

# Katastrophenschutz und Öffentlicher Gesundheitsdienst



## Einleitung

Der Begriff „Katastrophe“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet frei übersetzt „Wendung zum Niedergang“. Diese Wendung zu verhindern bzw. eintretende Schäden zu minimieren, ist eine wesentliche Aufgabe des Katastrophenschutzes. In einem Artikel in der Zeitschrift „Notfallmedizin“ im Jahre 2006 mit dem Titel „Notfallmedizinische Vorbereitung auf Terroranschläge“ wird der Begriff der Katastrophe folgendermaßen definiert: „Von einer Katastrophe spricht man, wenn durch

- ein Naturereignis,
- einen technischen Störfall,
- einen Flächenbrand,
- eine Epi-/Pandemie
- Kriminelle Handlungen, Sabotage, Terrorschläge oder kriegsbedingte Waffenwirkungen

eine hohe Zahl von Menschen oder eine große Region gefährdet und/oder geschädigt worden sind und die Summe aller staatlichen oder privat organisierten Hilfsmaßnahmen nicht ausreicht, um allen betroffenen Menschen in der für die Rettung oder Versorgung erforderlichen Zeit Hilfe zuteil werden zu lassen.“

In der Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland haben die im Mittelalter bei vielen Städten angesiedelten Physici bereits Aufgaben des „Katastrophenschutzes“ übernommen. In diesem Zeitalter spielten insbesondere die großen Seuchen eine entscheidende Rolle, die in dieser Zeit sicherlich als katastrophale Großschadensereignisse wahrgenommen wurden. Bereits zu dieser Zeit muss die Hilflosigkeit, die man angesichts solcher Situationen erlebt und die ein Merkmal von Katastrophen darstellt, verspürt worden sein.

## Entwicklung und gesetzliche Grundlagen

Zu Beginn der Bundesrepublik nach dem 2. Weltkrieg arbeitete der Öffentliche Gesundheitsdienst vorerst weiter nach der 3. Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. März 1935. Diese Verordnung galt als Dienstordnung für die Gesundheitsämter in

ihrem besonderen Teil. Hier regelte der § 67 das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen, wobei den Gesundheitsämtern hier eine originäre Aufgabe zugewiesen wurde. Inzwischen sind in allen Bundesländern moderne Gesundheitsdienstgesetze erlassen, in denen es zumindest Hinweise auf die Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Katastrophenschutz gibt. Zusätzliche Verankerungen einer amtsärztlichen Tätigkeit im Katastrophenschutz ergeben sich aus den Landesbrand- und Katastrophenschutzgesetzen der Bundesländer.

Obwohl in zahlreichen gesetzlichen Vorschriften eine konkrete Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht zu finden ist, lassen sich jedoch aus allgemeinen Formulierungen Handlungsgrundlagen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ableiten. Insbesondere in den Gesundheitsdienstgesetzen ist der Gesundheitsschutz der Bevölkerung als Generalklausel in den meisten Gesundheitsdienstgesetzen in der Bundesrepublik verankert worden. So heißt es z. B. im Gesundheitsdienstgesetz Rheinland-Pfalz im § 1 „Der Öffentliche Gesundheitsdienst beobachtet, untersucht und bewertet die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit, geht den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nach und wirkt auf deren Beseitigung hin“.

Im Vorfeld von katastrophalen Ereignissen soll der Öffentliche Gesundheitsdienst durch Mitwirkung bei entsprechenden Planungen bereits präventiv in diesem Gebiet tätig werden.

Hiernach überwachen die Gesundheitsämter auch die Einhaltung gesundheitsrechtlicher Bestimmungen und der Hygiene in Einrichtungen des Rettungs- und Krankentransportwesens sowie des Zivil- und Katastrophenschutzes.

### **Die ersten Jahre**

Nach dem 2. Weltkrieg kam es zu einem Konkurrenzkampf der verschiedenen Blöcke mit einem atomaren Wettrüsten. In der Phase des daraufhin einsetzenden kalten Krieges stand auch für die Katastrophenschützer eine atomare Gefahrenlage im Vordergrund. Die Folgen der Atombombenabwürfe auf Hiroshima und Nagasaki am 6. und 9. August 1945 standen allen noch vor Augen. Bei den damaligen Atombombenexplosionen waren 155.000 Menschen unmittelbar verstorben. Weitere 110.000 Menschen starben innerhalb weniger Wochen an den Folgen der radioaktiven Verstrahlung. In der Folge kam es zu zahlreichen weiteren Folgeschäden mit unsäglichem Leid für viele der betroffenen Familien.

