

Katastrophen- medizin

Leitfaden für die ärztliche Versorgung
im Katastrophenfall



Schutzkommission beim
Bundesministerium des Innern

Katastrophen- medizin

Leitfaden für die ärztliche Versorgung
im Katastrophenfall

5. völlig überarbeitete Auflage
München 2010

Katastrophenmedizin

Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall

Herausgeber

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
Postfach 1867
53008 Bonn
Tel. 0228 99 5500
Fax 0228 99 550 1620

Redaktion

Dr. med. Johann Wilhelm Weidringer
Vorsitzender der Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern
Professor an der Hochschule für Gesundheit und Sport Berlin
Chirurg, Geschäftsführender Arzt der Bayerischen Landesärztekammer
Mühlbaurstraße 16
81677 München

Direktor und Professor Dr. rer. nat. Wolfgang Weiss
Geschäftsführer der Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern
c/o Bundesamt für Strahlenschutz – Institut für Strahlenhygiene
Ingolstädter Landstraße 1
85764 Oberschleißheim/Neuherberg

Mit Beiträgen von

PD Dr. H. J. Bail, Prof. Dr. I. Beerlage, Dr. M. M. Bellinger M. A., D. Cwojdzinski, Em. Prof. Dr. B. D. Domres, Em. Prof. Dr. W. Eisenmenger, Univ.-Prof. Dr. A. Ekkernkamp, Dr. N. Felgenhauer, Dr. E.-J. Finke, Prof. Dr. J. Gardemann, Univ.-Prof. Dr. G. Germann, Dr. J. Helmerichs, PD Dr. R. Hentschel, Dr. S. Himmelseher, S. W. W. Ippisch, H. Jähngen, Univ.-Prof. Dr. Dr. A. S. Kekulé, Univ.-Prof. Dr. B.-R. Kern, Dr. W. Kirchinger, Dr. Chr. Kleber, Dr. S. Kohler, PD Dr. G. Matthes, Dr. A. Müller-Cyran, PD Dr. M. Müller, Univ.-Prof. Dr. Th. Nicolai, Dr. H.-R. Paschen, Dr. O. Peschel, Ltd. Med. Dir. a. D. Dr. S. Peters, Univ.-Prof. Dr. E. Pfenninger, A. Scheuermann, K. Schmiechen, Dr. U. Schneppenheim, J. Schreiber, Em. Prof. Dr. P. Sefrin, Dipl.-Chem. Dr. R. Spörri, Dipl.-Chem. R. Steffens, Pastor Dipl.-Theol. F. Waterstraat, Dr. J. W. Weidringer, Prof. Dr. W. Weiss, Univ.-Prof. Dr. Th. Zilker

Die Autoren geben an, frei von Interessenskonflikten zu sein.

Die Mitwirkung an diesem Buch erfolgte ehrenamtlich.

20

Daseinsvorsorge und Nothilfe bei Flüchtlingsbewegungen

J. Gardemann

20.1 Flüchtlingsbewegungen in Deutschland?

Auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland haben nach dem Ende der nationalsozialistischen Diktatur weit über 10 Millionen Deutsche nach Flucht, Vertreibung oder Aussiedlung eine bleibende Aufnahme gefunden. In der Administration von Daseinsvorsorge und Nothilfe bei Flüchtlingsbewegungen und in der Integration von Flüchtlingen bestehen hierzulande daher (noch) erhebliche leidhaft begründete Erfahrungen. Aber auch in heutiger Zeit haben vielfältige geologische und klimatische Ereignisse in unseren Nachbarländern, die Maueröffnung, der jahrelange kriegerische Balkankonflikt und die jüngsten terroristischen Anschläge und Anschlagversuche gezeigt, dass in Europa und auch auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland jederzeit Ereignisse denkbar sind, die erneut Anlass zu größeren Migrations- und Fluchtbewegungen bieten könnten. Technische oder terroristische Großschadenslagen, aber auch Naturereignisse wie die Sturmflut von Hamburg im Jahr 1962 sind als Auslöser für Inlandsbewegungen oder auch grenzüberschreitende Flucht größerer Bevölkerungsgruppen denkbar. Bei grenznahen Schadensereignissen wie den langfristigen Stromausfällen im Münsterland im Jahr 2005 hat sich bereits eine grenzüberschreitende Nothilfe und Daseinsfürsorge in der Praxis bewährt (Menski und Gardemann 2009). Deutschland könnte bei größeren Schadensereignissen erhebliche Binnenbewegungen erleben, aber auch Herkunfts- oder Aufnahmeland grenzüberschreitender Flüchtlingsströme werden.

20.2 Flüchtlinge und Flüchtlingshilfswerke weltweit

Unter Flüchtlingen versteht das Völkerrecht Personen, die sich im Streben nach einem sicheren Aufenthaltsort außerhalb der Grenzen ihres Heimatlandes befinden. Demgegenüber sind Inlandsvertriebene (internally dis-

placed people [IDP]) solche Menschen, die Zuflucht an einem Ort innerhalb ihres Heimatlandes gefunden haben. Die Genfer Flüchtlingskonvention vom 28. Juli 1951 unter ihrem offiziellen Titel „Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“ legt als völkerrechtliches Dokument zu Flüchtlingsstatus und Flüchtlingsrechten in Artikel 1 ihres ersten Kapitels verbindlich fest, dass ein Flüchtling jede Person ist, die sich zum Zwecke sicheren Aufenthaltes außerhalb ihres Heimatlandes befindet (UNHCR 2009a). Durch diese Definition wird die Überschreitung einer internationalen Grenze zur Voraussetzung einer Anerkennung als Flüchtling und damit zur Voraussetzung des vollen Schutzes durch das Flüchtlingsabkommen. Gleichzeitig bleibt aber der großen Gruppe der Binnenvertriebenen ein solcher völkerrechtlicher Schutzstatus verschlossen. Aufgrund der weltweit zunehmenden Zahl von Inlandsvertriebenen gibt es mittlerweile Bestrebungen mit dem Ziel, dass unter dem Oberbegriff der erzwungenen Migration beide Menschengruppen zusammengefasst und gleich behandelt werden (University of Oxford 2009).

