

**Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Bundeswehr-
krankenhaus Ulm**

Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm

Ltd. Arzt: Roland Schmidt, Prof. Dr. med.

**Deutsche humanitäre Hilfsorganisationen und der Zentrale
Sanitätsdienst der Bundeswehr im Vergleich – Darstellung von
Leistungsdaten der Einsatzstrukturen**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von

Johannes Kersten

geboren in Gera

2016

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Christian Willy

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Claus-Martin Muth

Tag der Promotion: 14.07.2017

Gliederung

Abkürzungsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Material und Methoden	6
2.1 Auswahl der Organisationen	6
2.2 Untersuchungskriterien.....	8
2.3 Datengewinnung.....	10
2.3.1 Literaturrecherche.....	10
2.3.2 Interviews.....	11
2.3.3 Besichtigungen von Übungen	13
2.3 Auswertung	14
3. Ergebnisse.....	18
3.1 Historie und Grobstruktur.....	18
3.1.1 Sanitätsdienst der Bundeswehr.....	18
3.1.2 Deutsches Rotes Kreuz	21
3.1.3 Johanniter-Unfall-Hilfe.....	23
3.1.4 Caritas international.....	24
3.2 Vergleichende Darstellung der Organisationen.....	26
3.2.1 Einsatzphilosophien und Mandate.....	26
3.2.2 Einsatzsysteme	27
3.2.3 Kapazitäten.....	29
3.2.4 Fachärztliche Kompetenzen.....	32
3.2.5 Bettenschlüssel	34
3.2.6 Verlegebereitschaft und Lagerung	36
3.2.7 Zeit bis zur Einsatzfähigkeit/Aufbauzeit	38
3.2.8 Eigene Strom- und Wasserversorgung.....	40
3.2.9 Diagnostische Methoden.....	42
3.2.10 Transportkapazitäten.....	44
3.2.11 Nachschubversorgung	45
3.2.12 Kommunikationsmittel im Einsatzland	47
3.2.13 Häufigkeit des Einsatzes eines medizinischen Systems	48
3.2.14 Personalschulung	49
3.3 Auswertung der Studien, Textquellen und Interviews.....	53
4. Diskussion	59
4.1 Diskussion des methodischen Ansatzes zum Vergleich der Organisationen	59
4.2 Diskussion der Studien zum Meinungsbild zu Armeen in der medizinischen	

Katastrophenhilfe	64
4.3 Fazit	68
5. Zusammenfassung.....	72
6. Literaturverzeichnis.....	74
Anhang	

Abkürzungsverzeichnis

AKNZ	Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz
Ci	Caritas international
DGWMP	Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DZI	Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen
Euratom	Europäische Atomgesellschaft
GO	Governmental Organization (Regierungsorganisation)
IGO	Intergovernmental Organization
ICRC	International Committee of the Red Cross
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
JUH	Johanniter-Unfall-Hilfe
LLRZ	Luftlanderrettungszentrum
LLRZ, le	Luftlanderrettungszentrum leicht
MERZ	Marineeinsatzrettungszentrum
NATO	North Atlantic Treaty Organization
NGO	Nongovernmental Organization (Nichtregierungsorganisation)
s.	siehe
SCHR	Steering Committee for Humanitarian Response
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (Flücht- lingshilfswerk der Vereinten Nationen)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Verein- ten Nationen)
UN OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
VENRO	Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe Deut- scher Nichtregierungsorganisationen
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

„Die Sonne des 25. Juni beleuchtet eine der schrecklichsten Schauspiele, das sich erdenken lässt. Das Schlachtfeld ist allerorten bedeckt mit Leichen von Menschen und Pferden. In den Straßen, Gräben, Bächen, Gebüsch und Wiesen, überall liegen Tote und die Umgebung von Solferino ist im wahren Sinne des Wortes mit Leichen übersät. Die Felder sind verwüstet, Getreide und Mais sind niedergetreten, die Hecke zerstört, die Zäune niedergerissen, weithin trifft man überall auf Blutlachen [...].“

Aus: Henry Dunant „Eine Erinnerung an Solferino“ (1862)

Seit jeher werden Menschen durch Naturkatastrophen geplagt. Aber viel zu oft sind Not und Elend auch direkt durch Menschen verursacht, wie durch Krieg, gewaltsam ausgetragene Krisen und Konflikte. Henry Dunant (1828-1910) beschreibt in seinem Buch „Eine Erinnerung an Solferino“ sehr eindrücklich, welche Auswirkungen eine Katastrophe auf einen Menschen haben kann. Ihn selbst hat diese eine Schlacht bei Solferino vom 24. Juni 1859 dazu bewegt, sich zeitlebens der Organisation der Verwundetenpflege anzunehmen. Dunant hat hier einen Grundstein für die moderne humanitäre Hilfe gelegt, die seitdem über die Jahre hinweg in ihren Organisationsstrukturen eine intensive Entwicklung vollzogen hat. Bevor jedoch hierauf näher eingegangen werden kann, stellt sich zunächst die Frage, was „humanitäre Hilfe“ überhaupt bedeutet und welche Kriterien erfüllt sein müssen, dass sich eine erbrachte Leistung humanitär nennen darf. In den sogenannten Oslo Guidelines wird „humanitäre Hilfe“ folgendermaßen definiert:

„Humanitarian assistance is aid to an affected population that seeks, as its primary purpose, to save lives and alleviate suffering of a crisis-affected population. Humanitarian assistance must be provided in accordance with the basic humanitarian principles of humanity, impartiality and neutrality.

[...]

Humanity: Human suffering must be addressed wherever it is found, with particular attention to the most vulnerable in the population, such as children, women and the elderly. The dignity and rights of all victims must be respected and protected.

Neutrality: Humanitarian assistance must be provided without engaging in hostilities or taking sides in controversies of a political, religious or ideological nature.

Impartiality: Humanitarian assistance must be provided without discriminating as to ethnic origin, gender, nationality, political opinions, race or religion. Relief of the suffering must be guided solely by needs and priority must be given to the most urgent cases of distress.“ [41]

Heutzutage gibt es eine schier unüberschaubare Anzahl an Hilfsorganisationen, die diesen drei Grundprinzipien der humanitären Hilfe - Menschlichkeit, Neutralität und Unparteilichkeit - zu entsprechen gedenken. Allein in Deutschland sind es längst mehr als 200. [15] Bei humanitären Hilfsorganisationen werden die sogenannten Nichtregierungsorganisationen (non-governmental organizations, kurz: NGO), die Regierungsorganisationen (governmental organizations, kurz: GO), und die Zwischenstaatlichen Organisationen (intergovernmental organizations, kurz: IGO) unterschieden. NGOs sind hierbei die zahlenmäßig häufigsten. Zu ihnen zählen private Körperschaften (v.a. Vereine) wie Ärzte ohne Grenzen oder Caritas international (Ci). GOs sind staatliche Einrichtungen, die aus Steuermitteln finanziert werden, wie z.B. das Technische Hilfswerk oder die Bundeswehr. Die Zwischenstaatlichen Organisationen letztendlich sind von Staatenverbänden wie den Vereinten Nationen gegründete und finanzierte Einrichtungen. Zu ihren bekanntesten Vertretern gehört z.B. das Flüchtlingshilfswerk oder das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNHCR und UNICEF). [7; 33; 39; 48] In einer Katastrophensituation sind häufig NGOs, GOs und IGOs auf engem Raum und in enger Kooperation nebeneinander aktiv. [33; 39; 43; 48]

Häufig sind humanitäre Hilfsorganisationen untereinander durch Zusammenschlüsse zu Dachorganisationen, durch gemeinsame Maximen oder durch Fachausschüsse verbunden, so dass ein dichtes, recht kompliziertes, aber gut funktionierendes Netzwerk entsteht, das weltweit agieren kann, jedoch häufig nicht mehr für den einzelnen durchschaubar ist. Die Komplexität dieser Netzwerkstrukturen mit seinen vielen Einflussfaktoren ist teilweise selbst für den auf diesem Gebiet arbeitenden Fachmann schwer fassbar. Eine kontinuierliche Aus- und Weiterbildung und In-Übung-Haltung des Personales und Weiterentwicklung von Struktur und Material sind notwendig, um in der heutigen Zeit humanitäre Hilfe leisten zu können, die den hoch gesteckten Maximen und Qualitätsstandards entspricht, die die Organisationen selbst definiert haben [22; 31; 37; 39; 40; 43; 44]. Entsprechend geht die Entwicklung auch mehr und mehr hin zur Professionalisierung, so dass mittlerweile schon an vielen Hochschulen und Universitäten Studiengänge wie „humanitäre Hilfe“ angeboten werden [28; 44].

Jedoch sind nicht nur die Projekt-Retrospektive und die Professionalisierung in der humanitären Hilfe wichtig, sondern auch, dass jeder, auch wenn er nicht hauptamtlich in der humanitären Hilfe beschäftigt ist, informiert wird, wo letztendlich seine Spendengelder landen. Preise für eine hohe Transparenz oder das Spendensiegel sind sicherlich ein guter Schritt in die Richtung. [15; 16]

Aus dem pluralistischen Bild der humanitären Hilfe ergeben sich Chancen und Probleme.

Nahezu jede Hilfsorganisation ist heutzutage nur noch auf einzelne Teilaspekte der humanitären Hilfe spezialisiert und eben diese Spezialisierung erlaubt den effektiven Einsatz von finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen bei z.B. der Sanitär- oder der Nahrungsmittelversorgung einer betroffenen Bevölkerung. [15; 39] Diese Spezialisierung macht durchaus Sinn, wie Telford et al. verdeutlichen: *„Agencies sometimes operate outside their area of competence. Médecins Sans Frontières (MSF), for instance, which is widely recognized as a highly proficient emergency medical agency, was less than competent when it wandered into supporting the recovery of fisheries in Aceh. Boats it bought were made of green wood and were unusable.“* [39]

Durch das Nebenher vieler Organisationen in einem Katastrophen- oder Krisengebiet kann es zu Redundanzen aber auch zu Lücken in der Versorgung kommen. So würde z.B. ein Überangebot an Feldkrankenhäusern wichtige Gelder binden und andere wichtige Bereiche der humanitären Hilfe können auf diese Art vernachlässigt werden. [22; 24; 39; 43] Um eben solche Redundanzen zu vermeiden und genau dort so zu sein, wo und wie man gebraucht wird, bedarf es vielseitiger Absprachen auf allen Ebenen bis hin zur organisationsübergreifenden Koordination, wie sie z.B. auf UN-Ebene über das Amt für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten bei den Vereinten Nationen (UN OCHA) geregelt ist. [2; 39; 43]

Eine GO, die sich bereits seit mehreren Jahrzehnten international in der humanitären Hilfe betätigt, ist die deutsche Bundeswehr. Seit 1961 ist sie Hilfsleister nach Katastrophenfällen weltweit. Trotz des humanitär intendierten Auftrages bei den Einsätzen gehen jedoch die Meinungen, vor allem von NGOs, über den Einsatz militärischer Kräfte für rein humanitäre Zwecke sehr weit auseinander. Fachliche Kompetenz, Organisationsvermögen und Ressourcen für den Einsatz bei Katastrophen werden der Bundeswehr zweifelsfrei zugebilligt. Doch wird häufig aus prinzipiellen Erwägungen heraus angezweifelt, dass das deutsche Militär (Soldaten) überhaupt als humanitärer Akteur tätig werden kann und darf. [19; 21; 24; 34; 36; 38] Offiziell ist der Stellenwert der möglichen Hilfe durch die Bundeswehr dem Subsidiaritätsprinzip folgend im Bericht der Bundesregierung über die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland 2002 bis 2005 „geklärt“. Hier heißt es: *„Hilfeleistungen der Bundeswehr werden bei Naturkatastrophen und besonders schweren Unglücksfällen im Ausland auf der Grundlage politischer Entscheidungen erbracht. Sie sind subsidiär, d.h. sie kommen nur zum Tragen, soweit nicht zivile Hilfsorganisationen dieselbe Leistung ebenfalls erbringen können.“* [4] Bei den schweren Katastrophenfällen im Ausland drängt jedoch die Zeit und politische Entscheidungen über mögliche Hilfeleistungen der Bundeswehr sollten möglichst zeitnah erfolgen.

Die offensichtliche Schwierigkeit bei diesen Entscheidungen zeigte sich bei den Überlegungen zum Einsatz der Bundeswehr bei den Naturkatastrophen nach dem Tsunami 2004 in Indonesien und nach dem Erdbeben 2010 in Haiti.

Nach dem Seebeben und dem darauffolgenden Tsunami am 26. Dezember 2004 war relativ schnell klar, dass es sich um eine Naturkatastrophe großen Ausmaßes mit einer hohen Anzahl an Toten und Verletzten handeln würde. So wurden bereits am 28. Dezember im Auftrag des Bundesministeriums der Verteidigung Truppen des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr (im Speziellen des Kommandos Schnelle Einsatzkräfte Sanitätsdienst) alarmiert. Am 05. Januar 2005 – acht Tage später – wurden die Truppenteile samt Ausrüstung nach Indonesien geflogen.

Obwohl es auch durch das Erdbeben in Haiti am 12. Januar 2010 zu einem hohen Aufkommen an Toten und Verletzten kam und die Infrastruktur des Landes weitgehend zerstört war, hat sich die Bundesregierung letzten Endes nicht zu einem Hilfseinsatz der Bundeswehr entschlossen. Noch am 14. Januar wurden Hilfen durch die Bundeswehr durch den damaligen Bundesminister der Verteidigung zu Guttenberg noch zugesichert. Am 19. Januar gab es ein Treffen des Koordinierungsausschusses Humanitäre Hilfe, dem eine Reihe von Hilfsorganisationen beiwohnten. Im Rahmen dieses Ausschusses waren die Priorisierungen in den Hilfeleistungen seitens der Bundesregierung zu Gunsten finanzieller Hilfen verschoben.

Eine definitive Begründung für oder wider einen Bundeswehreinsatz wurde in beiden Fällen nicht gegeben.

Vor dem Hintergrund dieser beiden diskrepanten Entscheidungen entstand das Interesse, das Leistungsspektrum für rein humanitäre Leistungen des Deutschen Sanitätsdienstes darzustellen und zum besseren Verständnis hierbei auch das der zivilen Hilfsorganisationen mit aufzuführen. Ebenfalls interessierte in diesem Zusammenhang der potentielle finanzielle Aufwand der im Falle eines humanitären Einsatzes von Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr zu Lasten der Solidargemeinschaft entstehen würde.

Überlegungen dieser Art waren bisher weder im Inland noch im Ausland angestellt worden. Basis der Erörterung sollte eine Analyse der vielfältigen Arbeitsweisen ausgewählter ziviler Hilfsorganisationen in der medizinischen Katastrophenhilfe und die der Bundeswehr sein. Ausgewählt wurden aufgrund ihrer Bedeutung innerhalb der BRD das Deutsche Rote Kreuz (DRK), die Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH) und Caritas international.

Ziel dieser deskriptiven Studie ist, anhand objektivierbarer Kriterien die Leistungsfähigkeit des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr und der humanitären Hilfsorganisationen bei der medizinischen Akutversorgung einer Bevölkerung nach einem Katastrophenfall darzustellen. Hierzu sollen interdisziplinär katastrophenmedizinische, gesundheitsökonomische und Aspekte des „public health“ bedacht werden. Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

1. Ist der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr in Struktur, Personal und Material dazu befähigt, in der medizinischen humanitären Hilfe nach Naturkatastrophen Unterstützung bzw. Ergänzung für humanitäre Hilfsorganisationen zu sein?
2. Inwieweit ist es gesellschaftlich, politisch oder von Seiten der NGOs gebilligt oder auch erwünscht, dass der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr medizinische humanitäre Hilfe nach Naturkatastrophen erbringt?

2. Material und Methoden

2.1 Auswahl der Organisationen

Um die Anzahl der Organisationen überschaubar zu halten, blieb die Auswahl auf den deutschen Raum beschränkt. Zwar ist ein namhafter Spieler auf dem humanitären Feld immer auch in ein internationales Netzwerk und eine internationale Kopforganisation eingebunden, doch sollte der wesentliche Anteil an Führung und Durchführung von Deutschland aus gestaltet werden.

Eine weitere Überlegung, die zur Eingrenzung der über 200 deutschen Hilfsorganisationen führte, war, dass vor allem große Organisationen mit einem entsprechend großen Auslandsbudget und einer regelhaften Beteiligung an der internationalen Katastrophenbekämpfung Beachtung finden sollten. Durch dieses Kriterium wurden kleine Organisationen mit häufig auch geringerer Auslandserfahrung bereits herausgefiltert.

Weiterhin sollte die Katastrophenhilfe der humanitären Hilfsorganisationen auch oder vor allem medizinischer Natur sein. Dieser Punkt schränkte die Zahl möglicher ziviler Einrichtungen wesentlich ein, da heutzutage, wie eingangs schon erwähnt, viele NGOs auf bestimmte Teile der humanitären Hilfe, wie Ernährung, Wasser, Sanitär oder Unterkünfte für die betroffene Bevölkerung spezialisiert sind und die medizinische Hilfe anderen Organisationen überlassen. [15; 39]

Sukzessive wurden so aus der großen Fülle der Organisationen zehn selektiert, von denen schließlich im Gespräch mit dem Leiter der Konsiliargruppe Chirurgie, Oberstarzt Prof. Dr. Willy, und dem Chirurgischen Einsatzplaner, Oberfeldarzt Dr. Huschitt (beide Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr) sowie in enger Absprache mit Prof. Dr. Domres (Deutsches Institut für Katastrophenmedizin, Tübingen) nur noch fünf Organisationen neben dem Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr ausgewählt wurden. Diese schienen aufgrund ihrer Größe, finanziellen Ausstattung, Spezialisierung und Art und Umfang bisheriger Einsätze am ehesten im Rahmen einer Studie darstellbar:

- Deutsches Rotes Kreuz
- Ärzte ohne Grenzen
- Diakonie Katastrophenhilfe
- Caritas international
- Johanniter-Unfall-Hilfe
- Malteser Hilfsdienst

Diese Zahl musste im Verlauf noch weiter reduziert werden, da die Diakonie Katastrophenhilfe und der Malteser Hilfsdienst nicht teilnehmen wollten. Ihre Unterstützung auf medizinischem Gebiet sei zu begrenzt, um Beachtung in dieser Darstellung zu finden. Ärzte ohne Grenzen konnte ebenso nicht einbezogen werden, da sie keinerlei Daten zur Verfügung stellen wollten. Darüber hinaus bestünde keinerlei Interesse an den Ergebnissen der Studie.

Letztendlich blieben die zu betrachtenden humanitären Hilfsorganisationen auf folgende drei zuzüglich zum Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr begrenzt:

- Deutsches Rotes Kreuz
- Johanniter-Unfall-Hilfe
- Caritas international

Das Deutsche Rote Kreuz ist eine der größten, wenn nicht die größte humanitäre Hilfsorganisation Deutschlands, die in ihrer Wirkungsgeschichte bis zurück auf das eingangs erwähnte Komitee der Hilfsgesellschaften für die Verwundetenpflege zurückgeht. [7; 14; 31] Mit seinen verschiedenen modularen medizinischen Einsatzsystemen und seiner hohen Einsatzfrequentierung stellt es ein ideales Beispiel für eine große medizinische Hilfsorganisation dar. Die Johanniter-Unfall-Hilfe ist ein Akteur in der humanitären Hilfe, der mit seiner Mobilen Arztgruppe über ein standardisiertes System verfügt, das in den letzten Jahren häufig schon im Einsatz war. [10] Die Johanniter-Unfall-Hilfe stellt in der Größe des Personalpools (etwa 170 geschulte Katastrophenhelfer) und des Materials einen mittelgroßen medizinischen Hilfsleister dar.

Caritas international betreibt medizinische Katastrophenhilfe nur als Ergänzung zu seinen eigentlichen Leistungsschwerpunkten wie Nahrungsmittelhilfe, Erstversorgung, Übergangshilfe und auch psychosoziale Hilfe. [3; 8; 15] Wo es medizinische humanitäre Hilfe leistet, arbeitet es eng mit dem Missionsärztlichen Institut in Würzburg zusammen. Als somit eher kleinerer Akteur in der medizinischen Katastrophenhilfe muss es ganz anders arbeiten als die vorherigen zwei Organisationen.

Mit der Begrenzung auf diese drei Hilfsorganisationen neben dem Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr kann zwar kein umfassendes Bild der großen deutschen humanitären Hilfsorganisationen gegeben werden, sie ermöglicht dennoch einen übersichtlichen Einblick in die verschiedenen Herangehensweisen von unterschiedlich großen und verschieden mandatierten Organisationen in der medizinischen Katastrophenhilfe.

2.2 Untersuchungskriterien

Auf der Suche nach grundlegenden Kriterien für die Arbeit in der internationalen medizinischen Katastrophenhilfe konnte nicht auf Vorarbeiten in diesem Gebiet zurückgegriffen werden. Daher wurde die Einsatzerfahrung folgender Personen genutzt und in Einzelgesprächen ein allgemeiner Konsens herausgefiltert:

- Prof. Dr. Christian Willy, Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr (zuletzt Leitender Arzt Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädie, Septisch Plastische Chirurgie und Handchirurgie am Bundeswehrkrankenhaus Berlin)
- Dr. Niels Huschitt, Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr (zuletzt Leitender Arzt Abteilung Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie am Bundeswehrkrankenhaus Berlin)
- Prof. Dr. Hans-Peter Richter, Ärzte ohne Grenzen (Pensioniert, zuvor Chefarzt Klinik für Neurochirurgie Günzburg)
- Dr. Jens Diehm, Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr (zuletzt Bundesministerium der Verteidigung)
- Dr. Ralf Hoffmann, Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr (zuletzt Kommandeur Kommando Schnelle Einsatzkräfte Sanitätsdienst)
- Prof. Dr. Bernd Domres, Deutsches Institut für Katastrophenmedizin
- Prof. Dr. Gerald Ripberger, Akkon Hochschule Berlin und Johanniter-Unfall-Hilfe
- Dr. Michael Neuhoff, Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr (zuletzt Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr)
- Dr. Ulrich Baumgärtner, Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr (zuletzt Kommando Sanitätsdienst)
- Dr. Joost Butenop, zuletzt Missionsärztliches Institut Würzburg und Caritas international
- Wilhelm Hensen, Deutsches Rotes Kreuz

Neben diesen Expertisen im Bereich der internationalen medizinischen Hilfe war auch das Quellenstudium eine Grundlage für das Erstellen des Kriterienkataloges.

Um möglichst strukturiert bei der Kriteriengenerierung vorzugehen, wurden zunächst Übergruppen für Kriterien gesucht. Dabei schien es besonders nützlich, sich an den Ebenen medizinischer Versorgungseinrichtungen zu orientieren. Hierzu diente vor allem ein Gesetz der Europäischen Atomgemeinschaft (Euratom) [1], auf das auch die Nomenklatur entsprechender medizinischer Versorgungsebenen in dieser Arbeit zurückgeht. Diese wären:

-
- Vorgeschobener Behandlungsplatz
 - Vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP
 - Feldlazarett

Diese drei in ihren Möglichkeiten und Anforderungen unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen sind - soweit vorhanden - in den humanitären Hilfsorganisationen relativ vergleichbar. Daneben sollten noch die Logistik ins Einsatzland, die Kommunikationswege im und aus dem Einsatzland, das in Deutschland bevorratete Material, die Häufigkeit der Einsätze der Organisation in einem definierten Zeitraum und die Zusammensetzung der Einkünfte der Organisationen betrachtet werden. Den drei Versorgungsebenen gemeinsam wurden folgende Unterkriterien in Übereinstimmung mit den benannten Experten und im Abgleich mit dem Gesetz der Euratom [1] formuliert:

- Kapazitäten:
 - Kapazitäten zur Sichtung
 - Kapazitäten zur Stabilisierung
 - Materielle Kapazitäten
- Fachärztliche Kompetenzen, die regelhaft auf den Versorgungseinrichtungen vorhanden sind
- Anzahl Pflegebetten
- Anzahl Intensivpflegebetten
- Verlegebereitschaft und Lagerung
- Aufbauzeit der Versorgungseinrichtungen bis zur ersten Patientenversorgung
- Vorhandensein einer autarken Wasseraufbereitung
- Vorhandensein einer autarken Stromversorgung
- Diagnostische Möglichkeiten

Nähere Erläuterung finden diese Punkte in den Kapiteln 3.2.3 bis 3.2.9.