Diese Tatsachen vor Augen kam es in der Folge zum Wiederaufbau des Zivilschutzes in Deutschland. Man ging davon aus, dass es eher zu Bedrohungsszenarien durch militärische Angriffe kommen könne; Naturkatastrophen und ähnliches standen nicht im Vordergrund der Überlegungen. Deshalb baute man zum einen den Luftschutz wieder auf. Mit der Änderung des Artikels 73 Nr. 1 des Grundgesetzes wurde dann eine Rechtsgrundlage für die Wiederbeachtung des Zivilschutzes in der Bundesrepublik Deutschland geschaffen. Damalige Planungen sahen einen Luftschutzhilfsdienst vor, der aus 180.000 örtlichen und 140.000 überörtlichen Helfern gebildet werden sollte und einen Zivilschutzkorps von ca. 200.000 ehrenamtlichen Kräften.

Bereits im Jahr 1951 war die Schutzkommission beim Bundesministerium des Inneren gegründet worden. Sie hatte die Aufgabe „schlimmstmögliche Gefahren zu erkennen, diese zu benennen und den Bundesminister des Inneren zu beraten, wie diesen Gefahren begegnet werden kann oder die Folgen gelindert werden können“. In diese Schutzkommission wurden Mitglieder berufen, die aufgrund ihrer wissenschaftlichen Unabhängigkeit in der Lage waren, diese Aufgabenstellung zu erfüllen. Die Schutzkommission war auf Anregung des Physikers Werner Heisenberg als Kommission der Notgemeinschaft der Deutschen Wissenschaft (heute: Deutsche Forschungsgemeinschaft) gegründet worden.

Am 5. Dezember 1958 wurde bereits das erste Bundesamt für den zivilen Bevölkerungsschutz gegründet. Nach zahlreichen organisatorischen Veränderungen arbeitet dieses Amt heute als Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in Bonn weiter. In dieser Zeit wurde der Schutzraumbau staatlich gefördert. Es kam in der Folge auch zum Bau von Hilfskrankenhäusern bei denen in der Regel die Behandlungseinheiten in ABC geschützten Kellergeschossen von Schulen lagen. An diese angegliedert waren dann Krankenzimmer in anderen Teilen von Schulen. In solchen Hilfskrankenhäusern wurden die Vorrichtungen geschaffen Operationsräume einzurichten. Es wurden auch Röntgen- und Laborgeräte eingelagert, um für den Ernstfall dort auch die erforderliche Diagnostik betreiben zu können. Die für den tatsächlichen Betrieb erforderliche 360V Starkstromversorgung war jedoch zumindest in zwei Hilfskrankenhäusern in einem früheren Dienstbezirk, in dem ich einmal jährlich als Amtsarzt die Hilfskrankenhäuser begehen musste, nicht vorhanden. Dies wurde von mir jährlich in Berichten als Mangel fest gehalten, trotz dieser amtsärztlichen Penetranz ist es mir in meiner achtjährigen Tätigkeit in diesem Dienstbezirk bis zur Abschaffung der Hilfskrankenhäuser nicht gelungen, einen Testlauf der Röntgengeräte, insbesondere nicht in der vom Hersteller eingeräumten Garantiezeit in die Wege zu leiten. Mit der Eskalation im Kalten Krieg und der Kuba Krise im Jahr 1961 sowie den Bau der Mauer und den Sperranlagen 1963 in der DDR war der Kalte Krieg auf einen Höhepunkt angekommen.

### Entspannung und Neuorientierung

In den 1970er und 1980er Jahren kam es dann zu einer Entspannungssituation und für eine gewisse Zeit war das Gefahrenpotential für Katastrophen nicht in der Öffentlichkeit erkennbar. Nach der Einführung der Konferenz über Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa, deren erste Sitzung am 3. Juli 1973 in Helsinki stattfand und an der 35 Staaten teilnahmen, kam es zur Einleitung eines deutlichen Entspannungs- und Abrüstungsprozesses auf beiden Seiten des eisernen Vorhangs.