Sowohl Flüchtlinge als auch Inlandsvertriebene sind Bevölkerungsgruppen mit erheblich erhöhten Gesundheitsrisiken. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nennt als bedeutsamste Bedrohung der Gesundheit von Menschen weltweit die Armut, den mangelhaften Zugang zu Gesundheitsinformationen und Gesundheitsleistungen sowie eine unsichere Lebenswelt (WHO 2008). Diese Unsicherheit der Lebensumstände kann durch natürliche oder von Menschen verursachte Katastrophen, aber auch durch militärische oder strukturelle Gewalt bedingt sein. Zahlreiche Menschen weltweit leben unter den Umständen einer solchermaßen unsicheren und damit gesundheits-schädigenden Umwelt. Hinter jeder Flucht vor Gewalt, Katastrophen und Unterversorgung ist daher zunächst immer auch eine persönliche Maßnahme gesundheitlicher Prävention für den Flüchtenden selbst oder seine Angehörigen zu sehen.

Flucht ist Prävention!

20.3 Ursachen erzwungener Migration

20.3.1 Derzeitige weltweite Fluchtbewegungen

Das Hochkommissariat für Flüchtlingsfragen der Vereinten Nationen (UNHCR) ist die UN-Organisation mit Zuständigkeit für Flüchtlingsbewegungen weltweit. Im Jahr 2009 lag die Gesamtzahl der von UNHCR zu betreuenden Menschen bei 42 Millionen (UNHCR 2009b). Innerhalb dieser Risikogruppe waren 40% internationale Flüchtlinge, 32% Binnenvertriebene und 11% staa-

tenlose Personen. Da es sich bei diesen Angaben um Schätzungen handelt, ist von einer noch größeren Anzahl weltweit auszugehen. Die Internationale Organisation für Migration (IOM) berichtete über 20 bis 30 Millionen irregulärer Migranten im Jahr 2008, 26 Millionen Binnenvertriebener sowie 11,4 Millionen internationaler Flüchtlinge weltweit im Jahr 2007 (IOM 2009). Auch nach dem Ende des Kalten Krieges mit seiner unmittelbaren und totalen Bedrohung aller menschlichen Existenz sind Gewalt und Gefährdung von Leben und Gesundheit weltweit keineswegs geringer geworden. Nach dem Rückzug der beiden Machtblöcke aus den ärmeren Ländern sind lokal begrenzte Kriege dort wieder möglich geworden, und der globale Verteilungskampf um die Ressourcen für die nähere Zukunft führt zu einer Neuauflage kolonialer Eroberungspolitik. Die schwindende Präsenz und Patenschaft der ehemaligen Schutzmächte begünstigt ein Auseinanderbrechen multiethnischer Staatsgebilde wie etwa auf dem Balkan und im afrikanischen Zwischenseengebiet. Neue Formen bewaffneter Auseinandersetzungen wie der endemische Krieg in Zentralafrika, der sich von Ruanda über den Kongo bis in den Tschad erstreckt, ethnisch und religiös motivierte Vertreibungen in der Balkanregion oder der internationale Terrorismus erweisen sich zunehmend als unvorhersehbar und mit den traditionellen Instrumenten des Völkerrechtes, der militärischen oder polizeilichen Intervention nicht mehr beherrschbar.

Aber auch im Bereich der Naturkatastrophen hat das vergangene Jahrzehnt die tägliche Bedrohung von Leben und Gesundheit großer Menschengruppen weltweit wiederholt schrecklich demonstriert. Immer deutlicher wird hierbei in den letzten Jahren, dass die früher so klare Unterscheidung zwischen natürlichen und von Menschen verursachten Katastrophen nicht mehr aufrechtzuerhalten ist. Naturereignisse wie Erdbeben und Überschwemmungen brechen zwar von ihrer physikalischen Ursache her in der Tat oft schicksalhaft über ihre Opfer herein, ihre fatalen Auswirkungen aber entfalten sie oft nur aufgrund korrupter und verfehlter Siedlungspolitik, Vertreibung, räumlicher Abdrängung und struktureller Gewalt gegenüber den unterdrückten Bevölkerungsanteilen, aufgrund unzureichender Bauvorschriften, rücksichtsloser Gewässerbereinigung oder globaler Klimaveränderungen. So werden aus Naturereignissen unter dem Einfluss von Menschen vielerorts zunehmend häufiger Naturkatastrophen. Auf zahlreichen Schauplätzen lang andauernder bewaffneter Konflikte ist schließlich die Naturgewalt in der Form von Dürre oder Flut sogar zu einem direkten Instrument kriegerischer Auseinandersetzung geworden. Bei einer sogenannten komplexen humanitären Katastrophe wie beispielsweise in Somalia schließlich kommt es oft unter unkontrollierbarer Gewaltausübung zum vollständigen Zusammenbruch und Verschwinden des wirtschaftlichen, sozialen und politischen Systems, zum „failing state“ (Fleck 1994). Unter solchen Umständen besteht kaum Hoffnung auf baldige Rückkehr zur Normalität, und

ausländische Hilfe stellt praktisch die einzige Form gesundheitlicher oder sozialer Daseinsvorsorge dar.

