

## Katastrophenmedizin

# Zwang zur Selektion

Lange Zeit war das Triagieren von Verletzten umstritten. Nach den Terroranschlägen von New York und Madrid aber steigt die Akzeptanz in der Ärzteschaft.

Die Stimmung ist angespannt. Einige Ärzte versuchen sich abzulenken. Sie warten; sie unterhalten sich. Andere wirken in sich gekehrt und konzentriert. Die Tür geht auf, ein Mann lugt herein. „27 Verletzte – ein Busunfall“, ruft er. Sofort setzt sich die Gruppe in Bewegung, keiner redet mehr. Zwei Türen weiter dann ein Bild, das einem Horrorfilm entnommen sein könnte. Links und rechts entlang des Krankenhausflures liegen unzählige Opfer. Gleich am Eingang windet sich ein junger Mann vor Schmerz. Durch das zerrissene und blutdurchtränkte T-Shirt mit der Aufschrift „Polizei“ klafft eine tiefe Bauchwunde. Auch seine Stirn blutet. Er könne nur schwer atmen, erklärt er einem Arzt sichtlich angestrengt. Einfühlsam, aber doch zügig versucht sich dieser ein Bild zu machen. Kurze Zeit später fällt er dann die schicksalhafte Entscheidung und legt die Behandlungspriorität fest: „Der gehört in die Kategorie eins“, murmelt er und füllt den Triage-Bogen aus.

Plötzlich schrillt ein greller Pfiff im Flur des Berliner Wenckebach-Klinikums. Für einen Moment lockert sich die Atmosphäre, die Übung ist vorübergehend unterbrochen. Rund 40 Ärzte proben an diesem Tag mit der Arbeitsgemeinschaft Berlin-Brandenburg der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. (DGKM) den Ernstfall. Auch wenn das Katastrophenszenario nicht real ist und die Verletzten nur geschminkt sind, die meisten der Teilnehmer sehen mitgenommen aus. „Die

Übungen sind sehr realistisch, vor allem durch den Zeitdruck“, sagt Dr. med. Carola Behling. Sie ist Notärztin in der Wenckebach-Klinik und engagiert sich bei der DGKM in Berlin-Brandenburg. „Das ist stellenweise schon hart, aber dadurch wird es zu einer guten Vorbereitung für den Tag X.“

Das Seminar an diesem Tag ist ausgebucht. Nicht immer war das so, denn lan-



Triageübung des DGKM im Berliner Wenckebach-Klinikum: Ein Arzt sichtet einen „Verletzten“.

ge Zeit war das zunächst nur für Kriegszeit gedachte Verfahren – das Bestimmen von Behandlungsprioritäten beim Massenanfall von Verletzten – unter den Ärzten heftig umstritten. 1792 hatte der französische Chirurg Freiherr Dominique Jean Larrey die Triage für die napoleonischen Kriege entwickelt. Mithilfe der Sichtung galt es diejenigen als Erste medizinisch zu versorgen, die am ehesten wieder in den Kampf ziehen konnten. Aber auch später in der zivilen Katastrophenmedizin stand das Verfahren lange in der Kritik. Teilweise noch heute – ist man sich bei der DGKM bewusst –

wird die Abkehr vom wichtigsten Behandlungsprinzip der Individualmedizin bemängelt: demjenigen zuerst zu helfen, der die ärztliche Hilfe am nötigsten braucht. Beim Triagieren wird nach anderen Kriterien entschieden, zu welchem Zeitpunkt ein Verletzter welche Behandlung erhält. Das Verfahren zielt auf „den größtmöglichen Nutzen für viele“, wie es im „Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall“ heißt. Anders ausgedrückt: Schwerstverletzte mit nur geringer Überlebenschance werden so lange nicht behandelt, bis ausreichend Ärzte und Logistik für alle Verletzten zur Verfügung stehen. Denn ihre Versorgung würde zu viele Ressourcen zu lange binden – und damit die Behandlung anderer mit eventuell besseren Überlebenschancen behindern. Das ist ein Kompromiss, der vielen Ärzten schwer fällt. „Am Anfang hatte ich schon meine Schwierigkeiten. Dem Gefühl nach will man anders handeln“, sagt der Unfallchirurg Dr. med. Dieter Tralles. Für ihn ist es die dritte Triage-Übung. „Es ist ein Lernprozess, da muss sich der Kopf einfach durchsetzen“, ist er überzeugt.

