



Protokoll

Thema	6. Sichtungs-Konsensus-Konferenz						
Ort	Ahrweiler	Datum	23. + 24.11.15	Beginn	12:51	Ende	15:30
Besprechungs- leitung	Prof. Dr. A. Heller			Protokoll- führung	S. Dietl, R. Dinkelbach, S. Schüller		
Teilnehmende	J. Bickelmayer, Dr. R. Bohnen, Dr. H. Buggenhagen, F. Brüne, S. Denschstädt, Dr. R.-D. Erbe, G. Fuhr, PD Dr. A. Franke, H. Grütz, PD Dr. C. Kleber, M. K. König, Dr. B. Kowalzik, Dr. C.-M. Krieg, S. Lase, Prof. Dr. L. Latasch, Dr. F. Marx, Dr. W. Marzi, S. Osche, Dr. H. Parys, S. Ruß, H. Schmidt, Dr. J. Schmidt, J. Schürmann-Lipsch, L. Strate, Prof. Dr. T. Wurmb			Verteiler			

Die Konferenz wird durch eine Begrüßung von Frau Dr. Kowalzik eröffnet. Herr Tiesler als stellvertretender Präsident des BBK sowie Herr Mitschke als Leiter der AKNZ sprechen ebenfalls Grußworte. Prof. Dr. Heller wird als Moderator der Konferenz vorgestellt und begrüßt die Teilnehmer ebenfalls. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Fr. Dr. Kowalzik gibt einen Rückblick über die letzten 13 Jahre der Sichtungs-Konsensus-Konferenz, stellt die Ergebnisse der fünf vergangenen Konferenzen vor und gibt einen Ausblick auf die künftigen Ziele. Die Teilnehmer werden aufgefordert sich selbstständig einer Arbeitsgruppe zuzuordnen. Es werden folgende Arbeitsgruppen angekündigt: Vorsichtung, Planungsverteilung, Kennzeichnung.

* Pause * Fortsetzung: 14:05 Uhr

Die Themen der geplanten Arbeitsgruppen werden von den jeweiligen Leitern anhand von Impulsvorträgen erläutert.

Der Leiter der Arbeitsgruppe „**Vorsichtung**“, Herr Dr. Erbe, stellt die mit der Vorsichtung einhergehenden Fragestellungen und Anforderungen vor. Ein Augenmerk legt er dabei auf den Faktor „Zeit“, einheitliche Kommunikation und die Implementierung eines validierten Algorithmus in Aus- und Fortbildung.

Die Arbeitsgruppe „**Planungsverteilung**“ wird von Herrn Brüne vorgestellt. Er stellt die Frage, ob eine Planung die auf 50 Jahre alten Zahlen basiert zielführend ist. Ein wichtiger Diskussionspunkt ist außerdem die Berücksichtigung des „internistischen MANV“ der sich aus dem großen Anteil von CBRN-Lagen ergibt, die bei der Datenerhebung durch Herrn Brüne festgestellt wurde. Ein überhöhter Anteil an roten Patienten in der Planung macht die adäquate Verteilung in die Krankenhäuser immer schwieriger.





Herr Dr. Schmidt stellt den Inhalt der Arbeitsgruppe „**Kennzeichnung**“ vor. Es soll diskutiert werden, ob sich das bisherige Ampelsystem bewährt. Es ist zu prüfen, ob Anpassungen und Ergänzungen für notwendig und sinnvoll erachtet werden.

* Pause * Fortsetzung um 15:20 Uhr mit der Arbeit in den Arbeitsgruppen

Die Protokolle der Arbeitsgruppen sind gesondert niedergeschrieben.

24. November 2015 – 10:30 Uhr

Prof. Dr. Heller begrüßt die Anwesenden. Ziel der nun wieder gemeinsam weitergeführten Konferenz ist es, über die in den Gruppen diskutierten Themenbereiche einen Konsens herzustellen. Die Diskussion von strittigen Punkten wird zunächst hinten angestellt. Um eine Stimmparität zu erreichen, werden die Stimmen der vier anwesenden AKNZ- und BBK-Mitarbeitern auf jeweils eine Stimme für die AKNZ und eine Stimme für das BBK reduziert.

Die Konsensbildung findet anhand der AWMF-Leitlinien statt:

starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von > 75 - 95 % der Teilnehmer
mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50 - 75 % der Teilnehmer
kein Konsens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer

Es wird klargestellt, dass Teilnehmer ihre Stimme als Experten abgeben und nicht als Vertreter der Organisation. Für künftige Sichtung-Konsensus-Konferenzen soll versucht werden, ein Delegationssystem zu erreichen. Teilnehmer früherer Konsensus-Sichtungs-Konferenzen berichteten, dass bisher getroffene Konsensusentscheidungen ebenfalls auf Expertenmeinungen beruhen und die Delegierten teilweise keine Handlungsvollmacht ihrer entsendenden Organisation besaßen.