20.3.2 Derzeit in Deutschland befindliche Flüchtlinge

Patienten mit Migrationshintergrund, Asylsuchende und ethnische Minderheiten stellen sowohl im regulären Rettungsdienst als auch in der Katastrophenmedizin eine auch im Inland immer zu erwartende Patientengruppe mit besonderen Problemlagen und Bedürfnissen dar (Gardemann 2009). Innerhalb der großen Bevölkerungsgruppe ausländischer Herkunft bilden besonders die Personenkreise mit erzwungener Migration einen erheblichen Anteil, neben den Arbeitsmigranten der ersten Generation und ihren Familien sowie den aktuell als Arbeits- oder Bildungsmigranten hier lebenden Personen. Aufgrund ihrer jeweiligen Lebensgeschichte und ihrer aktuellen Lebensumstände sind auch in Deutschland in der Gruppe von Menschen mit erzwungenem Migrationshintergrund erhöhte gesundheitliche Risiken und eine geringere Inanspruchnahme von Angeboten der Prävention und Gesundheitshilfe anzunehmen. Schwerwiegende und nachhaltig wirksame gesundheitliche Beeinträchtigungen ziehen sich die Flüchtlinge dabei entweder aufgrund eigener Traumatisierung im Herkunftsland zu oder mittelbar über die traumatischen Erfahrungen der älteren Familienmitglieder. Die vielfältigen ausländerrechtlichen Kategorien erschweren aber beträchtlich eine einheitliche und systematische Berichterstattung über den Gesundheitszustand der Menschen, die die Bundesrepublik Deutschland zum Schutz ihrer Person oder ihrer Familien aufgesucht haben. Die Rechtsgrundlagen der Inobhutnahme Nichtdeutscher in Deutschland haben sich in den letzten Jahren grundlegend geändert. Die Zahl der Asylanträge betrug 1993 noch 322 599. Nach dem 01.07.1993 wurde der Artikel 16a mit seinen Einschränkungen wie der Drittstaatsregelung in das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland eingefügt. Aufgrund dieser rechtlichen Änderung bleiben für Flüchtlinge mit dem Zielland Bundesrepublik Deutschland eigentlich als Zugangswege nur noch die direkte Einreise mit Flugzeug oder Schiff oder aber der unerlaubte Grenzübergang. Die Zahl der Asylanträge sank bis 2004 auf 35 607, lediglich 960 Personen wurden vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) als asylberechtigt anerkannt (Duchrow und Spieß 2006).

Aufenthaltstitel gemäß AufenthG¹ regeln den Aufenthalt Nichtdeutscher in Deutschland. Als Aufenthaltstitel sind im AufenthG genannt: Visum, Aufenthaltserlaubnis und Niederlassungserlaubnis.

¹ Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I, S. 162), zuletzt geändert durch Artikel 4 Absatz 5 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I, S. 2437).

Die Duldung (§ 60a AufenthG) ist kein Aufenthaltstitel, sondern nur das offizielle Anerkenntnis, dass eine Person nicht abgeschoben werden kann. Als Konsequenzen für die Betroffenen bestehen Residenzpflicht, Leistungsbeschränkung gemäß AsylbLG² und nachrangiger Zugang zum Arbeitsmarkt. Mit dem AufenthG sollte die Praxis der Kettenduldungen abgeschafft werden; dieses Ziel wurde jedoch nicht erreicht. Somit wurde die Duldung erneut in das AufenthG aufgenommen (§ 60a).

In § 60 (1) AufenthG wird der Begriff der „Konventionsflüchtlinge“ geklärt, die im Zusammenhang mit der Genfer Flüchtlingskonvention (GK) einen Abschiebungsschutz („kleines Asyl“) genießen (früher § 51 AuslG³). Dieser Abschiebungsschutz von Flüchtlingen im Sinne der GK basiert auf dem völkerrechtlichen Grundsatz des „non-refoulement“, der vom Hochkommissariat der Vereinten Nationen (UNHCR) garantiert wird.

Am 31.12.2006 verteilte sich laut der bislang letzten Ausgabe des statistischen Jahrbuches für das Ausland die nichtdeutsche Bevölkerung in Deutschland auf die folgenden Aufenthaltstitel (Statistisches Bundesamt 2006):

- 651 000 Menschen besaßen einen befristeten und 2,2 Millionen Menschen einen zeitlich unbefristeten Aufenthaltstitel nach altem Recht gemäß Ausländergesetz von 1990
- 1,1 Millionen Menschen besaßen eine befristete Aufenthaltserlaubnis und 555 000 Menschen eine unbefristete Niederlassungserlaubnis nach neuem Recht gemäß Aufenthaltsgesetz von 2004
- etwa 1,3 Millionen Menschen lebten gemäß EU-Recht mit EU-Aufenthaltstitel in der Bundesrepublik Deutschland
- etwa 650 000 Menschen lebten unter Duldung, Aufenthaltsgestattung oder auch ohne Aufenthaltstitel in Deutschland

Angesichts der unübersichtlichen demografischen Angaben ist es nicht verwunderlich, dass selbst die Berichte der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration bislang keine wirklich verlässlichen und gesicherten Angaben zur gesundheitlichen Situation der Flüchtlinge enthalten konnten. Die derzeit noch sehr uneinheitliche ausländerrechtliche Kategorisierung der Flüchtlinge, ihre auch lebensgeschichtlich extreme Heterogenität, die hohe Fluktuationsrate sowie auch der nicht unbedeutende Anteil von Menschen ohne jeglichen gesicherten ausländerrechtlichen Status erschweren insgesamt eine bundesweite Übersicht über den Gesundheitszustand der Flüchtlinge. Die gesundheitliche Versorgung dieser Bevöl-

² Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I, S. 2022), zuletzt geändert durch Artikel 2e des Gesetzes vom 24. September 2008 (BGBl. I, S. 1856).

³ Ausländergesetz, seit 01.01.2005 durch das Aufenthaltsgesetz ersetzt.

kerungsgruppe in Deutschland ist zudem aufgrund der Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (§ 4 AsylBLG) deutlich eingeschränkt, und zwar auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Die medizinische Versorgung von Menschen ohne jeden ausländerrechtlichen Status in Deutschland („Illegalisierte“, „Papierlose“, „Clandestinen“) stellt ein großes individualmedizinisches, aber auch public-health-relevantes Problem dar und wird oft erst durch ehrenamtliche Betätigung von Angehörigen der Gesundheitsberufe gewährleistet (Flüchtlingsrat Berlin 2008).