Diese benannten Kriterien sind wieder nur ein Einblick in die Arbeit der humanitären Hilfsorganisationen und des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr. Doch wurden sie als am geeignetsten befunden, eine Aussage über die Leistungsfähigkeit zu treffen. Punkte wie Organisationsstruktur der Organisationen, Vor- und Nachbearbeitungszeit und medizinische Prophylaxe des Personals für das Einsatzland wurden nicht beachtet, da sie die Leistungsfähigkeit nur am Rande beeinflussen.

2.3 Datengewinnung

Zur Datengewinnung der in 2.2 genannten Untersuchungskriterien und der Frage nach dem Einsatz der Bundeswehr in der humanitären Hilfe wurden eine ausgedehnte Internetrecherche und Interviews nach standardisierten Fragenkatalogen, Ergänzungsinterviews und Besichtigungen von Übungen durchgeführt. Die gewonnenen Daten wurden protokolliert, zusammengetragen, zusammenfassend dargestellt und ausgewertet (s. Kapitel 3 und Anhang).

2.3.1 Literaturrecherche

Bei allen verwendeten Datenbanken und Suchmaschinen wurde mit vielfältigen Suchbegriffen und Begriffskombinationen nach Leistungsvergleichen und Leistungsangaben zu humanitären Organisationen, nach Publikationen zu deren medizinischen Einsatzsystemen und nach Fallberichten aus der medizinischen humanitären Hilfe durch deutsche Organisationen gesucht. Darüber hinaus wurde die Recherche auch nach Publikationen zu „Zivil-Militärischer-Zusammenarbeit“ und zur Rolle des Militärs in der humanitären Hilfe ausgedehnt.

Eine Literaturrecherche über die weltweit größte medizinische Datenbank MEDLINE, zur Verfügung gestellt durch die National Library of Medicine mit Zugang durch PUBMED wurde zuerst durchgeführt. Sie konnte dann durch die Suche über das Portal des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), das über MEDLINE hinaus auch andere nationale und internationale Datenbanken miteinschließt, wie die Thieme-Verlagsdatenbank und Social SciSearch ergänzt werden. Über DIMDI konnte der interdisziplinären Fragestellung, die keine rein medizinische und auch keine rein ethische oder geisteswissenschaftliche ist, gerecht recherchiert werden. Zur Vervollständigung sind auch die Suchmaschine Google, deren wissenschaftlicher Literatursuchmaschine Google Scholar und die sozialwissenschaftliche Datenbank Sowiport genutzt worden.

Über die Elektronische Zentralbibliothek der Universitätsbibliothek Ulm oder per Fernleihe oder Artikelerwerb durch die Fachinformationsstelle des Bundeswehrkrankenhauses Ulm in Zusammenarbeit mit der Universitätsbibliothek Ulm konnte die Literatur bezogen werden.

Ein Mangel in der Datenlage konnte zum Teil durch Kongressbeiträge, unveröffentlichte Artikel und organisationsinternes Material ergänzt werden, dass durch die verschiedenen Kontaktpersonen der Hilfsorganisationen zur Verfügung gestellt wurde.

Allgemeine Informationen, Jahresberichte und Fallberichte zu laufenden oder abgeschlossenen Projekten wurden direkt von den Internetpräsenzen der Organisationen entnommen. Da alle Akteure aus Gründen der Spenderakquise um ein hohes Maß an Transparenz bemüht sind, war das Angebot an Publikationen hierzu sehr vielfältig. Für allgemeine Informationen

und die Wirtschaftlichkeitsbewertung der Organisationen konnte zusätzlich auf die Datenbank des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI) zurückgegriffen werden. Das DZI ist gleichsam Herausgeber des Spendensiegels und damit eine Informationsquelle für jeden, der einer Organisation Geld spenden möchte.

Zuletzt wurde im Archiv der Zeitschrift „Wehrmedizin und Wehrpharmazie“ und der „Wehrmedizinische Monatsschrift“ - beide herausgegeben durch die Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP) - nach Publikationen zu humanitären Einsätzen der Bundeswehr und der Rolle der Bundeswehr im humanitären Feld gesucht. Es zeigte sich, dass diese Themen zunehmend diskutiert werden.

2.3.2 Interviews

Um möglichst verlässliche Informationen zu bekommen, wurden Interviews mit Funktions- und Führungspersonal der verschiedenen Organisationen gemäß einem vorher festgelegten Fragenkatalog durchgeführt (s. Anhang). Hierzu wurde der Fragebogen an sie elektronisch übersandt. Es bestand für die Organisationsvertreter nun die Möglichkeit, die Antworten auf die Fragen des Fragenkatalogs schriftlich per E-Mail, telefonisch oder beim persönlichen Gespräch zu übermitteln. Von einer Standardisierung hierbei wurde abgesehen, da nicht Gefahr gelaufen werden sollte, die zeitlich sehr eingebundenen Vertreter der Organisationen so sehr in Anspruch zu nehmen, dass sie ihre freiwillige Teilnahme an der Studie zurückzögen. Darüber hinaus war nicht zu erwarten, dass es zu inhaltlichen Verzerrungen durch die unterschiedlichen Übermittlungsmöglichkeiten käme.

An manchen Stellen zeigte sich, dass der vorher festgelegte Fragebogen der jeweiligen Situation gemäß etwas erweitert werden musste, um Verständnisprobleme zu vermeiden oder aber Rahmeninformationen, die für einen adäquaten Kontext nötig sind, zu geben. Diese zusätzlichen Fragen waren recht individuell und ließen sich nicht methodisch standardisieren. Sie wurden zu einem Ergänzungsinterview für jede Organisation zusammengefasst.

Bei den Interviewpartnern konnte nun auf die Kontakte zurückgegriffen werden, die auch schon bei der Erarbeitung des Kriterienkatalogs behilflich waren. So konnten für den Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr Dr. Hoffmann, für das Deutsche Rote Kreuz Hensen und Dr. Muhr, für die Johanniter-Unfall-Hilfe Prof. Dr. Ripberger und für Caritas international Dr. Butenop gewonnen werden. Diese hatten sich bereits durch ihre freundliche Hilfsbereitschaft bei der Kriteriengenerierung als verlässliche Partner erwiesen.

Dr. Hoffmann war in verschiedenen Führungspositionen innerhalb des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr tätig, darunter zuletzt als Kommandeur des Kommandos Schnelle Einsatzkräfte Sanitätsdienst und bei diversen Auslandseinsätzen. In seinen Funktionen hat

er bei Übungen und Einsätzen Erfahrungen mit den mobilen Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr gesammelt, die er produktiv in diese Studie einfließen lassen konnte. Das Interview und das anschließende Ergänzungsinterview mit Dr. Hoffmann fanden am 24. Mai 2013 im Bundeswehrkrankenhaus in Ulm statt. Sie wurden digital aufgenommen und später protokolliert.

Herr Hensen vom DRK-Katastrophenmanagement Fachbereich Gesundheit bewies sich schon früh als kompetenter Ansprechpartner innerhalb des Deutschen Roten Kreuzes. Aufgrund seiner Position und seiner Erfahrung konnte er verlässliche Informationen über dessen Arbeit liefern. Selber schon hat er sich mit den Einsatzsystemen der Bundeswehr auseinandergesetzt, um Stärken und Schwächen der DRK-eigenen Systeme auszumachen, und war auf die Art sehr aufgeschlossen für die vorliegende Studie. Unterstützt wurde er bei der Befragung durch Dr. Muhr aus der Freiburger Heliosklinik, der beim DRK als ärztlicher Berater tätig ist und zum Beispiel schon in Haiti als Bauhelfer mitgewirkt hat. Das Interview mit Herr Hensen und Dr. Muhr fand am 14. August 2012 im DRK Generalsekretariat Berlin statt. Durchgeführt wurde es durch Prof. Dr. Willy. Durch den standardisierten Fragebogen und eine vorherige Absprache mit Johannes Kersten, der die restlichen Interviews führte, sollten Verzerrungen durch den Fragesteller vermieden werden. Ganz auszuschließen sind sie nicht, besonders mit Hinblick auf das direkt im Anschluss durchgeführte Ergänzungsinterview. Die Befragung wurde anhand einer digitalen Aufzeichnung des Gespräches protokolliert. Offen gebliebene Fragen konnten bei einem Telefonat mit Heike Dirschau, einer Krankenschwester in der DRK Katastrophenhilfe, am 27. Mai 2013 geklärt und dem Ergänzungsinterview hinzugefügt werden.

Prof. Dr. Ripberger von der Johanniter-Unfall-Hilfe hat neben einer medizinisch-ärztlichen Profession auch einen Master in public health und leitet den Studiengang für Internationale Not- und Katastrophenhilfe an der Akkon Hochschule in Berlin. Sein fundiertes Wissen im Bereich der humanitären Hilfe hat wesentlich bei der Kriteriengenerierung geholfen. Als Arzt bei der Auslandsabteilung der Johanniter-Unfall-Hilfe, für die er regelmäßig im Einsatz ist, konnte er wesentlich zur Informationsgewinnung über die Johanniter beitragen. Darüber hinaus ist seine Position als „Technical Expert“ beim europäischen Katastrophenschutz (European Union Civil Protection) auch von internationaler Reputation. Der Fragebogen wurde Prof. Dr. Ripberger via E-Mail zugesandt, von ihm ausgefüllt und wieder zurückgeschickt. Ergänzungsfragen wurden bei einem Telefonat am 13. Dezember 2011 vorweg oder durch E-Mail-Verkehr im Nachhinein gestellt. Zusammengefasst wurden die Ergänzungsfragen zu einem Ergänzungsinterview. Durch die verschiedenen Kontaktarten - telefonisch und über elektronischen Schriftverkehr - konnte hierbei keine einheitliche Protokollierung stattfinden.

Dr. Butenop ist einer der wenigen bei Caritas international, der medizinische Katastrophenhilfe betreibt. Durch seine langjährige Erfahrung im internationalen Geschäft der humanitären Hilfe kennt er den humanitären Raum wie kaum ein anderer. Ebenso taten seine ehemalige Vorstandsposition bei Ärzte ohne Grenzen und seine Tätigkeit in einer forschenden Einrichtung - dem Missionsärztlichen Institut in Würzburg - hierzu ihr Übriges. Auch Dr. Butenop wurde der Fragebogen elektronisch per E-Mail zugesandt und von ihm beantwortet wieder zurückgeschickt. Aufbauend auf diesen Fragebogen fand am 01. Juni 2012 im Missionsärztlichen Institut Würzburg ein Ergänzungsinterview statt. Dieses wurde digital aufgenommen und anschließend protokolliert.

Alle Interviewprotokolle liegen beim Autor vor und können entsprechend eingesehen werden. Aus Datenschutzgründen wurde von einer Publikation der gesamten Protokolle Abstand genommen.

2.3.3 Besichtigungen von Übungen

Ein letzter Punkt in der Datengewinnung war die Besichtigung der Organisationen und ihrer inländischen Übungen. Tatsächlich werden solche Übungen jedoch nur sehr selten durchgeführt und sind bei Caritas international zum Beispiel gar nicht mehr vorhanden. Da die NGOs mittlerweile mit großer Regelmäßigkeit in Einsätzen sind, verfügt ihr Stammpersonal über viel Erfahrung in der Katastrophenhilfe, sodass groß angelegte Übungen im deutschen Inland nicht oft benötigt werden. So wurde lediglich eine Übung des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr besucht. Dieses, durch das Kommando Schnelle Einsatzkräfte Sanitätsdienst durchgeführte Manöver fand im September 2011 in der Oberlausitz statt und hat in drei Tagen Kernübungszeit unter einsatznahen Bedingungen u.a. die präklinische Patientenversorgung, den Patiententransport und die erste allgemeinmedizinische und chirurgische Versorgung in einem Luftlandrettungszentrum leicht geübt. Da die Methode der Besichtigung von Übungen und Material jedoch nicht standardmäßig eingesetzt werden konnte, ist der Besuch des Kdo SES-Manövers auch nur genutzt worden, sich im Gespräch mit dem Personal und führenden Persönlichkeiten ein Bild der Arbeitsweise des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr zu verschaffen und die eingesetzten Systeme und Materialien zu fotodokumentieren. Konkrete Daten konnten wegen der zwingend einheitlichen Systematik nicht erhoben werden, da auf diese Art andere Organisationen benachteiligt werden würden.

2.3 Auswertung

Bei der Auswertung der Daten war beabsichtigt, eine klare und eindeutige Darstellung verschiedener Leistungsaspekte zu erstellen. Käme es zum Beispiel in Zukunft zu einer großen Naturkatastrophe mit verheerenden Auswirkungen auf den Gesundheitssektor des betroffenen Landes könnte im Anschluss an ein Assessment mit Hilfe dieser Gegenüberstellungen überlegt werden, welche aufgetretenen Lücken in der Gesundheitsversorgung durch die Bundeswehr geschlossen werden könnten und welche durch humanitäre Hilfsorganisationen schon ausreichend abgedeckt sind. Hierzu sollte für jedes Kriterium eine Punktzuteilung, eine Art Scoring erstellt werden, anhand derer schlussendlich klare Zahlen als Ausdruck der Leistungsfähigkeit gestanden hätten. Den übergeordneten Kriteriengruppen „Vorgeschobener Behandlungsplatz“, „Vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP“, „Feldlazarett“ und „Logistik“ wurden dazu ein Prozentwert an der Gesamtpunktzahl zugeordnet. Danach wurde den Kriterien jeweils ein Anteil an den Prozenten ihrer Kriteriengruppen zugewiesen. Das Scoring konnte nicht anhand klarer, harter Eckpunkte festgemacht werden, weil es weder Vorarbeiten noch klare allseits anerkannte Wichtungen zwischen den Einsatzsystemen und der Logistik in der humanitären Hilfe gibt. Daher muss die Zuordnung als willkürlich vom Autoren festgelegt gelten und könnte keiner wissenschaftlichen Prüfung standhalten. Die prozentuale Aufteilung der Gesamtpunktzahl wurde wie folgt festgelegt:

1. Vorgeschobener Behandlungsplatz	28 %
1. Kapazitäten	5 %
1. Kapazitäten zur Sichtung	1,7 %
2. Kapazitäten zur Stabilisierung	1,7 %
3. Materielle Kapazitäten	1,7 %
2. Fachärztliche Kompetenz	3 %
3. Bettenzahl	4,5 %
1. Pflegebetten	2,25 %
2. Intensivpflegebetten	2,25 %
4. Startbereitschaft	4 %
5. Einsatzbereitschaft	4 %
6. Wasseraufarbeitung	2 %
7. Eigene Stromversorgung	2 %
8. Diagnostik	3,5 %
1. Röntgendiagnostik	1,7 %

2. Sonographie	1,7 %	
3. Labordiagnostik	1,7 %	
2. Vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP		33,5 %
1. Kapazitäten	5 %	
1. Kapazitäten zur Sichtung	1,7 %	
2. Kapazitäten zur Stabilisierung	1,7 %	
3. Materielle Kapazitäten	1,7 %	
2. Operationssäle	4,5 %	
3. Fachärztliche Kompetenz	4 %	
4. Bettenzahl	4,5 %	
1. Pflegebetten	2,25 %	
2. Intensivpflegebetten	2,25 %	
5. Startbereitschaft	4 %	
6. Einsatzbereitschaft	4 %	
7. Wasseraufarbeitung	2 %	
8. eigene Stromversorgung	2 %	
9. Diagnostik	3,5 %	
1. Röntgendiagnostik	1,17 %	
2. Sonographie	1,17 %	
3. Labordiagnostik	1,17 %	
3. Feldlazarett		33,5 %
1. Kapazitäten	5 %	
1. Kapazitäten zur Sichtung	1,7 %	
2. Kapazitäten zur Stabilisierung	1,7 %	
3. Materielle Kapazitäten	1,7 %	
2. Operationssäle	4,5 %	
3. Fachärztliche Kompetenz	4 %	
4. Bettenzahl	4,5 %	
1. Pflegebetten	2,25 %	
2. Intensivpflegebetten	2,25 %	
5. Startbereitschaft	4 %	
6. Einsatzbereitschaft	4 %	
7. Wasseraufarbeitung	2 %	
8. eigene Stromversorgung	2 %	
9. Diagnostik	3,5 %	

1. Röntgendiagnostik	1,17 %
2. Sonographie	1,17 %
3. Labordiagnostik	1,17 %
4. Logistik	5%
1. Transportkapazitäten	

Dies war der ursprüngliche Studienplan. Er wurde nicht mehr weiter stratifiziert und verifiziert bezüglich der Punkteverteilung, weil sich recht bald zeigte, dass er nicht durchgeführt werden könne. Denn mit jeder untersuchten Organisation mehr stellte sich heraus, dass man die Arbeitsweise einer NGO nicht in so strenge Raster packen kann - schon gar nicht organisationsübergreifend vereinheitlicht. So arbeitet Caritas international zum Beispiel gar nicht mit medizinischen Einsatzsystemen. Und nur das Deutsche Rote Kreuz und Ärzte ohne Grenzen haben unter den deutschen NGOs tatsächlich auch Feldlazarette, die jedoch alle anders ausgerüstet sind. Zwar gibt es mittlerweile Arbeiten wie den Abschlussbericht der Arbeitsgemeinschaft ZMMK (Ziviles, mobiles, modulares Versorgungskonzept) oder das bereits zitierte Gesetz der Euratom [1; 13], jedoch kann man innereuropäischen Katastrophenschutz, auf den diese Arbeiten abzielen, nicht mit internationaler medizinischer humanitärer Hilfe gleichsetzen. Hensen (DRK) hierzu: *„Diese Art von Systemen braucht man in Europa. Aber wir arbeiten größtenteils nicht in Europa. Mit der Erstversorgung von Verletzten haben wir prinzipiell erstmal nichts zu tun.“* (Hensen, Wilhelm. Interview. 14.08.2012) Da aus diesen Gründen kein Kriterienscoring möglich war, mit dem retestreliable, objektive Daten hätten erhoben werden können, musste auf eine deskriptive Darstellung ausgewichen werden. Nichts desto trotz stellt die vorliegende Studie eine bisher einmalige Aufführung von Kompetenzen humanitärer Hilfsorganisationen und des Sanitätsdienstes der Bundeswehr dar.

Es wurde bei der Datenauswertung darauf geachtet, die Ergebnisse immer im Kontext mit den Mandaten und Ausrichtungen der Organisationen darzustellen, um nicht durch eine zu fokussierte Betrachtungsweise fälschlicherweise deren Arbeitsweise unsachgemäß zu kritisieren. Damit die verschiedenen Einsatzphilosophien und Mandate besser eingeordnet werden können, wurde ein kurzer historischer Abriss nebst allgemeinen Fakten über die einzelnen untersuchten Organisationen vorangestellt. (s. Kapitel 3.1)

Um dem ethischen Aspekt der Fragestellung nach der Beteiligung von Streitkräften in der medizinischen Katastrophenhilfe nachzugehen, musste die gesammelte Literatur ausgewertet werden. Im nächsten Schritt wurden die Quellen auf ihre Aktualität geprüft und welcher

Organisation der Autor oder die Autoren angehören, da ein Übergewicht an Quellen aus einigen wenigen Organisationen vermieden werden sollte. Meinungen und Aussagen wurden schließlich dargestellt und miteinander verglichen.

Aus der vergleichenden Zusammenschau aller Quellen und Interviews sollte letzten Endes ein Meinungsbild gezeichnet werden, ob das Militär im Allgemeinen und der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr im Speziellen medizinische humanitäre Hilfe leisten sollen.

3. Ergebnisse

3.1 Historie und Grobstruktur

3.1.1 Sanitätsdienst der Bundeswehr

Die Vereidigung von 101 Freiwilligen am 12. November 1955 stellt die Geburtsstunde der Bundeswehr, der westdeutschen Streitkräfte, dar. Die Bundeswehr ist seitdem die Verteidigungsarmee der Bundesrepublik Deutschland, gemäß Grundgesetz dem Verteidigungsministerium im Friedensfall bzw. dem Bundeskanzler im Verteidigungsfall unterstellt. Da es bei einem Einsatz bewaffneter Kräfte immer eines Mandates des Bundestages bedarf, bezeichnet man die Bundeswehr als eine Parlamentsarmee.

Der Sanitätsdienst war seit der Gründung der Bundeswehr integraler Bestandteil der Streitkräfte. Erst seit 2002 wurde er im Sinne der Transformation der Bundeswehr als eigener Militärischer Organisationsbereich aufgestellt. Seitdem sind die Sanitätskräfte im Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr gebündelt in Organisation und Struktur unabhängig und in gewissen Grenzen auch für sich allein einsatzfähig. [23; 47]

Schon im Jahr 1960, gerade einmal fünf Jahre nach der Gründung der Bundeswehr, trat diese zu ihrem ersten humanitären Hilfseinsatz an. Die marokkanische Stadt Agadir war nach einem starken Erdbeben nahezu zerstört und die Bundeswehr wurde beauftragt, medizinische Hilfe zu leisten. Seitdem sind etwa 130 solcher Bundeswehreinsätze gefolgt. Die medizinische Hilfe nach besonders schweren Unglücksfällen wurde zu einem Teil des Aufgabenspektrums der Bundeswehr [9; 46]. Unter steter Kritik seitens der NGOs war hierbei jedoch, dass solche Einsätze sehr teuer sind – viel teurer als von NGOs durchgeführt – und dass es hierfür keine eigenen Haushaltsmittel gibt; weder im Verteidigungsetat noch beim Auswärtigen Amt. [24]

Wenn der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr einen medizinischen Hilfseinsatz durchführt, so ist dieser z.B. gestützt auf die medizinischen Einsatzsysteme Luftlanderrettungszentrum leicht (LLRZ, le) und Luftlanderrettungszentrum (LLRZ). Diese entsprechen in der Terminologie der North Atlantic Treaty Organization (NATO) einer Role 2 entsprechen (s. Tabelle 1) [12; 17]. Daneben verfügt der Sanitätsdienst über verschiedenste mobile Sanitätseinrichtungen wie der Rettungsstation (RS, entspricht Role 1), dem Rettungszentrum leicht (RZ, entspricht Role 2), dem Rettungszentrum (RZ, entspricht Role 2), dem Einsatzlazarett (entspricht Role 3) und weiteren medizinischen Systemen, die für speziellere Aufgabenfel-

der konzipiert sind, wie das Marineeinsatzrettungszentrum (MERZ, entspricht Role 2). Dieses ist zum see- bzw. küstengebundenen Einsatz auf einem Einsatzgruppenversorger, einem Schiff der Marine, angebracht und integriert. [18; 47] Beispielhaft ist in Abbildung 1 die Aufbaustruktur eines LLRZ dargestellt.

In dieser Studie werden nur die für schnelle Hilfseinsätze infrage kommenden medizinischen Einrichtungen LLRZ, le, LLRZ und das MERZ untersucht.

Tabelle 1 Aufgabenbereiche der Behandlungsebenen entsprechend den Vorgaben der Allied Joint Medical Doctrine [17]

Behandlungsebene	Aufgabenbereich
Ebene/Role 1	erste allgemein- und notfallmedizinische Versorgung
Ebene/Role 2	erste notfallchirurgische und internistische Versorgung
Ebene/Role 3	klinische Akutversorgung im Einsatz
Ebene/Role 4	abschließende klinische Versorgung und Rehabilitation

Kommt es zu einer Naturkatastrophe und die Bundesregierung bzw. der Bundestag beschließt durch einen Einsatz des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr medizinische Hilfe zu leisten, wird ein sogenanntes Fact-Finding-Team bzw. Erkundungskommando in das Katastrophengebiet entsandt. Dieses klärt den lokalen Bedarf an Hilfeleistungen und die örtlichen Gegebenheiten wie Aufbaumöglichkeiten für die Luftbeweglichen Sanitätseinrichtungen oder An- und Abfahrtswege auf und stellt Kontakt zu anderen Organisationen, Zoll, Polizei, Feuerwehr, UN-Stellen usw. her - es erstellt also ein Assessment. Auf Basis dieses Assessments und im Auftrag der Bundesregierung werden schließlich Hilfeleistungen erbracht.

