

magazin

AM WOCHENENDE

3. DEZEMBER 2016

Notärzte in Not

Winnenden, Utøya, Paris, Brüssel, Nizza. . . Die Spur der Amokläufe und Terroranschläge ist lang. Für die Retter vor Ort bedeuten sie Einsätze unter extrem gefährlichen Umständen. Wie für den Notarzt Stephen Sollid, der 2011 beim Massaker auf der norwegischen Insel Utøya im Einsatz war. Und sich bis heute fragt: Hätten mehr Menschen gerettet werden können?

ZUSAMMEN LEBEN

Gaben für die Spender

Was tun mit vorweihnachtlichen Bittbriefen nebst beiliegendem Geschenk?

HEIMAT

Das pralle Leben

Ganz schön offenherzig: Die Geschichte der Sexualität im Südwesten



Der Notarzt Stephen Sollid (im roten Overall) versorgt mit anderen Helfern eine Überlebende des Anschlags von Utøya. Die Bilder des Geschehens beschäftigen den Mediziner noch heute. Foto: afp

Haben wir genug getan?

Während des Massakers auf Utøya im Jahre 2011 waren Notärzte rasch vor Ort. Auf die Insel selbst durften sie erst mit Verzögerung – aus Sicherheitsgründen. Auch andere Unzulänglichkeiten verhinderten schnelleres Eingreifen der Mediziner. Was womöglich Menschenleben kostete. Ein Helfer erzählt. Von Willi Böhmer

Als am Nachmittag des 22. Juli 2011 die Alarmmeldung kommt, denkt Stephen Sollid: „Schon wieder so eine Übung.“ Soll er hinfahren? Er hat doch frei! Der Notarzt springt schließlich in seinen Wagen, um die eineinhalbstündige Fahrt zum Luftrettungszentrum Oslo hinter sich zu bringen. So wie an jedem Tag, an dem er Dienst im Hubschrauber hat.

Der 44-Jährige schaltet das Radio ein, da wird klar: von Übung keine Spur. Unmittelbar am Regierungssitz in der norwegischen Hauptstadt ist eine Autobombe explodiert. Acht Tote, viele Verletzte. Wenig später die nächste Meldung: Schüsse auf der Insel Utøya, rund 40 Kilometer nordwestlich von Oslo. Der Rechtsextremist Anders Behring Breivik, damals 32 Jahre alt, der auch die Autobombe im Regierungsviertel in Oslo deponiert hatte, schießt auf Teilnehmer des Sommercamps der sozialdemokratischen Jugend.

Sollid hat inzwischen das Luftrettungszentrum erreicht, steigt gemeinsam mit sechs Kollegen in den Hubschrauber Richtung Utøya. Vier weitere Notärzte machen sich von anderen Standorten auf den Weg zum Tatort. Kurz vor dem Ziel per Funk die Anweisung für den Helikopter aus Oslo: Sie müssen auf dem Festland landen, die Lage auf der Insel ist zu unsicher. Dazu die Information, dass es 50 bis 60 Todesopfer gibt und viele Verletzte, die dringend Hilfe brauchen. Der Hubschrauber geht runter. Am Strand, rund 600 Meter vor Utøya, richten die Helfer einen Rettungsplatz ein. Die ersten Opfer kommen an. Viele versuchen, an Land zu schwimmen, um dem Schützen zu entkommen. Die Wassertempera-

tur liegt zwischen 14 und 15 Grad. Die zu meist Jugendlichen, die das rettende Ufer erreichen, sind unterkühlt und stehen

„Wir haben die Polizei bekümmert, dass sie uns Zugang zu den vermeintlich Toten gewährt.“

unter Schock. Das einzige Polizeiboot vor Ort fällt mit einem Maschinenschaden aus. Polizisten leihen sich von der Feuerwehr ein knallrotes Schlauchboot aus, um auf die Insel zu gelangen. Spezialkräfte der Polizei brauchen eine Stunde, um den Tatort zu erreichen und Breivik festzunehmen, weil alle Hubschrauberpiloten im Urlaub sind. Diese und andere Pannen führen später zum Rücktritt des Polizeichefs Oystein Maeland.