20.4 In Deutschland denkbare Flüchtlingsbewegungen bei Krisen und Katastrophen

Zwar ist seit nunmehr 20 Jahren nicht mehr von direkten kriegerischen Auseinandersetzungen auf dem Boden der Bundesrepublik Deutschland auszugehen, dennoch könnten natürliche, technische oder terroristische Schadensereignisse auch hierzulande kaum steuerbare Fluchtbewegungen auslösen. Für die Organisation und Praxis der Nothilfeleistung und Daseinsicherung wäre zunächst eine sorgfältige völkerrechtliche Einschätzung der Situation unverzichtbar. Bei einer reinen Binnenmigration bleiben die nationalen Ordnungsbehörden federführend, während bei jeder grenzüberschreitenden Flüchtlingsbewegung die Vereinten Nationen und ihre Fachbehörden (UNHCR, WHO, OCHA [s. unten]) hinzutreten und die internationale Koordination der Hilfeleistung übernehmen könnten oder diese im Falle zusammengebrochener Staatsstrukturen („failing state“) übernehmen müssen. Besonders dem United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) kommt bei der internationalen humanitären Nothilfe eine federführende Rolle zu (OCHA 2009). Auch ein Land wie Deutschland, das sich in Fragen der internationalen Soforthilfe bislang eigentlich nur als Geberland definiert, könnte im Falle einer großen Katastrophe und Fluchtbewegung selbstverständlich mit der sofortigen Hilfe der internationalen Staatengemeinschaft rechnen, wie sie beispielsweise nach dem verheerenden Erdbeben im iranischen Bam 2003 oder nach der Tsunamikatastrophe von 2004 geleistet wurde. Jede ausländische medizinische Hilfeleistung hat sich an den lokal üblichen und vorgeschriebenen Therapiestandards zu orientieren, internationale Organisationen haben lokal herrschendes Gesundheitsrecht zu respektieren. Erst bei Fehlen angemessener nationaler Regelungen oder bei einem vollkommenen Zusammenbruch nationaler Ordnungsstrukturen werden die Standards der WHO oder des Sphere-Projekts zugrunde gelegt (The Sphere Project 2004).

Auch ein traditionelles „Geberland“ wie Deutschland könnte im Falle einer großen Katastrophe mit der sofortigen Hilfe der internationalen Staatengemeinschaft rechnen!

Die Erfahrung der ungenügend koordinierten internationalen Hilfe im afrikanischen Zwischenseengebiet nach dem Genozid in Ruanda hatte zur Intensivierung der Bemühungen namhafter international tätiger Hilfsorganisationen um Zusammenarbeit und Qualität geführt. Mit der Gründung des Sphere-Projekts wurde 1997 ein verbindlicher Rahmen normativer und technischer Standards für die internationale Nothilfe geschaffen. Zu den hier niedergelegten ethischen Fundamenten der Nothilfe zählen die völkerrechtlichen Grundsätze der Neutralität und Unparteilichkeit, die Verpflichtung zur Koordination aller Hilfsmaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse und Kompetenzen der Betroffenen sowie der Langzeitwirkungen auf die Lebensbedingungen und die künftigen Notfallressourcen der Hilfsempfänger (The Sphere Project 2004). Technische Leitlinien der Daseins- und Gesundheitsfürsorge in Katastrophen werden daneben kontinuierlich von der Weltgesundheitsorganisation und den Vereinten Nationen online auf den Internetseiten des Reliefweb⁴ und der Health Library for Disasters⁵ veröffentlicht (OCHA 2009, WHO/PAHO 2009).

In der Praxis der Nothilfe verfolgt das Konzept der angepassten Technologie („appropriate technology“) den Ansatz der Orientierung an den lokalen Standards und vermeidet technologische Abhängigkeit. Ein solches Vorgehen birgt aber die Gefahr in sich, dass Flüchtlinge in oder aus Mangelgebieten gesundheitlich unterversorgt bleiben, sodass jeweils eine vorsichtige Güterabwägung zwischen akutmedizinisch Machbarem und langfristig Leisbarem erforderlich wird (Razum und Gardemann 2006). Bei jeder Planung und Durchführung von Hilfsmaßnahmen stellt die frühzeitige Einbeziehung kompetenter Betroffener nicht nur eine kostensenkende Nutzung lokal vorhandenen Ressourcen dar, sondern fördert unmittelbar die Gesundheit der Opfer durch Stärkung des Kohärenzgefühls im Sinne des Salutogenesekonzeptes (Antonovsky 1987).

Als koordinierende Behörde treten bei Naturkatastrophen die jeweils landesrechtlich zuständigen Verwaltungsorgane auf, bei bewaffneten Konflikten oder Zusammenbruch staatlicher Ordnungsstrukturen („failing state“) muss diese Aufgabe nach den Genfer Völkerrechtsabkommen jeweils von der besetzenden Kriegsmacht oder von den Behörden der Vereinten Nationen

⁴ Siehe www.reliefweb.int.

⁵ Siehe <http://www.helid.desastres.net/>.

übernommen werden (OCHA 2009). Bei Fortbestehen nationaler Verwaltungs- und Ordnungsstrukturen bleiben alle ausländischen Hilfsaktivitäten natürlich in jedem Land der Erde, also auch in Deutschland, den lokal geltenden Regelungen und Gesetzen unterworfen. Das Koordinationsbüro der Vereinten Nationen für humanitäre Maßnahmen hat mittlerweile eine Vielzahl von Standards des Berichtswesens und der daseinssichernden Aktivitäten vorgelegt, um sicherzustellen, dass im Bereich der humanitären Nothilfe ein hoher Standard evidenzbasierten Handelns auf professionellem Niveau erreicht und gesichert wird (OCHA 2009). Neben Handlungsroutinen für den Notfall sind hier auch kritische epidemiologische Kennzahlen sowie ein standardisiertes Berichtswesen zur Qualitätssicherung vorgegeben.

