

Der 4x4-Doktor

Bergrettungsmediziner sind Teil einer Kette aus Bergführer, Rettungstechniker und Helikopterpilot

Auch die Bergrettungsmedizin muss dem höchsten Standard entsprechen. Die Bedingungen vor Ort erschweren aber öfter eine Rettung auf hohem medizinischem Niveau. Die Balance zu finden zwischen Theorie und Praxis, ist nicht immer einfach.

Walter Aeschimann

Optimierte Pillensets behandeln schwerste Schmerzen, komplexe Arzeneicocktails lindern die höhenbedingte Atemnot, Hightech-Material fixiert die traumatisierten Knochen. Die Spitzenmedizin ist auch in der Vertikalen angekommen. Doch am Ende seines Referates zum Thema Rettung von verletzten Alpinisten sagt Patrick Schoettker: «Die einfachsten Dinge sind immer noch die besten.» Und er fügt hinzu: «Aber einfach bleiben in der extremen Wildnis ist sehr komplex.» Schoettker ist Anästhesie-Spezialist der Notfallmedizin des Universitätsspitals in Lausanne.

Annäherung der Fronten

Dieses Votum, diesen Herbst am Internationalen Kongress der Bergmedizin auf dem Gemmipass oberhalb von Leukerbad vorgetragen, hat Urs Wiget gern gehört. Wiget führte während 20 Jahren eine Arztpraxis im Val d'Anniviers und ist ein Schweizer Pionier der Bergrettungsmedizin. Als Alpinist und Arzt setzte er sich jahrzehntelang dafür ein, die Rettungsmedizin zu professionalisieren. Er gründete nationale Gremien, sass in internationalen, brachte Bergführern medizinisches Basiswissen bei und erlöste Hunderte aus ihrer alpinen Not. Als Dank bekam er aber nicht selten den Dünkel der Spezialisten auf den Notfallstationen zu spüren. «Wir waren überglücklich, wenn wir einen schwerverletzten Alpinisten lebend geborgen hatten. Und in den Spitälern haben sie uns kritisiert, weil er nicht lehrbuchmässig abgeliefert wurde», sagt Wiget.

Wiget war einer, der im heiklen Gelände medizinische Entscheidungen treffen, manchmal Noteingriffe durchführen musste, für die er keine Qualifikation besass, die nicht immer dem sogenannten Goldstandard entsprachen, aber lebensrettend waren. Das Bestreben an den Universitäten war es aber, die Bergrettungsmedizin auf ein elitäres Niveau zu heben. Das ging so weit, dass

Fachleute von den geheizten Spitalbüros aus erliessen, was die Notfall-Praktiker im Geländen machen dürfen und was nicht – unabhängig von der realen Situation auf dem spaltenreichen Gletscherfirn oder im luftigen Überhang. Manchmal schickten die Spitäler auch medizinische Spezialisten los, bergtechnisch aber derart unbegabte, dass sie häufig keine Hilfe waren. Jetzt scheinen sich die Fronten anzunähern.

«Die Kunst in der Bergrettungsmedizin ist es, den Goldstandard zu kennen, aber auch die Fähigkeit zu besitzen, diesen der Situation anzupassen», sagt Monika Brodmann Maeder, Leiterin der Aus- und Weiterbildung am Notfallzentrum des Inseospitals in Bern. «Der Gebirgsmediziner muss ein 4x4-Doktor sein, einer, der in allen Situationen zuverlässig und auf hohem Niveau funktioniert.» Die passionierte Alpinistin ist verantwortlich für die Basiskurse der Schweizerischen Gesellschaft für Gebirgsmedizin. Eine wichtige Aufgabe sieht sie darin, den «Kontakt zwischen den präklinischen Rettungsdiensten und den Notfallstationen zu verbessern».

Das Ziel der Kurse ist eine spezifische Weiterbildung mit den besonderen Aspekten der Gebirgsmedizin. Erfolgreiche Absolventen erhalten dafür ein International Diploma in Mountain Medicine, das von drei internationalen Alpinverbänden ausgegeben wird: der internationalen Bergsteigerorganisation (UIAA), der Internationalen Kommission für alpines Rettungswesen (IKAR) und der Internationalen Verbindung für Gebirgsmedizin (ISMM). Die Lehrgänge seien heiss begehrt, sagt Brodmann Maeder. Vor allem junge Assistenzärzte, die entweder selber Bergsport betreiben, sich für Notfallmedizin im Gebirge interessieren oder auch später bei einer Luftrettungsorganisation (Rega, Air Glaciers oder Air Zermatt) arbeiten wollen, liessen sich auf die lange Warteliste setzen.

Keine isolierte Disziplin

Internationale Bestrebungen gehen hin zu einem universitären Studiengang mit der Möglichkeit eines Masterabschlusses. Die Universität in Grenoble bietet seit 2002 entsprechende Studiengänge an. Die Europäische Akademie in Bozen gründete im Jahr 2009 gar ein eigenes Institut für alpine Notfallmedizin, das erste Forschungsinstitut mit diesem Fachgebiet. «Wichtigstes Ziel ist die Verbesserung von Diagnostik und The-

rapie von Unfallopfern und akut erkrankten Personen im Gebirge durch Anhebung der alpinen Notfallmedizin auf ein international anerkanntes, «evidenzbasiertes» Niveau», wie es auf der Website etwas erlesen heisst. Die Verwissenschaftlichung mit begleitender Anbindung an die Praxis scheint begrüssenswert und einem Bedürfnis zu entsprechen.

Wie weit ein «evidenzbasiertes Niveau» eingehalten werden kann, entscheidet bisweilen aber die Wildnis selbst. Denn Bergrettungsmedizin ist keine isolierte Disziplin, schon gar nicht eine rein universitäre. Sie ist vielmehr Teil einer Kette aus Bergführer, Rettungstechniker und Helikopterpilot. Nicht selten ist es der Pilot, der mit seinem Entschluss den medizinischen Ersteinsatz konditioniert. «Manchmal ist eine Bergung technisch derart heikel, dass wir keine Rücksicht auf den Zustand des Verletzten nehmen können. Wir fliegen hin, holen ihn vom Gletscherabbruch oder aus der Wand und bringen ihn an einen stabilen Ort. Erst dann kann ihn der Arzt betreuen,» sagt Marc Ziegler, Leiter der Rettungsbasis in Grindelwald. Der Pilot entscheidet auch, ob die Wetterbedingungen einen Flug zulassen. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die Art des medizinischen Mandats.