Atomreaktorkatastrophe in Tschernobyl am 26. April 1986

### Die Reaktorkatastrophe von Tschernobyl

Ein weltweit wahrgenommener Chemieunfall in Seveso am 10. Juli 1976 wurde zwar wahrgenommen, aber eine Neuorientierung des Katastrophenschutzes in Deutschland, auch der Selbstbestimmung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, erfolgte erst durch die Atomreaktorkatastrophe in Tschernobyl am 26. April 1986, die auch als „Sergau“ bezeichnet wurde. Die

größten Freisetzungen radioaktiver Stoffe fanden während des Zeitraumes von 10 Tagen nach der Explosion statt. Aufgrund der großen Hitze des Brandes gelangten gasförmige leichtflüchtige Stoffe, z. B. radioaktives Jod oder Cäsium, in Höhen bis zu 1500 Metern. Die Wolke mit dem radioaktiven Fallout verteilte sich zunächst über weite Teile Europas und schließlich über die gesamte nördliche Halbkugel. Wechselnde Luftströmungen und Regenfälle sorgten für unterschiedliche Kontaminationen in den einzelnen Regionen. Abhängig von diesen Zufälligkeiten kam es insbesondere zu nennenswerten Kontaminationen des Bodens in Skandinavien, Polen, Tschechien und Österreich, 70% der kontaminierten Gebiete lagen allerdings in Russland, der Ukraine und Weißrussland. Die Folgen dieser Umweltkatastrophe sind auch heute noch in Teilen von Deutschland, insbesondere im Süden, bemerkbar. Unmittelbar nach dem Unglück und bis Ende 1987 waren etwa 200.000 „Liquidatoren“ als Aufräumarbeiter eingesetzt worden. Eintausend dieser Arbeiter erlitten schwere oder tödliche Strahlenschäden. Im Frühjahr und Sommer 1986 wurden 116.000 Personen aus der 30 Kilometer Zone rund um den Reaktor evakuiert. Später kamen noch weitere 240.000 Personen hinzu, die umgesiedelt werden mussten. Zu den Langzeitfolgen, die heute beobachtet werden können, gehört ein

dramatischer Anstieg der Fälle von Schilddrüsenkrebs bei Personen aus Weißrussland, Russland und der Ukraine. Hier handelt es sich überwiegend um Personen, die zum Zeitpunkt des Unglücks im Kindes- und Jugendalter waren.

Die unsichtbare Bedrohung durch den Reaktorunfall von Tschernobyl führte auch zu einer über Wochen anhaltenden Belastung der Gesundheitsämter in Deutschland. Man sammelte mit der Methode „Learning by doing“ erste Erfahrungen mit einem so wichtigen Themenfeld wie der Risikokommunikation und wie wichtig es sein kann, mit einer Sprache zu sprechen. Trotz intensiver Einzelberatungen ist es damals nicht gelungen, allen ihre Ängste zu nehmen und einige Familien von längeren, eventuell je nach Zielland auch mit höheren Gesundheitsrisiken verbundenen mehrmonatigen Auslandsaufenthalten abzubringen.