20.4.1 Instrumente der Soforthilfe und Daseinssicherung für Flüchtlinge

Die gesetzlich anerkannten nationalen Hilfsgesellschaften Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Malteser-Hilfsdienst und Johanniter-Unfall-Hilfe sowie zahlreiche weitere national und international aktive deutsche Hilfsorganisationen würden umgehend die Organe der Gefahrenabwehr bei der notwendigen Versorgung größerer Flüchtlingsgruppen unterstützen. Die Federführung würde sich dabei nach den völkerrechtlichen Grundsätzen zu richten haben. Im Sinne eines zeitgemäßen Konzeptes des komplexen Hilfeleistungssystems, wie es vom DRK vorgeschlagen wurde, ist besonders angesichts möglicher Großschadenslagen die bisherige Trennung von Zivil- und Katastrophenschutz und von nationaler und internationaler Hilfe nicht mehr sinnvoll (DRK 2008). Besonders in der Betreuung großer Bevölkerungsgruppen in Flüchtlingssituationen verfügen gerade die ehrenamtlich tätigen Auslandshelfer der Hilfsorganisationen über unschätzbare Erfahrungen aus Realsituationen nach Natur- oder Gewaltkatastrophen.

20.4.2 Unterbringungsmöglichkeiten

Die Unterbringung wohnungslos gewordener Flüchtlingsgruppen sollte vornehmlich dezentral und in regulären Gebäuden erfolgen. Große Flüchtlingslager aus Behelfsbauten stellen immer die ungünstigste Unterbringungsmöglichkeit dar, da sich medizinische und psychologische Problemlagen dort kumulieren können und auch soziale Strukturen entstehen, die sich dem Zugriff der Ordnungsbehörden weitgehend entziehen, wie das Beispiel der großen Flüchtlingslager an den Grenzen Ruandas gezeigt hat.

Positive Erfahrungen gibt es andererseits mit der Betreuung von Flüchtlingen außerhalb von Lagern: In ländlichen Gebieten Guineas durften sich Flüchtlinge aus Nachbarländern frei niederlassen. Sie erhielten kostenlosen

Zugang zur normalen staatlichen Gesundheitsversorgung, die ihrerseits vom UNHCR und verschiedenen Hilfsorganisationen unterstützt wurde (Marx und Drame 1998). Diese Strategie trug zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung auch der Allgemeinbevölkerung bei.

Die Erfahrungen deutscher Kommunen mit der Unterbringung Asylsuchender in Kasernen und Fabrikhallen sprechen rückblickend ebenfalls eher für eine dezentrale Unterbringung. Dennoch wird es vorkommen, dass bei großflächiger Zerstörung von Wohnraum besonders in Erdbebengebieten fliegende Bauten die einzig erdbebensicheren Unterkünfte für große Bevölkerungsgruppen darstellen (Krieg und Gardemann 2009). Städtebauliche, hygienische und architektonische Standards für Siedlungen aus Behelfsbauten sind beispielsweise im Sphere-Project-Handbuch verbindlich auch für Deutschland festgelegt (The Sphere Project 2004).

20.4.3 Medizinische Daseinsicherung am Beispiel der Emergency Response Units des Roten Kreuzes

Humanitäre Soforthilfe oder Nothilfe wird als kurzfristige Maßnahme angesehen, um eine akute Unterversorgung im Bereich der Infrastruktur oder auf medizinischem Gebiet zu überbrücken. Humanitäre Nothilfe versteht sich dabei als professionelle Dienstleistung an ungewöhnlichem Ort. Die fachlichen und personalen Anforderungen unterscheiden sich daher prinzipiell nicht von der beruflichen Tätigkeit am Heimatort. Die Professionalität der humanitären Nothilfe stellt Ansprüche sowohl an die strukturelle Qualität der Organisation als auch an die fachliche und personale Qualifikation der einzelnen Hilfeleistenden. Das System der Emergency Response Units (ERU) der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften soll nachfolgend als ein mögliches Beispiel unter vielen für weltweit koordinierte und standardisierte Nothilfe für große Gruppen von Flüchtlingen und Opfern von Gewalt und Natur herangezogen werden.

Die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften (IFRC) wurde 1919 neben dem 1864 gegründeten Internationalen Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) mit dem erklärten Ziel der Nothilfe bei Naturkatastrophen oder der Flüchtlingshilfe in Drittländern außerhalb der Kampfzone geschaffen. Die IFRC ist heute weltweit die größte humanitäre Organisation und beruht auf dem Gedanken einer Solidargemeinschaft der mittlerweile über 180 nationalen Rotkreuz- oder Rothalbmondgesellschaften. Die Föderation unterhält mehr als 60 permanente Delegationen weltweit, um jederzeit gemäß ihrer Grundsätze der Humanität, Neutralität und Unparteilichkeit die notwen-

digen und geeigneten Maßnahmen der Soforthilfe einleiten zu können. Alle Aktivitäten der Nothilfe haben dabei zunächst die Sofortversorgung bedrohter Menschengruppen zum Ziel, andererseits gehört die nachhaltige Stärkung der lokalen Daseinsfürsorge und Gefahrenabwehr vom ersten Tag der Nothilfemaßnahme an zu den Zielsetzungen eines jeden Einsatzes (IFRC 2009).

Noch bis Anfang der 1990er-Jahre wurden für die internationale Nothilfe die organisatorischen Katastrophenschutzeinheiten der nationalen Rotkreuz- oder Rothalbmondgesellschaften entsandt. Die Erfahrungen nach dem Erdbeben in Armenien 1988 und bei der Flüchtlingsversorgung während des Golfkrieges 1991 vor dem Hintergrund einer grundlegend veränderten weltpolitischen Lage führten jedoch zu einem Umdenken in Richtung schnell verfügbarer kleinerer Soforthilfemodule gemäß eines weltweit festzulegenden technischen Standards. Es hatte sich nämlich immer wieder gezeigt, dass das benutzte Material technisch zu anspruchsvoll und dadurch auch zu störungsempfindlich und kostenintensiv war und sich für eine nachhaltige Eingliederung in lokale Einrichtungen am Einsatzort nicht eignete. Ebenso hatte die Entsendung größerer personeller Kontingente die ohnehin geschwächten Koordinationsstrukturen im Einsatzgebiet immer wieder zusätzlich belastet. Erstmals nach dem Genozid in Ruanda 1994 wurde daher in den Nachbarländern zur Versorgung der Flüchtlinge ein modularisiertes System kleiner und schnell verfügbarer Nothilfeeinheiten mit Erfolg eingesetzt. Dieses „Baukastensystem“ der Nothilfeeinheiten des Roten Kreuzes bekam bald den Namen „Emergency Response Units“ und hat sich seit nunmehr 15 Jahren an sehr vielen Schauplätzen weltweit bewährt.