Die Helfer am Strand stehen unter Stress. Mit dem Feuerwehr-Schlauchboot werden Verletzte von der Insel an den Versorgungsplatz gebracht. Sollid und seine Kollegen tragen die Verwundeten, von denen viele Schusswunden im Brust- und Bauchbereich haben, aus dem Boot, legen sie auf Planen, versorgen sie so weit, dass die unmittelbare Lebensgefahr gebannt ist. Dann werden sie in Rettungsfahrzeuge geladen. Hubschrauber kön-

nen auf dem kleinen und hügeligen Gelände nicht landen.

Auch fünfzehn Jahre nach dem Ereignis sind die Bilder für Stephen Sollid gegenwärtig: „So viele Jugendliche, so viele Tote.“ Das Massaker kostet 69 Menschen das Leben, 33 überleben mit schweren Verletzungen. Die Zahl der Opfer überwältigt auch den Profi. „Man muss sich immer auf einen bis zwei Fälle konzentrieren“, sagt er. „Das schützt uns.“ Bloß nicht zu lange nachdenken. „Der nächste Verletzte kommt, man konzentriert sich neu. Dann ist alles andere wieder weg.“

Auf dem Behandlungsplatz ist es ganz ruhig, trotz der vielen Schwerverletzten. Die einzigen, die schreien, sind die kör-

perlich Unversehrten, die vorbeigehen und ihrer Angst und ihrem Entsetzen nach der Rettung freien Lauf lassen.

Die Polizei entdeckt nahe am Rettungsplatz ein Auto – wie sich herausstellt, gehört es dem Attentäter. Steckt darin eine Bombe? Die Sicherheitskräfte schließen es nach dem Anschlag wenige Stunden zuvor im Regierungsviertel von Oslo nicht aus. Die Notärzte kümmern sich trotz der Gefahr weiter um Verletzte. Sie haben Glück, nichts passiert.

Auf die Insel Utøya dürfen die Mediziner immer noch nicht. Die Polizei möchte angesichts der unklaren Situation keine Opfer unter den Helfern riskieren, heißt es zur Begründung. Die Ärzte

aber wissen, dass Minuten über Leben und Tod entscheiden können. „Wir fahren hin“, teilt Sollid schließlich den Sicherheitskräften mit. „Wenn Ihr das verhindern wollt, müsst Ihr uns schon festnehmen.“ Er kann die Beamten dazu bewegen, nachzugeben. Auf der Insel können die Notärzte noch vier Verletzte behandeln, die übrigen sind auf dem Festland – oder tot.

Eine junge Frau stirbt unter ihren Händen. Wären sie nur eine Stunde früher da gewesen, hätte sie vielleicht eine Chance gehabt, sagt Sollid. Vielleicht hätten sie mehr für die Opfer tun können, wenn sie zu ihnen durchgekommen wären. Der Zweifel bleibt, obwohl Gerichtsmediziner später feststellen, dass die

Hilfe unter Lebensgefahr

Als er das ihm vertraute Geräusch hörte, saß Marcel Gleffe mit seiner Familie beim Kaffeetrinken auf dem Campingplatz Utvika am See Tyrifjord in Norwegen. Der ehemalige Bundeswehrsoldat mit Kosovo-Erfahrung wusste sofort: Was da von der nahe gelegenen Insel Utøya herüber schallte, war kein Feuerwerk, sondern der Lärm von Schüssen aus einer automatischen Waffe. Der damals 32-Jährige rannte zum Ufer. Er sah verzweifelte junge Menschen in Panik ins Wasser springen. Sie riefen „Hjelp! Hjelp!“