Um die Prioritäten festzulegen, werden die Verletzten in kurzen Intervallen von den Ärzten gesichtet. Hierbei sollen die Patienten einer der vier Behandlungskategorien – von der Sofortbehandlung bis zur aufgeschobenen beziehungsweise abwartenden Behandlung – zugeteilt werden.

„Man darf nicht verdrängen, dass eine optimale Behandlung aller in Extremsituationen nicht möglich ist“, mahnt der Übungsleiter und Präsident des DGKM, Dr. med. Hanspeter Buser. Die Prinzipien der Katastrophenmedizin sollen dabei im Ernstfall so lange zum Einsatz kommen, bis das Verhältnis von vorhandenen Ressourcen und Verletzten die Rückkehr zur individualmedizinischen Versorgung zulässt.

Doch nicht nur das Triage-Verfahren an sich ist umstritten. Auch bei der praktischen Umsetzung stoßen Ärzte und Katastrophenmediziner immer

wieder auf Schwierigkeiten. Bei der Auswertung der Übung wird dies deutlich. Kontrovers diskutieren die Teilnehmer die Einordnung der Verletzten in die entsprechenden Kategorien. „Es gibt viele Fälle, die nur schwer zu bestimmen sind“, räumt Übungsleiter Bubser ein. Man dürfe aber nicht vergessen, dass jederzeit „nachtriiert“ werden könne. Verändere sich der Zustand, könne die Behandlungspriorität nachträglich geändert werden. Nicht minder umstritten ist die Rolle des triagierenden Arztes im Einsatz. Der Theorie zufolge muss dieser beim Sichten auf jegliche Behandlungsschritte verzichten und sich auf die Zuordnung der Opfer beschränken. Selbst das kurzzeitige Abdrücken einer offenen Halsschlagader wäre nicht zu vereinbaren. Vielmehr gelte es, einen Helfer herbeizurufen, der die Blutung stillt. „Das ist ein häufig angeführtes Extrembeispiel“, relativiert Bubser. „Sicher verlangt die Theorie ein solches Handeln, in der Realität kommen meistens aber gesunde Kompromisse heraus.“

Das bestätigt auch Prof. Dr. med. Bernd D. Domres. Er ist Leiter der Arbeitsgruppe Katastrophenmedizin/Krisenmanagement und Humanitäre Hilfe am Universitätsklinikum Tübingen. Bei unzähligen Kriegs- und Erdbebeneinsätzen hat er als Triage-

*Schwerstverletzte mit nur geringer Überlebenschance werden so lange nicht behandelt, bis ausreichend Ärzte und Logistik für alle Verletzten zur Verfügung stehen.*

Arzt gearbeitet. „Wenn sonst niemand da wäre, der die Blutung stoppen könnte – klar würde ich es dann tun“, sagt er. Bei einem Kriegseinsatz in Kambodscha hätten er und ein Kollege einmal mehr als hundert Verletzte versorgen müssen: „In einem solchen Fall geht es nicht anders, als teilweise direkt zu behandeln.“ In der Regel aber sei es so, dass in unmittelbarer Umgebung bereits Behandlungsteams der einzelnen Versorgungskategorien bereitstünden. „Droht jemand zu verbluten, wäre die Priorität in einer Sekunde festgelegt und der Verletzte weitergereicht“, versichert der Katastrophenmediziner. So wieso werde beispielsweise die Erstsichtung in den Trümmern eines Erdbebens von Helfern vorgenommen. Bei dieser so genannten Sweeping Triage

orientieren sich diese dann unter anderem an den Atem- und Pulsfrequenzen oder daran, ob ein Opfer transportfähig ist. Nach der Erstsichtung werden die Verletzten dann sofort zum Verbandspunkt gebracht, wo Triage-Ärzte und Behandlungsteams die Versorgung übernehmen. Ein Arzt, der nach Überlebenden suchen und diese bergen müsste, könnte dabei seine dringend benötigten medizinischen Fähigkeiten nur sehr begrenzt einsetzen. „Er wird an anderer Stelle dringender gebraucht“, so Domres.