### **Neues Selbstverständnis im Öffentlichen Gesundheitsdienst und im Katastrophenschutz**

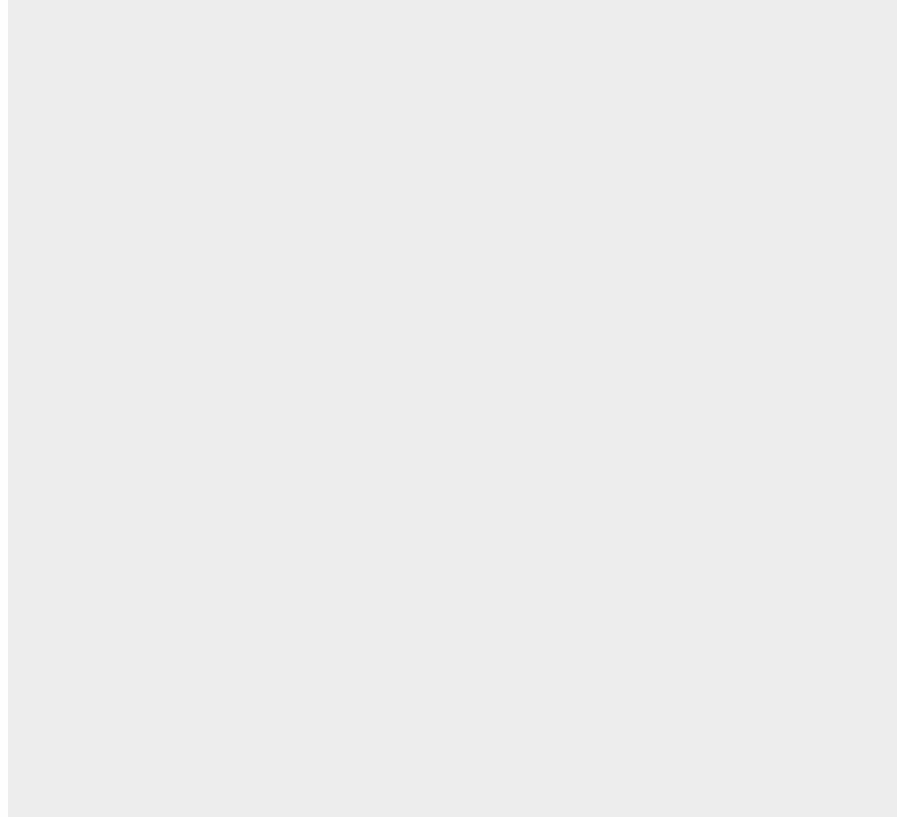
Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst stellte diese ausländische Katastrophe einen Wendepunkt im Selbstverständnis der erforderlichen Einbindung in den Katastrophenschutz in Deutschland dar. Hatte man vorher durch die eingetretene politische Entspannung nicht mehr das Gefühl gehabt, dass der Katastrophenschutz ein für Gesundheitsämter lohnendes Handlungsfeld sei, sah man plötzlich, dass auch durch andere Katastrophen außerhalb kriegerischer Auseinandersetzungen ein hoher gesundheitlicher Beratungsbedarf bei Großschadenslagen oder Katastrophen sowohl für die Bevölkerung als auch für andere Behörden und Organisationen entstehen kann und für diese Tätigkeit aufgrund der Einbindung in die Behördenstruktur und der gesetzlichen Übertragung von Aufgaben des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes die Gesundheitsämter für diese Aufgabe prädestiniert waren. Zahlreiche Kurse und Fortbildungsveranstaltungen fanden in Landeskatastrophenschutzschulen und der damaligen Katastrophenschutzschule des Bundes in Bad Neuenahr/Ahrweiler statt, zusätzliche Fortbildungen wurden von Kernforschungszentren angeboten, in der Umgebung von Kernkraftwerken fanden Katastrophenschutzübungen statt, bei denen Ärztinnen und Ärzte der Gesundheitsämter in die medizinische Abschätzung von möglichen Gesundheitsschäden aufgrund von Strahlenbelastungen eingebunden waren und auch als Fachberater im Katastrophenschutzstab des Hauptverwaltungsbeamten tätig waren. Die Lehrgänge in Bad Neuenahr/Ahrweiler waren nicht zuletzt auch wegen der dort bereits spürbaren rheinischen Art und des vorzüglichen Ahrweins beliebt.

### **Die Schutzkommission beim Bundesminister des Innern**

In der Folge kam es zu einer Neuordnung des Zivil- und Katastrophenschutzes in Deutschland. 1996 veröffentlichte die Schutzkommission beim Bundesminister des Innern ihren ersten Gefahrenbericht, in dem eine umfassende Gefahrenanalyse erstellt wurde. Im März 2006 veröffentlichte die Schutzkommission ihren 3. Gefahrenbericht mit dem Untertitel „Bericht über mögliche Gefahren für die Bevölkerung bei Großkatastrophen und im Verteidigungsfall“. Anders als in den ersten Nachkriegsjahren wurde hier eine Gesamtsicht der verschiedenen möglichen schweren Gefährdungssituationen erstellt, u. a. werden hier nukleare und radiologische Gefahren bearbeitet, Gefahren durch Erreger übertragbarer Erkrankungen, Gefährdungen durch atomare und biologische Kampfmittel, chemische Gefahren, datennetzbezogene Gefahren, Gefahren durch starke elektromagnetische Felder und Gefahren durch die Freisetzung von mechanischer und thermischer Energie. Gleichzeitig ist auf Lücken in der Versorgungskette eingegangen worden und in der Folge auch Vorschläge zur Bewältigung von diversen Gefahrenlagen gegeben worden. Insbesondere wurde der Mobilisierung des Selbsthilfepotentials der Bevölkerung eine große Bedeutung zugemessen, zum anderen ist die fehlende Warnmöglichkeit der Bevölkerung nach der Abschaffung der Sirensignale thematisiert worden. Ein wesentlicher Aspekt, der zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist auch der Schutz kritischer Infrastrukturen und die Versorgung und Nachsorge im medizinischen, pharmazeutischen und psychosozialen Bereich. Als häufig sekundär betroffene Handlungsfelder ergaben sich die Versorgung mit Lebensmitteln und Trinkwasser, die bei allen Schadenslagen tangiert sein können.