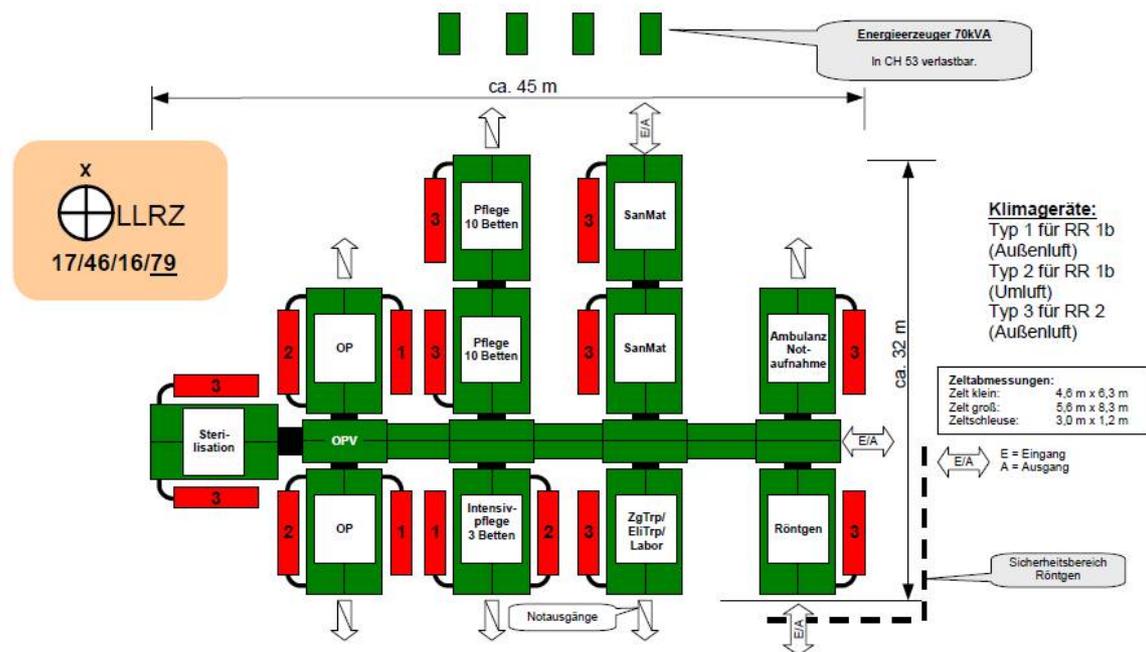


Abbildung 1 Schematische Darstellung eines Luftlandrettungszentrums (LLRZ); OPV: OP-Vorbereitung; SanMat: Sanitätsmaterial; ZgTrp: Zugtrupp; EliTrp: Elektrikertrupp; 17/46/16/79: personelle Besetzung mit Anzahl an Offizieren / Unteroffizieren / Mannschaften / gesamt; CH 53: Hubschrauber vom Typ CH 53 [18]

3.1.2 Deutsches Rotes Kreuz

Das Deutsche Rote Kreuz ist die Nationalgesellschaft der internationalen Rot-Kreuz-Bewegung in Deutschland. Gegründet wurde das Deutsche Rote Kreuz am 25. Januar 1921, doch geht seine Geschichte weiter zurück bis in das 19. Jahrhundert. In dieser Zeit war es in europäischen Streitkräften nicht allgemeiner Usus, einen suffizienten Sanitätsdienst vorzuhalten, wie dies heute der Fall ist. Auch oder gerade deswegen stiegen die Zahlen der Opfer damaliger Schlachten häufig immens an. Die eingangs erwähnte Schlacht von Solferino am 24. Juni 1859 war eine dieser grausamen und verlustreichen Auseinandersetzungen. Ein Zeuge der Schlacht, die das Leben von etwa 15.000 französischen und 14.000 österreichischen Soldaten forderte, war Henry Dunant. Der Genfer Bürger war als Tourist auf der Durchreise. Das Elend der Verletzten hat ihn zum humanitären Engagement veranlasst, was in der „Genfer Konvention betreffend die Linderung des Loses der im Felddienst verwundenen Militärpersonen“ und der Gründung des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz mündete. Die Rot-Kreuz-Bewegung war in den folgenden 100 Jahren maßgeblich für die Fortentwicklung der Genfer Konvention und seiner Zusatzprotokolle verantwortlich und nimmt auch deswegen einen besonderen Stellenwert in der humanitären Hilfe ein. [14]

Aus dieser Entwicklung heraus und getriggert durch den ersten Weltkrieg wurden am 25. Januar 1921 alle deutschen Landesvereine und Landesfrauenvereine zum Deutschen Roten Kreuz zusammengeschlossen. Es folgten bewegte Zeiten während der Weimarer Republik und im Dritten Reich, während denen das Deutsche Rote Kreuz z.T. stark von der Politik beeinflusst wurde, jedoch immer seinen originären Aufgaben wie der Verwundetenpflege, der Sorge um Flüchtlinge und Soldaten und der Fürsorge von Kriegsgefangenen nachging. Nach der Auflösung des DRK durch die Alliierten nach dem Zweiten Weltkrieg wurde es 1950 in Westdeutschland und 1952 in Ostdeutschland neu gegründet. Seit 1990 gibt es wieder ein gesamtdeutsches Deutsches Rotes Kreuz. [31]

Neben seinen vielen über die Jahre hinweg gewachsenen Aufgaben im deutschen Inland widmet sich das Deutsche Rote Kreuz der internationalen Katastrophenhilfe. Hier kam es allein seit der Wiedervereinigung Deutschlands regelmäßig zu Einsätzen. Bei vielen von ihnen kam auch das DRK-Feldkrankenhaus zum Einsatz (s. Abbildung 2), wie in der Flüchtlingshilfe in Tansania 1994 und 1997, während des Afghanistankonfliktes 2001 oder erst kürzlich bei dem Erdbeben in Haiti 2010.

Im Falle einer Naturkatastrophe richtet sich die betroffene Nationalgesellschaft an die Internationale Föderation der Rot-Kreuz- und Rot-Halbmondgesellschaften IFRC (im Falle von Kriegs- oder Konfliktsituationen an das Internationale Komitee vom Roten Kreuz, ICRC).

[7] Es folgt ein Assessment durch ein in der Regel internationales Assessmentteam. Gemäß dem Prinzip der Universalität, einem der sieben zentralen Prinzipien der Rotkreuzbewegung, versucht jede Nationalgesellschaft entsprechend ihren Möglichkeiten Hilfe zu leisten. [37] Hierbei kommen sogenannte Emergency Response Units (ERU) zum Einsatz. Diese sind abgepackte, leicht verladbare Systeme. Medizinische ERUs sind die Mobile Rot-Kreuz-Gesundheitsstation (auch Basisgesundheitsstation) und das Mobile Rot-Kreuz-Krankenhaus (auch Feldkrankenhaus oder Referral Hospital). [7] Nach Hensen ist lediglich das Rot-Kreuz-Krankenhaus ein medizinisches Einsatzsystem gemäß den Einschlusskriterien dieser Studie und entspricht einem Feldkrankenhaus. Es ist schematisch in Abbildung 2 dargestellt. Die Basisgesundheitsstation entspricht weder einem vorgeschobenen Behandlungsplatz, noch einem vorgeschobenen Behandlungsplatz mit OP und ist deswegen nicht in die Studie aufgenommen worden. (s. hierzu auch Kapitel 3.2.2)

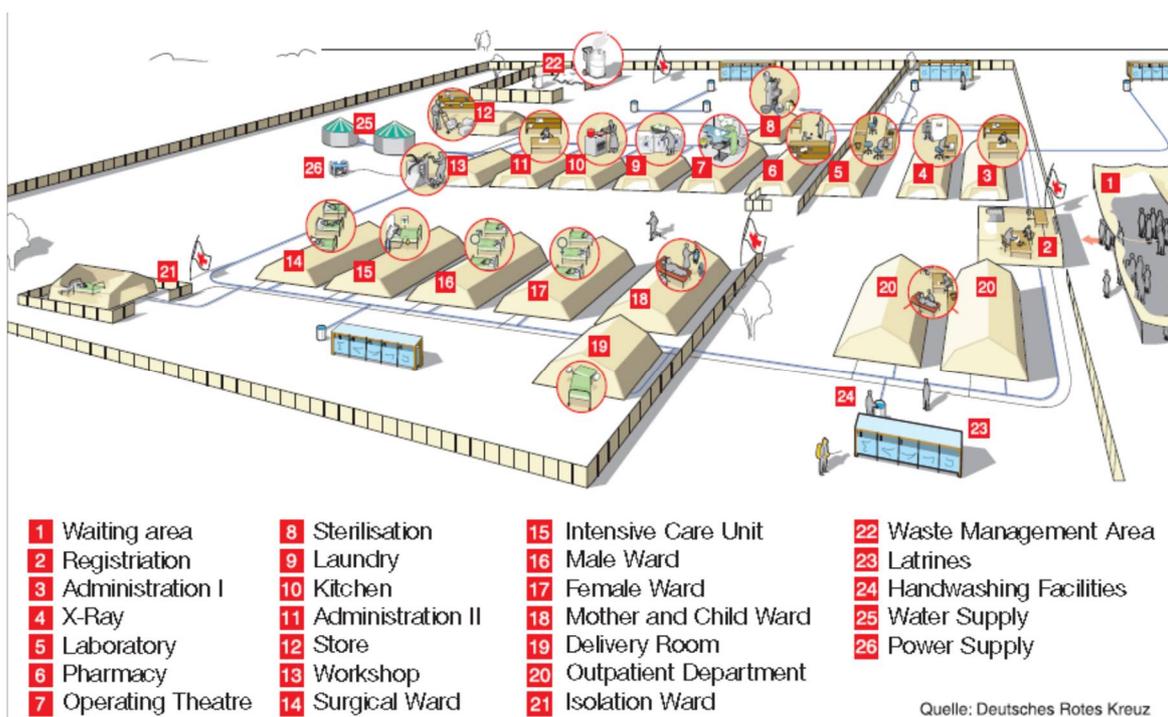


Abbildung 2 Schematische Darstellung eines DRK-Feldkrankenhauses (zur Verfügung gestellt durch das DRK-Katastrophenmanagement Berlin)

3.1.3 Johanniter-Unfall-Hilfe

Im Jahr 2012 blickte die Johanniter-Unfall-Hilfe auf ihr 60-jähriges Bestehen zurück. In der Nachkriegszeit identifizierten Mitglieder des Johanniterordens eine Lücke in der Ersten Hilfe, die sie durch Weiterbildungsangebote schließen wollten. Das Organ hierzu sollte der am 07. April 1952 gegründete Verein der Johanniter-Unfall-Hilfe sein.

Das Leistungsspektrum der Johanniter blieb nicht lange auf die Aus- und Weiterbildung von Ersthelfern beschränkt. Die häusliche Krankenpflege oder sanitätsdienstliche Versorgung bei Großveranstaltungen gehörten schon nach kurzer Zeit zu ihren Aufgaben. Auf einen ersten ausländischen Hilfseinsatz in Österreich 1956, bei dem die Fürsorge für ungarische Flüchtlinge nach einem Volksaufstand durchgeführt wurde, folgte eine ganze Fülle an Hilfseinsätzen in den folgenden Jahren. [10]

Allein im Zeitraum von 2005 bis 2012 gab es ca. zehn auch oder vor allem medizinische Einsätze der Johanniter-Unfall-Hilfe nach Naturkatastrophen. So waren sie z.B. in Indonesien nach der verheerenden Flutkatastrophe am Übergang des Jahres 2004 zu 2005, in Haiti 2010 nach dem Erdbeben, wie auch in Pakistan, als es dort 2010 zu Überschwemmungen nach starken Regenfällen kam. In vielen dieser Länder sind Vertreter der Johanniter-Unfall-Hilfe auch heute noch vor Ort.

Kommt es zu einer so verheerenden Katastrophe wie damals in Haiti, richtet die Bundeszentrale der Johanniter einen Einsatzstab zur Soforthilfe in der Auslandsabteilung ein, der fortan schnelle Entscheidungen für eine optimale Hilfeleistung treffen soll. Dieser Einsatzstab entsendet dann ein Erkundungs- oder auch Assessmentteam in die Katastrophenregion. Anhand des Eingangsassessments wird bestimmt, welches Material und Personal benötigt und entsandt wird. Häufig kommt es hierbei zum Einsatz Mobiler Arztgruppen. Dies stellt ein Konzept dar, dass sich nach seiner Implementierung 2008 sowohl für den Inlandsbetrieb als auch den Auslandsbetrieb bewährt hat und 2009 auch mit dem Preis „Ehrenamt im Bevölkerungsschutz“ durch den Bundesminister des Inneren ausgezeichnet wurde. In der folgenden Datenaufstellung wurde die Mobile Arztgruppe entsprechend einem vorgeschobenen Behandlungsplatz untersucht.

3.1.4 Caritas international

Am 09. November 1897 wurde der Caritasverband für das katholische Deutschland vom Prälaten Lorenz Werthmann gegründet. Hiermit nahm die Entwicklung des Deutschen Caritasverbandes seinen Anfang. Als Wohlfahrtsverband der römisch-katholischen Kirche in Deutschland versteht die Caritas ihren Namen als Auftrag (lat. caritas = Nächstenliebe) und als Wesensäußerung von Kirche in der Welt. Entsprechend der wechselnden Bedürfnisse der Bevölkerung und der verschiedenen politischen Rahmenbedingungen in Deutschland hat der Deutsche Caritasverband in den letzten 100 Jahren eine bewegte Geschichte hinter sich. [8] Ein Glied des Deutschen Caritasverbandes ist Caritas international, das Hilfswerk der Deutschen Bischofskonferenz für humanitäre Hilfen. Caritas international ist eingebunden in den internationalen Dachverband Caritas internationalis mit Hauptsitz in Rom. Wenn irgendwo auf der Welt eine Katastrophe stattfindet und der nationale Caritasverband Hilfen anfordert, wird ein Assessmentteam entsandt, auf dessen Lagebeurteilung hin eine Telekonferenz großer Caritasnationalverbände durchgeführt wird. Diese beschließt letztendlich die personellen, materiellen und finanziellen Ressourcen, die für Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Auf diese Art arbeitet Caritas international ähnlich wie die anderen untersuchten NGOs. Caritas international ist vor allem in Bereichen wie Infrastrukturmaßnahmen, Unterkünfte für Obdachlose, Sanitäreinrichtungen usw. tätig. Wenn es zu Lücken in der ambulanten medizinischen Versorgung kommt, erbringt sie in Ausnahmefällen auch medizinische Hilfe. Hierbei stützt sie sich nicht auf mobile medizinische Systeme, sondern stets auf vorhandene Infrastruktur. Die Einrichtung, die es hier etabliert, ist ein Gesundheitszentrum. [3] Da das Gesundheitszentrum von Caritas international nicht in die regulären Einschlusskriterien dieser Studie passt, es aber für das Verständnis der medizinischen humanitären Hilfe zuträglich ist, wurde es im Folgenden auch betrachtet.



Abbildung 3 Das Gesundheitszentrum von Caritas international in Léogâne (mit freundlicher Genehmigung von Dr. Butenop)

3.2 Vergleichende Darstellung der Organisationen

3.2.1 Einsatzphilosophien und Mandate

Der Untersuchung der humanitären Hilfsorganisationen im Bereich der medizinischen Hilfe nach Naturkatastrophen sei zunächst ein Abschnitt zu den verschiedenen Einsatzphilosophien und Mandaten vorangestellt, die zum Teil schon in den vorherigen Kapiteln erwähnt wurden. Sie sind essentiell zum Verständnis und zur richtigen Einordnung der folgenden Studienergebnisse.

Die Bundeswehr ist die Armee der Bundesrepublik Deutschland und der Bundesregierung und dem Bundestag unterstellt. Insofern kann sie auch keine Einsätze aus sich heraus beschließen und beginnen. Die Bundeswehr ist als Instrument des Staates immer auch seiner aktuellen Politik unterworfen und erfüllt Aufgaben in der Katastrophenhilfe gemäß deren Weisung. Im Gegensatz hierzu sind das Deutsche Rote Kreuz, die Johanniter-Unfall-Hilfe und Caritas international NGOs und somit prinzipiell unabhängig in der Initiierung, Planung und Durchführung von Einsätzen.

Zusätzlich sind Einsatzsysteme des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr auf militärische Szenarien ausgelegt, also auf einen notfallmedizinischen Einsatz, bei dem ein großes Verwundetenaufkommen zu erwarten ist. Ziel ist, dieses schnell zu versorgen und zur medizinischen Endversorgung und Rehabilitation nach Deutschland zu transportieren. Punkte wie Bettenschlüssel oder die Durchhaltefähigkeit tragen dem Rechnung. Bei der Versorgung ist der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr darauf ausgerichtet, im Ergebnis eine medizinische Versorgung wie in Deutschland zu erreichen (sogenannte Maxime des Zentralen Sanitätsdienstes). [23; 47] Eine angepasste medizinische Versorgung unter humanitären Gesichtspunkten ist ihm als GO vom Prinzip her nicht möglich, da sie in ihrem Handeln stets auch an deutsche Normen und Behandlungsstandards gebunden ist.

Gemein ist allen untersuchten Organisationen, dass sie bei ihren Aufgaben eine hohe Nachhaltigkeit im Einsatzland erreichen wollen, doch ist die Wichtung ihrer Aufgaben verschieden.

Das Deutsche Rote Kreuz hat seine Schwerpunkte in der Flüchtlingshilfe und vor allem in der medizinischen Hilfe im ambulanten wie auch im stationären Betrieb. [7; 15; 31; 33] Die besondere Größe des DRK und ihre medizinische Schwerpunktsetzung erklären ihren hohen Stellenwert in der internationalen medizinischen Katastrophenhilfe. Dementsprechend können andere Organisationen mit anderen Mandatsetzungen hierin nicht in einen direkten Vergleich in absoluten Zahlen mit dem DRK gehen.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe hat einen besonderen Stellenwert im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung in der Katastrophenhilfe, im Bereich public health und Präventivkampagnen. [10; 15]

Caritas international beschäftigt sich im Wesentlichen mit der Bereitstellung und Sicherung von sauberem Trinkwasser, Wiederaufbaumaßnahmen, Bildung, public health und vielen sozialen Aufgaben. [8; 15] Medizinische Hilfeleistungen werden nur recht selten durch Caritas international erbracht. Die medizinischen Hilfen sind dementsprechend mit denen des Deutschen Roten Kreuzes auch schwerlich zu vergleichen.

3.2.2 Einsatzsysteme

Tabelle 2 Einsatzsysteme und deren Entsprechung einem vorgeschobenen Behandlungsplatz, vorgeschobenen Behandlungsplatz mit OP und Feldlazarett (In Klammern stehen Einsatzsysteme, welche nicht streng den Kriterien der entsprechenden Behandlungsebene entsprechen)

	Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	Deutsches Rotes Kreuz	Johanniter-Unfall-Hilfe	Caritas international
Vorgeschobener Behandlungsplatz	(Rettungsstation)	(Basisgesundheitsstation)	Mobile Arztgruppe	(Gesundheitszentrum)
Vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP	Luftlanderettungs-zentrum leicht	/	/	/
Feldlazarett	Luftlanderettungs-zentrum, Marine-einsatzrettungs-zentrum	Feldkrankenhaus	/	/

In Tabelle 2 sind die Einsatzsysteme der untersuchten Organisationen nebst ihren Entsprechungen im Gesetz der Euratom [1] aufgeführt. Hierbei wurden der Vollständigkeit halber auch die Basisgesundheitsstation des Deutschen Roten Kreuzes und das Gesundheitszentrum der Caritas international in Klammern aufgeführt, obwohl sie formell nicht den Kriterien der Einsatzsysteme im Gesetzestext entsprechen. Während die Basisgesundheitsstation nicht mehr weiter betrachtet wird, soll das Gesundheitszentrum als einzige medizinische Einrichtung von Caritas international trotzdem beleuchtet werden.

In der Spalte der Bundeswehr sind lediglich Vertreter ihrer Einsatzsysteme aufgeführt (s. Kapitel 3.1). Der Vollständigkeit halber wurde mit der Rettungsstation auch ein Vertreter des Vorgeschobenen Behandlungsplatzes genannt. Dieses wurde jedoch nicht weiter untersucht.

Alle aufgeführten Einsatzsysteme, das Gesundheitszentrum von Caritas international ausgenommen, verfügen über eine modulare Aufbauweise und Erweiterbarkeit oder aber über eine variable Zusammensetzung. Die folgenden Auswertungsmerkmale sind demzufolge nur auf eine Art Standardversion dieser Systeme zu beziehen. Tatsächliche Aufbauweisen im Einsatz und dementsprechend auch Größe und Fähigkeiten der Einrichtungen unterliegen demnach zum Teil größeren Abweichungen. Es kommen also in den jeweiligen Standardaufbauweisen folgende Einsatzsysteme zur Darstellung:

- vom Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr: Luftlanderrettungszentrum leicht, Luftlanderrettungszentrum und Marineeinsatzrettungszentrum
- vom Deutschen Roten Kreuz: Feldkrankenhaus
- von der Johanniter-Unfall-Hilfe: Mobile Arztgruppen
- und von Caritas international: Gesundheitszentrum.

3.2.3 Kapazitäten

Tabelle 3 Kapazitäten zur Sichtung und Stabilisierung von Patienten sowie die materiellen Kapazitäten zur Patientenversorgung (WHO: World Health Organization)

Organisation	Einsatzsystem		Kapazitäten	
		... zur Sichtung von Patienten pro Tag	... zur Stabilisierung von Patienten pro Tag	... materiell zur Patientenversorgung
Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	Luftlanderrettungszentrum, leicht	ca. 200 Patienten	5 Patienten	alle ambulanten, pflegerischen und chirurgischen Behandlungen für 3 Tage
	Luftlanderrettungszentrum	ca. 200 Patienten	10 Patienten	alle ambulanten, pflegerischen und chirurgischen Behandlungen für 7 Tage
	Marineeinsatzrettungszentrum	ca. 200 Patienten	10 Patienten	alle ambulanten, pflegerischen und chirurgischen Behandlungen für etwa 2 Monate
Deutsches Rotes Kreuz	Feldkrankenhaus	250 (bis 600) Patienten	ca. 2 Patienten	200 bis 250 Behandlungen pro Tag über drei Monate
Johanniter-Unfall-Hilfe	Mobile Arztgruppe	ca. 200 Patienten	ca. 20 Patienten (ohne chirurgische Versorgung)	ca. 200 Behandlungen pro Tag über drei Monate
Caritas international	Gesundheitszentrum	Unterschiedlich je nach Einsatz, keine Standardisierung	Unterschiedlich je nach Einsatz, keine Standardisierung	ca. 35 Behandlungen pro Tag über drei Monate bei Arbeit mit dem Basic Health Kit der WHO

Im Folgenden wird betrachtet, über welche Kapazitäten zur Sichtung, zur Behandlung und welche materiellen Kapazitäten die medizinischen Einrichtungen der Organisationen verfügen. Die Zahlen entstammen zum Teil planerischen Ansätzen, Einschätzungen der Kontaktpersonen der Organisationen oder der retrospektiven Betrachtung vergangener Einsätze. Aus diesem Grund variieren die Bezugsgrößen der in Tabelle 3 angegebenen Daten zwischen den Organisationen.

