

August 2005:  
Hochwasser-Katastrophe  
im Tiroler Paznauntal



# Plötzlich war alles anders

Europa ist auf Katastrophen unzureichend vorbereitet: Umfragen in Deutschland haben gezeigt, dass nur 26 Prozent der medizinischen Versorgungs-Einrichtungen mit adäquaten Katastrophenplänen vorsorgen. In Österreich noch weniger.

**H**ochwasser in Ober- und Niederösterreich, Lawinenkatastrophe in Galtür, Rauch im Operationssaal des Krankenhauses St. Pölten, Hubschrauberabsturz in Salzburg, Massenpanik beim Air & Style-Contest am Bergisel, Bombendrohung im Krankenhaus Leoben - den folgenschweren Unglücksereignissen ist gemeinsam, dass das Leben von Menschen unmittelbar betroffen war. Ihre natürlichen Lebensgrundlagen und Sachwerte waren in ungewöhnlichem Ausmaß gefährdet und geschädigt. Niemand wusste, wer in welcher Weise verletzt sein wird.

**Gesellschaft hinkt hinterher.** „Je geringer das Vermögen einer Gesellschaft ist, die innere Dynamik des globalen Modernisierungsprozesses und seiner Folgen zu durchschauen, desto geringer sind die Chancen, Ablauf und Auswirkungen erkennen und beeinflussen zu können“, schreibt die Katas-



**„Wir müssen überlegen, mit welchen Risiken wir konfrontiert werden.“**

Bruno Hersche,  
Katastrophenmanager



**Auch in Bayern: Verwüstungen nach einer Sturzflut (links). Ein flächendeckendes Flugrettungsnetz garantiert kurzfristige Hilfe mit den Hubschraubern, wie z. B. beim Zugunglück in Wampersdorf vor fünf Jahren (rechts)**



tropfenforschungsstelle der Christian Albrechts-Universität Kiel in einem Gutachten über die Defizite der Katastrophenvorsorge in Industriegesellschaften. „Je stärker der Gesamtablauf oder Teile dieses Ablaufs der Beeinflussung eintreten, desto wahrscheinlicher werden Katastrophen.“ Die Zunahme von Katastrophen resultiert aus diesen Gründen

und wird längst nicht mehr bestritten. „Führt man eine Analyse der Katastrophenanfälligkeit in Mitteleuropa durch, wird man feststellen, dass die Naturkatastrophen und „man-made-disasters“ in Zukunft eher an Häufigkeit zunehmen werden“, erklärt der Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin, Dr. Bernd Mayer bei den

diesjährigen Schladminger Gesundheitsgesprächen. Katastrophenforscher warnen vor einer Zunahme der Schadensereignisse, die knapp unterhalb der Katastrophengrenzen liegen. Sind wir auf den Massenanstieg von Betroffenen, die eingeschränkten medizinischen Möglichkeiten im Schadensgebiet oder die sozio-religiösen Besonderheiten im Einsatzge-

biet vorbereitet? Tatsache ist, um die Vorbereitung auf medizinische Katastrophenlagen ist es in Europa schlecht bestellt.

**Uneinheitliches Europa.** Eine katastrophenmedizinische Ausbildung ist theoretisch in allen Ländern Europas möglich, bei exakter Betrachtung des Ausbildungsangebotes stößt man allerdings auf große Unterschiede und Fehlbestände: Deutschland, die Schweiz, Belgien, Italien, Ungarn und Österreich haben eine katastrophenmedizinische Ausbildung, Pflicht ist diese Ausbildung lediglich in der Schweiz. Studiengänge mit akademischem Abschluss werden nur in Italien und Belgien angeboten. In der Ukraine gibt es ein ähnliches Studium, das aber nicht den Voraussetzungen des European Masters of Disaster Medicine entspricht.

„Oft wird eine katastrophenmedizinische Ausbildung leider mit der Notfallmedizin gleichgesetzt“, erklärt Mayer. „Dadurch ergeben sich große Fehlbereiche im Ausbildungsangebot. Sozio-religiöse Fragen oder ethnologische Themen werden nur in ganz wenigen Fällen angesprochen“, so Mayer, „Hygiene, Epidemiologie, Psychologie und Psychiatrie im Katastrophenfall zählen zu den seltenen Lehrinhalten.“ Sein Fazit: An keiner Universität gibt es ein uneingeschränktes, kompaktes Angebot für Krisenmanagement.



**Bei der Lawinenkatastrophe von Galtür war Christophorus 5 im Dauereinsatz**

Fotos: LERCH (2), HERSCHKE (1), PHOTOCASE (1), GIMPL (1), LANSCHÜTZER (1), OAMTC (2)



**„Man kann Katastrophen mindern, wenn man vorbereitet ist“, Dr. Reinhard Waneck, Präsident des Österreichischen Primärärzteverbandes und ehemaliger Staatssekretär für Gesundheitswesen mit dem Christophorus-14-Team**

Die Medizinische Universität Ulm bietet zwar ein kompaktes Ausbildungsprogramm, dieses ist aber mit 30 Teilnehmern pro Jahr begrenzt. An der Universität Graz wurde das Angebot aus Kostengründen gestrichen.