Falls eine Natur- oder Gewaltkatastrophe die Möglichkeiten der jeweiligen nationalen Rotkreuz- oder Rothalbmondgesellschaft übersteigt, kann sich diese hilfesuchend an das Büro der Föderation (IFRC) in Genf wenden, von wo aus dann der solidarische Einsatz innerhalb der weltweiten Rotkreuzbewegung koordiniert wird. Eine weitere Möglichkeit ist die Anforderung zwischenstaatlicher Hilfe seitens der jeweiligen nationalen Regierungsbehörden betroffener Staaten. Als anerkannte nationale Hilfsgesellschaften können die Rotkreuz- oder Rothalbmondgesellschaften von den jeweiligen nationalen Regierungen um Auslandshilfe gebeten und entsprechend ausgestattet werden. So hat beispielsweise das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland in der Vergangenheit zahlreiche Auslandseinsätze des Deutschen Roten Kreuzes finanziell unterstützt.

Ein spezielles „Field Assessment and Coordination Team“ (FACT) aus sehr einsatzerfahrenen sowie im Berichtswesen und der Einsatzorganisation speziell geschulten Auslandsdelegierten wird von der Föderation unverzüglich zur Lageerkundung und Anforderung weiterer geeigneter Mittel in das

Schadensgebiet entsandt. Die Einheiten aus den weltweit vorhandenen und verfügbaren Beständen des Roten Kreuzes und Roten Halbmondes sind dann innerhalb von 36 bis 72 Stunden vor Ort und einsatzfähig. Das System der Emergency Response Units unterliegt einer fortlaufenden Evaluation und damit einem kontinuierlichen Anpassungsprozess an die sich verändernden Herausforderungen in der internationalen Nothilfe.

Als erste Grundbausteine des ERU-Systems entwickelte die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmondgesellschaften zwei medizinische Module, die in Europa flugfertig verpackt eingelagert sind und innerhalb 24 Stunden an jeden beliebigen Katastrophenort verbracht werden können, um dort für 4–5 Wochen völlig unabhängig und ohne logistische Unterstützung von außerhalb die medizinische Erstversorgung aufzunehmen. Von Anfang an arbeitet das Personal dieser Module mit der nationalen Rotkreuz- bzw. Rothalbmondgesellschaft zusammen und strebt eine Übergabe der Module an die lokalen Partner an. Nach Einsatzende verbleibt die Ausrüstung im Gastland, damit sie dort bei zukünftigen Katastrophen selbstständig eingesetzt werden kann. Diese beiden medizinischen Grundmodule sind die Basic Health Care Unit und das Referral Hospital (Munz et al. 2005). Die Basic Health Care Emergency Response Unit ist ein Modul zur notfallmäßigen Basisversorgung für 30 000 Menschen, das in insgesamt acht Zelten zu je 30 m² untergebracht ist, aber ebenso in bestehenden Gebäuden genutzt werden kann. Die Ausstattung besteht aus Ambulanz, Basislabor, Geburtshilfe, kleiner Chirurgie sowie 12 Überwachungsbetten. Diese ERU kann bei Bedarf in ein Cholera-Hospital, ein Feeding-Centre oder in eine Basis zur Massenimpfung umgewandelt werden. Die Ausstattung wird durch Generatoren, zwei geländegängige Fahrzeuge, Kommunikationseinrichtungen und die komplette Unterkunft für das Personal ergänzt. Die ERU ist nach Eintreffen vor Ort innerhalb von 24 Stunden einsetzbar und wird von einer Ärztin oder einem Arzt, zwei Krankenpflegepersonen oder Hebammen sowie zwei Technikern betrieben, die durch weitere zehn bis fünfzehn einheimische Fachleute komplettiert werden. Die Basic Health Care Emergency Response Unit kann immer als erste und schnell verfügbare Grundkomponente der humanitären Soforthilfe eingesetzt werden und ist modular den jeweiligen Erfordernissen vor Ort entsprechend erweiterbar.

Das ERU Referral Hospital wird zur notfallmäßigen stationären Krankenversorgung von etwa 200 000 Menschen eingesetzt und ebenfalls als Zelthospital vorgehalten. Die Ausstattung besteht aus einem OP-Zelt mit einem oder zwei Operationstischen, Labor, Röntgen, Kreißsaal und einer großen Ambulanz, die international auch als „outpatient department“ (OPD) bezeichnet wird. Für die stationäre Versorgung stehen 150 Betten in den Abteilungen Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Chirurgie zur Ver-

fügung. Auch hier wird die Ausstattung durch geländegängige Fahrzeuge, Generatoren, sanitäre Anlagen und Unterkunft für das Personal ergänzt. Das Hospital ist nach dem Eintreffen vor Ort etwa innerhalb von 48 Stunden einsatzbereit. Das internationale medizinische Team der Föderation für dieses Modul umfasst folgende fachärztliche Kompetenzen: Pädiatrie, Chirurgie, Anästhesiologie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Hinzu kommen acht Krankenpflegepersonen, eine Hebamme, eine medizinisch-technische Assistentin, eine Radiologieassistentin, fünf Techniker und drei Fachleute für Logistik und Verwaltung. Dieses Team wird durch 50–80 einheimische Kolleginnen und Kollegen komplettiert. Das ERU Referral Hospital wurde unter anderem nach dem Genozid in Ruanda, während der NATO-Angriffe auf Jugoslawien, nach dem Erdbeben im iranischen Bam und nach der Tsunami-Katastrophe eingesetzt und hat sich unter diesen schwierigsten Bedingungen bestens bewährt.