Der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr ist wegen seiner Auslegung auf verletzte Soldaten mit vor allem chirurgischem und notfallmedizinischem Behandlungsbedarf in seinen Kapazitäten in der Grundausstattung eingestellt. Dr. Hoffmann vom Kommando Schnelle Einsatzkräfte Sanitätsdienst schätzt, dass pro Tag und pro Einrichtung etwa 200 Patienten gesichtet werden können. Mehr zu sichten wäre zwar möglich, dies wäre jedoch limitiert

durch die Arbeitsbelastung des Personals, die Behandlungsplätze, Operationssäle und Pflegemöglichkeiten – in Summe also der Möglichkeit, gesichtete Patienten auch zu behandeln – und ist dementsprechend auch schwer einzuschätzen. Die Sichtung an sich sei nicht das Problem. Die Stabilisierung von Patienten der Sichtungskategorien 1 und 2 pro Tag ist ebenso von diesen Faktoren abhängig, doch geht man beim Zentralen Sanitätsdienst davon aus, dass pro Tag und pro OP-Gruppe insgesamt 10 Operationen, von denen 5 eben diesem Patientenkollektiv schwer- und schwerstverletzter Patienten entsprechen, operiert werden können. Bei einer OP-Gruppe verfügt das LLRZ, le entsprechend dieses Ansatzes über die chirurgische Behandlungskapazität von mindestens 5 Patienten der Sichtungskategorie 1 und 2 pro Tag, beim LLRZ und beim MERZ sind es mit zwei OP-Gruppen entsprechend doppelt so viele. Die mitgeführten medizinischen Materialien sind nur für den militärischen Einsatz in planerischen Richtzahlen vorhanden. So führt ein LLRZ, le drei Versorgungsraten (entsprechend der Bedarfsdeckung für drei Tage) mit sich und das LLRZ sieben Versorgungsraten (entsprechend der Bedarfsdeckung für sieben Tage). Für das MERZ sind keine Materialkontingente in der Art festgelegt. Im Einsatz in Banda Aceh genügten die Materialien jedoch für etwa zwei Monate. Das in Relation zu den anderen Organisationen relativ geringe Versorgungsmaterial gemessen an den Tagen, für die es genügt, ist eine Anpassung an das gute Nachschubsystem, mit dessen Hilfe auch eine schnelle und spezifische Reaktion auf Lageänderungen möglich ist (s. unten). Bei humanitären Hilfseinsätzen durch den Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr wird das Material anders zusammengesetzt und in anderem Umfang im Einsatz vorgehalten, als es in den Versorgungsraten für militärische Einsätze der Fall ist. Dies ist jedoch immer unmittelbar dem Bedarf angepasst und konnte im Rahmen dieser Studie demnach nicht eruiert werden. So sei laut Dr. Hoffmann beim Beispiel Banda Aceh der Einsatzgruppenversorger Berlin, auf dessen Deck sich das MERZ befand, bis an seine Grenzen mit medizinischem Material beladen gewesen. Über den genauen Umfang dieser Ladung liegen jedoch keine Daten vor.

Das Deutsche Rote Kreuz führt im Prinzip keine Sichtung durch, da sie nicht mit einem Massenanfall von Verletzten kalkulieren. Schließlich kommen ausländische Hilfen auch erst mit gewisser Verzögerung in ein Katastrophengebiet. [39] Die in Tabelle 3 aufgeführten Kapazitäten zur Sichtung beziehen sich auf das ambulante Anschauen von Patienten. Dementsprechend kann das Deutsche Rote Kreuz mit seinem Feldkrankenhaus etwa 250 Patienten pro Tag ambulant behandeln. Für kurze Zeit und unter gewissen Rahmenbedingungen kann diese Zahl auf bis zu 600 Patienten steigen. Die Kapazitäten zur Stabilisierung schwer verletzter Patienten sind nur schwer einzuschätzen. Dies liegt wieder daran, dass nicht mit Mas-

senanfällen Verwundeter kalkuliert wird und zum anderen an der wechselnden Personalbesetzung des Feldkrankenhauses. So ist nicht immer die gleiche Zahl an Chirurgen im Feldkrankenhaus im Einsatz, wodurch auch die Kapazitäten zur Stabilisierung schwanken. Von etwa zwei zu stabilisierenden Patienten pro Tag sei nach Hensen jedoch in jedem Fall auszugehen. Dr. Muhr hierzu: *„Kommen zu einem hiesigen Kreiskrankenhaus zwei, ist auch Ende.“* (Muhr, Gert. Interview. 14.08.2012) Im Falle des Haitieinsatzes des Deutschen Roten Kreuzes kamen vier Chirurgen zum Einsatz. Hierdurch konnte eine 24-Stunden-Einsatzbereitschaft sichergestellt werden und entsprechend sind auch die Sichtungs- und Behandlungskapazitäten gestiegen. Genaue Zahlen hierzu liegen jedoch nicht vor. Die materiellen Kapazitäten des Feldkrankenhauses des Deutschen Roten Kreuzes sind auf einen dreimonatigen Einsatz ausgelegt. Zwar ist dies schwer zu kalkulieren, da die Verletzungs- und Erkrankungsmuster von Einsatz zu Einsatz variieren, aber letztendlich reiche das Material laut Dr. Muhr und Hensen für die besagten 250 Behandlungen pro Tag über einen Einsatzzeitraum von drei Monaten.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe, die im Gegensatz zum Deutschen Roten Kreuz einen rettungsmedizinischen Ansatz verfolgt, kann mit ihrer Mobilen Arztgruppe pro Tag etwa 200 Patienten sichten. Dabei arbeitet sie in zwei Teams. Anfänglich geht die Sichtung sogar deutlich schneller, doch mit der Zeit werden die Behandlungsplätze besetzt, wodurch sich die Zahl der Sichtungen dann auf die besagten 200 pro Tag beschränkt. Auf diesen Behandlungsplätzen können dann laut Prof. Dr. Ripberger etwa 20 Patienten in der Sichtungskategorie 1 oder 2 pro Tag anästhesiologisch (nicht chirurgisch) stabilisiert werden. Hierbei wird von einem Personalschlüssel von zwei Ärzten (ohne spezifischer Gebietsbezeichnung) und vier Rettungsassistenten zuzüglich Pflegepersonal ausgegangen. Betrachtet werden müssen diese Zahlen jedoch auf dem Hintergrund, dass Patienten, die einer stationären Nachbehandlung bedürfen zügig in entsprechende Krankenhäuser und Feldkrankenhäuser der Umgebung verlegt werden. Um alle Behandlungen durchzuführen, führt die Johanniter-Unfall-Hilfe mit ihrer Mobilen Arztgruppe ein Basic Health Kit nach WHO-Bepackungsplan von action medeor und verschiedenes Eigenmaterial mit sich. Dieses Material genügt der Mobilen Arztgruppe dann für etwa 200 Behandlungen am Tag über drei Monate.

Die Abfrage der Kapazitäten für Caritas international mit der Implementierung eines Gesundheitszentrums gestaltet sich schwer bis unmöglich. Das Gesundheitszentrum, auf lokale Infrastruktur und lokales Personal basierend, wird stets so angepasst, wie es die örtlichen Gegebenheiten erfordern. So ist das Gesundheitszentrum ja auch nicht auf eine vorübergehende, sondern eine dauerhafte Schließung von Versorgungslücken ausgelegt. Dementspre-

chend kann die Frage nach den Kapazitäten zur Sichtung und den Kapazitäten zur Stabilisierung gar nicht beantwortet werden. Die materiellen Kapazitäten von ca. 35 Behandlungen pro Tag über drei Monate beziehen sich auf den Einsatz des Basic Health Kit der WHO, mit dem die Johanniter-Unfall-Hilfe auch stets arbeitet. Caritas international greift vergleichsweise selten auf dieses System zurück.

Da sich eine so deutliche Diskrepanz zwischen den möglichen Behandlungen aus dem Basic Health Kit der WHO zwischen Johanniter-Unfall-Hilfe (ca. 200 Behandlungen pro Tag für drei Monate) und Caritas international (ca. 35 Behandlungen pro Tag über drei Monate) ergeben hat, wurden die entsprechenden Ansprechpartner hierzu noch einmal befragt. Prof. Dr. Ripberger (JUH) entgegnete hierzu: *„Beschrieben wird von action medeor: Material für die medizinische Versorgung von 10.000 Menschen über 3 Monate. Sobald ein Stück Verbandstoff an eine Person ausgehändigt wurde, ist dies vermutlich ein Patient? In unserem System spielt das aber keine Rolle, da wir nur auf das Material zurückgreifen, nicht jedoch auf das Konzept. D.h., das Material kann auch in einer Woche verbraucht sein, dann ordern wir nach.“* (Ripberger, Gerald. Interview. 23.07.2012) Dr. Butenop (Ci) hingegen bezog sich bei seiner Aussage auf eigene Behandlungszahlen aus dem Haitieinsatz, die er retrospektiv auswertete. Hierbei musste er jedoch auch relativieren: *„Das Problem an den Kits - das haben wir auch in Haiti gesehen - ist, dass wir sehr wenig Verbände zu wechseln haben. Die Medikamente sind schnell weg und wir sitzen auf so einem Berg Verbandsmaterial. [...] Die basic health kits sind relativ teuer und die Hälfte braucht man eigentlich nicht, weil sie generisch zusammengesetzt sind für jeden möglichen Notfall.“* (Butenop, Joost. Interview. 01.06.2012)

3.2.4 Fachärztliche Kompetenzen

Bei einem humanitären Hilfseinsatz sind verschiedene medizinische Fachdisziplinen gefragt. Abhängig vom erwarteten Patientengut, der Art der Behandlung (stationär oder ambulant) und den rechtlichen Rahmenbedingungen der Organisationen (NGO oder GO) haben die Organisationen ihren regelhaften Bedarf an medizinischen Fachexpertisen formuliert. Es gilt hierbei jedoch zu bedenken, dass unter einsatzmedizinischen Bedingungen mit eingeschränkten diagnostischen und therapeutischen Mitteln Fachärzte ihr eigentliches Potential nicht in vollem Umfang zur Geltung bringen können.

Tabelle 4 Fachärztliche Kompetenzen, welche auf den verschiedenen Einsatzsystemen vorhanden sind

Organisation	Einsatzsystem	Fachärztliche Kompetenzen	Weitere nachforderbar
Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	Luftlanderrettungszentrum, leicht	stets: Innere Medizin oder Allgemeinmedizin, Intensivmedizin, Viszeralchirurgie, Orthopädie/ Unfallchirurgie, Anästhesie bei Bedarf: Pädiatrie, Gynäkologie, Tropenmedizin und Zahnmedizin	Ja
	Luftlanderrettungszentrum		
	Marineeinsatzrettungszentrum		
Deutsches Rotes Kreuz	Feldkrankenhaus	Chirurgie, Anästhesie, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie	Ja
Johanniter-Unfall-Hilfe	Mobile Arztgruppe	2 Ärzte mit nicht festgelegten, aber vorhandenen Facharzt-kompetenzen	Ja
Caritas international	Gesundheitszentrum	in der Regel keine ausländischen Ärzte, falls gebraucht ein einziger im Bereich public health	Nein

Die Bundeswehr besetzt sowohl das LLRZ, le, als auch das LLRZ und das MERZ mit einem einheitlichen Grundstock an Facharzt-kompetenzen. Hierzu gehören Innere Medizin oder alternativ Allgemeinmedizin, Viszeralchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Anästhesie, Rettungsmedizin, Intensivmedizin und bei entsprechendem Einsatzgebiet auch Tropenmedizin. Die Chirurgen im Auslandseinsatz haben häufig zusätzlich neben einer viszeralchirurgischen eine orthopädisch-unfallchirurgische Ausbildung und die Qualifikation „Einsatzchirurgie“ erworben. Diese breite Ausbildung ermöglicht es, wenn es die Lage im Einsatzland zulässt, einen Chirurgen vor Ort einzusparen und zum Beispiel durch einen Assistenzarzt in einem chirurgischen Fach zu ersetzen. Dies wird jedoch nur gemacht, wenn es das zu erwartende Patientenaufkommen zulässt. Neben den aufgeführten medizinischen Expertisen können dann noch wahlweise weitere je nach Bedarf hinzu geordert werden. So sind zum Beispiel Gynäkologen/Geburtshelfer und Pädiater häufig benötigte Fachleute in Katastrophengebieten.

Das Deutsche Rote Kreuz stattet sein Feldkrankenhaus mit fast ebenso vielen Facharzt-expertisen aus wie die Bundeswehr seine Einsatzsysteme. Im Regelfall sind Ärzte der Fächer Chirurgie, Anästhesie, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie und Gynäkologie im Personalschlüssel des Feldkrankenhauses vertreten. Weitere können nachgefordert werden.

Im Gegensatz zur Bundeswehr legt das Deutsche Rote Kreuz nicht fest, welche Spezialisierung innerhalb der Chirurgie - ob Viszeral-, Unfall-, Allgemeinchirurgen o.ä. - es fordert. Frühzeitig versucht das Deutsche Rote Kreuz, wie auch viele andere Hilfsorganisationen, lokales Personal einzustellen und damit eingeflogene Delegierte zu ersetzen. Dies gilt auch für Facharztstellen.

In der Mobilen Arztgruppe der Johanniter-Unfall-Hilfe kommen in der Regel zwei Ärzte zum Einsatz, wobei nicht festgelegt ist, welcher Fachrichtung sie angehören. Zwar wird eine Facharztkompetenz, die im Einsatz von Vorteil sein könnte, bei der Rekrutierung berücksichtigt, aber die Johanniter-Unfall-Hilfe lässt sich hier doch Freiheiten.

Falls Caritas international medizinische Nothilfe durchführt, so greift sie in der Regel immer auf lokales Personal zurück. So ist auch die Facharztbesetzung des Gesundheitszentrums vom lokalen Arbeitsmarkt abhängig, kann aber auch entsprechend schnell an die Bedürfnisse vor Ort angepasst werden. Falls es zum Einsatz von internationalem ärztlichen Personal kommt, so ist dies eine Allrounderkraft mit vornehmlich administrativen Fähigkeiten und Expertisen im Bereich der emergency public health. Diese Fachkraft ist dann weniger klinisch tätig, als in Punkten wie dem Assessment, der Erarbeitung von Einsatzplänen, medizinologischer Unterstützung oder zur Unterrichtung lokalen Personals. Mit dieser Expertise sollen kosteneffizient Ressourcen, die vor Ort sind, genutzt werden, ohne dabei den Gesundheitsmarkt durch zum Beispiel die Zahlung von zu hohen Löhnen o.ä. zu untergraben.

3.2.5 Bettenschlüssel

Die Zahl der Patientenbetten spielt bei stationären Einrichtungen zur medizinischen humanitären Hilfe eine große Rolle. Die Möglichkeit Patienten stationär zu behandeln ist neben dem Pflegepersonal und dem vorhandenen Materialbedarf direkt abhängig von der Anzahl an Pflegebetten. Ungeachtet, ob der Einsatz von Intensivpflegebetten zu einer Verbesserung der Versorgungssituation in einem Katastrophengebiet führt, wird auch die Anzahl der Betten mit der Möglichkeit zur intensivierten Pflege, Überwachung und eventuell Beatmung dargestellt.

Tabelle 5 Bettenanzahl der Einsatzsysteme, aufgliedert in Pflegebetten und Intensivpflegebetten

Organisation	Einsatzsystem	Pflegebetten	Intensivpflegebetten
Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	Luftlanderrettungszentrum, leicht	i.d.R. 8 (bis zu 10)	3 (inkl. Beatmungsplatz)
	Luftlanderrettungszentrum	i.d.R. 16 (bis zu 20)	3 (inkl. Beatmungsplatz)
	Marineeinsatzrettungszentrum	41	4 (inkl. Beatmungsplatz)
Deutsches Rotes Kreuz	Feldkrankenhaus	120 (bis zu 180)	12 (ohne Beatmungsplatz)
Johanniter-Unfall-Hilfe	Mobile Arztgruppe	0	0
Caritas international	Gesundheitszentrum	0	0

Die Anzahl der Betten variiert bei den Einsatzsystemen mit stationärer Behandlung sehr deutlich. Die Bundeswehr verfügt im LLRZ, le über 6 Pflegebetten, 2 postoperative Überwachungsbetten und 2 Ergänzungsbetten - zusammen 10 Normalpflegebetten. Im LLRZ sind jeweils doppelt so viele Betten zur stationären Patientenbehandlung vorhanden. An Intensivpflegebetten mit der Möglichkeit, einen Patienten zu beatmen, sind in beiden luftverlegbaren Bundeswehrsyste-men jeweils 3 vorhanden. Prinzipiell ist eine Erweiterung der Bettenzahl durch zusätzliche Zelte möglich und wird in der humanitären Hilfe auch durchgeführt („tailored to the mission“), bedingt dann aber einen höheren Bedarf an Pflegepersonal. Die geringe Zahl an Pflegebetten ergibt sich aus dem Mandat des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr. Bei der Konzipierung seiner medizinischen Einsatzsysteme wurde nicht auf humanitäre Hilfseinsätze, sondern auf militärische Szenarien das Augenmerk gelegt. Demnach sollen Verwundete lediglich stabilisiert und nach einer maximalen Liegezeit von 24 Stunden weiter verlegt bzw. nach Deutschland ausgeflogen werden. Bei humanitären Hilfseinsätzen wird jedoch angestrebt, keine Patienten auszufliegen und die Behandlung im Einsatzland zu Ende zu bringen bzw. die Patienten in andere Versorgungseinrichtungen von NGOs oder in Versorgungseinrichtungen des örtlichen Gesundheitssystems zu verlegen. Möglich ist beim LLRZ, le oder LLRZ vereinzelte Pflegezelte räumlich getrennt von den anderen als Infektionsstationen aufzubauen. Zwar verfügt die Bundeswehr auch über spezielle Isolationseinheiten für die Luftverlegbaren Sanitätseinrichtungen, doch sind diese nur

für jeweils einen einzigen Patienten ausgelegt und auch nur für einen wirklich hoch kontagiösen, wie z.B. einen Ebolapatienten. Ein Einsatz dieser speziellen Isolationseinheiten in humanitären Einsätzen ist nicht denkbar. Das MERZ verfügt insgesamt über 45 Krankenbetten. Hierunter sind 27 normale Pflegebetten und 18 Krankenkoben, die in Tabelle 5 zusammen als Pflegebetten aufgeführt wurden, und 4 Intensivpflegebetten. Da das MERZ auf einem Einsatzgruppenversorger also einem Schiff eingesetzt wird, ist die Erweiterbarkeit des Bettenschlüssels nur in sehr geringem Maße bis gar nicht gegeben

Das Deutsche Rote Kreuz hat sein Feldkrankenhaus im Normalfall mit 120 Pflegebetten ausgestattet, kann also etwa fünf Mal mehr Patienten stationär behandeln als es in einem LLRZ in Normalkonfiguration möglich ist. Die Zahl der Betten im Feldkrankenhaus ist jedoch nach oben und unten variabel. Module von 12 Betten sind verpackt und können den normalen Bettenschlüssel erweitern. Ab etwa 180 Betten wird jedoch die Pflege der Patienten mangels Personals schwierig. Lokales Personal wird zwar stets angeworben und eingelernt, doch geht das nicht schnell genug, um bei Personalfluktuationen, wie sie nach Naturkatastrophen der Erfahrung nach auftreten, eine höhere Patientenzahl zu versorgen. Neben den Normalstationen verfügt das Feldkrankenhaus auch über eine Intensivstation mit 12 Intensivpflegebetten jedoch ohne Beatmungsmöglichkeit. Hier sind die intensivisierte Pflege und das Monitoring kritischer Patienten möglich. Beatmungsstationen gibt es lediglich im OP, da dies ansonsten unter den Rahmenbedingungen einer humanitären Katastrophe kaum zu gewährleisten wäre. Bei Bedarf kann im Feldkrankenhaus auch eine Isolierstation eingerichtet werden, die ebenso als Cholerastation fungieren kann.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe mit der Mobilen Arztgruppe und Caritas international mit dem Gesundheitszentrum haben keine Pflegebetten, da es sich um rein ambulante Einrichtungen handelt. Patienten, die nicht ambulant gehandhabt werden können, werden von ihnen primärversorgt und dann in weiterbehandelnde stationäre Einrichtungen anderer Hilfsorganisationen verlegt.

3.2.6 Verlegebereitschaft und Lagerung

In der katastrophenmedizinischen Hilfe ist es wichtig, schnell vor Ort zu sein. Zwar wird eine ausländische Organisation nie den ersten Patientenstrom erreichen und die meiste „erste“ Hilfe für eine betroffene Bevölkerung wird immer noch aus ihr selber heraus kommen, doch ist es trotzdem wichtig, möglichst schnell im Einsatzland mit seinen Hilfen anzukommen [24; 39]. Punkte, die hierzu wichtig sind, sind die bis zum Abtransport des Materials benötigte Zeit, die vorgehaltene Stückzahl und der Ort der Lagerung, also zusammengekommen die Verfügbarkeit und die günstige logistische Anbindung.

Tabelle 6 Benötigte Zeit bis zum Abtransport, vorgehaltene Stückzahl und Ort der Lagerung der Einsatzsysteme

Organisation	Einsatzsystem	Benötigte Zeit bis zum Abtransport	Vorgehaltene Stückzahl	Ort der Lagerung
Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	Luftlanderettungs-zentrum, leicht	72 Stunden	2	Leer (Ostfries-land)
	Luftlanderettungs-zentrum	72 Stunden	2	Leer (Ostfries-land)
	Marineeinsatzret-tungszentrum	quasi sofort	2	Eines ist stets auf einem Einsatz-gruppenversorger montiert, eines ist in Lagerung in Wilhelmshaven
Deutsches Rotes Kreuz	Feldkrankenhaus	72 Stunden	1	Berlin Schönefeld
Johanniter-Unfall-Hilfe	Mobile Arzt-gruppe	24 Stunden	1	Frankfurter Flug-hafen
Caritas international	Gesundheitszent-rum	Keine, des Trans-portes bedingen-den Materialien	entfällt	Keine, der Lage-rung bedingenden Materialien

Der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr muss zur Erfüllung seiner militärischen Aufträge schnell in den Einsatz verlegen können und dort dann auch schnell einsatzbereit sein. Um diese Auflagen, die auch im humanitären Hilfseinsatz nützlich sind, zu erfüllen, kalkuliert der Sanitätsdienst im Falle der Luftverlegbaren Sanitätseinrichtungen LLRZ, le und LLRZ mit einem oberen Zeitlimit von 72 Stunden, bis das Material über Flugzeuge oder sogenannte Roll-on-roll-off-Schiffe verlegt ist. Diese 72 Stunden werden jedoch nur erreicht oder unterschritten, wenn die Kapazität für militärische Evakuierungsoperationen angerührt wird. Dies ist auf einen politischen Beschluss hin möglich, aber eher selten gewollt. In der Regel werden andere Kapazitäten verwendet, deren Einsatz jedoch gelegentlich deutlich länger dauern kann. Das MERZ ist quasi sofort zum Abtransport bereit, da stets ein Einsatzgruppenversorger damit versehen ist und nur noch die entsprechende Schiffsbesatzung benötigt wird. Von allen drei untersuchten medizinischen Einsatzsystemen der Bundeswehr sind jeweils zwei in Lagerung in Leer (Luftverlegbare Sanitätseinrichtungen) oder in Wilhelmshaven (MERZ) vorhanden.

Ebenso wie der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr plant auch das Deutsche Rote Kreuz mit einer Obergrenze von 72 Stunden bis zur Verlegung ihres Feldkrankenhauses. Hensen hierzu: „Wir können, wenn wir uns richtig anstrengen, in 48 Stunden die Sachen losschicken.“

Aber wir bekommen natürlich nicht innerhalb von 48 Stunden 40 richtig gute Experten aus deutschen Krankenhäusern. Gerade bei Führungskräften ist es schwierig, die da raus zu bekommen. Aber unser Material können wir überall hin auf der Welt innerhalb von 72 Stunden verschicken.“ (Hensen, Wilhelm. Interview. 14.08.2012) Also trotz der Tatsache, dass das Deutsche Rote Kreuz im Gegensatz zur Bundeswehr sein Personal nicht einfach aus den jeweiligen Kliniken heraus befehlen kann, planen sie mit der Maßgabe, in drei Tagen Personal wie Material am Flughafen Berlin Schönefeld zum Abflug vor Ort zu haben.

Mit einem geringeren Vorlauf vor Abtransport kommt die Johanniter-Unfall-Hilfe mit ihrer Mobilen Arztgruppe aus. So ist es hier Maßgabe, dass sie nach 24 Stunden vom Flughafen Frankfurt abfliegen können. Die Mobile Arztgruppe ist wie auch das Feldkrankenhaus des Deutschen Roten Kreuzes nur einmal bevorratet. Die geringe Zahl der Systeme in Lagerung ergibt sich bei beiden Organisationen daraus, dass diese relativ teuer sind und erst vorfinanziert sein müssen. Darüber hinaus überlässt das Deutsche Rote Kreuz seine Emergency Response Units wie z.B. das Feldhospital nach einem Einsatz der Nationalgesellschaft im Einsatzland und muss sich dementsprechend stets ein komplett neues System beschaffen, bevor es wieder in den Einsatz gehen kann.