**Defizite der Vorbereitung.** „Wir müssen beim Krisenmanagement grundsätzlich überlegen, mit welchen Risiken wir konfrontiert werden“ erklärt der Schweizer Krisenmanager Bruno Hersche, der sich mit seiner Firma „Riskmanagement Consulting“ auf die Bewältigung derartiger Ereignisse spezialisiert hat. Er verweist

auf zahlreiche Szenarien, die Krisen auslösen können. Auch Krankenhäuser sind gefährdet. „Es ist erschreckend, dass die Großzahl der medizinischen Versorgungseinrichtungen nur unzureichend auf Großunfall- und Katastrophenszenarien vorbereitet ist“, betont Hersche. „Umfragen in Deutschland haben ergeben, dass lediglich in 26 Prozent der Spitäler Katastrophenpläne vorhanden sind. 3/4 der Krankenhäuser haben keinen solchen Plan. In Österreich und der Schweiz ist der Anteil der adäquat vorbereiteten Krankenhäuser noch geringer.“ Auch die Krisenkom-

munikation wird vernachlässigt. „Krisenmanagement hat eine dreistufige Struktur“, erklärt Hersche. Auf einem Grundkonzept bauen Detailkonzepte auf, wie Pflichtenhefte, Meldewesen oder Dekontaminationskonzepte, für deren Umsetzung als Hilfsmittel Check- und Telefonlisten und vorbereitete Formulare herangezogen wer-

den. „Krisenbewältigung ohne Vorbereitung und straffe Führung“, so Hersche, „ist auch im Krankenhaus nicht möglich.“

**Schwachstellen der Praxis.** Der Schweizer Rolf Lanz definierte Katastrophenmedizin als multifaktorielles, interdisziplinäres Fach mit einfachen und machbaren Maßnahmen. Für die Praxis ergibt sich daraus Handlungsbedarf: „Die Frakturenversorgung ist bei Katastrophen nicht finanzierbar“, erklärt Mayer. „Was wir brauchen, sind abgekürzte Behandlungsmethoden, simple Notdekontaminationen, beispielsweise bei Anthraxgefahr mit Bentonit Katzenstreu oder Danklorix und eine gut strukturierte Pharmalogistik. „Pandemien, Pockenterror, Naturkatastrophen und Großschadensereignisse – die Menschheit hat immer schon mit Katastrophen leben müssen. Man kann diese aber mindern, wenn man vorbereitet ist.“ Zu diesem Ergebnis kam der Präsident des Österreichischen Primärärzteverbandes und ehemalige Staatssekretär für Gesundheitswesen Reinhard Waneck.



**„Katastrophenforscher warnen vor einer Zunahme der Schadensereignisse, die knapp unterhalb der Katastrophengrenzen liegen.“**

Dr. Bernd Mayer, Präsident d. Österr. Gesell. für Notfall- u. Katastrophenmed.

„Nur im Zusammenwirken aller liegt die Kraft“, schrieb bereits Friedrich Schiller in Wallenstein, „vereinzelte, wengleich aufopfernde Bestrebungen sichern keine entscheidenden Erfolge.“

**Monika Lerch**

FREIE MEDIZINJOURNALISTIN

## Arzneimittelbevorratung in Österreich ungelöst

**Die Versorgung mit Medikamenten** ist eine der größten Herausforderungen zur Bewältigung einer außerordentlichen Lage. Lagerung, ökonomische Umwälzung, Verteilungslogistik und Kostenaufteilung sind im Krisenfall in Österreich noch ungelöst.

**Bei Großschadensereignissen, Katastrophen oder Notfällen** muss die Katastrophenmedizin alle Betroffenen unter erschwerten Bedingungen und erheblichem Zeitdruck ausreichend mit allen klinisch relevanten Arzneimitteln versorgen. Limitierende Faktoren für einen optimalen Arzneimittelnachschub sind Engpässe durch einen plötzlichen Mehrbedarf, die Minimierung der Lager, Vorlaufzeiten der Rohstoffbesorgung und logistische Herausforderungen der Transporte in die Krisenregion. Die derzeitige medizinisch-pharmazeutische Notfallbevorratung in Österreich weist Defizite auf. „Die Bevölkerung ist es gewohnt, dass immer alles da ist“, erklärt Vera Ottowitz von der Österreichischen Apothekerkammer. „Das Arzneimittel-Sortiment ist in Österreich breit gestreut und nachfragegesteuert. Nicht gelöst sind Fragen der Lagerung, die ökonomische Umwälzung, die Verteilung, wer wann, wo und wie Zugriff hat und die Kosten.“ Ottowitz denkt auch über die Frage nach, ob chronische Krankheiten in die Arzneimittelbevorratung für außergewöhnliche Lagen eingebunden werden sollten. Ungelöst ist weiters die Frage, wer in Österreich rechtlich für die Medikamentenbevorratung verantwortlich ist. Derzeit sind die Kompetenzen verteilt: Für Tamiflu sind beispielsweise die Länder zuständig, für die Pockenmedikamentation der Bund.

**Ottowitz' Fazit:** „Es ist dringend notwendig, für den Anlassfall gerüstet zu sein. In Österreich gibt es dazu viele Ideen, es ist aber jahrelang nichts passiert. Für mich ist eine zentrale Vergabe und Koordination besser als der Föderalismus.“ Letztlich muss sich auch die Notfallbevorratung innerhalb der Europäischen Union an der Zunahme von Schadensereignissen, dem Bedürfnis nach Vorsorge und an der Finanzierbarkeit orientieren.

**Das Arzneimittel-Sortiment ist in Österreich breit gestreut und nachfragegesteuert**

