre es, wenn Deutschland selbst angegriffen würde und bei uns Chemieunternehmen bombardiert würden.

Die BG Kliniken arbeiten eng mit der Bundeswehr zusammen.

Foto: BG Klinik



An der BG Klinik gibt es auch ein Zentrum für kontaminierte Verletzte.

Fotos: BG Klinik



Wir behandeln in diesem Ärzteblatt das Thema Krisen und den Umgang damit. War die Corona-Pandemie lehrreich für die Katastrophenmedizin?

Ja, sie hat davon profitiert. Aber es ist nicht alles aufgearbeitet. Es fehlt in der Politik an Engagement für die wissenschaftliche Aufarbeitung, nach der man sagen könnte: „Die nächste Pandemie kann kommen.“ Und ehrlich gesagt: Ich habe keine Verhaltensmuster aus der Corona-Pandemie gelernt, nach denen wir jetzt handeln würden. Wir könnten feststellen, okay, dies hat in der Corona-Pandemie gut geklappt, das können wir wieder so machen. Aber eine einheitliche Linie ist bis heute nicht formuliert.

Bei der Fortbildung „Rhein-Neckar-Tage für medizinischen Katastrophenschutz“ haben Sie Ärzten in der BG Klinik die Herausforderungen im Zivilschutz erläutert. Wo gab es den größten Aha-Effekt bei den Teilnehmern?

Ich glaube, der größte Aha-Effekt war, dass neben den vielen Verletzten im Bündnis- oder Kriegsfall noch viel mehr dazu kommt. Aufgrund der aktuellen Kriege konnten die Referenten zum Beispiel zeigen, wie in der Ukraine oder in Gaza alleine die Straßen aussehen, die zu Krankenhäusern führen. Das hat viele beeindruckt und betroffen gemacht. Ein unangenehmes Thema war auch der Massenansturm an Toten und die Frage, wie Tote im Krieg möglichst würdevoll bestattet werden können. Vielen Teilnehmern war zuvor auch nicht klar, dass die zivilen Krankenhäuser im Kriegsfall gewaltig mit anpacken müssen, weil zum Beispiel der Sanitätsdienst der Bundeswehr Personal aus den Bundeswehrkrankenhäusern in das Krisengebiet abziehen muss. Die BG Kliniken arbeiten zusammen mit der Bundeswehr an Konzepten, wie die zivilen Krankenhäuser einspringen könnten.

Wir sitzen hier im Gartengeschoss der BG Klinik, an einem Konferenztisch, an dem im Katastrophenfall bei verschiedenen anwesenden Experten die Fäden zusammenlaufen. Wann genau kommen Sie hier zusammen?

Immer, wenn wir den sogenannten Krankenhausalarm auslösen. Der MANV könnte eine Lage in diesem Sinne sein. Zuletzt saßen wir hier zusammen am Rosenmontag, als in Mannheim ein Mann mit seinem Auto durch eine Menschenmenge fuhr. Am Anfang hieß es, es könnte über 50 Verletzte geben. Am Ende des Tages waren es glücklicherweise viel weniger, aber auch wir haben Verletzte der Amokfahrt behandelt. Davor saßen wir hier zusammen beim Stromausfall im Sommer 2024 in Oggersheim, wo die BG Klinik sitzt. Davon waren wir also direkt betroffen. Am Ende ging es glimpflich aus, weil der Strom nach sechs bis acht Stunden wieder zur Verfügung stand. Aber das können Sie ja vorher nicht wissen. Wir müssen so planen, als könnte der Stromausfall auch zwei Tage dauern.

Aber das Krankenhaus hat doch ein Notstromaggregat ...

Stimmt, wir haben ein eigenes Kraftwerk am Haus, aber der Teufel steckt im Detail. Auch wenn die Notstromversorgung sofort anspringt, reicht der kurze Spannungsabfall aus, um die empfindliche IT-Strukturen eines Krankenhauses zu stören. Es kann viele Stunden dauern, bis alle Systeme wieder funktionieren. Außerdem können in einem Krankenhaus nicht alle Geräte an den Notstrom angeschlossen sein. Die direkte Patientenversorgung ist immer gesichert. Mit zunehmender Dauer eines Stromausfalls benötigen Sie zum Regelbetrieb eines Krankenhauses aber auch die Infrastruktur, die nicht direkt der Patientenversorgung dient.

Das Interview führte Christopher Schäfer.