## Triage in Deutschland

In Deutschland kam es bisher nur zu vergleichsweise wenigen Unglücken mit katastrophalem Ausmaß. In den letzten 25 Jahren sind hierzulande etwa 750 Menschen an den Folgen einer Katastrophe gestorben. Als Katastrophe versteht man einen Schadensfall, bei dem mehr als zehn Menschen sterben oder mehr als hundert Verletzte zu beklagen sind. Katastrophen, wie das Zugunglück von Eschede, hätten aber verdeutlicht, dass man aufgrund der guten Organisation und Ausstattung der Rettungsdienste auch bei einem Massenansturm von Verletzten weiterhin die individualmedizinische Betreuung aufrechterhalten könne, sagen Triage-Kritiker. Ei-

nen wirklichen Versorgungsengpass habe es bisher nicht gegeben. Die Skeptiker wehren sich deswegen insbesondere gegen die vermeintliche Notwendigkeit, die Kategorie der „abwartenden Behandlung“ mit in die Triage aufzunehmen. Das sei aber notwendig, um bei auslands- oder internationalen Einsätzen, wie beispielsweise im Ländereck von Frankreich, Deutschland und Belgien, eine einheitliche katastrophenmedizinische Basis zu haben, meint Domres. Genauso bedürften auch die verschiedenen Rettungseinheiten wie etwa von Bundeswehr und Rettungsdienst einer gleichen Grundlage. Zumindest auf den vor Ort auszufüllenden Triage-Karten sei eine einheitliche Ausgestaltung wichtig. Im Ernstfall müsste Schwerstverletzte mit geringer Überlebenschance

dann nicht unbedingt eine abwartende Behandlung zugeordnet werden.

Diese Einsicht scheint sich auch bei einem Treffen von notfall- und katastrophenmedizinischen Experten aus Deutschland und Europa im Herbst 2003 durchgesetzt zu haben. Dort einigten sich die Teilnehmer auf die vier Sichtungskategorien und die entsprechende Dokumentation. Fachleute vermuten, dass insbesondere die Terroranschläge von New York und Madrid viele Kritiker von der Notwendigkeit des Triage-Verfahrens und der Behandlungsguppen überzeugt haben.

Mit den nachgestellten Katastropheneinsätzen wollen die Verantwortlichen des DGKM die Ärzte mit der Triage vertraut machen. Eine Teilnahme-pflicht, etwa im Rahmen der Fortbildung, gibt es nicht. Dennoch ist die Nachfrage groß. Mit etwa 40 Teilnehmern pro Übung sind die Seminare zu meist ausgebucht. Für die Schulung erhalten die Ärzte Fortbildungspunkte.

Auch wenn die Übungen professionell organisiert sind, lässt sich die Belastung im Katastrophenfall nur erahnen. „Ständig begleitet einen das Gefühl, ungenügend zu sein, nicht annähernd das bewältigen zu können, was vor einem liegt“, beschreibt Domres seine Arbeit. Wie bei vielen seiner Kollegen haben auch bei ihm die Einsätze in den Krisengebieten der Welt Spuren hinterlassen. Noch heute plagen ihn Albträume. Wirklich vorbereiten kann man sich auf die enormen psychologischen Schwierigkeiten nicht, sagt er. Jeder Katastropheneinsatz sei schlichtweg anders.

Dennoch befürworten erfahrene Triage-Ärzte wie er Übungen wie die im Wenckebach-Klinikum. Wichtig sei, massiven Druck und enormen Stress zu erzeugen und immer wieder mit unerwarteten Zwischenfällen zu überraschen. Nur so, meint auch Bubser, lässt sich annähernd ein Eindruck von der Wirklichkeit vermitteln. Vom Sinn des Seminars sind auch die Teilnehmer überzeugt. Hart sei es gewesen, sagen einige. Auch sie sind sich bewusst, dass ein solcher Einsatz in der Realität mit den Erlebnissen an diesem Tag nicht zu vergleichen ist. „Und trotzdem“, resümiert Unfall-Chirurg Tralles, „habe ich nicht mehr das Gefühl, ganz unvorbereitet dazustehen.“

Timo Blöß