Caritas international arbeitet nicht mit standardisierten Systemen. Wenn es lediglich einen lokalen Partner im Einsatzland finanziell unterstützt, beginnt die Hilfe quasi direkt im Anschluss an das Assessment. Wenn es selbst Material und Personal schickt, ist die Zeit bis zum Abtransport nur von den Zulieferern des Materials und der Verfügbarkeit des Personals abhängig.

3.2.7 Zeit bis zur Einsatzfähigkeit/Aufbauzeit

Die Bestrebungen der Organisationen gingen schon immer dazu hin, so schnell wie möglich nach Ankunft im Einsatzland den ersten Patienten zu behandeln. Um das zu ermöglichen, haben sie die Aufbaukonzeption ihrer Zelte so einfach und schnell wie möglich gehalten. So greift zum Beispiel die Bundeswehr auf sogenannte Luftgestützte Zelte zurück. Diese müssen letztendlich nur mittels eines Kompressors aufgeblasen werden und sind dann einsatzfähig. [12] Auch das Rote Kreuz greift auf eine leichte und vor allem effiziente Aufbauweise zurück, indem die Verpackung der Zelte und Materialien mit wenigen Handgriffen zu einem Tisch oder Schrank umfunktioniert werden kann. [30]

Tabelle 7 Benötigte Zeit bis zur ersten Patientenbehandlung und Aufbauzeit der Einsatzsysteme

Organisation	Einsatzsystem	Benötigte Zeit bis zur ersten Patientenbehandlung	Aufbauzeit
Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	Luftlanderrettungszentrum, leicht	1,5 Stunden	8 Stunden
	Luftlanderrettungszentrum	1,5 Stunden	12 Stunden
	Marineeinsatzrettungszentrum	Quasi sofort nach Erreichen des Einsatzortes	Entfällt
Deutsches Rotes Kreuz	Feldkrankenhaus	Quasi sofort nach Erreichen des Einsatzortes	72 Stunden
Johanniter-Unfall-Hilfe	Mobile Arztgruppe	Quasi sofort nach Erreichen des Einsatzortes	3 bis 6 Stunden
Caritas international	Gesundheitszentrum	Bei Verwendung des Basic Health Kits der WHO etwa 2 Stunden	Entfällt

Trotz der Vielgestaltigkeit der verschiedenen medizinischen Einsatzsysteme der untersuchten Organisationen erreichen alle ähnliche Zeiten in der Aufbauzeit bis zur ersten Patientenbehandlung und bis zur vollen Inbetriebnahme. So benötigt das LLRZ, le und das LLRZ nur 1,5 Stunden, bis es den ersten Patienten versorgen kann. Bei Caritas international mit einem auf ein Basic Health Kit der WHO gestützten Gesundheitszentrum sind es auch lediglich zwei Stunden. Bei allen anderen untersuchten Sanitätseinrichtungen ist die erste Patientenbehandlung sogar schon bei Ankunft am Behandlungsort möglich. Prof. Dr. Ripberger (JUH) hierzu: *„Wir haben Logistiker immer dabei und sind daher quasi sofort einsatzbereit. Während die die Zelte aufbauen, kann das medizinische Personal bereits Patienten behandeln oder sichten.“* (Ripberger, Gerald. Interview. 13.12.2011) Da die Johanniter-Unfall-Hilfe auch auf ein Basic Health Kit zurückgreift und ihre Daten auf einer Schätzung beruhen, die der Caritas international jedoch auf Empirik, ist möglicherweise die sofortige Behandlungsbereitschaft als unterer und die Dauer von zwei Stunden als oberer Grenzwert für beide Organisationen anzusehen. Unter Umständen ist die Johanniter-Unfall-Hilfe jedoch auch einfach schneller, da sie auf Notfallmedizin planen und deswegen einen anderen Personalansatz anlegen.

Das einzige System das tatsächlich und auf jeden Fall sofort die ersten Patienten aufnehmen kann, ist das MERZ der Bundeswehr, da es bei Eintreffen im Einsatzland schon komplett aufgebaut ist. Nur müssen Patienten erst auf das Schiff transportiert werden zum Beispiel

mittels eines Helikopters, was dann zu Verzögerungen führen kann.

Als Besonderheit bei den Luftverlegbaren Sanitätseinrichtungen der Bundeswehr gibt es auch eine Richtzeit, nach der erste chirurgische Eingriffe möglich sein sollen. Je nach Umgebungsbedingungen ist dies nach zwei bis vier Stunden.

Bis das LLRZ, le vollständig aufgebaut ist, vergehen acht Stunden. Beim LLRZ sind es zwölf. Also steht letztendlich ein kleines Krankenhaus innerhalb von zwölf Stunden nach Eintreffen am Aufbauort. Das Feldkrankenhaus des Deutschen Roten Kreuzes benötigt, bis es komplett aufgebaut ist, bis zu drei Tage. Jedoch muss man dies auch unter dem Aspekt sehen, dass das Feldkrankenhaus länger einsatzfähig sein muss, wesentlich weniger kostet, eine größere Pflegeabteilung hat usw. Bis die Mobile Arztgruppe der Johanniter-Unfall-Hilfe als Ambulanz Einheit komplett steht braucht es drei bis sechs Stunden. Das Gesundheitszentrum der Caritas international hat keine definierten Aufbauzeiten oder Planvorgaben, da es letztendlich auch stets ein an den Bedarf angepasstes und an bestehende Infrastruktur angebundenes System ist.

3.2.8 Eigene Strom- und Wasserversorgung

Wenn eine Naturkatastrophe wie 2010 das Erdbeben in Haiti jegliche vorhandene Infrastruktur verwüstet, kann auch oft nicht mehr auf eine bestehende Energie- und Wasserversorgung zurückgegriffen werden. Dies hat nicht nur für die Hygiene und damit die Erkrankungsrate der betroffenen Bevölkerung Bedeutung, sondern wirkt sich auch auf die Möglichkeiten zur Hilfe aus. Gerade stationäre und operativ tätige Sanitätseinrichtungen bedürfen einer Stromversorgung und jegliche Pflege aber auch die ausländischen Delegierten an sich, brauchen sauberes Trinkwasser, um arbeiten zu können. So steht in den SPHERE-Standards von 2011 als Minimalstandart für Gesundheitszentren und Krankenhäuser: *„5 litres per outpatient, 40–60 litres per inpatient per day. Additional quantities may be needed for laundry equipment, flushing toilets, etc.“* [22]

Tabelle 8 Vorhandensein einer eigenen Strom- sowie Wasserversorgung der Einsatzsysteme

Organisation	Einsatzsystem	Eigene Stromversorgung	Eigene Wasserversorgung
Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	Luftlande-rettungszentrum, leicht	Ja	Ja
	Luftlande-rettungszentrum	Ja	Ja
	Marineeinsatz-rettungszentrum	Ja	Ja
Deutsches Rotes Kreuz	Feldkrankenhaus	Ja	Ja
Johanniter-Unfall-Hilfe	Mobile Arztgruppe	Ja	Ja
Caritas international	Gesundheits-zentrum	Nein	Nein

Nahezu jedes der untersuchten medizinischen Einsatzsysteme kann sowohl auf eine eigene Strom- als auch Wasserversorgung zurückgreifen. Lediglich das Gesundheitszentrum von Caritas international verfügt nicht über diese Kompetenzen. Dr. Butenop (Ci) erklärt hierzu, dass ambulante Medizin keinen Strom benötigt und eine Wasserversorgung für Caritas international stets durch einen lokalen Partner zur Verfügung gestellt wird. (Butenop, Joost. Interview. 01.06.2012)

Der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr betreibt seine Systeme mit Stromerzeugergregaten und stellt eine Wasserversorgung entweder durch Rückgreifen auf lokale Strukturen oder durch Wasseraufbereitungsanlagen der Streitkräftebasis sicher. Dr. Hoffmann zur Frage nach der Wasserversorgung: *„Das Erste, was in Banda Aceh zum Laufen gebracht wurde, war die Wasseraufbereitung.“* (Hoffmann, Ralf. Interview. 24.05.2013) Hensen (DRK) begründet die Notwendigkeit der eigenen Strom- und Wasserversorgung, indem er sagt: *„Wir brauchen nur schmutziges Wasser und Diesel. Das hat zwei Gründe: Natürlich, weil wir nicht wissen, was es vor Ort so gibt, und dann, weil wir lokale Strukturen nicht schröpfen wollen. Wir bringen unsere eigene Unterbringung und unser eigenes Essen mit, weil natürlich das, was auf dem Markt ist, sofort teurer wird wegen des Mangels. Und wenn dann noch die großen internationalen Organisationen kommen, treiben wir die Preise hoch.“* (Hensen, Wilhelm. Interview. 14.08.2012)

3.2.9 Diagnostische Methoden

Katastrophenmedizin ist eine Medizin, die ohne viel apparative diagnostische Mittel auskommt. [33; 45] Doch je mehr sich die Katastrophenmedizin zu einer Individualmedizin zur Basisversorgung einer Bevölkerung wandelt, sind auch diagnostische Methoden mehr und mehr unabdingbar. Bis zu welchem Grad dies ausgeweitet werden muss, ist variabel und wird von den Organisationen unterschiedlich angegangen. In Tabelle 9 sind die standardmäßig mitgeführten Diagnostika aufgeführt, ohne hierbei ihre Bedeutung und Notwendigkeit in der medizinischen Versorgung einer Bevölkerung nach Naturkatastrophen zu hinterfragen. Die Einsatzsysteme der Bundeswehr verfügen alle über einen relativ ähnlichen Grundstock an apparativen diagnostischen Methoden. So haben sowohl das LLRZ, le, das LLRZ und das MERZ konventionelles Röntgen mit Durchleuchtungsdiagnostik, Sonographie, eine Labordiagnostik, EKG, Pulsoxymetrie, Intensivmonitoring und Möglichkeiten zur Bronchoskopie. Das LLRZ und das MERZ verfügen darüber hinaus bei Bedarf über eine tropenmedizinische bzw. mikrobiologisch-infektiologische Laborfähigkeit und die Möglichkeit zur Endoskopie. Überdies kann auf Telemedizin, z.B. zur radiologischen Befundung zurückgegriffen werden. Die aufgeführten diagnostischen und zum Teil auch interventionellen Methoden tragen der Maxime des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr Rechnung, wonach jeder Soldat im Ergebnis die medizinische Behandlung wie in Deutschland erfahren soll. Sie sind also nicht auf ressourcensparende humanitäre Hilfe ausgerichtet, wie bei den anderen Organisationen. So muss jede medizinische Einrichtung der Bundeswehr deutschen Standards entsprechen und jedes Diagnostikum eine Zulassung nach dem Medizinproduktegesetz haben.

Auch das Feldkrankenhaus des Deutschen Roten Kreuzes verfügt über eine Reihe apparativer diagnostischer Methoden. So kann es auf Röntgen, Sonographie, eine gewisse Labordiagnostik, EKG und Kardiotokographie zurückgreifen. Auf der Intensive Care Unit kann ein begrenztes Monitoring zur Überwachung der Vitalparameter verwendet werden.

Ambulante Sanitätseinrichtungen haben in der Regel etwas weniger apparative diagnostische Methoden. So verfügt zwar auch die Mobile Arztgruppe der Johanniter-Unfall-Hilfe über ein Sonographie-, ein EKG-, ein Pulsoxymetrie- und ein Blutzuckermessgerät, jedoch nicht über Röntgen- und Labordiagnostik. Diagnostisch aufwendigere Patienten werden zu Feldkrankenhäusern anderer Organisationen überwiesen.

Das Gesundheitszentrum von Caritas international ist sehr variabel ausgestattet. Dies hängt einerseits vom Gesundheitsmarkt und seinen Bedürfnissen und andererseits vom lokalen Partner und zur Verfügung stehenden Geldern ab. Daher konnte die Frage nach den diagnostischen Methoden des Gesundheitszentrums nicht beantwortet werden.

3.2.10 Transportkapazitäten

Die besten Einsatzsysteme, der geringste Weg zum Flughafen und die kürzeste Aufbauzeit nützen nichts, wenn man das Material nicht in das Einsatzland bekommt. Hierzu sind Transportkapazitäten nötig - in der Regel Großraumtransportflugzeuge wie eine Iljushin-, Boeing- oder Antonovmaschine. Alle vier untersuchten Organisationen haben ein Logistikerteam, das den Transport des Materials organisiert. Tatsächlich ist die reine Beschaffung der Transportkapazitäten nur eine Teilaufgabe der Logistiker. Überflug- und Landegenehmigungen, Einfuhrbedingungen des Einsatzlandes, Verlade- und Abtransportfahrzeuge am Zielflughafen usw. sind ebenso alles Dinge, die das erfolgreiche Verlegen in ein Einsatzland verlangt. Repräsentativ dafür und als einziges eruierbar wurden nur die Transportkapazitäten abgefragt und ob es bei deren Verfügbarkeit jemals zu Engpässen kam.

Tabelle 10 Transportkapazitäten der Organisationen zur Verlegung von Material und Personal in das Einsatzland

Organisation	Transportkapazitäten jederzeit verfügbar?	Kam es schon einmal zu Engpässen?
Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	Ja	Nein
Deutsches Rotes Kreuz	Ja	Nein
Johanniter-Unfall-Hilfe	Ja	Nein
Caritas international	Ja	Nein

Sowohl der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr, als auch das Deutsche Rote Kreuz, die Johanniter-Unfall-Hilfe und Caritas international chartern ihre Transportflugzeuge von Luftfahrtunternehmen. Hierbei greifen alle vier auf Kooperationsverträge mit diesen zurück, die es ihnen bisher noch immer erlaubten, ohne Engpässe in das Einsatzland zu verlegen.

Die Bundeswehr kann überdies auch auf sogenannte Roll-on-Roll-off-Schiffe zurückgreifen. Diese brauchen jedoch länger als Flugzeuge und sind nur ohne dringende Zeitnot und bei großen zu transportierenden Mengen Mittel der Wahl. Eigene Großraumtransportflugzeuge

hat die Bundeswehr erst seit kurzem wieder. Mit der Auslieferung des Airbus A400M wurde diese Fähigkeitslücke geschlossen. Auch auf kleinere Transportflugzeuge und Transporthubschrauber kann die Bundeswehr zurückgreifen. Diese sind z.T. auch speziell auf Patiententransport ausgelegt.

Für NGOs lohnt sich die Anschaffung von eigenen Flugzeugen nicht. Diese sind teuer und bedürfen einer Wartung. Laut Dr. Butenop (Ci) stellen sich Luftfahrtunternehmen gern für humanitäre Hilfen zur Verfügung, „*was sie für sich natürlich auch als Aushängeschild nehmen, da sie ja dann auch da beteiligt sind und Hilfsorganisationen anliefern.*“ (Butenop, Joost. Interview. 01.06.2012)

3.2.11 Nachschubversorgung

Die im Kapitel 3.2.3 aufgeführten materiellen Kapazitäten zur Versorgung von Patienten sind stets begrenzt. Das LLRZ des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist bereits nach sieben Tagen auf Nachschub angewiesen und selbst dem Feldkrankenhaus des Deutschen Roten Kreuzes gehen nach drei Monaten ohne Versorgung von außen die Mittel aus. Wie jedoch zum Beispiel nach dem Erdbeben in Haiti 2010 zu sehen war, kann die Notwendigkeit zu Hilfeleistungen auch weit länger als drei Monate andauern.

Tabelle 11 Nachschubversorgung für medizinisches Material

Organisation	Nachschubwege vorhanden?	Art der Nachschubwege
Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	Ja	i.d.R. aus Deutschland über bundeswehrinterne Nachschubwege
Deutsches Rotes Kreuz	Ja	über Nachschubwege der Internationalen Föderation vom Roten Kreuz oder aus Deutschland
Johanniter-Unfall-Hilfe	Ja	über action medeor
Caritas international	Ja	durch einen lokalen Partner vom lokalen Markt

Alle vier untersuchten Organisationen verfügen über konkrete Nachschubwege und sind von diesen auch abhängig. Nur die Art der Nachschubwege unterscheidet sich. Zusammengefasst

können Materialien entweder aus Deutschland nachgeführt oder vom lokalen Markt des Einsatzlandes eingekauft werden. Auch eine Versorgung über den Markt von Anrainerländern kann aufgrund kurzer Transportwege günstig sein. Die Bundeswehr zum Beispiel bezieht ihr medizinisches Nachschubmaterial aus Deutschland über einen direkten Versorgungsweg über die Bundeswehrapotheken. Diese decken dann eine sieben-Tage-Routineversorgung ab, können aber auch zusätzlichen Bedarf in kurzer Zeit in den Einsatz transferieren. Vom lokalen Markt kauft die Bundeswehr selten ein. Dies wird durch die in Studien belegte mangelhafte Qualität vieler in Entwicklungs- und Schwellenländern verkauften Medikamente begründet. [26] Neben der Versorgung aus Deutschland ist auch eine zusätzliche Zulieferung über die UN in der humanitären Hilfe möglich.

Das Deutsche Rote Kreuz passt ihre Nachschubwege den Gegebenheiten im Einsatzland an. Hierbei nehmen Einfuhrzölle, der Zustand des lokalen Marktes, Nachschubstrukturen der Rot-Kreuz-Bewegung und ähnliches Einfluss. Hensen (DRK) hierzu: *„[W]ir bringen erstmal immer alles mit, damit wir auch selbstständig arbeiten können. Wir können von Deutschland natürlich zuführen. Was wir hoffen, ist, dass wir dann schon Wege im Land haben über die Föderation, das nationale Rote Kreuz oder zertifizierte Supplier der WHO. Es ist für uns nicht möglich, Medikamente auf dem freien Markt zu kaufen, sondern dort nehmen wir die Strukturen, die zulässig sind in unserer Bewegung. Hat die Verantwortung für unser Krankenhaus das Gesundheitsministerium, dann entscheiden die, was wo beschafft wird. In Haiti ist es relativ klar, dass wir Ersatzteile immer von außerhalb zuführen mussten, aber es gibt große WHO-Lager und -Zentren und dann wird dort beschafft.“* (Hensen, Wilhelm. Interview. 14.08.2012)

Die Johanniter-Unfall-Hilfe greift bei ihren Nachschubwegen auf das Medikamentenhilfswerk action medeor zurück. Action medeor ist quasi ein Vollprofi in der Logistik von Medikamenten und Medizinprodukten und hat in vielen Ländern schon Nachschubwege etabliert. Caritas international möchte sein Gesundheitszentrum wo es nur geht vom lokalen Markt versorgen. Da sie beim Betreiben des Gesundheitszentrums immer mit einem lokalen Partner zusammenarbeiten, bauen sie auf dessen Nachschubwege auf. Der lokale Markt soll für die Versorgung aufkommen, damit auch nach einem Rückzug von Caritas international nach einer gewissen Zeit das Gesundheitszentrum weiterhin durch den lokalen Partner betrieben werden kann.

3.2.12 Kommunikationsmittel im Einsatzland

Kommunikationsmittel sind sowohl für die Verständigung der Delegierten im Einsatz untereinander, der Delegierten mit anderen Organisationen oder mit der Basis im Heimatland wichtig.

Tabelle 12 Kommunikationsmittel im Einsatzland

Organisation	Kommunikationsmittel im Einsatzland
Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	Mobiltelefone, Satellitentelefone, Kurzwellenfunk, Kabelfunk, Internet, Intranet, W-LAN
Deutsches Rotes Kreuz	Mobiltelefone, Satellitentelefone, Kurzwellenfunk, Funknetzwerk der Internationalen Föderation vom Roten Kreuz, Internet, evtl. W-LAN
Johanniter-Unfall-Hilfe	Mobiltelefone, Satellitentelefone, Kurzwellenfunk, Internet (entsprechend EU-Assessment-Mission-Kit)
Caritas international	Mobiltelefone, Satellitentelefone, Internet, ggf. Kurzwellenfunk

Im Allgemeinen sind sich die Kommunikationsmittel der Organisationen sehr ähnlich. Alle verfügen über Mobiltelefone, Satellitentelefone, Internet und Funk. Der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr hat eine sehr hohe Bandbreite an technischen Apparaten, um in jeder Situation und unter allen Bedingungen seine Kommunikationswege aufrecht zu erhalten. Dr. Hoffmann hierzu: „Von Mini-Mice über Satcom-Anlagen bis hin zu Iridium-Handys habe ich alles, was ich brauche. Alles!“ (Hoffmann, Ralf. Interview. 24.05.2013)

Das Deutsche Rote Kreuz kann bei seinen Einsätzen - falls bereits etabliert - auf ein eigenes Funknetzwerk des IFRC zugreifen.

Als Besonderheit bei der Johanniter-Unfall-Hilfe ist das sogenannte EU-Assessment-Mission-Kit. Es stellt quasi einen Koffer mit allem im Einsatz benötigten Büromaterial dar und enthält auch eine Bandbreite an Kommunikationsmitteln.

Auch Caritas international verfügt im Einsatz über viele unterschiedliche Kommunikationsmittel, mit denen gute Erfahrungen im Einsatz gemacht werden konnten. Einen Koffer wie das EU-Assessment-Mission-Kit hat Caritas international nicht mehr, da er in der Anschaffung zu teuer war.

3.2.13 Häufigkeit des Einsatzes eines medizinischen Systems

Die Frage nach der Häufigkeit des Einsatzes eines medizinischen Systems hat sich relativ schwierig gestaltet, da die Ansprechpartner gelegentlich nicht den kompletten gefragten Zeitraum überblicken konnten oder es bei Caritas international nicht zum Einsatz eines regulären medizinischen Systems kam. Darüber hinaus schicken die Nichtregierungs-organisationen gelegentlich nur Material oder nur Personal in den Einsatz, da das jeweils andere von einer anderen Nationalgesellschaft bereitgestellt wird.

Tabelle 13 Anzahl der Katastropheneinsätze von 2005 bis 2012

Organisation	Anzahl der Katastropheneinsätze von 2005 bis 2012
Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	3 Einsätze mit medizinischen Einsatzteams (zusätzlich dazu Strategisch-medizinische Luftevakuations)
Deutsches Rotes Kreuz	2 Einsätze mit dem Feldkrankenhaus
Johanniter-Unfall-Hilfe	8 Einsätze, bei denen insgesamt 10 Einsatzteams entsandt wurden
Caritas international	9 Einsätze mit medizinischen Einsatzteams

Allgemein kann man sagen, dass kleinere, ambulante Einrichtungen häufiger zum Einsatz kommen, als große, stationäre Feldlazarette. So sagt auch Hensen (DRK): *„Die Basisgesundheitsstation [ist] das, was wir am häufigsten einsetzen. Also das hoffen wir alle zwei Jahre einsetzen zu können; es gibt auch Jahre, wo es öfter passiert. Das Feldkrankenhaus setzen wir ca. alle vier bis fünf Jahre ein.“* (Hensen, Wilhelm. Interview. 14.08.2012)

Die Bundeswehr war im abgefragten Zeitraum von 2005 bis 2012 drei Mal mit medizinischen Teams zur Hilfe nach Naturkatastrophen im Einsatz. Dies waren ein Einsatz 2005 in Banda Aceh, bei dem ein Rettungszentrum leicht und ein MERZ verwendet wurden, ein Einsatz 2009 in Pakistan mit einem Ambulanzteam und mehrfache kleine Einsätze in Afghanistan nach Überschwemmungen, wo auch verschiedene verlegbare Einrichtungen zum Einsatz kamen. Alle Einsätze in Afghanistan sind in Tabelle 13 als einer gezählt.

Das Deutsche Rote Kreuz war vielfach in medizinischen Einsätzen nach Naturkatastrophen. Angegeben wurde von Hensen und Dr. Muhr die Anzahl der Katastropheneinsätze, bei denen

das Feldkrankenhaus zum Einsatz kam. Dies war einmal 2008 in China und dann 2009 in Haiti. Dazu kommen noch Einsätze mit der Basisgesundheitsstation oder Einsätze, bei denen nur Personal des Deutschen Roten Kreuzes in Katastrophengebiete verlegt wurde – auch zum Beispiel zu medizinischen Einsatzsystemen anderer nationaler Rot-Kreuz-Gesellschaften wie dem Finnischen Roten Kreuz.