Gleffe nahm sein kleines rotes Pioneer-Boot mit 10-PS-Motor und



Zog viele Verletzte aus dem See: Marcel Gleffe. Foto: dpa

fuhr die 600 Meter über das 15 Grad kalte Wasser zu den Hilfesuchenden. Er warf ihnen Schwimmwesten zu und begann, einen nach dem anderen ins Boot zu ziehen, das eigentlich fünf Personen Platz bot. Gleffe zog je Tour bis zu neun Menschen hinein, insgesamt fuhr er fünf Mal. Ohne das mutige Eingreifen des Dachdeckers hätten die meisten Hilfesuchenden wohl nicht überlebt, viele waren schwer verletzt. Bei einer Tour riskierte Gleffe selbst Kopf und Krage: Der Attentäter schoss auch auf sein Boot. Alle Insassen legten sich flach hin und hatten Glück, dass die Schüsse ihr Ziel verfehlten.

Für seinen Einsatz bekam Gleffe das Bundesverdienstkreuz erster Klasse. Auch andere Camper waren seinem Beispiel gefolgt, auf den See gefahren und hatten sich mit ihren Booten an der Aktion beteiligt. Insgesamt sollen auf diese Weise rund 150 junge Leute gerettet worden sein.

„An meine Rettungsaktion denke ich wenig“, sagte Marcel Gleffe rückblickend in einem Interview. „Dafür oft an die armen Familien, die ihre Kinder verloren haben. Ich werde diesen Tag nie vergessen.“ Als Held fühle er sich jedenfalls nicht: „Was ich getan habe, kann jeder.“



Verspätet: Erst nach langem Warten durften Rettungskräfte nach Utøya. Foto: dpa



Ein kleiner Junge an der Gedenkstätte für die Opfer von Utøya. Foto: Getty Images

Verletzungen zu schwer waren für eine Rettung. Breivik hatte aus nächster Nähe auf seine Opfer geschossen. Manche starben an Kopfschüssen. Manche stellten sich aber nur tot – in der Hoffnung, so dem Täter zu entkommen. Außerdem, sagt Sollid, könne es sein, dass sich ein Körper, der dem Tode nahe ist, auf die absolut notwendigen Funktionen beschränkt. „Dieser Mensch lebt noch, wirkt aber wie ein Toter. Ein Polizist kann das nicht erkennen, wir jedoch könnten einen solchen vielleicht retten.“

„Wir haben die Polizei beknet, dass sie uns Zugang zu den vermeintlich Toten gewährt“, sagt Sollid. Die Sicherheitskräfte bleiben stur. „Erst gegen 0.30 Uhr durften wir sie sehen. Da lebte niemand mehr.“

Der Rundgang zu den Toten ist bedrückend. „Man sieht, da wurde ein junger Mensch getötet. Man sieht seinen Gesichtsausdruck, die Verletzungsmuster, und kann erahnen, wie wohl seine letzten Augenblicke des Lebens waren, voller Angst“, erinnert sich Sollid. Wie seine Kollegen muss er einen Trauerabstand schaffen. „Sonst kann man diesen Job nicht machen.“ Er hat sich später eine Übersicht zusammengestellt, die Namen der Toten, ihre Verletzungsmuster, wie schnell sie voraussichtlich starben. „Das war meine Art, das zu verarbeiten.“ Endgültig verdaut hat er das Geschehen bis heute nicht.

Sollid verlässt die Insel gegen 1.30 Uhr. Im Morgengrauen sinkt er ins Bett im Wissen, dass Norwegen ein solches Szenario noch nie erlebt hat. Der damalige Ministerpräsident Jens Stoltenberg wird später von der größten nationalen Katastrophe seit dem Zweiten Weltkrieg sprechen. Den Notarzt Stephen Sollid be-

schäftigt, dass vieles nicht funktioniert hat an diesem Tag. Die Kommandostrukturen an den verschiedenen Einsatzorten waren unklar, es gab keine Koordination zwischen den sechs Rettungshubschraubern, die im Einsatz waren, und kein mehrstufiges Triage-System, das die Priorität für die Versorgung der Verletzten festgelegt hätte.