### **Neue Bedrohungsszenarien – der 11. September 2001**

Mit dem 11. September 2001 hat die Bedrohungslage weltweit erneut zugenommen, hinzu kamen die Milzbrandattacken in den USA. Unheimlich rasch hatte man dann auch in der Bundesrepublik gesehen, dass durch zahlreiche Trittbrettfahrer eine große Unruhe in die Bevölkerung kam. Zu diesem Zeitpunkt wurde der Öffentliche Gesundheitsdienst deutlich gefordert und ist wieder vermehrt in den Katastrophenschutz eingebunden worden. Insbesondere die biologische Bedrohungslage, aber auch das Auftreten neuer Infektionserreger, wie AIDS und später insbesondere das leicht übertragbare SARS-Virus, welches erstmals im November 2002 in der chinesischen Provinz Guangdong beobachtet wurde und sich relativ rasch in andere Länder ausbreitete, hat in eindrucklicher Weise gezeigt, dass es neue Bedrohungsszenarien gibt, die sich insbesondere durch den steigenden internationalen Reiseverkehr rascher den je in der Welt ausbreiten können.



BU

### **Defizitanalyse und Wandel im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurde im Auftrag des Bundesministeriums des Inneren nach Empfehlung der Schutzkommission eine Untersuchung zur Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in die katastrophenmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. Aufgabe des Forschungsvorhabens war es, die aktuelle Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Zivil- und Katastrophenschutzplanung der Bundesrepublik Deutschland festzustellen, die vorliegende Situation zu analysieren und potenziell Vorschläge zu einer Verbesserung der Integration aufzuzeigen. Festgestellt wurde ein erheblicher Mangel an katastrophenmedizinischen Lehrinhalten in den Curricula der Aus- und Fortbildungskataloge während des Medizinstudiums, aber auch in der Facharzt-

weiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen. Bereits 1999 legte eine Arbeitsgruppe der Schutzkommission einen Bericht „Bericht über die gesetzlichen Regelungen zum Schutz und zur Rettung von Menschenleben sowie zur Wahrung und Wiederherstellung der Gesundheit bei Großschadensereignissen“ vor. Hier wurde zusammenfassend mitgeteilt: „Die Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Bewältigung von Katastrophen und Großschadensereignissen ist ungenügend gelöst.“ Der Bericht empfiehlt, bei einer anstehenden Neufassung von Katastrophenschutzgesetzen eine explizit namentliche Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aufzunehmen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung wurde eine erhebliche Diskrepanz festgestellt zwischen dem tatsächlich vorhandenen Wissen und dem Wunsch nach tiefer gehenden Kenntnissen im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Es wurde ein erheblicher Fortbildungsbedarf im Öffentlichen Gesundheitsdienst ermittelt. Als Erwartung an den Öffentlichen Gesundheitsdienst formulierte man, dass von dort aus „Informationen zu Symptomen, therapeutischen Maßnahmen und organisatorischer Bewältigung von A-, B-, C- und Seuchenfällen“ eingebracht werden müssten. Seit dieser Untersuchung hat sich sehr viel getan, insbesondere hat die Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz in zahlreichen Kursangeboten seit dieser Zeit bedeutsames geleistet, um diese Forderung zu erfüllen. Auch dem Robert Koch Institut gebührt Dank, auch dort wurden erhebliche Fortbildungsangebote gemacht. Zahlreiche Mitarbeiter der Gesundheitsämter wurden in Kursen zur Infektionsepidemiologie geschult und gemeinsam mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe das Buch „Biologische Gefahren I – Handbuch zum Bevölkerungsschutz“ und das Buch „Biologische Gefahren II – Entscheidungshilfen zu medizinisch angemessenen Vorgehensweisen in einer B-Gefahrenlage“ in der 3. Auflage 2007 veröffentlicht.