Die Johanniter-Unfall-Hilfe hat nach Angaben Prof. Dr. Ripbergers *„insgesamt zehn Mal medizinische Erkundungsteams oder Medical Emergency Response Teams (MERT) in scharfe Einsätze entsendet.“* (Ripberger, Gerald. Interview. 23.07.2012) Hierunter waren Einsätze nach dem Tsunami in Süd-Ost-Asien, nach Hurrikan Katrina in den USA oder nach dem Erdbeben in Haiti. Bei letzterem waren aufeinanderfolgend sogar drei medizinische Teams vor Ort. Die entsendeten zehn medizinischen Einsatzgruppen gingen demnach in acht Einsätze.

Caritas international war im besagten Zeitraum neun Mal zur medizinischen Hilfe nach Katastrophen im Einsatz. So war sie ebenfalls in Südostasien, Pakistan und Haiti und darüber hinaus auch zum Beispiel in Myanmar 2008 nach einem Zyklon oder 2009 zur Bekämpfung einer Choleraepidemie in Zimbabwe. Dementsprechend kann es sich in der Häufigkeit medizinischer Einsätze mit den anderen Organisationen messen. Jedoch haben die Projekte eine andere Ausrichtung und Größe. Die Aussage, dass Katastrophenmedizin kein Schwerpunkt im Mandat von Caritas international ist, hat demnach Bestand.

3.2.14 Personalschulung

Telford et al. haben bereits festgestellt: *„Organizations have only relatively small numbers of appropriately experienced personnel who can operate in an emergency at an international level.“* [39] Um die Zahl des gut ausgebildeten Personals zu erhöhen und im Einsatz ein gut funktionierendes Team vorweisen zu können, braucht es Schulungs- und Übungsmaßnahmen. Gerade für in der humanitären Hilfe unerfahrenes Personal ist eine Ausbildung, die dem Einsatz vorangestellt ist, aus sicherheitstechnischen und psychologischen Gründen unerlässlich. Gewisse Grundsätze der humanitären Hilfe wie die SPHERE-Standards oder das „Do-No-Harm“-Prinzip sind für jeden Delegierten im Einsatzland wichtiges „Handwerkszeug“. Eine vorausgehende Schulung in solchen Gebieten ist Teil der Professionalisierungstendenz und der Qualitätssicherung in der humanitären Hilfe. Gemäß den SPHERE-Standards wird eine vorausgehende Schulung des Personals sogar unbedingt gefordert: *„Health workers should have the proper training, skills and supervisory support for their level of responsibility. Agencies have an obligation to train and supervise staff to ensure that their knowledge is up-to-date.“* [22]

Tabelle 14 Einsatzvorbereitende Schulung des medizinischen Personales (IMPACT-Kurs: International Mobilization and Preparation for Action; CBRNE: Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and Explosives; AKNZ: Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz)

Organisation	Einsatzvorbereitende Schulung des medizinischen Personales
Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr	<ul style="list-style-type: none"> - allgemeinmilitärische einsatzvorbereitende Ausbildung - verschiedene fachspezifische einsatzvorbereitende Ausbildungen (z.B. Trepanationskurs) - Zusatzausbildung für das spezielle Einsatzland - weitere Zusatzausbildungen
Deutsches Rotes Kreuz	<ul style="list-style-type: none"> - online-Kurse „Stay safe“ und „World of Red Cross“ - online IMPACT-Kurs - Grundlehrgang über das System der Nothilfeinheiten - Sicherheitslehrgang - spezielle Schulungen, z.B. Laborkurs, Gesundheitsprävention, Community Health, Disaster Management usw.
Johanniter-Unfall-Hilfe	für die jeweiligen Funktionen Pflichtausbildungen: <ul style="list-style-type: none"> - Safety and Security - Grundlagen Humanitäre Hilfe I und II - Medizinische Besonderheiten - Logistikkurse - Mediakurse - Field camp (als Organisatorentrainingslager) - Leadershiptraining - CBRNE-Training usw.
Caritas international	<ul style="list-style-type: none"> - AKNZ-Lehrgänge des Bundesministeriums des Inneren - interorganisationär organisierte Weiterbildungen - Lehrgänge von Caritas internationalis

Damit Bundeswehrsoldaten in den Einsatz dürfen, durchlaufen sie in der Regel eine allgemeinmilitärische einsatzvorbereitende Ausbildung. Diese durchläuft jeder Soldat unabhängig von seiner Verwendung. Der zweite Pfeiler der Ausbildung innerhalb der Bundeswehr ist die fachspezifische Ausbildung, also die Erlangung einer Fachexpertise mit zusätzlichen Weiterbildungsinhalten der einsatzspezifischen Erfordernisse. Hierzu zählen nach Dr. Hoffmann zum Beispiel *„die Bereiche Sichtung, notfallmedizinische Ausbildung, Transportmaßnahmen, Maßnahmen, die zu ergreifen sind zur Behandlung von zivilen Patienten.“* (Hoffmann, Ralf. Interview. 24.05.2013) Der dritte Pfeiler ist die Zusatzausbildung für das spezielle Einsatzland. Hierbei wird der Soldat auf Erfordernisse und Problemfelder der Einsatzregion vorbereitet. Generell ist das Fachpersonal des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr als im Einsatz mit Krisen- und Katastrophengebieten geübt anzusehen. Eine Besonderheit im chirurgischen Curriculum innerhalb des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist die Ausbildung zum sogenannten Einsatzchirurgen. Dieser subsumiert im Rahmen einer Zusatzweiterbildung auf Basis des Facharztes für Allgemein Chirurgie in besonderem Maße einsatzrelevante Ausbildungsinhalte aus den Gebieten Unfall-, Viszeral- und Gefäßchirurgie.

Dies sichert einen hohen Professionalisierungsgrad in einsatzrelevanten chirurgischen Fertigkeiten. In anderen Fachgebieten existiert zwar keine standardisierte einsatzspezifische Weiterbildung, jedoch ist die Frage nach Einsatzrelevanz bereits im klinischen Alltag der Bundeswehrkrankenhäuser ein integraler Bestandteil zum Beispiel der Facharztweiterbildung. Besonderheiten der Arbeit als humanitärer Helfer, wie die Vermittlung der SPHERE-Standards, gehören nicht zur Ausbildung innerhalb des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr.

Im Gegensatz zum Militär arbeiten die NGOs im Wesentlichen mit freiwilligen Helfern. Doch auch diese müssen einen gewissen Stand der Professionalisierung erreichen, um an einem Hilfseinsatz teilnehmen zu dürfen. Beim Deutschen Roten Kreuz sind dies zwei Online-Kurse und zwei Präsenzkurse. Die Online-Kurse informieren über die Rot-Kreuz-Bewegung und Sicherheit im Einsatz. In den Präsenzkursen werden Grundkenntnisse über die Nothilfeinheiten und wiederum Sicherheit im Einsatz vermittelt. Nach diesen Weiterbildungen zählen die Delegierten bereit für einen Hilfseinsatz. Bei speziellen Verwendungen können noch Zusatzausbildungen wie ein Laborkurs, ein Kurs in Gesundheitsprävention u.ä. angeschlossen werden oder aber bei Führungspositionen ein sogenannter IMPACT-Kurs (International Mobilization and Preparation for Action), bei dem Kenntnisse über die Philosophie und Arbeitsweise der Rot-Kreuz-Bewegung, sowie zu Sicherheit und Arbeit in Konflikt- und Katastrophengebieten vermittelt werden. Spezifische Fachweiterbildungen für Fachärzte gehören nicht zum verpflichtenden Ausbildungsprogramm.

In der Johanniter-Unfall-Hilfe wird ebenfalls auf eine korrekte Ausbildung des Personals hinsichtlich sicherheitsrelevanter und ethischer Aspekte der humanitären Hilfe geachtet. Hier wird eine Art Ampelsystem angewendet: Erst, wenn ein Mitglied auf „grün“ gesetzt ist, darf es in den Einsatz. Um diesen Status zu erreichen bedarf es verschiedener Pflichtausbildungen, die für die jeweilige Verwendung zugeschnitten sind. Zu den Ausbildungen gehören Sicherheitskurse, Kurse in den Grundlagen der humanitären Hilfe oder auch spezielle Kurse für Führungspersonal.

Auch bei Caritas international wird kein ungeschultes Personal in den Einsatz geschickt. Neben selbst veranstalteten Lehrgängen zu unterschiedlichen Themen greift es auch auf Kurse der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) oder auf interorganisationäre Lehrgänge zurück. Jedoch gibt es bei Caritas international aufgrund des erfahrenen Personalstammes keine regulären Pflichtausbildungen. Lediglich der Sicherheitslehrgang der AKNZ wird vorausgesetzt. Caritas international greift auf Personal mit mindestens 10 Jahren Erfahrung zurück, sodass Dr. Butenop meinte: „Die Art der Vorberei-

tung hängt vom individuellen Bedarf ab und kann intern oder auch in Kooperation mit externen Anbietern erfolgen. [...] Die Caritas arbeitet mit Leuten, die hauptberuflich humanitäre Hilfe machen. Ich verdiene meinen Lebensunterhalt damit, diese Dinge zu machen. Ein Mitarbeiter, der in den Einsatz geht beim Arbeiter Samariter Bund, ist im Hauptberuf Krankenpfleger oder Rettungssanitäter. Und dadurch braucht der eine andere Vorbereitung gegenüber mir, der ich jetzt seit 12 Jahren diese Geschichten mache.“ (Butenop, Joost. Interview. 01.08.2012)

3.3 Auswertung der Studien, Textquellen und Interviews

Die Bundeswehr im Allgemeinen und der Zentrale Sanitätsdienst im Speziellen kommen erst zum Einsatz, wenn das Ausmaß einer Katastrophe zu groß ist, als dass es von anderen Organisationen bewältigt werden kann (Subsidiaritätsprinzip). [4; 5; 23; 46] Unter der Rot-Grünen Bundesregierung 2006 bis 2009 wurde dieses Prinzip auf logistische Hilfe allein reduziert und medizinische gänzlich herausgenommen. Jedoch wurde in der „Konzeption der Bundeswehr“ und dem „Weißbuch der Bundeswehr“, die im Wesentlichen zum Auftrags- und Selbstverständnis der Bundeswehr beitragen, medizinische Hilfe nach besonders großen Schadenslagen als Teil der Aufgaben der Bundesrepublik formuliert. Darauf aufbauend wurde dies auch in den „Leitfaden Grundsätze für Führung und Einsatz des Sanitätsdienstes der Bundeswehr“ übernommen. [18] Daher ist die Möglichkeit für die Bundeswehr, medizinische humanitäre Hilfe nach Naturkatastrophen zu leisten, trotz des „Berichtes der Bundesregierung über die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland 2006 bis 2009“ als gegeben anzusehen. Darüber hinaus kam es schon vermehrt zu solchen Hilfseinsätzen (s. Kapitel 3.1). Deren Subsidiarität ist jedoch nicht in jedem Fall zweifelsfrei gegeben gewesen. [24] Die angeführten Schriften der Bundesregierung und des Bundesministeriums der Verteidigung sind politische Schriften und dementsprechend auch stets auf dem Hintergrund der wechselnden politischen Parteien- und Personalstruktur der Bundesrepublik Deutschland zu verstehen. Zum generellen politischen wie gesellschaftlichen Konsens ist ihnen das Subsidiaritätsprinzip zum Inhalt.

Die „Guidelines On The Use of Foreign Military and Civil Defence Assets in Disaster Relief“, besser bekannt unter dem Namen „Oslo Guidelines“, sind ein nicht bindendes Regelwerk, herausgegeben von UN OCHA, an deren Ausarbeitung über 180 Delegierte von 45 Staaten und 25 Organisationen mitgewirkt haben, unter ihnen auch Deutschland, das ICRC, das IFRC, die NATO und das UNHCR. Betrachtet wurde die überarbeitete Version der Oslo Guidelines von 2006. Hierin wird zum Ausdruck gebracht, dass das Militär nur subsidiär zum Einsatz kommen darf und soll: *„Military and civil defence assets should be seen as a tool complementing existing relief mechanisms in order to provide specific support to specific requirements, in response to the acknowledged „humanitarian gap“ between the disaster needs that the relief community is being asked to satisfy and the resources available to meet them. Therefore, foreign military and civil defence assets should be requested only*

where there is no comparable civilian alternative and only the use of military or civil defence assets can meet a critical humanitarian need. The military or civil defence asset must therefore be unique in capability and availability.“ [41] Hierbei muss internationales Recht stets gewahrt werden. Die Oslo Guidelines verweisen dazu auf die General Assembly Resolution 46/182 und zitieren hieraus: *„The sovereignty, territorial integrity and national unity of states must be fully respected in accordance with the Charter of the United Nations. In this context, humanitarian assistance should be provided with the consent of the affected country and in principle on the basis of an appeal by the affected country.“* Im Einsatzland soll das Militär in seinen nationalen Uniformen agieren und soweit möglich keine direkte humanitäre Hilfe an der betroffenen Bevölkerung durchführen. Dies soll gewährleisten, dass die normale Grenze zwischen humanitären Organisationen und dem Militär gewahrt bleibt. [41]

Der Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V. (VENRO) ist ein Zusammenschluss von 116 NGOs, die in der Entwicklungshilfe tätig sind. Einem humanitären Einsatz der Bundeswehr gegenüber sei der VENRO gemäß den bearbeiteten Quellen ablehnend eingestellt. [21; 42] Die Bundeswehr als Militär eines Staates könne nicht unparteiisch und unabhängig handeln und dementsprechend keine humanitäre Hilfe gemäß den „Grundsätzen des Roten Kreuzes und Roten Halbmondes“ leisten. [21; 37; 38] Jedoch könne sie bei *„überraschend auftretenden oder sehr großen Notsituationen, insbesondere bei Naturkatastrophen, eine wichtige unterstützende Funktion übernehmen, z.B. durch die Bereitstellung von technischen Dienstleistungen wie Transportkapazitäten, Rettungsgeräte, Luftaufklärung oder Minenräumung.“* [38] Tatsächlich beklagt VENRO jedoch, die Bundesregierung selbst ließe die Rolle der Bundeswehr in der humanitären Hilfe im Dunkeln. [42]

Die DGWMP ist der Interessenverband der deutschen Sanitätsoffiziere und dementsprechend der in der Bundeswehr tätigen Ärzte. Zusammen mit dem Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr gibt sie monatlich die „Wehrmedizinische Monatsschrift“ und quartalsweise die Zeitschrift „Wehrmedizin und Wehrpharmazie“ heraus, in denen gehäuft Artikel zum Thema dieser Arbeit publiziert wurden. Lutz Nolde vom Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr versteht die Bundeswehr selbst als friedensstiftende Kraft, die wegen ihrer besonderen personellen wie auch materiellen Ausstattung einen wichtigen Beitrag in der medizinischen humanitären Hilfe leisten kann. [25] In der Vergangenheit habe diese Hilfe gerade

durch die Zusammenarbeit mit Organisationen wie dem Deutschen Roten Kreuz, den Maltesern oder der Johanniter-Unfall-Hilfe zu einer Optimierung in der Arbeit im Sinne der Humanität geführt. Ebenso sieht es auch von Block-Schlesier, welcher aufführt, dass schon immer eine fruchtbare Kooperation mit NGOs in Katastrophengebieten stattgefunden habe. [6] Prof. Dr. Gardemann vom Deutschen Roten Kreuz schreibt in seinem Textbeitrag, dass die NGOs in Besorgnis sind wegen einer Einengung des „humanitären Raumes“ durch das Militär. So führt ein vermehrter Einsatz von Streitkräften in der Katastrophenhilfe zur Verwischung der Grenze zu NGOs, was gerade in Krisen- und Konfliktgebieten für letztere gefährlich sein kann. Jedoch bemängelt Gardemann auch, dass man sich in der Diskussion oft zu sehr auf Afghanistan beschränkt, die Berührungspunkte zwischen Hilfsorganisationen und der Bundeswehr jedoch auch andernorts liegen. Gardemann selbst legt auch eine Betonung auf das Subsidiaritätsprinzip, indem er sagt: *„Jede Art von Zusammenarbeit mit militärischen Einheiten darf nur im engsten Rahmen des Völkerrechts stattfinden und muss jeweils die ultima ratio darstellen, die nach Ausschöpfen sämtlicher vorhandener ziviler Mittel verbleibt.“* [19]

Ein weiterer Nicht-Bundeswehrangehöriger Autor der „Wehrmedizin und Wehrpharmazie“ ist Dr. Schmitz, derzeit Leiter des Ärztlichen Dienstes des Deutschen Entwicklungsdienstes der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, der sagt: *„Per Definition könnte man behaupten, dass die Bundeswehr per se keine Humanitäre Hilfe im eigentlichen Sinne leisten kann, da sie nicht basierend auf dem Menschenrechtsansatz, dem Code of Conduct und der Humanitären Charter, sondern immer im politischen Auftrag der Bundesregierung handelt. Daher hat die Bundeswehr kein Mandat zur Humanitären Hilfe im engeren Sinne. Das soll aber nicht heißen, dass die Bundeswehr grundsätzlich keinen Beitrag leisten kann oder darf.“* [34] Somit trennt Schmitz zwar zwischen humanitärer Hilfe durch die Hilfsorganisationen auf der einen und Hilfeleistungen durch die Bundeswehr auf der anderen Seite, jedoch sind dies eher terminologische Schwierigkeiten als tatsächliche Probleme in der Hilfe nach Naturkatastrophen. So sagt er weiter: *„Militärische Unterstützung u.a. durch die Bundeswehr ist heutzutage eine feste Größe, besonders in der internationalen akuten Humanitären Hilfe. Dabei kommt uns zunächst die Logistik, d.h. Luft-Transportkapazitäten, Hubschrauber, aber auch der Sanitätsdienst in den Sinn.“* Und da die Bundeswehr ihre Ärzte seiner Beobachtung nach mehr und mehr im Sinne eines Primary Health Care Ansatzes ausbildet, die im Inhalt den SPHERE-Standards entsprechen, begrüßt Schmitz den Einsatz des Sanitätsdienstes der Bundeswehr in Naturkatastrophengebieten, soweit dies erforderlich ist.

Das Steering Committee for Humanitarian Response (SCHR) ist eine Interessenvertretung zusammengesetzt aus den geschäftsführenden Vorstandsmitgliedern neun verschiedener Netzwerke von NGOs. So gehören auch Caritas internationalis und das IFRC der SCHR an. In seinem „SCHR Position Paper on Humanitarian-Military Relations“ äußert es sich kritisch zum Einsatz eines Militärs zur Hilfe nach Naturkatastrophen. [36] Zwar spiele das Militär hier eine wichtige Rolle, doch diene sein Einsatz häufig lediglich politischen Interessen. Das SCHR Positionspapier betont die Wichtigkeit der Oslo Guidelines und der IDRL-Leitlinien (auch „Guidelines for the domestic facilitation and regulation of international disaster relief and initial recovery assistance“). So sei das Prinzip aus den Oslo Guidelines, dass der Einsatz von Militär stets nur das letzte Mittel sein solle, von großer Bedeutung. Damit legt auch das SCHR eine Betonung auf das Subsidiaritätsprinzip. Bezüglich der IDRL-Leitlinien zitiert es die wohl einzig wichtige Stelle in Bezug auf den Einsatz des Militärs nach Naturkatastrophen: *„Military assets should be deployed for disaster relief or initial recovery assistance only at the request of and with the express consent of the affected State, after comparable civilian alternatives have been considered.“* Das SCHR betont in seinem Positionspapier die humanitär-militärische Koordination, welche nicht zu verwechseln sei mit Kooperation. So sollen planerische Ziele zur Vermeidung von Redundanzen und zum optimalen Ressourceneinsatz durch eine koordinierende Stelle vorgegeben werden, dem sich das Militär unterzuordnen habe. Hierbei soll es aber seine operative Entscheidungsfähigkeit behalten. Besonders hebt das SCHR noch einmal den humanitären Imperativ heraus, welcher bewahrt werden muss: *„At times it is the humanitarian Imperative which drives certain decisions that run contrary to some of the principles of humanitarian-military relations.“* [36] Ein Punkt, der dem SCHR auch in Naturkatastrophengebieten wichtig bleibt, ist, dass die Rollenverteilung zwischen NGOs und dem Militär erhalten bleibt. Um jedoch Missverständnissen vorzubeugen und die gemeinsame Beziehung zu verbessern, seien gemeinsame Übungen erstrebenswert.

Im internationalen Journal „Disasters“ stellen Gaydos und Luz ein sehr positives Bild zum Einsatz des Militärs zur Hilfe in Naturkatastrophengebieten dar. [20] Aufgrund einer besonders guten Trainings-, Ausbildungs- und Ausrüstungslage könne es bei jeglicher Art von Katastrophe Hilfe leisten. Lediglich die Medikamenten- und Medizinbedarfsausstattung des Militärs sei auf ein anderes Patientengut eingestellt als es in Katastrophengebieten vorkommt.

Gaydos und Luz führen an, dass die humanitäre Unparteilichkeit des Militärs in Naturkatastrophen gegeben sei, weshalb seine Hilfen auch den humanitären Prinzipien entsprächen. Ein Problem bei humanitären Einsätzen des Militärs in Naturkatastrophengebieten besteht in deren Mandatierung; so ist diese von der Anfrage der betroffenen Nation abhängig. [20]

Richard Munz beschreibt in seinem Sachbuch „Im Zentrum der Katastrophe“ seine Erlebnisse und Erfahrungen in der humanitären Hilfe. Hierbei geht er auf verschiedene Themen der humanitären Hilfe wie auch auf die Unterstützung durch die Bundeswehr ein. Er gibt an, dass sich die Bundeswehr in der Vergangenheit vor allem durch dramatische Bilder, die dann in deutschen Medien erschienen, in Szene gesetzt habe. Es sei versucht worden, gute Werbung für die Bundeswehr und die Bundesregierung zu erzeugen. Hierzu sei die Bundeswehr in vor allem medienwirksamen Gebieten eingesetzt worden, was nicht oder nicht immer mit dem tatsächlichen Bedarf übereingestimmt habe. Auch seien die Standards, mit denen die Bundeswehr medizinische Hilfe betreibe viel zu hoch angesetzt. Dazu sagt Munz: *„Hierzu muss gesagt werden, dass unsere Bundeswehr rechtlich verpflichtet ist, auch im Ausland für ihre Soldaten einen medizinischen Standard zu halten, der dem eines deutschen Kreiskrankenhauses entspricht. Dieser Standard liegt weit über dem, was in weniger entwickelten Ländern üblich ist. Da man aber verständlicherweise die Anwendung zweier verschiedener Standards in Katastrophen- oder Krisengebieten für nicht verantwortbar hält, wird dieser höhere Standard bei derartigen Einsätzen eben auch der lokalen Bevölkerung angeboten. [...] Wenn ein derartig überhöhter Standard in das Katastrophengebiet eines unterentwickelten Landes gebracht wird, so kann dieser meist auch nur von ausländischen Hilfskräften sichergestellt und aufrechterhalten werden. [...] Alle Patienten werden selbstverständlich die unentgeltliche moderne medizinische Versorgung durch die Ausländer in Anspruch nehmen und auf diese Weise das lokale Gesundheitswesen in weitem Umkreis und für lange Zeit beeinträchtigen.“* [24] Dabei ist die Bundeswehr laut Munz darauf angewiesen, medienwirksame Ergebnisse zu liefern. Hierbei stünden viel zu oft Patientenzahlen und nicht langfristige wirksame Maßnahmen im Mittelpunkt. Generell sind nach Munz die Kriterien, nach denen die Medien Einsätze von Bundeswehr bzw. der NGOs bemessen, unterschiedlich. Während die Bundeswehr vor allem schnell und viel Hilfe leisten soll, komme bei den NGOs noch hinzu, dass sie kostengünstig arbeiten sollen, dass jeder Cent im Einsatzland ankommen soll und dass sie sich den humanitären Kernprinzipien verpflichten. So seien Hilfeinsätze der Bundeswehr auch um ein Vielfaches teurer als von NGOs. So habe der Einsatz der Bundes-

wehr 1993 in Somalia etwa 300 Millionen DM gekostet, der deutlich länger dauernde Einsatz des Deutschen Roten Kreuzes nur 50 Millionen DM. Quellen für diese Zahlen nennt Munz nicht.