Inzwischen wird in Norwegen über ein national einheitliches Protokoll für Rettungskräfte in Einsätzen mit Gewalttätigkeiten diskutiert. Und darüber, wie ein Gewalttäter wie Breivik ausgeschaltet werden kann, falls keine Polizei vor Ort ist.



Arzt und Professor

Stephen Sollid hat von 1992 bis 1998 in Lübeck Medizin studiert. Seit 2002 arbeitet er als Hubschrauber-Notarzt, seit 2008 ist er in Oslo eingesetzt. Er ist an der Universitätsklinik der norwegischen Hauptstadt als Anästhesist angestellt und Außerordentlicher Professor für Notfallmedizin an der Universität Stavanger. Sollid ist verheiratet und hat drei Kinder im Alter zwischen 4 und 13 Jahren. wb

Wenn Retter zu Opfern werden

Ersthelfer, die nach einem Anschlag am Tatort eintreffen, können selbst in große Gefahr geraten. Nach Strategien dagegen wird gesucht – Erfahrungen aus Kriegsgebieten helfen dabei.

Von Willi Böhmer

Johannes Stocker ist Rettungsdienstleiter, als ein ehemaliger Schüler am 11. März 2009 in der Albertville-Realschule in Winnenden 15 Menschen erschießt. Der 17-Jährige tötet in einem Klassenzimmer drei Schülerinnen und verletzt weitere. Auf dem Flur feuert er tödliche Schüsse auf zwei Referendarinnen ab, die sich zufällig dort aufhalten. Im Chemiesaal stellt sich eine Referendarin vor die Schüler, der Täter feuert durch die Tür und trifft sie tödlich. Während er in der Schule weitere Opfer sucht und findet, geht der erste Notruf in der Rettungsleitstelle ein. Um 9.34 Uhr folgen verzweifelte Hilferufe aus den Klassenzimmern.

„Solche Anschläge kennen wir aus den USA, aber doch nicht im Land der Maultaschen“, sagt Stocker, als er den folgenden Rettungseinsatz bei einem Symposium zu „Taktischen Lagen im Rettungsdienst“ in Düsseldorf noch einmal Revue passieren lässt. Der Saal ist brechend voll. Mitarbeiter von Rettungsdiensten, Notärzte, Polizisten, Vertreter von Einsatzkommandos und der Bundes-Spezialeinheit GSG 9 suchen gemeinsame Vorgehensweisen für Szenarien, die sich nach Attentaten wie denen in Paris, Brüssel oder auf der norwegischen Ferieninsel Utøya bieten.

Vom Militär lernen

Oder nach dem Amoklauf an der Albertville-Realschule in Winnenden. „Es gibt in Baden-Württemberg keine gemeinsame Vorgehensroutine für Sicherheits- und Rettungskräfte“, sagt Stocker. Und es fehlt an Erfahrung. In Winnenden war der erste Rettungswagen nur fünf Minuten nach dem Alarm vor Ort, berichtet Stocker. „Die Besatzung findet einen verlassenen Streifenwagen vor, sucht nach den Polizisten, geht ungeschützt vor, obwohl vor Schusswaffengebrauch gewarnt worden war.“ Überall liegen Patronenhülsen, Kinder schreien. „Wir waren in dieser Phase überfordert“, sagt Stocker. Wäre der Amokschütze noch vor Ort gewesen, hätten Retter schnell zu Opfern werden können.

