

Evakuierungsoperation in Asien

Luftbrücke für die Flutopfer

Erfahrungsbericht deutscher Notärzte: Der hohe persönliche Einsatz aller beteiligten Rettungskräfte dominiert das Resümee; der Katastrophenschutz in Deutschland bedarf jedoch einer verbesserten Rahmenplanung.



Fotos: Andreas Galbal

Not macht erfinderisch: unkonventioneller Transport von Verletzten zu den Flugzeugen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln

Die Wassermassen des Tsunami, jeder Kubikmeter vom Gewicht einer Tonne, rissen Mauern und Häuser nieder, schleuderten Schiffe und Autos wie Spielzeug vor sich her und verschlangen Mensch und Tier. Viele Überlebende haben uns von einem mehrminütigen Todeskampf berichtet, den sie bei vollem Bewusstsein in den Fluten durchlebten – bis das Meer endlich zurückwich. Es muss Stunden gedauert haben, bis Hilfe angerückt ist.

Dann aber ereignete sich eine der beeindruckendsten Rettungsaktionen aller Zeiten: Binnen zweier Tage hatten das thailändische Militär und zivile Hilfskräfte alle Überlebenden in Krankenhäuser verbracht, wo sie medizinisch uneingeschränkt und auf hohem fachlichen Niveau versorgt wurden. Viele Schwerverletzte hatte man sofort in Kliniken nach Bangkok geflogen, andere wurden in bis zu 1 000 Kilometer entfernte Krankenhäuser verlegt.

Nach einer der größten zivilen Katastrophen mussten innerhalb von vier Tagen mehr als 2 500 Touristen, davon circa 300 Verletzte, aus Thailand schnellstmöglich repatriert und medizinisch, seelsorgerisch sowie psychologisch betreut werden. Das Krisengebiet liegt etwa 9 000 Kilometer oder elf Flugstunden von Deutschland entfernt. Die Umsetzung einer beschlossenen Maßnahme verzögerte sich demzufolge um durchschnittlich 20 Stunden. Außerdem waren die Kommunikationswege unterbrochen. Eine Krise mit einem derartigen Ausmaß und Transportaufkommen konnte nur unter engster Kooperation zwischen den drei großen Säulen der Luftrettung – der Deutschen Lufthansa AG/Condor, der Bundeswehr und den großen Ambulanzfluggesellschaften – gemeistert werden. Damit hat Deutschland ein logistisches Meisterstück bewerkstelligt.

Als am Vormittag des 27. Dezember 2004 die Krisenstäbe der Condor sowie

des Medizinischen Dienstes der Lufthansa zusammentraten, war aus den Berichten über ein Seebeben der Stärke 9 und einer den Indischen Ozean umspannenden Flutwelle evident, dass eine Katastrophe ungeahnten Ausmaßes stattgefunden haben muss. Vom Krisenstab des Auswärtigen Amtes waren keine weiteren Informationen zu erhalten, als dass die Lage in Phuket und Südindien besonders schlimm sei. Ohne Verzögerung wurde auf Kosten des Konzerns die Ausstattung von fünf Großraumflugzeugen mit Hilfsgütern, Ärzten und Krankenschwestern beschlossen und nach Phuket oder Colombo geschickt. Man rechnete mit einer hohen Zahl von Urlaubern, die obdachlos geworden waren und sofort in die Heimat zurückgeflogen werden mussten.

Als erste Hilfeleistung aus Deutschland landete gegen 19 Uhr Ortszeit am 28. Dezember 2004 ein Condor-Jet des Typs Boeing 767 auf dem Flughafen von Phuket. An Bord befand sich ein 15-köp-

figes Team des Technischen Hilfswerks, das mit technischer Spezialausrüstung und Suchhunden auf die Rettung Verschütteter eingerichtet war. Daneben war das Flugzeug mit Ärzten und Krankenpflegern des Medizinischen Dienstes der Deutschen Lufthansa AG sowie zahlreichen Mitarbeitern des SAT (Special Assistance Team der Fluglinie) zur Krisenintervention besetzt. Ein Arzt und die SAT-Mitarbeiter blieben als Brückenkopf für das weitere Krisenmanagement vor Ort. Die nachrückenden Flugzeuge flogen arztbesetzt und durchschnittlich mit vier Flugkrankentragen für Schwerverletzte (Stretcher) beladen nach Deutschland zurück.