4. Diskussion

Inwieweit der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr medizinische humanitäre Hilfen leisten kann oder auch darf, war die leitende Frage dieser Studie. Um beantworten zu können, ob er Hilfen entsprechend ähnlich denen der NGOs leisten kann, wurden seine Fähigkeiten gemäß festgelegter Kriterien mit denen ausgewählter ziviler humanitärer Hilfsorganisationen verglichen. Inwieweit der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr humanitäre Hilfen auch leisten darf, sollte aus einer Quellenanalyse hervorgehen. Hierbei wurde geprüft, ob es rechtlich legitim und gesellschaftlich erwünscht ist, dass der Zentrale Sanitätsdienst medizinische Hilfsaktionen nach Naturkatastrophen durchführt. Mögliche Mängel des methodischen Ansatzes zum Vergleich der Organisationen und Möglichkeiten und Grenzen ihrer Vergleichbarkeit werden in Kapitel 4.1 diskutiert. In Kapitel 4.2 sollen die Quellen, welche zur Beantwortung des zweiten Teils der Fragestellung genutzt wurden, und Lücken in der Quellenlage betrachtet werden.

4.1 Diskussion des methodischen Ansatzes zum Vergleich der Organisationen

Wie bereits in Kapitel 2 erwähnt, war die Methodik zum Vergleich der humanitären Hilfsorganisationen und des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr problematisch. Es wurde seitens mancher Vertreter von NGOs auch behauptet, dass er nicht durchführbar sei. Dies wurde mit der starken Heterogenität der Organisationen und ihrer Arbeitsweisen begründet. Zunächst stellt sich die Frage, ob die untersuchten NGOs tatsächlich pars pro toto für alle deutschen humanitären Hilfsorganisationen stehen können. So wurden bis auf Caritas international nur Organisationen mit standardisierten medizinischen Einsatzsystemen untersucht. In Realität arbeiten jedoch die meisten medizinisch tätigen NGOs ohne solche Systeme, sondern greifen auf regionale Infrastruktur zurück, wie das auch Caritas international macht. Relativierend muss jedoch gesagt sein, dass die untersuchten Organisationen unter den deutschen NGO zu den Größten gehören und einen Großteil der deutschen medizinischen humanitären Hilfe tragen. So berichten Telford et al. rückblickend auf den Tsunami in Südostasien 2004: *„Most private funding went to a dozen or so main actors. Overall, 70 per cent of private donations (an estimated USD 3.9bn) went to just 12 agencies: the Red Cross movement, the United Nations Children’s Fund (UNICEF) and the 10 largest INGOs or INGO*

consortia.“ [39] Daher war die letztlich beschränkte Auswahl der Organisationen zum Vergleich mit dem Zentralen Sanitätsdienst gerechtfertigt. In Folge dieser Studie wäre eine Ausweitung auf eine größere Stichprobe möglich, um das Ergebnis zu verifizieren. Diese könnte dann auch kleinere NGOs miteinbeziehen.

Ein Faktor, der die Datenerhebung gefährdet hat, war, dass die untersuchten Organisationen unterschiedliche Ansätze in ihren Einsätzen fahren. So zum Beispiel betreiben die Johanniter-Unfall-Hilfe wie auch der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr reguläre Notfallmedizin. Das Deutsche Rote Kreuz und Caritas international ergänzen lediglich zerstörte Strukturen im Sinne einer Basismedizin. Letzteres ist dadurch bedingt, dass ausländische Hilfsorganisationen in der Regel zu spät für direkte Notfall- oder Katastrophenmedizin im Einsatzland ankommen. [39] Die in Kapitel 3.2 dargestellten Untersuchungsergebnisse müssen stets auch unter diesem Gesichtspunkt betrachtet werden.

Ein weiterer Punkt, der die Ergebnisse beeinflussen konnte, war die Auswahl der Methodik zur Informationsbeschaffung. Die Durchführung von Interviews war hierbei ein einfaches wie auch wirksames Mittel, da kaum Literatur zu den abgefragten Kriterien vorhanden war. So konnten auch Ergänzungsfragen zu den Kriterien vorgenommen werden, die Kontext, Rahmenbedingungen und Mandate verdeutlichten und eine Fehlinterpretation der Ergebnisse zu verhindern vermochten.

Zuletzt gilt zu diskutieren, ob die Kriterien geeignet sind, eine Aussage über die Leistungsfähigkeit der Organisationen zu treffen. In Anbetracht dessen, dass bisher keine Untersuchungen in der Art vorliegen, musste ein gänzlich neuer Kriterienkatalog entwickelt werden. Nur das vielfach zitierte Gesetz der Euratom [1] setzt Maßstäbe für medizinische Einsatzsysteme zur Katastrophenhilfe. Einschränkend muss jedoch auch gesagt werden, dass dieses Gesetz nur auf Einsätze innerhalb der EU anwendbar ist und einen notfallmedizinischen Ansatz zur Patientenversorgung verfolgt. Für Einsätze in Gebieten der sogenannten „Dritten Welt“ ist der Gesetzestext nicht konzipiert. Daher sind die hierin vorgeschriebenen Grundsätze nicht regelhaft auf Einsatzsysteme zur humanitären Hilfe anwendbar. Jedoch war es hilfreich, um terminologische Grundlagen für den Kriterienkatalog zu schaffen. So basiert zum Beispiel die Kategorisierung der Einsatzsysteme in „Vorgeschobener Behandlungsplatz“, „Vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP“ und „Feldlazarett“ hierauf. Eine alternative Einteilung gemäß der Allied Joint Medical Doctrine [17] wurde nicht angewandt, da sie einen militärischen Ansatz verwendet und weniger noch als das Gesetz der Euratom auf

humanitäre Einsätze anwendbar ist. Jedoch zeigen sich auch Überschneidungen. So entspricht eine Rolle 2E und auch eine Rolle 3 einem Feldlazarett nach Euratom. Die Datenakquise beschränkte sich auf ein System der Rolle 2E, da die Rolle 3 zusätzliche fachärztliche Kompetenzen beinhaltet, die für einen katastrophenmedizinischen Ansatz nach Meinung des Autors nicht zwingend erforderlich sind.

Eine Abfrage von Kapazitäten der Einsatzsysteme – entlehnt aus dem Gesetz der Euratom – hat in der Durchführung diverse Schwierigkeiten bewirkt. So haben die Organisationen gemäß ihrem medizinischen Vorgehen „sichten“ (Katastrophenmedizin) oder „ambulant anschauen“ (Allgemeinmedizin) gemeint. Ebenso konnte eine Ungenauigkeit der erhaltenen Zahlen entstehen, da zwischen theoretisch möglicher und praktisch realisierbarer Sichtung eine große Diskrepanz bestehen kann. So wird in Realität als Folge einer raschen Füllung von Behandlungskapazitäten und Bindung von Personal die Möglichkeit, weitere Sichtungen durchzuführen, stetig gemindert. Dies wurde an der betreffenden Stelle in Kapitel 3.2.3 klargestellt, um einer Fehlinterpretation vorzubeugen.

Ebenso wie in der Zahl der möglichen Sichtungen bot auch die der möglichen Stabilisierungen Probleme. Was konkret als Stabilisierung zählt wurde weder durch das Gesetz der Euratom noch durch den Fragebogen zuvor klar erläutert. So können die Antworten fälschlicherweise auseinandergehen, weil die Interpretation der Frage zwischen anästhesiologisch-notfallmedizinischer Basisversorgung bis hin zur Damage-Control-Surgery und chirurgischer Definitivversorgung einen breiten Interpretationsspielraum bot.

Auch die Interpretation der Angaben zu den materiellen Kapazitäten zur Behandlung ist problematisch. Hierbei wird von einer durchschnittlichen Behandlung (als Durchschnitt zwischen materiell fordernden und weniger fordernden) ausgegangen. Diese Angabe ist dementsprechend jedoch nur sehr vage und subjektiv. Sie bietet also nur eingeschränkt Möglichkeit zur Gegenüberstellung.

Nicht im Fragebogen enthalten war, ob es jemals Probleme in der Besetzung der benötigten Arzt- und Facharztstellen durch die Organisationen gegeben hat. Im Gespräch mit den Organisationsvertretern hat sich jedoch auch dies ergeben. So hat der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr eigene Krankenhäuser, kann also Fachärzte sofort abkommandieren. Das Deutsche Rote Kreuz hat gelegentlich Probleme, Facharztstellen selbst zu besetzen, kann jedoch auch auf andere Nationalgesellschaften wie das Finnische Rote Kreuz ausweichen oder vor Ort Ärzte rekrutieren, was auch eine frühe Einsatzbereitschaft sicherstellt. Die Johanniter-Unfall-Hilfe setzt sich bei der Besetzung der Mobilen Arztgruppe nicht fest auf

Facharztbezeichnungen (auch wenn es diese bei der Besetzung in Erwägung zieht) und kann daher auch z.B. in Urlaubszeiten schnell Personal akquirieren. Caritas international braucht i.d.R. keinen externen Arzt oder wenn doch eher einen Experten in vornehmlich administrativen Tätigkeiten und „emergency public health“, was sie aufgrund fester Verträge und Festanstellungen schnell bewerkstelligen können. Insgesamt bietet jedes System eine schnelle Verfügbarkeit von Personal.

Wie gesagt rekrutieren die zivilen Hilfsorganisationen häufig auch Personal in der Katastrophenregion selbst und zahlen diesem Löhne. Risikobehaftet ist dieses System, da durch ein Gehalt über dem jeweils marktüblichen Personal unbewusst von örtlichen Krankenhäusern o.ä. abgeworben werden könnte. So entstände dem Gesundheitssystem durch die ausländischen Akteure mehr Schaden als Nutzen. Dem versucht man entgegen zu wirken, indem ortsübliche Gehälter schon im Eingangsassessment ermittelt werden.

Ein weiterer Kritikpunkt an der Methodik ist, dass viele Kriterien auf Aussagen beruhen, für die es keine wissenschaftliche Evidenz gibt. So ist unklar, ob ein Unterschied von wenigen Stunden in der Aufbauzeit der medizinischen Einsatzsysteme tatsächliche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung hat, ob eine Vielzahl an Fachexpertisen im Einsatzland von Vorteil ist, ob Intensivpflegebetten in Einsatzsystemen zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung einer katastrophengeplagten Bevölkerung führen oder welche diagnostischen Methoden in einem Einsatzgebiet tatsächlich von Nutzen sind. Daher wurden die abgefragten Informationen entsprechend in Kapitel 3.2 ohne jegliche Wertung vorgenommen. Untersuchungen zur Qualitätsevaluation und -verbesserung in der medizinischen humanitären Hilfe sind für einen wertenden Vergleich nötig. Diese Lücke wurde durch die Fachwelt erkannt und ist im Begriff geschlossen zu werden. [11; 28; 32; 40] Zur Frage der Qualitätsstandards äußert sich Dr. Munz in seinem Buch „Im Zentrum der Katastrophe“: *„Die grundsätzliche Frage bei Hilfsoperationen ist, mit welchem Standard die Hilfsteams ausgerüstet werden sollen, wenn sie in Katastrophengebiete aufbrechen. Diese Frage stellt sich bei allem technischen Material, und ganz besonders stellt sie sich dann, wenn man plant, ein Feldhospital in einem Katastrophengebiet auszubauen und zu betreiben. Man könnte natürlich der Meinung sein, dass die bedauernswerten Opfer einer Katastrophe nur das Allerbeste verdienen, und daraus die Konsequenz ziehen, dass in einem solchen Feldkrankenhaus medizinische Versorgung nach besten europäischen Standards geleistet werden muss.“* [24] Sehr kritisch hierzu sind de Ville de Goyet und Morinière im TEC-Report „The role of needs assessment in the tsunami response“ (2006): *„Some needs pre-dating the tsunami do not*

respond well to the quick fix of a humanitarian intervention, or justify its extraordinary cost. Helicopters, field hospitals and short-term expatriate personnel are unlikely to have a sustainable positive impact on chronic needs.“ [43] Solange die Frage nach dem anzulegenden Standard in der humanitären Hilfe nicht beantwortet ist, kann nicht abschließend gesagt werden, ob die Ausrüstung einer Hilfsorganisation zielführender ist als die einer anderen.

Die Ausbildung der Delegierten für einen Einsatz sollte sowohl auf fachlicher als auch auf einsatzspezifischer Ebene eine hohe Priorität haben. So wird in allen untersuchten Organisationen eine entsprechende Schulung des Personals vorgenommen. Die Verteilung der Ausbildungsschwerpunkte unterscheidet sich hier jedoch. Innerhalb des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr wird ein großer Schwerpunkt auf Einsatzmedizin gelegt und nur für Krisen- und Konfliktgebiete werden Sicherheitsaspekte stärker beleuchtet. Die NGOs beschränken sich eher auf die Themen Sicherheit und Einsatzgrundsätze für die humanitäre Hilfe und setzen fachliche Expertise nach einer eingänglichen Prüfung voraus. Ein Schwerpunkt in der Weiterbildung durch NGOs stellt die Vermittlung der SPHERE-Standards dar. Innerhalb des Zentralen Sanitätsdienstes wird dieses Thema nicht umfassend genug dargestellt. Dabei wäre dies, wenn man tatsächlich ernsthaft humanitäre Hilfe machen wollte, unabdingbar. Eine verstärkte einsatzmedizinische Ausbildung, wie sie die Bundeswehr praktiziert, ist für die Sicherstellung deutscher Standards im Ausland sicher von Nöten. In der humanitären Not- und Katastrophenhilfe scheint sie jedoch teilweise redundant. Dr. Butenop (Ci) zu einer Frage zur benötigten medizinischen Kompetenz: *„Da ist nichts Anspruchsvolles dabei und ich habe in meinem health kit zwei Antibiotika und zwei pain killer. Ich kann also auch absolut nichts falsch machen! Ich habe keine diagnostischen Möglichkeiten außer Hände, Füße, Kopf und Erfahrung. Ich guck mir die Leute an und wenn ich nicht sicher bin, bekommen sie eine Malariatherapie und ein Antibiotikum. Das heißt, das ist alles sehr grob gestrickt und man muss dafür keine internistische Facharztexpertise haben, weil das überhaupt nicht gefragt ist. Da kommen wir dann bei drei von 10.000 Fällen weiter, wo man sagen könnte, jetzt können wir dem besser helfen. Aber oft hat man mit Mühe und Not überhaupt eine Referenz, wo man Patienten hin überweisen kann, wenn sie stationär aufgenommen werden müssen, sodass man oft in der Schwebe hängt und weiß: Wir können eh nicht mehr tun. Die ganzen chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonie, Tumoren und den ganzen anderen Kram können wir in der Nothilfe eh nicht angehen.“*

4.2 Diskussion der Studien zum Meinungsbild zu Armeen in der medizinischen Katastrophenhilfe

Im zweiten Teil der Studie wurde das Meinungsbild in der Literatur zum Einsatz des Militärs in der medizinischen Katastrophenhilfe untersucht. Hierzu wurden unterschiedlichste Quellen ausgewertet. Manche hatten Gesetzescharakter oder wurden von offiziellen Stellen und Regierungen erlassen, manche wurden von Verbänden von NGOs herausgegeben, manche von Autoren einzelner Organisationen oder ganz und gar unabhängigen Autoren. Demnach ist auch die Qualität der Quellen unterschiedlich: vom postulierenden aber stark abstrahierten Charakter eines politischen Textes einer Regierung bis zur Meinung einer Einzelperson. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist dies zu berücksichtigen. Für die Fragestellung waren jedoch alle Qualitäten an Quellen notwendig, da auf die Art die gesetzlichen Rahmenbedingungen und das reguläre Meinungsbild zur Fragestellung an sich eruiert werden konnten. Letzteres kann jedoch aufgrund eines deutlichen Mangels an Publikationen nicht als repräsentativ angesehen werden und dient nur als Anhalt oder Diskussionsgrundlage. Tatsächlich befassen sich nämlich die meisten verfügbaren Studien lediglich mit Einsätzen des Militärs in Konflikt-, Krisen- und Kriegsgebieten. So findet man zahlreiche Publikationen zum Afghanistaneinsatz der Bundeswehr und dort durchgeführter Zivil-militärischer-Zusammenarbeit. Diese Studien sind jedoch nicht im Sinne der Fragestellung und mussten deswegen herausgenommen werden.

Die Bundesregierung mit dem Bundesministerium der Verteidigung als eines ihrer Organe hat vier der untersuchten Quellen herausgegeben. [4; 5; 23; 46] Da die Bundeswehr der Bundesregierung unterstellt ist, kann man diesen Quellen postulierenden Charakter beimessen. In allen diesen Texten ist als zentraler Kern das Subsidiaritätsprinzip aufgeführt. Dementsprechend ist es rein rechtlich möglich, dass der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr medizinische humanitäre Hilfe durchführt.

Die Oslo Guidelines („The Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief“) des UN OCHA untermauern das Subsidiaritätsprinzip. Die Oslo Guidelines sind nicht rechtlich bindend, stellen jedoch den Konsens einer großen Zahl an Staaten und Organisationen dar.

Nach der rechtlichen Lage galt es, zu erörtern, ob medizinische humanitäre Einsätze der Bundeswehr auch gesellschaftlich erwünscht seien. Hierzu wurden Quellen möglichst aller

an medizinischer humanitärer Hilfe beteiligten Akteure untersucht. Dazu gehören Publikationen des VENRO, der DGWMP, des SCHR und Publikationen in freien Zeitschriften oder Büchern.

VENRO distanziert sich in seinen Veröffentlichungen zu Einsätzen der Bundeswehr im Sinne der humanitären Hilfe. [21; 38; 42] Da diese sich nicht den humanitären Prinzipien unterwirft, könne sie ihre Hilfen auch nicht als „humanitär“ bezeichnen. Jedoch bezieht sich VENRO in der Regel nur auf Konflikt- und Postkonfliktsituationen nicht jedoch auf Naturkatastrophen. Die Quellen, die sich auf den Einsatz der Bundeswehr zu Hilfsaktionen beziehen, sind aus den Jahren 2000, 2003 und 2006. Dementsprechend ist nur eine der Quellen aus dem Zeitraum seit dem Banda Aceh-Einsatz des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr. Eine klare Aussage zum medizinischen Hilfseinsatz der Bundeswehr nach Naturkatastrophen wird von VENRO nicht mehr gegeben, seit sie ihr Grundsatzpapier „Zum Verhältnis zwischen humanitären Hilfsorganisationen und Streitkräften in Naturkatastrophen und Konflikten im Ausland“ von 2000 zurückgezogen haben. Diese Quelle war nicht mehr verfügbar und wurde vom VENRO auch auf Nachfrage nicht mehr herausgegeben, weshalb davon ausgegangen werden muss, dass sie überholt ist. Genaue Gründe für die Zurücknahme des Papiers sind nicht zu finden. Dementsprechend bleibt diese Lücke von Seiten der VENRO offen. Besonders interessant wird dies bei der Frage nach der Unparteilichkeit der Bundeswehr. Mag sie in Krisen- und Konfliktgebieten naturgemäß nicht gegeben sein, so ist sie in Naturkatastrophengebieten durchaus möglich. Viel hat VENRO zum humanitären Hilfseinsatz und zur Zivil-militärischen-Zusammenarbeit in Krisen- und Konfliktsituationen publiziert. Dies war jedoch nicht Inhalt dieser Arbeit. Da dem VENRO eine große Fülle an Organisationen angehören - unter anderem auch alle in dieser Studie untersuchten - ist seinem Meinungsbild große Bedeutung für die Fragestellung dieser Studie beizumessen.

Kritisch ist an dieser Stelle anzumerken, dass auch NGOs in ihren Einsätzen nicht gänzlich den humanitären Prinzipien unterstehen. So konnten Autoren wie Olsen et al. zeigen, dass auch hier vor allem das mediale Interesse und die Spendenbereitschaft (welche oft daraus resultiert) Art und Umfang von Hilfsoperationen bestimmen. [27] Andere Autoren können dies am Beispiel der Tsunami-Katastrophe im indischen Ozean 2004 bestätigen. [39; 43]

Die DGWMP ist von Sanitätsoffizieren gebildet. Sie gibt die Zeitschriften „Wehrmedizin und Wehrpharmazie“ und die „Wehrmedizinische Monatsschrift“ heraus. So sind zumeist auch Sanitätsoffiziere Autoren der Artikel. Ihnen zufolge kann die Bundeswehr einen guten Beitrag in der humanitären Hilfe leisten und ihre Hilfen sind von nachhaltiger Natur. [6; 25] Gerade diese Nachhaltigkeit wird vom VENRO angezweifelt. Am Beispiel des Einsatzes in

Banda Aceh ist ersichtlich, dass dies jedoch auch bei Bundeswehreinrätzen durchaus möglich ist. [35] Jedoch sind Hilfeinsätze durch die Bundeswehr i.d.R. auf einen engen Zeitraum begrenzt, wodurch eine Nachhaltigkeit sicherlich nicht immer oder nur eingeschränkt vorhanden sein kann. Für den US-amerikanischen Raum zeigen Reaves et al. auf, dass Lücken in der Versorgung nach Katastrophen durch das Militär bzw. das Verteidigungsministerium besser analysiert werden müssen. Nur so können gezielte und gut koordinierte Maßnahmen einen größeren Missionserfolg – vor allem mit Hinblick auf die Nachhaltigkeit – gewährleisten. Bislang lägen hierbei (bezogen auf die USA) größere Defizite im Vergleich zu Standards der internationalen humanitären und Entwicklungshilfe vor. [39]

Von besonderer Bedeutung für die kritische Auseinandersetzung zur Problematik Militär als Hilfsleister sind Artikel in der „Wehrmedizin und Wehrpharmazie“ von Autoren, die nicht Bundeswehrangehörige sind. [19; 34] Dies sind Prof. Dr. Gardemann von der Fachhochschule Münster, Mitglied der Personalreserve für die internationale Soforthilfe des Deutschen Roten Kreuzes, und Dr. Schmitz, Leiter des Ärztlichen Dienstes der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.

Die Publikation des SCHR bekräftigt die Aussagen des VENRO und der Osloer Guidelines. [36] Da es sich auch hier wie bei dem VENRO um einen Zusammenschluss von zivilen Hilfsorganisationen handelt, lediglich jedoch auf internationalem Niveau, kann seiner Aussage kein bindender oder definitiver Charakter zugewiesen werden.

Der Artikel der Autoren Gaydos und Luz im internationalen Journal „Disasters“ ist mehr als eine Art Randnotiz zu sehen. [20] Zwar gehen die Autoren sehr differenziert an die Thematik heran, doch ist ihre Publikation von 1994 und berücksichtigt daher nicht die Entwicklungen der letzten Jahre, die doch sehr essentiell waren in dieser Problematik. So sind die wissenschaftliche Aufarbeitung der humanitären Hilfe und die Tendenzen zu Zivil-militärischer-Zusammenarbeit als Produkte der jüngeren Zeit nicht in ihren Artikel eingeflossen. Fragwürdig ist, warum ihrer Meinung nach militärische Akteure auf junge Kombattanten als Patientenpool eingestellt seien. So unterscheiden sich weder OP-Instrumentarium, noch Medikamente, Verbandszeug oder Diagnostikum zwischen Kombattanten und Nicht-Kombattanten.

Zum Schluss wurde das nahezu belletristische Werk von Dr. Munz ausgewertet. [24] Es handelt sich um eine Sammlung von Erfahrungen, die Dr. Munz während seiner vielen Einsätze mit dem Deutschen Roten Kreuz gemacht hat. Zwar impliziert das eine sehr subjektive und keineswegs wissenschaftliche Betrachtungsweise, doch haben seine Äußerungen gewisse

Evidenz, da sie quasi direkt aus dem Einsatz heraus stammen und Dr. Munz auch als ehemaliger Leiter des Studienganges für humanitäre Hilfe ein Renommee in Wissenschaft und Lehre hatte. Seine sehr kritische aber differenzierte Betrachtungsweise besitzt große Authentizität. Leider jedoch lassen sich manche seiner Aussagen mangels Quellenangabe o.ä. nur schwer nachvollziehen. So zum Beispiel nennt er Zahlen über die Kosten eines Bundeswehreinsatzes 1993 in Somalia ohne die Grundlage dieser Zahlen zu nennen.

4.3 Fazit

Hierbei sollen die eingangs gestellten Fragen in der Zusammenschau aller Ergebnisse beantwortet werden.

