

## Katastrophenhilfe

# Nur qualifizierte Ärzteteams sind gute Teams

Wo stehen wir eigentlich in der internationalen Katastrophenhilfe? Fehlende Standards und mangelnde Koordination behindern nach wie vor die Internationale Hilfe nach Katastrophen. Mehrere neue Initiativen, dies zu ändern, kommen voran – langsam.

„Jeder schreit nach Koordination, nur will sich keiner koordinieren lassen.“ Das Statement stammt aus einem Interview mit Bernd Domres in der *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie* vom April 2010. Domres schilderte seine Eindrücke von der zum Teil chaotisch fehlallokierten Arbeit der Rettungs- und Ärzteteams, die nach dem verheerenden Erdbeben auf Haiti im Januar 2010 unterwegs waren. Eine zentrale Forderung des Chirurgen damals: „Jemand müsste von Anfang an sicherstellen, dass nur Teams tätig werden, die schon lange im Vorfeld registriert sind.“

Vier Jahre später knirscht es offenkundig immer noch bei Koordination und Qualität der Hilfe. Am 08.11.2013 zog Taifun Haiyan eine Schneise der Verwüstung durch die philippinischen Inseln Leyte und Samar. Mindestens 6000 Todesopfer, 1800 Menschen, die vermisst waren, an

die 4 Millionen zerstörte Häuser – so eine vorläufige Bilanz Ende 2013 (1). Und keine Geringere als Valerie Ann Amos, die Leiterin von OCHA, des Office for the Coordination of Humanitarian Affairs der Vereinten Nationen, erklärte nach einem Besuch in der schwer getroffenen Stadt Tacloban Mitte November 2013, dass die Welt die Opfer „im Stich gelassen“ habe.

Ein strukturelles Problem besteht offenbar fort: Die immer noch schleppende Koordination der vielen Helfer. Leisten soll das vor allem OCHA. Allerdings hat diese Einrichtung des UN-Sekretariats kein Mandat, um wirklich dafür zu sorgen, dass sich alle Helfer über sie registrieren und koordinieren lassen (2).

Auch ein zweites Manko, das auf Haiti sichtbar wurde, scheint nicht wirklich beseitigt: Mangelhafte Qualität der Arbeit – zumindest mancher Helfer. An die 6000



Die Koordination ist schwierig, die Qualität der Arbeit sehr unterschiedlich (Bild: Fotolia / Spidi).



Neue Standards und schärfere Regeln für Mediziner. Können sie dauerhaft mehr Struktur schaffen? (Bild: Fotolia/crimso)

Amputationen haben Chirurgen nach Schätzungen von OCHA 2010 nach dem Erdbeben in Haiti ausgeführt. Die Hälfte davon, zitiert ein Paper des Davoser Global Risk Forums den US-Spezialisten Anthony Redmond, sei unnötig gewesen.

Trotz allem sind eine Reihe von Initiativen vorangekommen, die weltweit neue Standards und schärfere Regeln für die Medizin im Katastrophenfall einziehen wollen. In wie weit sie sich durchsetzen lassen oder am Ende nur neue Doppelstrukturen schaffen und neue Tagungsbände füllen, bleibt abzuwarten.

### WHO setzt Standards

So übernimmt seit 2005 neben OCHA auch die WHO eine Schlüsselrolle für die Hilfskoordination (3). Ein Schwerpunkt der Diskussionen auf WHO-Ebene sind zur Zeit neue Qualitätskriterien für die so genannten Foreign Medical Teams (FMT) – jene Hilfsteams aus Ärzten, Pflegern, Assistenten, die nach Katastrophen in betroffene Regionen einreisen. Bereits im Dezember 2010 skizzierte dafür eine Tagung von WHO und Pan American Health Organisation (PAHO) in Kuba Grundzüge:

Wer fachlich und logistisch kompetent ist, im Notfall FMT in Krisengebiete zu schicken, soll sich bei einem zentralen Register anmelden.

Eine UN-Organisation à la WHO oder OCHA würde bei Bedarf nur Organisationen aus diesem Register anfragen, ob sie ihre FMT entsenden.

Eine Zertifizierung qualitativ guter FMT und internationale Standards für deren Arbeit, sollen dafür sorgen, nur hochwertige Arbeit bei Katastrophen zuzulassen.