Die Lage vor Ort stellte sich als unübersichtlich dar. Die Abfertigungshallen waren voller Fluggäste, die auf eine baldige Heimreise hofften. Naturgemäß waren nur leicht- und mittelschwer Verletzte aus eigener Kraft zum Flughafen gekommen, sodass die erste Aufgabe in einer Triage und vorsorglichen Sichtung der Verletzungsmuster bestand. Dabei galt es sicherzustellen, keinen Patienten mit einer Erkrankung an Bord zu nehmen, die sich unter den Bedingungen einer zwölfstündigen Flugreise gefährlich verschlimmern könnte.

Flugmedizinisch war dabei insbesondere auf einen unerkannten Pneumothorax oder einen beginnenden Kreislaufschock zu achten. Glücklicherweise überwogen leichte bis mittelschwere Extremitätenverletzungen und Rumpfprellungen, welche bereits von den einheimischen Ärzten ausreichend versorgt worden waren und eine Weiterbehandlung in Deutschland ermöglichten.



An Bord eines Großraumflugzeugs der Lufthansa können bis zu 20 Flugkrankentragen und 30 Businessclass-Sitze für Liegendtransporte genutzt werden. Daneben ist das Monitoring von zehn Beatmungspatienten möglich.

Dementsprechend bestand die Taktik der **ersten Versorgungsphase** darin, schnellstmöglich viele Leichtverletzte auszufliegen, um später aufwendigere Versorgungskapazitäten für Schwerverletzte zur Verfügung stellen zu können. Mittels acht regulärer und vier Sonderflüge der Condor gelang es, innerhalb von vier Tagen bis zum 30. Dezember 2004 alle ausreisewilligen Urlauber ohne Berücksichtigung des ursprünglichen Reiseveranstalters nach Hause zu bringen. Lufthansa und Condor hatten bis dahin 60 Tonnen Hilfsgüter und 200 Vertreter von Hilfsorganisationen kostenlos in die Krisengebiete befördert.

Ticketabfertigung und Ausreiseformalitäten wurden unbürokratisch abgewickelt. In Bangkok wurden die Fluggäste rund um die Uhr mit Kleidung, Essen, Hotelzimmern und Reisedokumenten versorgt. Nach Ankunft in Frankfurt/Main oder München erfolgte eine Unterstützung mit Hilfsgütern und die

seelsorgerische Betreuung durch circa 160 Mitarbeiter des SAT der Lufthansa.

Die **zweite Versorgungsphase** galt den Schwerverletzten und Hospitalisierten, die nicht aus eigener Kraft den Flughafen erreichen konnten. Die Lagerkündigung an der Küste von Khao Lak sowie in den Krankenhäusern hatte ergeben, dass an den Stränden nur noch Tote aufzufinden waren, deren Zahl in die Tausende ging. Die Verletzten wurden allesamt tadellos in thailändischen Krankenhäusern versorgt. Engagement, Professionalität und Freundlichkeit des thailändischen Personals waren für uns tief beeindruckend und beispielhaft. Die Überlastung der Hospitäler und das Ausmaß der schweren Wundinfektionen („septische Zeitbomben“) erforderten allerdings eine baldmögliche Evakuierung der ausländischen Patienten.

Mittlerweile waren auf Veranlassung des deutschen Krisenstabes weitere Ärzte und Rettungsassistenten eingetroffen, sodass unter Federführung des Auswärtigen Amtes ein schlagkräftiges, etwa 30-köpfiges Team gebildet werden konnte. Am Flughafen wurde eine Turnhalle als Verbandsplatz und Sammellager eingerichtet, um die Patienten von dort aus in die Spezialflugzeuge zu transportieren. Als Koordinatoren und Leitende Notärzte für diesen Bereich fungierten je ein Vertreter der Bundeswehr, der Ambulanzfluggesellschaften und der Lufthansa. Somit war für unmittelbaren Kontakt zu den drei Säulen der Luftbrücke sowie den dringend benötigten Infrastrukturen des Flughafens bestens gesorgt. Die Mehrzahl der Notärzte und Rettungsassistenten bildeten Scout-Teams, die innerhalb weniger Tage alle Krankenhäuser der südthailändischen Region aufspürten und den komplexen Krankentransport zum Auffanglager betreuten.

Mehrere Faktoren gestalteten den geordneten Abtransport der Patienten besonders schwierig: Zum einen musste das Heranführen von Schwerverletzten und Beatmungspflichtigen eng mit dem Eintreffen geeigneter Flugzeuge koordiniert werden, da mangels Beatmungspätzen keine Möglichkeit zur Zwischenlagerung im Auffanglager bestand. Daneben duldeten bei einer Außentemperatur von 35 °C auch Leichtverletzte keine langfristige Lagerung. ▷



Das Auffanglager in Phuket war immer wieder überfüllt von Patienten, sodass sich der Bedarf an Transportkapazitäten kaum planen ließ.

Die Zusicherung der teuren Transportkapazität mit Flugzeugen wurde demgegenüber vom Auswärtigen Amt an die Übermittlung einer genauen Bedarfsplanung gebunden, welche kaum erstellt werden konnte. Zum anderen waren sämtliche Kommunikationswege behindert, da das Mobilfunknetz ständig zusammenbrach und eine Verständigung häufig nur mit SMS bewerkstelligt werden konnte. Adäquate Hilfsmittel, wie Satellitentelefone oder Hand-

Ort ein „Flickenteppich“ unterschiedlicher Hilfsorganisationen und Kräfte ohne planerischen Zusammenhang resultiert. Die Zusammenarbeit basiert auf reinem Goodwill, und unterschiedliche Profilierungsbedürfnisse oder wirtschaftliche Interessen der Organisationen können stark störend wirken.

Die ärztliche Expertise erfahrener Notfallmediziner hat zu wenig Einfluss auf der oberen Entscheidungsebene gefunden: Alle Notärzte und Leitenden

spontane Bildung einer verdeckten zweiten Führungsebene durch Notärzte und enge Anbindung an die politischen Entscheidungsträger konnte der Erfolg der Rettungsaktion sichergestellt werden.

Die eigentliche Aufgabe des KID, die persönliche Seelsorge am Patienten und den Einsatzkräften, blieb durch die organisatorische Inanspruchnahme der psychologischen Fachkräfte weitgehend unerfüllt. Aus unbekanntenen Gründen sind die Ärzte vom abschließenden Debriefing ausdrücklich eingeladen worden, sodass ihnen bedauerlicherweise keinerlei psychologische Betreuung zuteil wurde.

Als erfreuliches Fazit der groß angelegten Evakuierungsoperation stehen circa 2 500 leicht- oder unverletzte Urlauber sowie 300 Mittel- bis Schwerverletzte, die durch zwei MedEvac-Flüge der Bundeswehr, zwölf Flüge der Condor und ergänzende Ambulanzjeteinsätze versorgt werden konnten. Diese Zahlen machen deutlich, welche Bedeutung der übergreifenden Zusammenarbeit aller Hilfsorganisationen und der Beteiligung der großen Fluggesellschaften am Katastrophenmanagement im Ausland zukommt.

Für die Zukunft allerdings haben wir gelernt, dass ein solches Ergebnis nicht dem Zufall überlassen werden sollte, sondern planerische Vorarbeit und feste Organisationsformen auf nationaler und internationaler Ebene erfordert. Für deren Erarbeitung wollen wir mit unserer aktuellen Erfahrung und Expertise gerne zur Verfügung stehen.

