

Amerikanische Verhältnisse?

Unterschiedliche Konzepte zur Sicherung der medizinischen Handlungskompetenz in Extremsituationen



Karin Scherer



Dr. Frank B. Metzner

Nicht erst seit dem Amoklauf in Erfurt 2002, der 17 Menschenleben kostete, stellt sich Notfallmedizinern die Frage nach einer besseren Vorgehensweise in Extrem-Situationen, nach einer gesteigerten Handlungskompetenz auch des notfallmedizinischen Personals. Ebenso wie bei dem Amoklauf in Bad Reichenhall 1999, als ein Jugendlicher mit diversen Schusswaffen vier Menschen tötete und drei weitere verletzte oder in Emsdetten 2006 wo ein 18-Jähriger 37 Personen verletzte war eine adäquate Hilfeleistung in der ersten Stunde(n) nicht möglich, da jeweils der Täter weiterhin auf Opfer, Unbeteiligte und auch auf helfende Rettungskräfte mit großkalibrigen Schusswaffen einwirkte. Auf einer Reise durch die USA lernten die beiden Autoren eine interessante Einsatzstaffel kennen.

Notfälle

Die klassische Vorgehensweise in Deutschland, nach dem Notfallmediziner nach Sichern, teilweise erst nach Beendigung der polizeilichen Maßnahmen vorgehen, muss hier neu überdacht werden. In allen oben genannten Fällen lagen schwerverletzte Personen auf der Straße, auf dem Boden der Klassenräume und warteten auf Hilfsmaßnahmen, die erwiesenermaßen zu spät oder nie kamen.

Die erforderliche medizinische Erstversorgung der Verletzten war teilweise erst Stunden nach der erlittenen Schussverletzung möglich, als die Räume durch Spezialeinheiten der Polizei als sicher vor erneuter Täterwirkung galten bzw. die verletzten Personen aus dem unsicheren Raum abtransportiert werden konnten. Hier stellt sich die Frage nach geeigneten Maßnahmen, die in der Zwischenzeit hätten erfolgen müssen, um in diesen speziellen Gefährdungslagen besser und schneller den verletzten Personen medizinische Hilfe zukommen zu lassen.

Zur Lösung dieses Problems kommen grundsätzlich zwei Möglichkeiten in Betracht, um verletzte Personen im nicht gesicherten Raum medizinisch zu versorgen:

- Mitglieder von Spezialeinsatzkräften erhalten eine medizinische Zusatzausbildung und übernehmen dann vor Ort Tätigkeiten von Rettungsassistenten/Notärzten.
- Medizinisches Personal begibt sich nach taktischer Schulung und Ausbildung entsprechend gesichert (ballistische Weste, eigene Schusswaffe zur Selbstverteidigung) in die Gefahrenzone, um dort die Verletzten zu versorgen.

USA

In den USA ist diese Problematik schon seit Jahrzehnten bekannt, auch hier gibt es verschiedene Lösungsansätze.

In der Stadt New York zum Beispiel ist die Spezialeinheit des New York Police Department (NYPD), die Emergency Service Unit (ESU), darauf vorbereitet, am Unfallort/Tatort durch die Mitglieder der Einheit erste medizinische Hilfe leisten zu können. Die Grenze zwischen Medizin und Polizei ist hier fließend.

Hierzu muss jedes ESU-Mitglied einen Spezialkurs absolvieren, der auf der allgemeinen Polizeiausbildung aufbaut und der in mehreren Wochen taktisches Verhalten, grundlegende medizinische Maßnahmen, aber auch psycholo-

gische Fähigkeiten schult, wonach sie dann New York State Certified Emergency Medical Technicians sind. Zudem besteht eine sehr enge Kooperation mit den verschiedenen Krankenhäusern und wechselseitige Hospitationen.

Regelmäßige Fortbildungen in allen Bereichen, für höhere Dienststränge ab Sergeant sogar in Management-Techniken (hier findet unter anderem der ganzheitliche Ansatz des Total Quality Management – TQM – Anwendung), sichern den hohen Einsatzwert der ESU.

In New York City ereignen sich im Jahr durchschnittlich 650 Mordfälle, in vierstelliger Höhe Straftaten mit Todesfolge unter anderem Geisellagen, Amokläufe, Banküberfälle, wo ESU-Einheiten eingesetzt werden.

Grundsätzlich fahren diese Cops (amerikanischer Ausdruck für Polizist) in einem Truck zum Einsatzort, der eine seit Jahrzehnten bewährte Ausrüstung enthält. Von schwerer Bewaffnung, über Kletterausrüstung, Tauchgeräten bis hin zu einer notfallmedizinischen Basisausrüstung ist darin alles enthalten.

Gerade in den Hochhausschluchten von Manhattan findet dies tägliche Verwendung, teilweise bei spektakulären Höhenrettungseinsätzen, bei denen notfallmedizinische Basismaßnahmen durchgeführt werden. Teilweise

werden, an einem Abseilachter „hängend“ 150 Meter über dem Boden, frakturstabilisierende Maßnahmen an Personen durchgeführt. Oftmals an Patienten, die in suizidaler Absicht von hohen Gebäuden springen wollten, sich dabei verletzt und so von ihrer ersten Absicht abkamen und nun auf Fremdhilfe angewiesen sind. Dennoch geht von diesen, oftmals unter Einfluss von aufputschenden Drogen (zum Beispiel Speed, Angle Dust) stehenden Personen eine große Gefahr für den Helfer aus, der nie die Eigensicherung vergessen darf.