Seit 2013 liegt für die Details der neuen Spielregeln ein Erstentwurf vor. Verfasst von einer fünfköpfigen FMT-Arbeitsgruppe der WHO um den australischen Katastrophenmediziner Ian Norton. Das Papier sieht eine Einteilung von FMT in 3 Gruppen mit steigenden Anforderungen von 1 nach 3. So sollen Typ 1 Teams eine erste Versorgung von Frakturen und Verletzungen sichern, müssen aber zum Beispiel keine allgemeine Anästhesie und komplexe Chirurgie anbieten. Ein FMT vom Typ 3 muss in der Lage sein, komplexe Operationen zu leisten und komplette Lazarettstrukturen für eine Intensivversorgung vorrätig halten (4.).

Allerdings, an Guidelines für die medizinische Versorgung im Katastrophenfall war bislang schon kein Mangel. Das FMT-Konzept ist vielleicht das umfassendste, aber nicht das erste seiner Art.

Schon 2003 entwickelten PAHO und WHO Mindestanforderungen an so genannte Foreign Field Hospitals, die seither aber

nach Einschätzung der FMT-Arbeitsgruppe der WHO weitgehend ignoriert werden (5).

Auch WADEM, die World Association for Disaster and Emergency Medicine, arbeitet an evidenzbasierten Empfehlungen und Standards für die Katastrophenmedizin. Und schon länger haben manche großen Hilfsorganisationen Kriterien an die Qualität ihrer Arbeit aufgelegt. Darunter sind die *Medicins sans Frontières*, MSF (6). MSF unterhält ein Forschungszentrum für die Auswertung der eigenen Daten (7). Patrick Herard und Francois Boillot von den MSF legten 2012 erste, wenngleich ihrer Einschätzung nach noch rudimentäre Kriterien zur Entscheidung für oder gegen eine Amputation in Katastrophensituationen auf (8). Ähnliches versuchte 2011 ein Chirurgenteam auf einem Humanitarian Action Summit (9).

Ein entscheidendes Problem ist das Fehlen einer Institution, die solche Standards wirklich international durchsetzen könnte. Das zeigt auch das Beispiel von früher erarbeiteten Standards für Suchtrupps und Rettungsteams.

Von der Arbeit der Ärzte, den FMT, grenzt die Fachwelt die Arbeit von Hilfs- und Suchtrupps ab, die quasi im Vorfeld nach Verschütteten suchen. Im Fachjargon sind es die Search and Rescue Teams (SAR).

Unter dem Dach von OCHA hat eine International Search and Rescue Advisory Group (INSARAG) seit 1991 Qualitätsanforderungen für SAR-Teams und eine klare Hierarchie der Koordination für den Notfall festgelegt. INSARAG hat bislang 21 SAR-Teams von externen Auditoren zertifizieren lassen (10). Kernpunkt des Konzepts war, dass just die UN-Organisation OCHA in Abstimmung mit der Regierung eines betroffenen Landes vor Ort, nach einer Katastrophe einfliegende SAR-Teams koordiniert und steuert. Genau das Gleiche sieht jetzt die neue FMT-Arbeitsgruppe der WHO vor. OCHA soll danach gleich noch die Koordination und Kontrolle der einfliegenden FMT übernehmen. Damit avancierte allerdings ein System, das auf Haiti schlecht funktionierte, und das bis heute rein freiwillig bleibt, zum Vorbild für die zukünftige Koordination von FMT.

### Mehr Qualitätskriterien für ein Big Business

Katastrophenhilfe ist mittlerweile Big Business. 17,9 Milliarden US-Dollar an internationaler humanitärer Hilfe allein für 2012 bilanziert der aktuelle Report von Global Humanitarian Assistance (11). Über 200 000 Menschen arbeiten heute in diesem Bereich.

Zugleich ist der Wunsch nach mehr Professionalität in der Branche heute offen-

bar mehrheitsfähig. 92% der 1366 Teilnehmer an einer Umfrage in der Helfer-Szene, die ein Team um Peter Walker von der Tufts University in Medford, Massachusetts 2008 unternahm, wünschte sich eine Professionalisierung der eigenen Tätigkeit. Eine Mehrheit parallel befragter Hilfsorganisationen wünscht sich Zertifizierungsverfahren für Ausbildungskurse und generell für die Qualität von Hilfsorganisationen (12). Bei Wachstumsraten von jährlich 6% für humanitäre Hilfsprogramme weltweit, sei es an der Zeit, weltweite Standards für die Ausbildung eines Humanitarian-Helfers zu generieren, konstatieren die Autoren. Für die braucht die Branche allerdings vor allem eins: Mehr Daten. Denn die fehlen bislang oft völlig. Was die Helfer so arbeiten, bleibt für jegliche Statistik weitgehend im Verborgenen.