1. Ist der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr in Struktur, Personal und Material dazu befähigt, in der medizinischen humanitären Hilfe nach Naturkatastrophen Unterstützung bzw. Ergänzung für humanitäre Hilfsorganisationen zu sein?

Medizinische Einsatzsysteme sind ein in der humanitären Hilfe verwendetes Mittel um in einem Katastrophengebiet schnell eine medizinische Versorgung zu etablieren. Von den untersuchten Organisationen verfügen der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr, das Deutsche Rote Kreuz und die Johanniter-Unfall-Hilfe über derartige standardisierte Systeme. Hierbei wiederum verfügt die Bundeswehr über eine größere Diversität an Einsatzsystemen und hierbei wiederum über eine größere Stückzahl. Einen realen Einfluss auf Katastrophenhilfeinsätze im Sinne eines größeren medizinisch-humanitären Einsatzkontingentes oder einer größeren Frequentierung humanitärer Einsätze gab es hierdurch bislang nicht.

Wie viele Patienten durch das Personal eines medizinischen Systems gesichtet werden können, ist unter allen Organisationen relativ stabil bei ca. 200 Patienten pro Tag. Lediglich Caritas international konnte hierzu keine konkrete Aussage tätigen. Da hier von Beginn an vor allem oder gar ausschließlich mit einheimischem Personal gearbeitet wird, hängt die Anzahl der möglichen Patientenbehandlungen von der Anzahl des erworbenen medizinischen Personals ab.

Von diesen gesichteten Patienten können in den Sichtungskategorien 1 und 2 durch die Mobile Arztgruppe der Johanniter-Unfall-Hilfe 20 lebensrettende Behandlungen durchgeführt werden. Dies schließt jedoch keine chirurgische Stabilisierung mit ein. Das LLRZ, le der Bundeswehr als einziger untersuchter „vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP“ kann 5 Patienten pro Tag chirurgisch stabilisieren. Unter den untersuchten Feldlazaretten verfügen die Systeme des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr um die vergleichsweise größten Kapazitäten zur Stabilisierung schwer- und schwerstverletzter Patienten (10 Patienten pro Tag), gefolgt vom Feldkrankenhaus des Deutschen Roten Kreuzes (etwa 2 Patienten pro Tag). Bei der fachärztlichen Besetzung der Behandlungseinrichtungen durch eingeflogenes Personal fand sich eine Korrelation zur Ebene der Einrichtung. So verfügen vorgeschobene Be-

handlungsplätze über einen (Gesundheitszentrum/Caritas international) bzw. 2 Facharztposten (Mobile Arztgruppe/Johanniter-Unfall-Hilfe). In der nächsten Behandlungsebene werden bereits 5 Facharztkompetenzen standardmäßig besetzt (LLRZ, le/Bundeswehr). In einem „Feldlazarett“ arbeiten dann bei der Bundeswehr mindestens 5 Fachärzte und beim Deutschen Roten Kreuz mindestens 6.

Anders verhält es sich bei der Anzahl der Betten der stationären Einrichtungen. Hier verfügen Feldkrankenhäuser des DRK über ein Vielfaches der Pflege- und Intensivpflegebetten als die Systeme des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr. Eine bedarfsadaptierte Anpassung der Standardkonfiguration muss hier erfolgen, um ähnliche Patientenzahlen wie das DRK stationär behandeln zu können. Jedoch muss man relativierend sagen, dass die Intensivpflegebetten der Bundeswehr im Gegensatz zum DRK über Beatmungsmöglichkeiten verfügen. Inwiefern dies unter katastrophenmedizinischen Gesichtspunkten (Dysbalance zwischen Patientenaufkommen und möglichen Behandlungen) von Vorteil ist, bleibt unklar. Nur geringe Unterschiede gibt es in der Aufbauzeit der medizinischen Einsatzsysteme. Hier hat – zumindest nach den planerischen Überlegungen – die Bundeswehr einen geringen Vorteil. Dieser besteht ebenso bei den diagnostischen Methoden, wo die Bundeswehr auch über hochmoderne Geräte z.B. für Endoskopien bis zur CT-Diagnostik verfügt. In katastrophenmedizinischen Szenarien ist der breite Einsatz mancher dieser modernen Diagnostika jedoch nicht denkbar.

Keine relevanten Unterschiede fanden sich in den verfügbaren Transportkapazitäten und Kommunikationsmitteln im Einsatz. Alle untersuchten Organisationen hatten noch nie Probleme, Flugzeuge für ihre Einsätze zu akquirieren und können auf eine große Bandbreite an Telekommunikationsmitteln zurückgreifen.

Alle Organisationen führen mit einer gewissen Regelmäßigkeit Auslandseinsätze durch. Im Gegensatz zu den NGOs jedoch sind die der Bundeswehr nur zu einem geringen Teil humanitär, führen aber ebenso zu einer einsatz- und katastrophenmedizinischen Expertise.

Keine der untersuchten Organisationen entsendet ungeschultes Personal in einen Einsatz. Soldaten im Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr erfahren eine sehr umfangreiche Ausbildung (medizinisch-fachlich, Sicherheitsaspekte, Organisation), jedoch nur sehr geringfügig bis gar nicht in Bezug auf die SPHERE-Standards o.ä. Hier wiederum liegt neben Sicherheitsaspekten ein Schwerpunkt der Ausbildung bei NGOs. Diese wiederum setzen die medizinische Fachexpertise ihres Personals weitestgehend voraus, soweit sie im Inland medizinisch tätig sind. Es lässt sich sagen, dass alle Organisationen aufgrund ihrer Erfahrungslage und Personalschulung in der Lage sind, gute Einsatzmedizin zu betreiben, jedoch der

Bundeswehr manche Aspekte der humanitären Hilfe wie den besagten SPHERE-Standards in der einsatzvorbereitenden Ausbildung fehlen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Einsatzsysteme, wie auch die personelle Ausbildung und die logistische Ausstattung des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr denen der humanitären Hilfsorganisationen durchaus ähnlich sind, wenn nicht sogar in manchen Fällen überlegen. Prinzipiell lässt sich daraus wiederum ableiten, dass der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr in der Lage ist, qualitativ gute medizinische humanitäre Hilfe zu leisten.

2. Inwieweit ist es gesellschaftlich, politisch oder von Seiten der NGOs gebilligt oder auch erwünscht, dass der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr medizinische humanitäre Hilfe nach Naturkatastrophen erbringt?

Die Bundesregierung und der Deutsche Bundestag ermöglichen durch politische und gesetzliche Rahmenbedingungen gemäß dem Subsidiaritätsprinzip humanitäre Einsätze durch die Bundeswehr. Der Entschluss zu einem Einsatz wird durch die Bundesregierung gestellt und nicht aus der Bundeswehr selbst heraus. Damit unterliegt sie als Instrument der Bundesrepublik Deutschland dem aktuellen politischen Willen.

Bundeswehрнаhe Autoren halten Hilfseinsätze durch die Bundeswehr für ein gutes Mittel in der humanitären Hilfe. Diese seien auf gutem Niveau und durchaus von Nachhaltigkeit im Sinne eines soliden Wiederaufbaus geprägt.

Von Seiten der NGOs wird dies häufig bezweifelt. So sind sich Verbände von NGO auf nationaler Ebene mit dem VENRO wie auch auf internationaler Ebene mit dem SCHR einig, dass Militärs generell keine humanitären Hilfen erbringen können, da sie nicht unabhängig sind und sich nicht den humanitären Prinzipien unterordnen. Dementsprechend sind sie auch Einsätzen der Bundeswehr in Katastrophengebieten skeptisch gegenüber eingestellt und geben ihnen nur einen geringen Stellenwert im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips.

Organisationsunabhängige Autoren bestätigen, dass die Bundeswehr mit dem Zentralen Sanitätsdienst medizinische Hilfen nach Naturkatastrophen erbringen und einen wichtigen Beitrag leisten kann. Ob sich diese „humanitär“ nennen dürfen, ist hierbei umstritten.

Abschließend lässt sich resümieren, dass medizinische humanitäre Einsätze des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr von einigen Autoren kritisch gesehen werden, nach Naturkatastrophen im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips jedoch ein entsprechender Auftrag be-

steht. Ob solche Einsätze sich schlussendlich „humanitär“ nennen dürfen, ist nicht abschließend zu urteilen. Dies ist jedoch der Meinung des Autors nach auch nicht wichtig, solange Leiden gelindert und kein zusätzlicher Schaden verursacht wird.

5. Zusammenfassung

Fragestellung: Im Verlauf des noch jungen Jahrhunderts scheinen Naturkatastrophen an Zahl und Intensität zuzunehmen. Gerade wenn viele Menschenleben betroffen sind, wird in der Bevölkerung der Ruf nach schnellen Hilfen laut. Hierbei soll alles nur erdenklich Mögliche getan werden, um Leid, Hunger, Schmerz und Tod zu verhindern. Alles nur erdenklich Mögliche schließt auch den Einsatz der Bundeswehr mit ein. Doch ist die Bundeswehr tatsächlich dazu befähigt, humanitäre Hilfe zu leisten, und ist es gesetzlich wie auch gesellschaftlich legitim, Militär für solche Zwecke einzusetzen?

Material und Methodik: In dieser Studie wurde in einem ersten Schritt untersucht, inwieweit der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr eine Rolle in der medizinischen Versorgung einer durch Naturkatastrophen gebeutelten Bevölkerung spielen kann. In einem zweiten Schritt galt es zu überprüfen, ob es durch Politik und Gesellschaft auch erwünscht ist, dass deutsches Militär unter humanitärer Flagge in fremden Ländern humanitäre Hilfe erbringt.

Hierzu wurden zum einen neben dem Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr das Deutsche Rote Kreuz, die Johanniter-Unfall-Hilfe und Caritas international nebst ihren medizinischen Einsatzsystemen gemäß den Ebenen einer medizinischen Versorgung untersucht. Anhand eines zuvor festgelegten Fragebogens wurden hierfür Leistungskriterien im Rahmen von Interviews mit Vertretern in Führungspositionen abgefragt. Im Vergleich der Ergebnisse wurden Stärken und Schwächen in einzelnen Aspekten der Organisationen und ihren medizinischen Einsatzsystemen verdeutlicht. Zum anderen wurde eine umfassende Recherche zu Publikationen betreffend den medizinischen humanitären Einsatz der Bundeswehr durchgeführt. Die Quellen wurden analysiert, ausgewertet und auf dem Hintergrund ihrer zeitlichen, politischen und gesellschaftlichen Entstehung diskutiert.

Ergebnisse/Diskussion: Es zeigte sich, dass die medizinischen Einsatzsysteme des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr in ihren Leistungsparametern entsprechend der jeweiligen Ebene der Patientenversorgung große Ähnlichkeiten mit denen der anderen Organisationen aufweisen. Zwar sind sie aufgrund ihres Auftrages auf eine medizinische Versorgung wie im deutschen Heimatland ausgelegt, doch vermögen einfache Maßnahmen eine Anpassung an eine humanitäre Versorgungssituation.

Mit Hinblick auf die Legitimation medizinischer Hilfseinsätze durch den Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr wurde deutlich, dass Streitkräfte jeglicher Art erst dann zum Einsatz

kommen, wenn zivile Hilfsstrukturen nicht genügen, das Ausmaß einer Katastrophe zu bewältigen (Subsidiaritätsprinzip). Hierin bestand ein allgemeiner Konsens zwischen Internationaler Staatengemeinschaft, Bundesregierung, Nichtregierungsorganisationen sowie Einzelautoren.

Schlussfolgerung: Daraus kann geschlossen werden, dass der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr die Befähigung besitzt, einer durch Naturkatastrophen betroffenen Bevölkerung medizinische Hilfen zu leisten, und dass solche Hilfeleistungen politisch und gesellschaftlich auch erwünscht sind, solange deren Subsidiarität zweifelsfrei gegeben ist. Ob sich Hilfeleistungen durch ein Militär nach Naturkatastrophen „humanitär“ nennen dürfen, gilt es jedes Mal auf ein Neues kritisch gemäß den humanitären Kernprinzipien zu prüfen.

6. Literaturverzeichnis

1. Amtsblatt Nr. L 020. Amtsblatt der Europäischen Union. 2008/73/EG. Brüssel: Amt für Amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften; 2008: S. 7-9.
2. Bennett R, Harkin C, Samarasinghe S. Coordination of international humanitarian assistance in tsunami-affected countries: Evaluation findings: The Maldives. Tsunami Evaluation Coalition (Hrsg.). London; 2006: S. 23-59.
3. Bergler D, Bühler A, Decker C, Günther S, Rieker J, Teplan S. Haiti nach dem Beben. Gemeinsam in eine neue Zukunft. Caritas International (Hrsg.). Freiburg; 2010: S. 7-14.
4. Bericht der Bundesregierung über die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland 2002 bis 2005. Berlin: Auswärtiges Amt; 2005: <http://www.auswaertiges-amt.de/cae/servlet/contentblob/344884/publicationFile/3526/BerichtHH2002-2005.pdf> (15.11.2010)
5. Bericht der Bundesregierung über die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland 2006 bis 2009. Berlin: Auswärtiges Amt; 2009: <http://www.auswaertiges-amt.de/cae/servlet/contentblob/344844/publicationFile/54403/Bericht2006-2009.pdf> (15.11.2010)
6. von Block-Schlesier A. Die Zusammenarbeit der Bundeswehr mit NGO. Wehrmedizin und Wehrpharmazie. 2000; 24: 55-56.
7. Braune S. GRC International Cooperation. Berlin: Deutsches Rotes Kreuz; 2011: http://www.preventionweb.net/files/globalplatform/entry_bg_paper~grc2011int.cooperationengl.pdf (22.01.2012)
8. <https://www.caritas.de/diecaritas/wofuerwirstehen/geschichte-der-caritas> (30.04.2013)
9. Chiari B. Humanitäre Hilfe und Kampf. Die Bundeswehr als Gegenstand der neuesten Militärgeschichte. Wehrmedizin und Wehrpharmazie. 2012; 36: 52-54.

-
10. <http://www.johanniter.de/die-johanniter/johanniter-unfall-hilfe/ueber-uns/chronik/>
(24.04.2013)
 11. Chu KM, Trelles M, Ford NP. Quality of Care in Humanitarian Surgery. *World J Surg.* 2011;35:1169-1172.
 12. Dick J. Handbuch über die Einsatzgrundsätze von luftverlegbaren Sanitätseinrichtungen der Behandlungsebene 2. München: Sanitätsamt der Bundeswehr; 2009: S. 8-108.
 13. Domres BD, Paschen H-R, Pfenninger E, et al. Ziviles, mobiles, modulares Versorgungskonzept (ZMMK) für die Behandlung, Diagnostik und Pflege von Betroffenen bei einem Ausfall der regulären örtlichen Gesundheitsstrukturen. Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe; 2011: S. 1-16.
 14. Dunant H. Eine Erinnerung an Solferino. 4. Ausgabe. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz; 2009: S. 3-10.
 15. <http://www.dzi.de/spenderberatung/datenbanksuchmaske/> (27.07.2013)
 16. DZI Spenden-Siegel Leitlinien. 7. Ausgabe. Berlin: Deutsches Zentralinstitut für Soziale Fragen; 2010: <http://www.dzi.de/wp-content/uploads/2011/11/DZI-Spenden-Siegel-Leitlinien-2011.pdf> (01.12.2013)
 17. Eriksen JH. Allied joint doctrine. *Joint Force Quarterly.* 2002: S. 1-149.
[http://www.thefreelibrary.com/Allied+joint+doctrine.+\(Doctrine\).-a091914152](http://www.thefreelibrary.com/Allied+joint+doctrine.+(Doctrine).-a091914152)
(06.05.2013)
 18. Fraps PK. Leitfaden Grundsätze für Führung und Einsatz des Sanitätsdienstes der Bundeswehr (FüEinsGrds SanDstBw). München: Sanitätsamt der Bundeswehr; 2006: S. 1-156.
 19. Gardemann J. Der Humanitäre Raum (humanitarian space). *Wehrmedizin und Wehrpharmazie.* 2012;36:47-48.

-
29. Reaves EJ, Schor KW, Burkle FM, Jr. Implementation of evidence-based humanitarian programs in military-led missions: part I. Qualitative gap analysis of current military and international aid programs. *Disaster Med Public Health Prep.* 2008;2:230-236.
30. Referral Hospital - Manual. Berlin: Deutsches Rotes Kreuz; 2011:128.
31. Riesenberger D. Das Deutsche Rote Kreuz: eine Geschichte 1864-1990. Paderborn: Schöningh; 2002.
32. Ripberger G. Medizinische Soforthilfe nach Erdbeben: Medikamentöse Ausstattung auf dem Prüfstand: GRIN; 2011.
33. Ryan J, Mahoney PF, Greaves I, Bowyer G. Conflict and Catastrophe Medicine: A Practical Guide. Vol 2. London: Springer; 2003.
34. Schmitz P. Die Bundeswehr als humanitärer Akteur: Ansichten von außen. *Wehrmedizin und Wehrpharmazie.* 2012;36:54.
35. Schmidt W-H, Wachter C. Humanitarian Aid Mission in Indonesia. *Wehrmedizin und Wehrpharmazie.* 2005;29:8-12.
36. SCHR Position Paper on Humanitarian-Military Relations. Genf: Steering Committee for Humanitarian Response (SCHR); 2010: <https://ochanet.unocha.org/p/Documents/> (13.05.2013)
37. Statutes and Rules of Procedure of the International Red Cross and Red Crescent Movement: (adopted by the Twenty-fifth International Conference of the Red Cross at Geneva in 1986, Amended in 1995 and 2006). Genua: International Committee of the Red Cross (ICRC), International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC); 2007: <http://www.ifrc.org/Docs/idrl/I290EN.pdf> (23.05.2012)
38. Streitkräfte als humanitäre Helfer? - Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit von Hilfsorganisationen und Streitkräften in der humanitären Hilfe. Bonn: Verband

Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V. (VENRO); 2003: <http://www.venro.org/fileadmin/Publikationen/arbeitspapiere/PositionspapierStreitkraefte-undhumanitaereHilfe.pdf> (09.03.2011)

39. Telford J, Cosgrave J. The international humanitarian system and the 2004 Indian Ocean earthquake and tsunamis. *Disasters*. 2007;31:1-28.
40. Turner T, Green S, Harris C. Supporting Evidence-based Health Care in Crises: What Information Do Humanitarian Organizations Need? *Disaster Med Public Health Prep*. 2011;5(1):69-72.
41. The Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief („Oslo Guidelines“). Oslo: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UN OCHA); 2007: <http://www.refworld.org/docid/47da87822.html> (23.05.2013)
42. VENRO-Stellungnahme zum „Weißbuch zur Sicherheitspolitik Deutschlands und zur Zukunft der Bundeswehr“. Bonn: Verband Entwicklungspolitik Deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V. (VENRO); 2006: http://www.venro.org/fileadmin/Publikationen/Einzelveroeffentlichungen/Humanitaere_Hilfe/stellungnahme-bw-weissbuch.pdf (06.08.2011)
43. de Ville de Goyet C, Morinière LC. The role of needs assessment in the tsunami response. London: Tsunami Evaluation Coalition; 2006: <http://www.alnap.org/resource/3531.aspx> (01.12.2013)
44. Walker P, Hein K, Russ C, Bertleff G, Caspersz D. A blueprint for professionalizing humanitarian assistance. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29:2223-2230.
45. Weidringer JW. Katastrophenmedizin - Leitfaden für die ärztliche Versorgung. Vol 5. Berlin: Bundesministerium des Innern; 2010.
46. Weißbuch zur Sicherheitspolitik Deutschlands und zur Zukunft der Bundeswehr. Berlin: Bundesministerium der Verteidigung; 2006: <http://www.weissbuch.de/index.html> (23.05.2011)

47. Willy C. Weltweit im Einsatz: der Sanitätsdienst der Bundeswehr 2010. Bonn: Beta; 2009.

48. Yearbook of International Organizations: 6 Bände. Vol 50. Leiden: Brill/Union of International Associations; 2013.

Anhang

Fragebogen für die Durchführung eines Interviews im Rahmen der Studie „Deutsche humanitäre Hilfsorganisationen und der Sanitätsdienst der Bundeswehr im Vergleich“

1. Über welche Einsatzsysteme (Feldkrankenhaus, Feldlazarett, Behandlungsplatz o.ä.) verfügt Ihre Organisation?

2. Welche hiervon entsprechen einem vorgeschobenen Behandlungsplatz, einem vorgeschobenen Behandlungsplatz mit OP oder einem Feldlazarett? (gemäß *Konsolidierte Fassungen des Vertrags über die Europäische Union und des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union [Brüssel, den 15. April 2008]*. Luxemburg: Amt für Amtl. Veröffentlichungen d. Europ. Gemeinschaften; 2008.)

(im Folgenden dann entsprechend vorgeschobener Behandlungsplatz, vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP oder Feldlazarett genannt)

3. Wie viele Patienten kann ein vorgeschobener Behandlungsplatz/vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP/Feldlazarett Ihrer Organisation unter einem durchschnittlichen Personalschlüssel nach einer Katastrophe gemäß Ihrer Einschätzung innerhalb von 24 Stunden sichten?

4. Wie viele Patienten kann ein vorgeschobener Behandlungsplatz/vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP/Feldlazarett Ihrer Organisation unter einem durchschnittlichen Personalschlüssel nach einer Katastrophe gemäß Ihrer Einschätzung innerhalb von 24 Stunden in den Sichtungskategorien 1 und 2 stabilisieren? Und wie sieht dieser Personalschlüssel aus?

5. Wie viele Patienten können mit dem mitgeführten Material eines vorgeschobenen Behandlungsplatzes/vorgeschobenen Behandlungsplatzes mit OP/eines Feldlazarettes Ihrer Organisation pro Tag versorgt werden und um welche Art von Material Eigenmaterial oder Material von anderen Organisationen wie action medeor - handelt es sich hierbei?

-
- 6. Über welche fachärztlichen Kompetenzen verfügt ein vorgeschobener Behandlungsplatz/vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP/Feldlazarett Ihrer Organisation im Allgemeinen? Mit wie vielen Ärzten wird der vorgeschobene Behandlungsplatz/vorgeschobene Behandlungsplatz mit OP/Feldlazarett Ihrer Organisation besetzt? Sind fachärztliche Kompetenzen nachforderbar, wenn sie benötigt werden?**
- 7. Welchen Bettenschlüssel (Intensiv- und Pflegebetten) hat ein vorgeschobener Behandlungsplatz/vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP/Feldlazarett Ihrer Organisation durchschnittlich in bisherigen Einsätzen?**
- 8. Nach welcher Zeit kann ein vorgeschobener Behandlungsplatz/vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP/Feldlazarett Ihrer Organisation verlegt werden? Wo wird das entsprechende System gelagert vorgehalten? In welcher Stückzahl wird es vorgehalten?**
- 9. Nach welcher Zeit ist ein vorgeschobener Behandlungsplatz/vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP/Feldlazarett Ihrer Organisation aufgebaut und einsatzfähig, wenn er am Einsatzort angekommen ist?**
- 10. Kann ein vorgeschobener Behandlungsplatz/vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP/Feldlazarett Ihrer Organisation auf eine eigene Strom- und Wasserversorgung zurückgreifen, wenn dies benötigt wird?**
- 11. Über welche diagnostischen Möglichkeiten verfügt ein vorgeschobener Behandlungsplatz/vorgeschobener Behandlungsplatz mit OP/Feldlazarett Ihrer Organisation?**
- 12. Sind Kapazitäten zum Transport der Einsatzsysteme Ihrer Organisation jederzeit verfügbar? Kam es schon einmal zu Engpässen bei den Transportkapazitäten in den letzten Jahren?**
- 13. Gibt es die Möglichkeit, verbrauchtes Material über Nachschubwege nachzuordern?**
- 14. Welche Kommunikationsmittel sind am Einsatzort zur Kommunikation ins Heimatland und vor Ort verfügbar?**

15. Wie viele Katastropheneinsätze hat Ihre Organisation seit dem Jahr 2000 durchgeführt?

16. Werden Mitglieder Ihrer Organisation vor einem Einsatz in einem Katastrophengebiet entsprechend geschult und wenn ja, welche Schulungsmöglichkeiten gibt es?

17. Wie setzen sich die Einkünfte für Auslandseinsätze Ihrer Organisation zusammen?

Lebenslauf

Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt