

Medizinische Versorgung von Kriegsverletzungen

Die medizinische Versorgung von Kriegsverletzungen war das Thema einer gemeinsamen Tagung der Niederschlesischen Ärztekammer Wroclaw und der Sächsischen Landesärztekammer in Görlitz. Der fachliche Austausch umfasste Verletzungsarten, die Verlegung und Betreuung von Verletzten sowie die Vorbereitung des medizinischen Personals auf Krisensituationen.

Kleeblattsystem

Die Verlegung von Schwerverletzten erfolgt in Deutschland über ein sogenanntes Kleeblattsystem. Dieses System stellte Prof. Dr. med. Christian Kleber, Bundeslandmoderator für das Traumanetzwerk, stellvertretender geschäftsführender Klinikdirektor, Bereichsleiter Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Leipzig, vor. Entwickelt wurde dieses System in der Corona-Pandemie in Leipzig zur Versorgung einer Vielzahl an Erkrankten. Zunächst wurden die drei Cluster Chemnitz, Leipzig und Dresden mit den jeweiligen stationären Einrichtungen gebildet. Je nach Belastungsstufe wurden die Erkrankten innerhalb eines Clusters,

clusterübergreifend in Sachsen oder bundeslandübergreifend verteilt. Nach der Pandemie und mit Beginn des Ukraine-Krieges wurde das Kleeblattsystem auf ganz Deutschland übertragen. Parallel dazu wurden in Sachsen für die Expertise 42 zertifizierte Traumanetzwerke etabliert. Die Verteilung von Schwerverletzten aus der Ukraine wird vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe koordiniert. Es gab bisher 4.644 Übernahmeanfragen an Deutschland, 1.191 Verletzte wurden tatsächlich übernommen. Sachsen hat bisher 35 Schwerverletzte aus der Ukraine aufgenommen. Prof. Kleber ist von Anfang an in die Versorgung eingebunden und hat die Ankunft der ersten 24 Kriegsverletzten im April 2022 in Leipzig als „bedeutende Erfahrung in seinem Leben“ erlebt.

Strukturelle und medizinische Herausforderungen

In zwei Referaten von Dr. Michał Głuszczak, Medizinisches Zentrum Milicz, und Prof. Kleber wurden anhand von Falldarstellungen die Herausforderun-



Prof. Dr. med. Christian Kleber, Bundeslandmoderator für das Traumanetzwerk, stellvertretender geschäftsführender Klinikdirektor, Bereichsleiter Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Leipzig

gen in der medizinischen Versorgung dargestellt. In Polen erfolgt die Versorgung zumeist in Militärkrankenhäusern, aber auch, wie in Sachsen, in zivilen Einrichtungen. Die Verletzten kommen erst nach vielen Wochen und mit unvollständiger Dokumentation und teils nekrotischen Verläufen aus ukrainischen Krankenhäusern nach Deutschland. Bei den Verletzten handelt es sich auch um Kinder und Jugendliche. Die Herausforderungen für polnische wie deutsche Ärztinnen und Ärzte liegen in

den fehlenden Erfahrungen für Kriegsverletzungen, in sprachlichen und kulturellen Barrieren, den Ressourcen, der Infrastruktur und der sehr langen Behandlungsdauer. Eine fehlende Compliance der traumatisierten Patienten (Alkohol, Marihuana) kann dann auch schon mal zum Behandlungsabbruch und Entlassung führen, berichtete Dr. Głuszek.

Zu den Verletzungsarten gehören überwiegend Schuss-/Schrapnellverletzungen sowie massive Verletzungen und mehrfragmentäre Frakturen durch Explosionen an den Extremitäten in Kombination mit Wundinfektionen durch Splitter. Eine große Rolle spielen multi-resistente Keime. Deshalb brauche es neben dem Chirurgen immer auch einen Infektiologen um Keime, Fisteln und Fremdkörper unter Kontrolle zu bringen, so Prof. Kleber. Ein Ziel sei auch, Amputationen zu verhindern, wie zum Beispiel bei einem jungen Mädchen, welches durch eine Explosion schon ein Bein verloren hatte und das andere Bein nur durch High-End-Chirurgie gerettet werden konnte.