Herr Osche, Herr Dr. Marzi, Herr Brüne, Frau Dr. Krieg und Herr Prof. Dr. Heller nehmen nicht an der Abstimmung teil. Mit den 20 Stimmberechtigten ergibt sich somit:

20 Zustimmungen	starker Konsens
16 – 19 Zustimmungen	Konsens
11 – 15 Zustimmungen	mehrheitlicher Zustimmung
< 11 Zustimmungen	kein Konsens

Zunächst werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Vorsichtung“ konsentiert. Das Vorstellen der Arbeitsgruppenergebnisse übernimmt Herr Dr. Erbe.



Per Abstimmung werden folgende Punkte konsentiert:

Die Vorsichtung kann auch durch nicht ärztliches Personal durchgeführt werden.

Ergebnis: 20 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Wir akzeptieren die Definition des Begriffs „Vorsichtung“ in der DIN 13050.¹

Ergebnis: 20 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Es wird empfohlen, lebensrettende Handgriffe in die Vorsichtung mit einzubinden (1. Stillen lebensbedrohlicher Blutungen, 2. Freihalten der Atemwege, 3. Lagerung)

Ergebnis: 20 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Übernahme der angepassten Beschreibung der Sichtungskategorien von 2012.

Ergebnis: 18 Zustimmungen (90 %)
0 Enthaltungen
2 Gegenstimmen
⇒ Konsens

Herr PD Dr. Kleber merkt an, dass von Seiten der DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie) der Sinn der blauen Sichtungskategorie fraglich ist. Mit der Beschreibung der blauen Kategorie habe er kein Problem, wohl aber mit der Kategorie an sich. Er bittet darum, lediglich die Kategorien rot, gelb und grün zu konsentieren. In diesem Zusammenhang merkt Herr Bickelmayer an, dass sich die blaue Kategorie international bewährt hat und sie für die Bundeswehr absolut notwendig ist. In Deutschland fehlen seiner Meinung nach Erkenntnisse aus ausreichend großen Ereignissen. Die Debatte um die blaue Sichtungskategorie soll in künftigen Sitzungen aufgegriffen werden.

¹ Vorsichtung: schnellstmögliche Identifizierung von vital bedrohten Patienten, die lagebedingt als erste eindeutig gekennzeichnet werden.

Anmerkung 1 zum Begriff: Es handelt sich um eine vorläufige Zustandsbeurteilung, die von Ärzten und Nicht-Ärzten durchgeführt und von einer ärztlichen Sichtung gefolgt wird. (DIN 13050)



Daraufhin wird folgender Punkt abgestimmt:

Soll die blaue Kategorie in der Definitionsabstimmung dabei sein?

Ergebnis: 18 Ja-Stimmen (90 %)
2 Nein-Stimmen

Konsens

Somit ergibt sich erneut folgender zu konsentierender Punkt:

Übernahme der angepassten Beschreibung der Sichtungskategorien von 2012.

Kategorie	Beschreibung	2012
		Konsequenz
I (rot)	Vital bedroht	Sofortbehandlung
II (gelb)	Schwer verletzt / erkrankt	Dringliche Behandlung
III (grün)	Leicht verletzt / erkrankt	Nicht-dringliche Behandlung
IV (blau)	Ohne Überlebenschance	Palliative Versorgung
EX (schwarz)	Tote	

Ergebnis: 18 Zustimmungen (90 %)
0 Enthaltungen
2 Gegenstimmen
⇒ Konsens

Es werden weitere Punkte konsentiert:

In der Vorsichtung finden nur die Kategorien rot, gelb und grün Verwendung.

Ergebnis: 18 Zustimmungen (90 %)
0 Enthaltungen
2 Gegenstimmen
⇒ Konsens

Ein Vorsichtungssystem muss auch nicht chirurgische rote Patienten sicher erfassen.

Ergebnis: 20 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens



Herr Lase gibt zu bedenken, dass somit auch Personen die Verletzungen haben, welche nicht mit dem Leben vereinbar sind, rot gesichtet werden und somit die Ressourcen für rote Patienten minimieren. Es wird deutlich, dass zu diesem Punkt ein Diskussions-/Forschungsbedarf besteht, zumal medizinisches Fachpersonal in der Individualmedizin auf die Todesfeststellung bei nicht mit dem Leben vereinbar Verletzungen geschult ist. Es wird folgende Fußnote zur vorgenannten Abstimmung konsentiert:

Hinsichtlich der sicher tödlich Verletzten besteht Diskussionsbedarf.