Aufgrund der weltweiten Präsenz nationaler Rotkreuz- oder Rothalbmondorganisationen ist eine sofortige enge Zusammenarbeit mit lokalen Kräften ebenso sichergestellt wie die Übergabe der Einrichtungen an die örtliche Partnerorganisation zur langfristigen weiteren eigenverantwortlichen Verwendung. Emergency Response Units sind sehr schnell weltweit mobilisierbare Einrichtungen der Gesundheits- und Daseinsvorsorge und stützen sich auf eine multidisziplinäre ehrenamtliche Personalreserve mit hoher beruflicher Grundqualifikation und spezifischer Fortbildung.

Ursprünglich waren fünf verschiedene Typen von Emergency Response Units für die verschiedenen Schadenslagen und Bedarfssituationen entwickelt worden: Water and Sanitation ERU, Basic Health Care ERU, Referral Hospital ERU, Logistics ERU und Telecommunication ERU. Aufgrund veränderter Rahmenbedingungen wurde die Trennung zwischen Einheiten der Daseinsvorsorge (Water and Sanitation) und Einheiten der Gesundheitsversorgung aufgegeben, stattdessen kam ein Schwerpunkt Hygiene-Promotion hinzu. Die Einheiten setzen sich heute aus Fachmodulen und unterstützenden Modulen zusammen, die sich aufteilen in Personalversorgung, Winterausrüstung, Verwaltungsausrüstung, Kommunikation, Infrastruktur und technische Unterstützung. Im Bereich der Trinkwasserversorgung und Hygienesicherung können verschieden große Module mittels Sedimentation und/oder Filtration sowie chemischer Nachbehandlung Trinkwasser gemäß Sphere-Standard bereitstellen und die Grundhygiene für große Bevölkerungsgruppen sicherstellen und fördern.

Durch die sofortige Einbindung lokalen Gesundheitspersonals am Einsatzort und durch enge Kontakte zu lokalen Behörden und Dienststellen der öffentlichen Gesundheitspflege auf den verschiedenen Verwaltungsebenen

ist sichergestellt, dass die am jeweiligen Einsatzort geltenden Rechtsgrundlagen, Therapieschemata sowie Meldepflichten beachtet und angewendet werden. Die tägliche Krankenhausstatistik dient neben der eigenen Leistungsbeschreibung in erster Linie der Qualitätssicherung und der frühzeitigen Ermittlung epidemiologisch bedeutsamer Ereignisse im Sinne eines Frühwarnsystems und Ausbruchsmonitorings (Munz et al. 2005).

20.4.4 Beispiel der Flüchtlingshilfe in einem Industrieland

Ein aktuelles Beispiel für den Einsatz des mobilen Zeltkrankenhauses in einem industrialisierten Land ist die Situation in der chinesischen Provinz Sichuan nach dem verheerenden Erdbeben vom 12. Mai 2008: Aufgrund bilateraler Vereinbarungen zwischen dem Chinesischen und dem Deutschen Roten Kreuz unter Beteiligung der jeweiligen Regierungen konnte am 22. Mai 2008 ein Frachtflugzeug mit dem kompletten Feldhospital einschließlich zweier Geländewagen vom Flughafen Berlin-Schönefeld aus in die Provinzhauptstadt Chengdu aufbrechen. Insgesamt zwölf ehrenamtliche Auslandsdelegierte mit überwiegend technischem oder administrativem Tätigkeitsschwerpunkt begleiteten das Material bis in den Bestimmungsort Dujiangyen, etwa 60 km westlich der Stadt Chengdu. Hier sollte das Zelthospital das zerstörte Volkskrankenhaus Nr. 1 ersetzen, um die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung im Umkreis von Dujiangyen bis zur Erstellung eines neuen Krankenhausgebäudes sicherzustellen. Im Einsatzland China konnte problemlos umfangreiche pharmazeutische und medizintechnische Zusatzausrüstung durch Spenden oder Zukauf nachbeschafft werden, da sich sehr schnell erwies, dass die medizinische Basisausstattung des mobilen Krankenhauses nicht ganz dem allgemeinen Versorgungsstandard in China gerecht werden konnte, da hier besonders häufig auch chronisch Kranke und unter Dauermedikation stehende Patienten zu versorgen waren. Dieses umfangreiche Nothilfeprojekt des Deutschen Roten Kreuzes in der chinesischen Provinz Sichuan wurde vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland finanziell unterstützt und hatte neben seiner humanitären Zielsetzung zweifellos auch eine erhebliche politische Wirkung. So besuchte der Gesundheitsminister der Volksrepublik China das Zeltkrankenhaus kurz nach dessen Inbetriebnahme, und eine Abordnung der Auslandsdelegierten wurde vom chinesischen Außenminister empfangen. Die Akzeptanz der ausländischen Hilfe in China bei Betroffenen, einheimischem Gesundheitspersonal, Regierung und Behörden wurde dabei ganz wesentlich durch die Ankündigung eines frühzeitigen Rückzuges der ausländischen Delegierten unmittelbar nach der Aufbau- und Einarbeitungsphase gefördert. So konnte das Zeltkrankenhaus des Deutschen Roten Kreuzes bereits am 15. Juni 2008 in Anwesenheit des deutschen Bundesaußenministers komplett an das Chine-

sische Rote Kreuz übergeben und für die Zeit nach der Nutzung als Ersatzkrankenhaus von Duijanyen dauerhaft in die Katastrophenvorsorge der Volksrepublik China übernommen werden. Dieser einsatztaktische Erfolg war nur aufgrund der engen Kooperation zwischen deutscher und chinesischer Rotkreuzgesellschaft und zwischen deutschen und chinesischen Behörden sowie aufgrund der strikten Wahrung des Neutralitätsprinzips möglich. Öffentliche Äußerungen zum völkerrechtlichen Status und zur aktuellen Situation Tibets beispielsweise hätten dem Neutralitätsprinzip widersprochen und den Erfolg des Einsatzes in Frage gestellt. Der zeitlich sehr kurzfristige Einsatz der deutschen Auslandsdelegierten in China kann abschließend als Indikator für eine erfolgreiche und schnelle Übergabe des gelieferten Hilfsmaterials zur ausschließlichen und nachhaltigen Nutzung durch lokale Kräfte im Rahmen eines bilateralen Nothilfprojektes gewertet werden.