„Es ist völlig unstrittig, wer sich um die unsicheren Bereiche kümmern muss: Das ist eine Polizeiaufgabe“, sagt Renate Bohnen, die Leiterin des polizeimedizinischen Dienstes der GSG 9. Die Sicherheitskräfte wollen den Tatort absperren, Beweise sichern, den Täter festnehmen. Aber wo bleibt das Leben retten? Feuerwehr und Rettungskräfte wollen schnell zu den Verletzten. „Wir arbeiten nebeneinander her, nicht miteinander“, stellt die Medizinerin der Eliteeinheit bedauernd fest.

Jan Vaes ist seit 1998 Intensivkrankenpfleger am Militärkrankenhaus in Brüssel. Als am 22. März um 7.58 Uhr am Flughafen Bomben hochgehen und wenig später Sprengsätze in der Maalbeek Metro-station explodieren, ist er im Einsatz. Ein Amateurvideo zeigt, wie die Druckwelle Menschen umwirft, wie Trümmer und Metallteile aus dem Sprengsatz auf die Passanten hageln, wie Gliedmaßen abgerissen werden.

Die Notärzte müssen die Blutungen stillen und dann mit den Patienten ins Krankenhaus rasen. Das kennt Vaes aus den Auslandseinsätzen, in denen er war, aus Afghanistan und verschiedenen afrikanischen Ländern. Ohne die Erfahrung aus den Kriegsgebieten wäre der Einsatz nach den Brüsseler Anschlägen für ihn und die anderen Helfer viel schwieriger gewesen, sagt Vaes.

Vom Militär für Kriseneinsätze lernen, das sollen auch die Retter in Deutschland. „Wir wissen nicht, was uns vor Ort erwartet“, sagt Björn Hossfeld, Notarzt aus Ulm und stellvertretender Leiter der Arbeitsgruppe „Taktische Medizin“ in der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Es kann eine Sarin-Vergiftung sein wie damals in der U-Bahn in Tokio, es können Schüsse sein wie im Konzertsaal Bataclan in Paris, Messer oder Beilattaken wie in Ansbach

die Gefährdung für die Helfer reduzieren – falls nach der ersten eine zweite Bombe hochgehen sollte, so wie es beim Boston-Marathon geplant war, oder weiter geschossen wird.

Deshalb muss die Sichtung der Opfer so einfach vor sich gehen wie nach dem Anschlag auf die Konzerthalle Bataclan in Paris: „Lebt – lebt nicht – kann gehen.“ Richtig versorgt wird der stabilisierte Patient erst im Krankenhaus. Rettungsdienste, Polizei und Feuer-



Bilder des Schreckens: Der Umriss des Amokläufers Tim K. aus Winnenden, der sich vor einem Autohaus erschossen hat (2009) ...



... Soldaten und Polizisten in einem Brüsseler Einkaufszentrum nach dem Anschlag auf die Metro der belgischen Hauptstadt (2016) ...



... Rettungskräfte versorgen Verletzte vor dem Stade de France nach den Selbstmordattentaten von Paris (2015). Fotos: dpa

und Würzburg oder Sprengstoffanschläge wie in Brüssel. Die Situation vor Ort ist oft unklar.

„Die Idee, dass wir als Rettungskräfte aus der gefährlichen roten Zone ganz draußen bleiben, funktioniert in der Praxis nicht“, sagt Hossfeld. „Wir brauchen die Verletzten, um sie so schnell wie möglich versorgen zu können.“ Deshalb gehen sie zum Tatort, sichten die Opfer, bergen die Überlebenden und verlassen dann so schnell wie möglich den Anschlagort. Das soll

wehrl müssen gemeinsam solche Einsätze üben. Sie müssen lernen, gegenseitig die Branchensprache zu verstehen, die Kommunikation zwischen Polizei und Rettern muss übergreifend laufen.

Schließlich müssen alle Beteiligten von den Erfahrungen anderer Länder nach Terrorattacken lernen: „Die Terroristen tun das auch“, sagt David Schiller, der viele Jahre für eine israelische Eliteeinheit gearbeitet hat. Heute berät er Spezialkräfte der Polizei in Terrorlagen.