Im Kontrast dazu berichtete Dr. med. Tankred Stöbe, Ärzte ohne Grenzen, in einem interaktiven Vortrag über die Versorgung von Verletzten in Kriegs- und Krisenregionen wie Afghanistan, Sudan oder Tahiti. Dort stünden Ärzte oft vor schwierigen ethischen Dilemmata, weil Ausrüstung, Medikamente sowie Personal fehlen und Patienten versterben. Zudem müsse man öfter improvisieren und zum Beispiel eine Behandlungsstation von einem Krankenhaus in eine Höhle verlegen, weil man unter Beschuss geraten ist. Aber auch Berufsethos und Eigenschutz können zu persönlichen Konflikten führen, zum Beispiel, wenn Ärzte sicher in einem Bunker sitzen und wissen, dass gerade nebenan eine Bombe ein Wohnhaus getroffen und viele Menschen verletzt hat. Helfen oder Eigenschutz gilt es dann gegeneinander abzuwägen.



Dr. Judith Buse, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Technische Universität Dresden

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Die Versorgung von Kriegsverletzungen muss die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung zwingend miteinschließen. Dies machten Dr. Judith Buse, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Technische Universität Dresden, und Dr. Barbara Dziadkowiec-Macek, Woiwodschaftskrankenhaus „J. Gromkowski“, Breslau, in ihren Referaten deutlich.

Mit der interpersonellen Psychotherapie (IPT) unterstützt Dr. Buse ukrainische Kinder, Jugendliche und deren Familien bei der Bewältigung von Kriegs- und Fluchterfahrungen sowie daraus resultierenden psychischen Problemen. Der Fokus der Kurzzeittherapie liegt bei der ITP auf zwischenmenschlichen Beziehungen und aktuellen zwischenmenschlichen Belastungen. IPT ist zusätzlich auch wirksam bei Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen. Schutzsuchende Kinder und Jugendliche haben ein erhöhtes Risiko, diese psychischen Störungen zu entwickeln. In ihrer Arbeit erlebt sie Kinder und Jugendliche, die seit zwei Jahren funktionieren müssen: Flucht, Verlust des sozialen Umfeldes, veränderte Familiensituationen, neues Land, neue Sprache, schulische Anfor-

derungen – all das haben sie bisher bewältigt. Doch irgendwann wird eine Grenze erreicht, wo es zu massiven innerfamiliären Konflikten kommt, so Dr. Buse. Hier setzt die ITP an.

Dr. Dziadkowiec-Macek untersucht Kriegstraumata sowie die Arten von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen durch Kriege. Bei akuter Belastungsreaktion sei es notwendig, den psychischen Zustand zu besprechen und die weitere Vorgehensweise einzuleiten, so Dr. Dziadkowiec-Macek. Posttraumatische Belastungsstörungen können einen Monat nach dem Ereignis diagnostiziert werden. Zu den Symptomen bei Kindern unter sechs Jahren gehören

- Wiedererleben des Ereignisses,
- Vermeidung,
- Hyperaktivität (übermäßige Reaktion auf Reize).

Bei älteren Kindern und Jugendlichen kommen noch ungünstige Veränderungen im kognitiven Bereich dazu.

Eine Psychotherapie kann erst nach einer akuten Belastungssituation erfolgen. Bis dahin brauchen Kinder Beistand, Empathie, Akzeptanz und das Benennen von Emotionen. Dr. Dziadkowiec-Macek: „Niemals sollte ein Kind

Kriegserinnerungen haben. Uns allen ist bewusst, dass Flucht, Aufenthalt in einem Schutzbunker, Bombardierung, Anblick von Tod und Verwundung, Bilder sind, die im Gedächtnis bleiben und mit denen wir zurechtkommen müssen.“ In Deutschland und Polen herrscht ein Mangel an psychologischen und psychotherapeutischen Therapieangeboten. Außerdem fehlen geschulte Dolmetscher. Dies mache eine adäquate Versorgung der Kinder und Jugendlichen schwierig. Sie ist aber dringend notwendig.

Vorbereitung des medizinischen Personals

Polen hat frühzeitig damit begonnen, das gesamte medizinische Personal für die Versorgung von Kriegsverletzten zu schulen. Darüber berichtete Oberst Dr. Jarosław Bukwald, 2. Militärisches Feldkrankenhaus Breslau. Ärzte, Krankenschwestern und Pflegekräfte ziviler Einrichtungen können im Kriegs- oder Katastrophenfall in Polen zum militärischen Einsatz kommen. Ausgehend von den Erfahrungen des polnischen Militärs in Kriegsgebieten werden die medizinischen Fachkräfte geschult in:

- Evakuierung,
- Erstversorgung der Wunden,
- Betreuung während der Evakuierung,
- psychologische Hilfe,
- Rehabilitation,
- logistische Probleme (Mangel an Geräten, Medikamenten, Personal).