Pflege in Katastrophensituationen – unverzichtbar und unterrepräsentiert

Wetter- und klimabedingte Katastrophen wie die Ahrflut 2021, langanhaltende Hitzeperioden, Pandemien wie Covid-19, Terroranschläge oder militärische Konflikte stellen besondere Anforderungen an das Gesundheitswesen – und damit auch an die pflegerische Versorgung. Pflegefachpersonen können nicht nur unmittelbar betroffen sein, sie sind zugleich auch unverzichtbar für die Aufrechterhaltung der Versorgung. Doch wie genau ist Katastrophenpflege definiert? Welche Kompetenzen sind erforderlich? Und wie können Pflegefachpersonen besser auf solche Extremsituationen vorbereitet werden? Nina Benz, Vorstandsmitglied der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz und zuständig für das Thema Katastrophenschutz, gibt Antworten.

Was ist unter Katastrophenpflege zu verstehen?

Katastrophenpflege – auch als Disaster Nursing bezeichnet – meint die pflegerische Versorgung in Ausnahmesituationen, in denen reguläre Versorgungsstrukturen überlastet oder nicht verfügbar sind. Neben der akuten Notfallversorgung umfasst Katastrophenpflege auch die Sicherstellung grundlegender Pflegeleistungen unter schwierigen Bedingungen – etwa in Notunterkünften, bei Evakuierungen oder unter Ausfall von Strom und Wasser.

Zwei Beispiele: Die Ahrflut hat gezeigt, dass es nicht genügt, Menschen mit Pflegebedarf in Sicherheit zu bringen – sie müssen auch pflegerisch kompetent versorgt werden. In der Corona-Pandemie wurde deutlich, wie rasch Pflegeeinrichtungen zu abgeschotteten Versorgungseinheiten wurden, in denen Pflegefachpersonen unter enormem Druck die Betreuung aufrechterhielten.

Gerade die Zunahme weltweiter Krisen haben dem Thema Katastrophenpflege eine neue Relevanz verliehen. Der International Council of Nurses (ICN) hat deshalb seine Kernkompetenzen in der Katastrophenpflege überarbeitet und 2022 um die Anforderungen für Notfallteams ergänzt – die deutschsprachige Ausgabe wurde im vergangenen Jahr veröffentlicht. Diese beinhalten Kompetenzen wie Vorbereitung und Planung, Kommunikation, Vorfallmanagement, Sicherheit und Schutz, Beurteilung, Intervention, Genesung sowie rechtliche und ethische Grundlagen. Die Standards des ICN bieten eine wertvolle Orientierung für die Bildungsarbeit in der Pflege und stärken gleichzeitig die Resilienz gegenüber

Krisen und Notfällen. Sie sind jedoch kaum systematisch in nationale Ausbildungs- und Einsatzkonzepte integriert.

Bislang fehlt auch in Rheinland-Pfalz eine formale Verankerung als eigenständiger Aufgabenbereich im Gesundheitswesen – sowohl in der Aus- und Weiterbildung also auch in rechtlichen Regelwerken. Die Landespflegekammer setzt sich deshalb dafür ein, Katastrophenpflege als eigenständige Kompetenz systematisch zu etablieren und rechtlich zu verankern.

Welche Kompetenzen sind von Pflegekräften gefordert, wenn in Krisensituationen mit begrenzten Ressourcen gearbeitet werden muss?

In Extremsituationen müssen Pflegefachpersonen priorisieren, improvisieren, interprofessionell kommunizieren und auch unter widrigen Bedingungen verantwortungsvolle Entscheidungen treffen. Sie benötigen klinische Erfahrung, ethische Handlungskompetenz, psychische Belastbarkeit sowie Führungsfähigkeit – etwa zur Koordination von Helfern oder der Strukturierung improvisierter Versorgungseinheiten.

Viele dieser Anforderungen sind bereits heute Teil des pflegerischen Alltags, etwa in Notaufnahmen oder bei der Betreuung von Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen. Was in Katastrophenlagen hinzukommt, ist die Gleichzeitigkeit multipler Herausforderungen: unterbrochene Lieferketten, eingeschränkte Kommunikation, unsichere Arbeitsbedingungen und ein hoher emotionaler Druck. Hier zeigt sich, wie wichtig Resilienz, Flexibilität und professionelle Erfahrung sind.

Darüber hinaus sind rechtliche Rahmenbedingungen entscheidend: Die Pflegekammer empfiehlt daher, spezifische Rechte und Pflichten von Pflegefachpersonen im Katastrophenschutz gesetzlich zu verankern – etwa zur Teilnahme an Weiterqualifizierungen oder zur Mitwirkung in Notfallteams. Sie müssen befugt sein, ihre Fachkompetenz in die Entscheidung über pflegerische Maßnahmen einzubringen – besonders bei der Triage oder der Betreuung vulnerabler Gruppen. Um Versorgungskontinuität und -qualität zu gewährleisten, fordert die Kammer deshalb, bei der Entwicklung entsprechender Konzepte und Standards systematisch eingebunden zu werden.

Welchen Beitrag leisten Pflegekräfte, um Sicherheit und Versorgung der Bevölkerung vor, während und nach Krisen und Katastrophen zu gewährleisten?

Pflegefachpersonen können weit mehr als nur die akute Versorgung übernehmen. Sie können präventiv bei der Erstellung von Notfallplänen mitwirken, vulnerable Gruppen identifizieren und für deren Betreuung sorgen. Auch nach der Krise können sie zur Stabilisierung und Wiederherstellung von Pflegearrangements beitragen.

Um eine situationsgerechte Einschätzung und Versorgung sicherzustellen, ist Pflegeexpertise unverzichtbar. Um dies zu ermöglichen, hat die Pflegekammer konkrete Vorschläge zur stärkeren Einbindung von Pflegefachpersonen in die Katastrophenschutzstrukturen des Landes und darüber hinaus erarbeitet. Auch die Schulung aller Einsatzkräfte im Umgang mit Menschen mit Pflegebedarf oder kognitiven Einschränkungen wird dabei als unerlässlich angesehen.

Wie werden Pflegekräfte in der Ausbildung auf die Katastrophenpflege vorbereitet?

Dass der Katastrophenschutz nicht ausreichend Menschen mit Pflegebedarf berücksichtigt, wurde sehr deutlich bei der Flutkatastrophe im Ahrtal, als viele Betroffene nicht die notwendige Unterstützung erhielten. Notwendige Hilfen wie Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, der Mobilität oder der Medikamentengabe fehlten, während die ehrenamtlichen Helfer oftmals nicht über die notwendige pflegerische Fachexpertise verfügten. Dies führte zu Fehleinschätzungen, unzureichender Versorgung und Überforderung.

Bislang fehlt es tatsächlich an einer systematischen Vorbereitung. Zwar werden in der generalistischen Pflegeausbildung Aspekte wie Notfallversorgung angesprochen, doch Inhalte zur Katastrophenpflege oder praktische Übungen in interdisziplinären Szenarien sind kaum vorhanden.

Die Landespflegekammer spricht sich deshalb für eine verpflichtende Fort- und Weiterqualifizierung in diesem Bereich aus – ausdrücklich auch unter Nennung der Pflegefachpersonen als eigenständige Heilberufsgruppe, die nicht nur auf ärztliche Anordnung arbeiten, sondern über eigene pflegerische Kompetenzen verfügen. Insofern müssen Pflegefachpersonen in Krisenstäbe eingebunden, spezielle Versorgungsstandards entwickelt und Notfallpläne in Einrichtungen regelmäßig trainiert werden.

Ein positiver Impuls ist das Projekt „Modina – Krisenresilienz im Bevölkerungsschutz“. Während des Projekts wird ein Modul mit Unterrichtsmaterialien für Lehrende entwickelt, um Auszubildende oder auch Pflegefachpersonen auf die Bewältigung von Krisen und Katastrophen vorzubereiten. Das Modul kann dann in die Ausbildung, Studiengänge und Weiterbildungen integriert werden. Die Kammer bringt sich

aktiv in die Entwicklung entsprechender Bildungsangebote ein und wirkt bei der Information von Pflegefachpersonen zum Thema Katastrophenschutz mit.

Was kann die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz tun, um für den Ernstfall neue Pflegekräfte zu rekrutieren?

Ein Ziel der Kammer ist es, gezielt Strukturen zu schaffen, die Pflegefachpersonen für den Einsatz im Katastrophenschutz gewinnen und binden. Dazu zählt auch die Anerkennung der Pflege als eigenständiger Akteur im Bevölkerungsschutz, vergleichbar mit ärztlichem Personal oder Rettungsdiensten. Während der Corona-Pandemie wurde ein Freiwilligenpool mit Pflegefachpersonen aufgebaut, der Versorgungslücken flexibel schließen konnte. Solche Modelle könnten verstetigt und ausgebaut werden – etwa durch Kooperationen mit Hilfsorganisationen oder durch Reservekonzepte.

Auch das Einbeziehen von nicht mehr aktiv tätigen Pflegefachpersonen als freiwillige Helfer wird unterstützt. Langfristig setzt sich die Kammer auch dafür ein, mehr junge Menschen für ein soziales Jahr im Kontext der Pflegeversorgung zu interessieren, um sie für diese wichtige Aufgabe zu sensibilisieren.

Autorin



Foto:
Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

Nina Benz (RN)
Krankenschwester
Geschäftsführerin in der
ambulanten Langzeitpflege
Ehrenamtliches Engagement
im Katastrophenschutz
Vorstandsmitglied
Landespflegekammer
Rheinland-Pfalz