Bei den Anschlägen am 11. September 2001 verloren 14 Mitglieder der ESU (23 Polizisten insgesamt) ihr Leben, als sie in den brennenden Türmen des World Trade Centers Menschen vor dem sicheren Tod retteten und dabei selber umkamen. Für ein vergleichsweise geringes Gehalt im Monat (Einstiegsgehalt 35 000 US \$ brutto im Jahr) haben diese Helden (in der Presse als „New Yorks Finest“ bezeichneten Officer) eine sehr hohe intrinsische Motivation. Diese hilft ihnen bei der Verrichtung dieser Arbeit, in einer Stadt, in der es quasi minütlich Rettungseinsätze gibt.

Deutschland

Auch in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren, gerade nach Erfurt, einiges zur Lösung dieses Problems getan.

In verschiedenen Spezialeinheiten der Polizei (GSG 9, SEK) erhielten einzelne Mitglieder dieser hochqualifizierten Gruppen eine medizinische Zusatzausbildung, die weit über die Möglichkeiten und Fähigkeiten eines Ersthelfers hinausgehen. Sie erlernen das Legen von venösen Zugängen, das Verabreichen und Dosieren von Infusionen und Medikamenten so-

wie den Umgang mit Verbandsmaterial. Selbst den Umgang mit einem Defibrillator und das Intubieren wird geübt. Auch muss natürlich das Wissen vermittelt werden, um zu einer Anfangsdiagnose zu kommen und anschließend die entsprechenden Maßnahmen durchzuführen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sie weder die Qualifikation noch die Einstufung eines Arztes oder Rettungsassistenten haben. Daher bewegen sie sich, wenn sie notfallmedizinische Maßnahmen durchführen müssen, in einer rechtlichen Grauzone, vor allem bei einer „Fehldiagnose“.

Sollte die Generalbevollmächtigung aus dem jeweiligen, landesrechtlichen Polizeigesetz (meist der § 1, Auszug: Die Polizei hat Gefahren für die öffentliche Sicherheit abzuwehren ...) juristisch nicht mehr greifen, gibt es noch Aufgangsmöglichkeiten des Strafgesetzbuches. Obwohl dann keine Staatshaftung mehr gegeben ist, unter Umständen zahlt/haftet der einzelne Beamte dann privatrechtlich, kann er dennoch die Rechtfertigungsgründe aus den §§ 32 bis 35 (Notwehr, Nothilfe bis entschuldigender Notstand) für sich in Anspruch nehmen.

Schulung

Die zweite Möglichkeit der Lösung des Problems, nämlich medizinisches Fachpersonal taktisch zu schulen, damit es mit den Spezialeinheiten in die Gefahrenzone eindringt, um dort die ersten notfallmedizinischen Maßnahmen zu ergreifen, ist aus vielerlei Gründen sehr viel schwieriger umzusetzen. Zunächst einmal müssen Freiwillige gefunden werden, die bereit sind, eine entsprechende Ausbildung zu durchlaufen und in solchen Extremsituationen tätig zu werden. Dazu kommen haftungsrechtliche und ausrüstungstechnische Problemstellungen.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob eine kurze taktische Ausbildung wirklich ausreicht, mit dem Stress einer Extremsituation wie einem Amoklauf, usw. fertig zu werden und dann noch ein systematisches Vorgehen im Team mit den Polizeibeamten, Eigensicherungsmaßnahmen und gleichzeitig notfallmedizinische Maßnahmen durchzuführen.

Des Weiteren muss sowohl die Verletzung von Mitgliedern des medizinischen Rettungsteams als auch notfallmäßig deren Einwirkung auf den Täter zum Beispiel durch Schusswaffengebrauch zur Eigen-, Kameraden- und Fremdsicherung in Erwägung gezogen werden. In beiden Fällen ist wohl in der Öffentlichkeit mit herber Kritik zu rechnen.

Fazit

Insgesamt wäre es erforderlich, dass ein Team von Rettungsassistenten und einem Notarzt zu den Opfern vordringt. In Deutschland dürfte es jedoch äußerst schwierig sein, bei den verbreiteten Bereitschaftsdiensten entsprechende Teams rund um die Uhr „vorzuhalten“. Möglich wäre dies eventuell nur in größeren Städten.

Trotz aller Bedenken laufen seit einem guten Jahr in mehreren deutschen Großstädten erste Trainingsmaßnahmen bei den hochmotivierten Rettungskräften der Berufsfeuerwehr. Abschließende bzw. ausreichende Erfahrungen liegen allerdings nicht vor, da zudem noch kein einheitliches Konzept gefunden wurde. Die aussichtsreichsten Varianten liegen zurzeit in einem nachziehenden Vorgehen (einige Meter hinter den Polizisten), allerdings mit ballistischem Vollschutz.

In den ersten Szenarietrainings wurde dann schnell festgestellt, dass es sinnvoll sein könnte, die Bezeichnung Notfallrettung, Berufsfeuerwehr, ärztlicher Dienst zu verwenden, um sich von den Kollegen der Polizei auch äußerlich (gerade für den Täter) zu unterscheiden. Jedoch wirft das weitere Fragestellungen, gerade nach einem Drohpotenzial auf.

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass sich die Rettungskräfte/Mediziner auch an diese neuen Umstände anpassen müssen und eine geeignete Gesamtstrategie zu entwickeln ist.

*Karin Scherer, Ärztin,
Dr. Frank B. Metzner, Polizeiausbilder,
Postfach 1826, 63408 Hanau/Main,
E-Mail: metzner@wt-maintal.de*



Ein deutscher SEK-Mann bei der Erstversorgung einer Geisel.