Was an Dokumentation über die Medizinische Versorgung nach Katastrophen zu finden ist, ist „notably poor“, wie Jason Nickerson und Kollegen von University of Ottawa in einem Review 2012 bilanzieren (13).

### Daten, Daten, Daten...

Protagonisten von mehr Evidenz in der Katastrophenhilfe und -medizin, darunter Frederick M. Burkle aus Harvard und Johan von Schreeb vom Karolinska Institute, betonen, dass deshalb sogar völlig unklar

ist, ob der Einsatz von Foreign Medical Teams (FMT) bei Katastrophen überhaupt nennenswerte positive Effekte hat (14).

Das soll sich ändern. Sowohl die FMT Arbeitsgruppe der WHO, wie auch weitere Fachgremien präsentieren Vorlagen für die Minimaldokumentation, die ein Chirurgenteam unter Katastrophenbedingungen leisten muss und in Zukunft zwingend leisten soll. Solche Dokumentation muss nicht Stunden dauern. Die Gruppe um Burkle sieht zwei DIN-A4-Seiten vor. Eine, auf dem die Mindestangaben zum Patienten, zur Art der OP und zur Anästhesie notiert werden. Eine zweite Seite mit den täglichen Gesamtzahlen eines Arztteams zu Interventionen. Das alles bitte sauber an UN-Stellen und lokale Krankenhäuser übergeben, die den Patienten übernehmen sowie ordentlich archiviert für zukünftige Auswertungen. Vorbei, so die Autoren, seien die Tage, an denen die gute Absicht ausreichte. Wer helfen will, müsse zeigen, dass seine Aktionen effektiv sind.

*Bernhard Epping*

Weitere Informationen zu den Beiträgen Orthopädie und Unfallchirurgie aktuell finden Sie im Internet. Die Zahlen, zum Beispiel (1), verweisen auf weiterführende Links, die Sie ebenfalls im Internet finden.

### Zum Weiterlesen

Global Health Initiative an der Brown University:  
<http://brown.edu/initiatives/global-health/about>

- 1 <http://www.tagesschau.de/ausland/ban-philippinen100.html> vom 23.12.2013)
- 2 Die Übersichtsseite von OCHA zu Katastrophen ist: [www.reliefweb.int](http://www.reliefweb.int)).
- 3 [http://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/about/partners/en/index.html](http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/partners/en/index.html))
- 4 Das Papier im Wortlaut: [http://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/fmt\\_guidelines\\_september2013.pdf](http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf))
- 5 [http://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/fmt\\_way\\_forward\\_5may13.pdf](http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_way_forward_5may13.pdf)

- 6 Materialien dazu sind unter: [http://www.refbooks.msf.org/msf\\_docs/en/MSFdocMenu\\_en.htm](http://www.refbooks.msf.org/msf_docs/en/MSFdocMenu_en.htm)
- 7 <http://www.epicentre.msf.org/>
- 8 [http://brown.edu/initiatives/global-health/sites/brown.edu/initiatives/global-health/files/uploads/MSF%20Standards%20of%20care\\_0.pdf](http://brown.edu/initiatives/global-health/sites/brown.edu/initiatives/global-health/files/uploads/MSF%20Standards%20of%20care_0.pdf)
- 9 [http://brown.edu/initiatives/global-health/sites/brown.edu/initiatives/global-health/files/uploads/Amputations%20best%20practices\\_0.pdf](http://brown.edu/initiatives/global-health/sites/brown.edu/initiatives/global-health/files/uploads/Amputations%20best%20practices_0.pdf)
- 10 <http://www.unocha.org/what-we-do/coordination-tools/insarag/overview>
- 11 <http://www.globalhumanitarianassistance.org>
- 12 Walker et al., A Blueprint for Professionalising Humanitarian Assistance, Health Af-

fairs 2010; 12: 2223–2230 (<http://content.healthaffairs.org/content/29/12/2223.full>)

- 13 Nickerson et al., Surgical Care during humanitarian crises: A systematic review of published surgical caseload data from foreign medical teams, *Prehosp Disaster Med* 2012; 27: 184–189, <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8614307>
- 14 Burkle et al. Emergency Surgery Data and Documentation Reporting Forms for Sudden-Onset Humanitarian Crises, *Natural Disasters and the Existing Burden of Surgical Disease*, *Prehosp Disaster Med* 2012; 27: 577–582, <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8756020>