Es ist zu einer beachtenswerten Vernetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den Partnern im Katastrophenschutz gekommen. Mitarbeiter aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst waren und sind Mitglieder der Schutzkommission beim Bundesminister des Inneren, arbeiten in Arbeitskreisen des Robert Koch-Institutes mit und als Dozenten an der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz. Sie waren auch bei der Erstellung des Pandemieplans für die Bundesrepublik Deutschland und bei entsprechenden Planungen der Länder und der Umsetzung im Bereich der Kommunen eingebunden.

In einem Grünbuch des Zukunftsforums öffentliche Sicherheit mit dem Titel „Risiken und Herausforderungen für die öffentliche Sicherheit in Deutschland“ haben Persönlichkeiten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst Schlüsselszenarien für das Seuchengeschehen in Deutschland beispielhaft aufgezeichnet.

## Zusammenfassung, Ausblick, erforderliche Anpassungen für die Zukunft

In 60 Jahren Öffentlicher Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik haben sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zahlreicher Gesundheitsämter, auch wenn ihre Aufgaben im Katastrophenschutz nicht immer in Gesetzen genau bezeichnet waren, ihrer ursprünglichen Aufgabe, dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung, immer gestellt und standen der Politik als Fachberater auch in Krisenstäben zur Verfügung. Beispielhaft war die Einbindung beim Elbe-Hochwasser, was im Jahre 2002 als Jahrhunderthochwasser katastrophale Ausmaße angenommen hatte.

Man gewinnt in der letzten Zeit den Eindruck, dass sich Bedrohungslagen in verschiedenster Art immer häufiger einstellen. Nachdem man jahrzehntelang glaubte, dass durch die Entwicklung von Impfungen und modernen Antibiotika Infektionserreger keine große Rolle mehr spielen würden, hat uns die Geschichte gezeigt, dass dem nicht so ist. Durch den Klimawandel wird es dazu kommen, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst vor immer neue Bedrohungsszenarien gestellt wird. Die Tigermücke ist auch in Deutschland angekommen und es ist jederzeit möglich, dass vorher in Deutschland nicht heimische Überträgerinsekten sich ausbreiten und damit auch für uns ungewohnte und neuartige Erkrankungen verbreitet werden können. Ein Chikungunya-Fiebersausbruch in Italien im Jahr 2007 hat uns dies in eindringlicher Weise gezeigt. Wir brauchen einen aufmerksamen Öffentlichen Gesundheitsdienst, der neben den vielfältigen anderen Aufgaben auch im Bereich des Katastrophenschutzes, im Bereich der vorsorgenden Planung, aber auch beim Abwickeln von Schadensfällen Aufgaben übernehmen muss. Hierzu ist es jedoch erforderlich, die entsprechenden Gesundheitsämter auch mit dem erforderlichen Personal auszustatten. Ein früherer Leiter eines ehemaligen Medizinaluntersuchungsamtes in Rheinland-Pfalz hat es einmal gegenüber der Politik ganz drastisch und deutlich formuliert „Ohne Artisten fällt die Zirkusvorstellung aus“. Diese Aussage ist so aktuell, wie nie zuvor. Gerade die aktuelle Situation mit einer zurzeit grassierenden Influenzapandemie zeigt, dass die Gesundheitsämter einer extrem hohen Dauerbelastung ausgesetzt sind. Nur durch Umschichtung von Aufgaben in den Ämtern und der Nichtwahrnehmung von anderen wichtigen Kernaufgaben, gelingt es dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zurzeit diese Herausforderung zu bewältigen. Gleichzeitig ergeht aber auch im 60. Jahr des Jubiläums des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein Hilferuf aus den Gesundheitsämtern an die Politik, endlich dafür Sorge zu tragen, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst mit dem hierfür erforderlichen Personal ausgestattet wird und dies mit der hierfür erforderlichen Qualifikation.

---

Harald Michels