Für die Notärzte in Phuket:
Dr. med. Andreas Gabel
 Medizinischer Dienst der Deutschen Lufthansa AG

Leitende Notärzte:
 Dr. med. Florian Vorderwülbecke (Arzt für Allgemeinmedizin), Dr. med. Andreas Gabel (Medizinischer Dienst der Deutschen Lufthansa AG), Dr. med. Jörg Braun (Medizinischer Direktor der Deutschen Rettungsflugwacht)

Notärzte:
 BRK Kreisverband München: Dr. med. Anette Greie, Dr. med. Anette Laich, Dr. med. Ulrich Pischke, Dr. med. Constanze Zöpf
 BRK Kreisverband Miesbach: Dr. med. Rolf Dambrowsky, Dr. med. Iris Hertle
 BRK Kreisverband Starnberg: Dr. med. Holger Kirchner
 Krankenhaus München-Schwabing: Wunibald Bischoff (Ärztlicher Direktor), Dr. med. Josef Assal, Dr. med. Hans Grundhuber, Dr. med. Wolfgang Guggemoos, Dr. med. Holger Hoffmann, Dr. med. Jörg Scherer, Dr. med. Josef Seemüller, Dr. med. Axel Thiäner



Eine Boeing 747-400 der Lufthansa bringt 100 Tonnen Hilfsgüter sowie Helfer nach Asien. Für den Rücktransport von Patienten stehen 390 Plätze zur Verfügung.

funkgeräte, standen erst nach Abschluss der Rettungsaktion zur Verfügung. Einen eigenen Zugriff auf Ambulanzfahrzeuge gab es nicht, die Scout-Teams waren vor Ort auf den Goodwill der Krankenhäuser angewiesen, womit das Eintreffen eines Patienten im Sammellager unplanbar war. Demgegenüber gilt es, die hervorragende Zusammenarbeit und den hohen persönlichen Einsatz aller Rettungskräfte hervorzuheben. Über nationale und organisationsbezogene Grenzen hinweg zählte nur das gemeinsame Ziel und der humanitäre Einsatz, dem sich alle verpflichtet fühlten. Alle Beteiligten haben vor Ort ihr Bestes gegeben und Großartiges geleistet.

Ohne die Leistung der Einzelpersonen zu schmälern, erscheinen allerdings einige organisatorische Rahmenbedingungen im Vorfeld einer derartigen Katastrophe dringend verbesserungsbedürftig. So stellte es sich als sehr nachteilig heraus, dass der Katastrophenschutz in Deutschland auf nationaler Ebene nicht ausreichend organisiert ist, sodass vor

Notärzte in Phuket waren sich einig, dass die Einzelheiten der ersten Schreckensnachricht am 26. Dezember einen unverzüglichen Einsatz der ersten MedEvac-Flugzeuge sowie eines Frachters der Bundeswehr mit Zelten, Tragen und Decken erfordert hätten.

Demgegenüber führte die Einschätzung der im Management medizinischer Krisenlagen teilweise wenig erfahrenen Politiker und Diplomaten dazu, dass das erste MedEvac-Flugzeug erst vier Tage nach Beginn der Katastrophe in Phuket eintraf. Zu diesem Zeitpunkt wäre bei einem größeren Anfall von Verletzten keine medizinische Hilfeleistung mehr möglich gewesen.

Nicht bewährt hat sich aus unserer Sicht die Besetzung der Einsatzleitung durch Mitarbeiter des Kriseninterventionsdienstes (KID). Die fehlende medizinische Sachkenntnis bei dieser rein medizinischen Schadenslage und ein autoritärer Führungsstil führten zum vollständigen Verlust der Akzeptanz der Führung seitens der sehr erfahrenen Notärzte und Rettungsassistenten. Nur durch