Ergänzt werden die Schulungen durch Spezialkurse für Krisensituationen, Triage, der Selbsthilfe und Manöverübungen.

Dr. Piotr Macek, Medizinische Universität Wrocław, stellte die Herausforderungen einer Ersten Hilfe unter Beschuss, auf dem Gefechtsfeld und beim Abtransport von Verletzten vor. Die häufigsten Todesursachen im Gefecht sind Blutungen aus Extremitäten (60 Prozent), Emphyseme (33 Prozent) und Ateminsuffizienz (6 Prozent). Für Ver-

letzte in der Ukraine gibt es keine Möglichkeit der Luftrettung. Sie werden meist über mehrere Stunden per PKW in weit entfernte, meist zivile Krankenhäuser gebracht. Die Zeitverzögerung wirke sich erheblich auf den weiteren Versorgungsverlauf aus, auch dann, wenn Verletzte nach Polen oder Deutschland gebracht werden. Und hier müsste das Personal auf diese Verletzungsarten und Versorgungsdefizite vorbereitet werden. Neben gemeinsamen Schulungen von zivilen wie militärischen medizinischen Fachkräften sollte es auch Zusatzveranstaltungen für Medizinstudierende geben, so Dr. Macek.

Betreuung von Kriegsverletzten im deutschen Alltag

Auf Defizite bei der alltäglichen Versorgung von Kriegsverletzten in Sachsen wies Oleh Dmytruk vom Ukrainischen Koordinationszentrum Dresden hin. Wenn schwer Kriegsverletzte über das Kleeblattsystem nach Sachsen kommen und nach einer stationären Versorgung entlassen werden, dann gibt es keinerlei Betreuungsstruktur für diese Menschen, die neben den körperlichen Beschwerden auch die Sprache nicht beherrschen. Ohne Aufenthaltsstatus keine Krankenversicherung und kein Geld. Ohne Geld keine Wohnung. Gäbe es keine ehrenamtlichen Helfer, dann würden diese Menschen, die zumeist eine dringende weitere medizinische Versorgung benötigen, buchstäblich unversorgt auf der Straße stehen.

Die Helferinnen und Helfer nehmen frühzeitig Kontakt zu den Patientenlotsen in den Krankenhäusern auf, um Informationen zu Kriegsverletzten zu erhalten. Sie kümmern sich um Behörden- und Arzttermine, Behandlungsscheine, Anträge und Wohnraum. Sie begleiten und unterstützen mit Dolmetschern in der Ausländerbehörde und beim Sozialamt sowie in medizinischen Einrichtungen. Selbst der Transport und ein Pflegedienst müssen selbst organisiert werden.

Hauptproblem ist dabei die Kostenübernahme für verletzte ukrainische Soldaten im Kleeblattsystem. Sie erhalten auf Grund ihrer Verletzung eine Entschädigung vom ukrainischen Militär. „Diese wird vom Jobcenter regulär als Einkommen angerechnet“, erläuterte Herr Dmytruk. Dadurch entfällt die finanzielle Hilfebedürftigkeit und sie müssen sich zu hohen Beiträgen freiwillig krankenversichern, den Wohnraum komplett selbst zahlen und Forderungen für stationäre Behandlungen in Deutschland nach der Evakuierung bis zur Entlassung selbst tragen. Und sie können keine Unterkünfte/ Wohnungen von der Stadt oder dem Sozialamt erhalten. „Da bisherige Lösungsansätze an den Jobcentern gescheitert sind, bleibt uns vielleicht nur der Rechtsweg“, so Herr Dmytruk. ■

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Anzeige



Mitgliederversammlung 2024 Kreisärztekammer Erzgebirgskreis

Mittwoch | 23. Oktober 2024 | 17.30 Uhr
Schloss Schlettau

Gastvorträge Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ und
Modellstudiengang MEDiC

Anmeldung bitte bis 16. Oktober über Tel. 03733 80 4015
www.slaek.de/kaeckerzgebirge