Für Fragen zu Daseinsvorsorge und Nothilfe bei Flüchtlingsbewegungen sollten die Verantwortlichen der Gefahrenabwehr die Auslandsdelegierten der internationalen Hilfsorganisationen mit ihren umfangreichen Realerfahrungen zu Rate ziehen.

Literatur

Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health; How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

Deutsches Rotes Kreuz (DRK). *Das komplexe Hilfeleistungssystem des Deutschen Roten Kreuzes bei Großschadensereignissen und Katastrophen*. Berlin: DRK; 2008. Online verfügbar unter: http://www.lv-westfalen-lippe.drk.de/download/DRK-Strategie_KHS_Version_1.pdf [letzter Zugriff: 16.09.2009].

Duchrow J, Spieß K. *Flüchtlings- und Asylrecht; mit dem neuen Zuwanderungsgesetz und den europäischen Regelungen*. 2. Aufl. München: dtv-Beck; 2006.

Fleck D, Hrsg. *Handbuch des humanitären Völkerrechts in bewaffneten Konflikten*. München: C. H. Beck; 1994.

Flüchtlingsrat Berlin. *Medizinische Versorgung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus*. Berlin: Flüchtlingsrat Berlin e. V.; 2008. Online verfügbar unter: <http://www.fluechtlingsrat-berlin.de/akmedizin.php> [letzter Zugriff: 12.11.2008].

Gardemann J. Soziale Lage und Gesundheit: Zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. 2002; 45: 889–893.

Gardemann J. Begutachtung von erkrankten Flüchtlingen zur Frage ihrer Krankheit als Abschiebehindernis. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Hrsg. Gesundheit und Integration – Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration; 2006. 44–53.

Gardemann J. Patienten mit Migrationshintergrund, Asylsuchende und ethnische Minderheiten. In: Madler C, Jauch KW, Werdan K, Siegrist J, Pajonk FG, Hrsg. Akutmedizin – Die ersten 24 Stunden. Das NAW-Buch. 4. Aufl. München, Jena: Elsevier Urban & Fischer; 2009. 1049–1057.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). Disaster management. Preparing for disasters. Emergency response Units (ERUs). Geneva: IFRC; 2009. Online verfügbar unter: <http://www.ifrc.org/what/disasters/responding/drs/tools/eru.asp> [letzter Zugriff: 16.09.2009].

International Organization for Migration (IOM). Global Estimates and Trends. Geneva: IOM; 2009. Online verfügbar unter: <http://www.iom.int/jahia/jahia/about-migration/facts-and-figures/global-estimates-and-trends> [letzter Zugriff: 16.09.2009].

Krieg CM, Gardemann J. A record of morbidity and medical request profiles in international humanitarian aid, taking the earthquake in BAM in Iran in 2003 as an example. Journal of Public Health 2009; 17: 97–106.

Marx M, Drame ML. Refugee-assistance programme in Guinea. Lancet 1998; 352: 327.

Menski U, Gardemann J. Schneechaos und Stromausfall im Münsterland vom November und Dezember 2005: Auswirkungen auf den Ernährungs- und Gesundheitssektor sowie die private Katastrophenvorsorge und Bevorratung. Gesundheitswesen 2009; 71: 349–350.

Munz R, Moch T, Gardemann J. Nach dem Erdbeben im Iran: „Alltagsmedizin“ hat Vorrang. Daten der Rotkreuz- und Rothalbmondföderation zufolge ist die chirurgische Akuthilfe am Katastrophenort weniger gefragt. Deutsches Ärzteblatt 2005; 102 (7): A410–412.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). 2009. Online verfügbar unter: <http://ochaonline.un.org/> [letzter Zugriff: 16.09.2009].

Razum O, Gardemann J, Will B. Nothilfe versus Entwicklungszusammenarbeit. In: Razum O, Zeeb H, Laaser U, Hrsg. Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit; eine international vergleichende Einführung in Public Health. Bern: Hans Huber; 2006. 327–332.

Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2006 für das Ausland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2006. Online verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/vollanzeige.csp?CSPCHDx=00000000000000&ID=1019210&cm> [letzter Zugriff: 04.01.2008].

The Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in disaster response. Oxford: Oxfam Publishing; 2004.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). The 1951 Refugee Convention. Geneva: UNHCR; 2009a. Online verfügbar unter: <http://www.unhcr.org/pages/49da0e466.html> [letzter Zugriff: 16.09.2009].

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). UNHCR annual report shows 42 million people uprooted worldwide. Geneva: UNHCR; 2009b. Online verfügbar unter: <http://www.unhcr.org/4a2fd52412d.html> [letzter Zugriff: 16.09.2009].

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Reliefweb. Geneva: UNHCR; 2009c. Online verfügbar unter: <http://www.reliefweb.int/rw/dbc.nsf/doc100?OpenForm> [letzter Zugriff: 16.09.2009].

University of Oxford. Forced migration online. Oxford: University of Oxford; 2009. Online verfügbar unter: <http://www.forcedmigration.org/> [letzter Zugriff: 16.09.2009].

World Health Organization (WHO). 10 facts on adolescent health. Geneva: WHO; 2008. Online verfügbar unter: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html [letzter Zugriff: 16.09.2009].

World Health Organization/Pan American Health Organization (WHO/PAHO). Health library for disasters. WHO/PAHO; 2009. Online verfügbar unter: <http://www.helid.desastres.net/> [letzter Zugriff: 16.09.2009].