Ergebnis: 19 Zustimmungen (95 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
1 Abwesend
⇒ Konsens

Es folgen weitere Abstimmungen:

Sichtung ist ein kontinuierlicher dynamischer Prozess.

Ergebnis: 20 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Wir empfehlen für die Ausbildung im Katastrophenschutz und Rettungsdienst die Prinzipien der Vorsichtung aufzunehmen.

Ergebnis: 20 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Der Anwender muss den verwendeten Algorithmus sicher beherrschen, dies ist durch Aus- und Fortbildung sicherzustellen.

Ergebnis: 20 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Das oben genannte Statement wurde im weiteren Verlauf der Konsensfindung ergänzt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird die Darstellung der Abstimmung im vorliegenden Protokoll vorgezogen:

Abänderung des Statements Ergänzung: „... und befolgen“ -> Der Anwender muss den verwendeten Algorithmus sicher beherrschen und befolgen, dies ist durch Aus- und Fortbildung sicherzustellen.

Ergebnis: 20 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Die Abstimmung über die Frage, für welche Anwender die „Vorsichtung“ gedacht ist, wird weggelassen, da sie als redundant angesehen wird. Die Definition dazu ist in der DIN 13050 (->Vorsichtung) hinterlegt.



Der Vorsichtung ist eine Beurteilung der Gefahrenlage mit der Frage Eigenschutz voranzustellen.

Ergebnis: 20 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Im Vorsichtungsalgorithmus sind einheitliche, fachliche Begriffe korrekt und derart zu verwenden, dass keine Verwechslungen auftreten können.

Ergebnis: 20 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Es wird Diskussionsbedarf zu folgenden Themen festgehalten:

- Rechtsgrenzen
- Thoraxpunktion durch den Notfallsanitäter
- Wie sollten Personen die Verletzungen haben, welche nicht mit dem Leben vereinbar sind, gekennzeichnet werden?

Es besteht in der Gruppe Konsens darüber, dass bei der Validierung der Algorithmen ein Forschungsbedarf besteht.

Ende des ersten Abstimmungsblockes: 11:45 Uhr

Fortsetzung: 12:35 Uhr

Es sind noch 19 Stimmberechtigte anwesend. Herr Bickelmayer musste frühzeitig abreisen.

19 Zustimmungen	starker Konsens
15 – 18 Zustimmungen	Konsens
10 – 14 Zustimmungen	mehrheitlicher Zustimmung
< 10 Zustimmungen	kein Konsens

Herr Brüne übernimmt das Vorstellen der Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Planungsverteilung“. Per Abstimmung werden folgende Punkte konsentiert:

Wir benötigen wissenschaftlich basierte epidemiologische Daten von Einsätzen und Schadensereignissen.

Ergebnis: 19 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Aus Sicht der Arbeitsgruppe ist der Weg über die Länder an dieser Stelle der richtige. Herr Dr. Schmidt merkt an, dass es an dieser Stelle nicht reicht, sich mit dem AK V zusammenzusetzen. Hier müssen die



Länder mit berücksichtigt werden, um wirklich eine Aussage und Empfehlung für die Gebietskörperschaften treffen zu können.

Es werden weitere Punkte konsentiert:

Es wird empfohlen, das Schutzziel 40/20/40 (SK I – III) für die katastrophenmedizinische Vorsorgeplanung anzuwenden.

Ergebnis: 17 Zustimmungen (89 %)
0 Enthaltungen
1 Gegenstimme
1 Abwesend
⇒ Konsens

Als Planungsgröße für eine Verteilungsplanung ist sowohl die retrospektive Auswertung der dokumentierten MANV-Lagen als auch die prospektive Erhebung epidemiologischer Daten von Einsätzen und Schadenereignissen erforderlich.

Ergebnis: 19 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Im Rahmen einer vollständigen MANV-Planung ist es erforderlich, eine adäquate Verteilungsplanung (z.B. Wellenplan, Ticketsystem) zu implementieren. Patienten müssen geeigneten Krankenhäusern (vergleichbar den Qualitätskriterien des Traumanetzwerks der DGU) zugewiesen werden.

Ergebnis: 19 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Verteilung und Versorgung

- Es ist das Ziel, kritisch verletzte oder erkrankte Patienten adäquat (Versorgungsspektrum) und zeitnah im bestgeeigneten Krankenhaus zu versorgen.
- Bei bestehender Indikation werden kritisch verletzte oder erkrankte Patienten nach initialer Versorgung und Stabilisierung für die weitere Versorgung von komplexen Begleitverletzungen oder Erkrankungen sekundär im Rahmen von Netzwerken (z.B. Traumanetzwerk) verlegt, um das bestmögliche Behandlungsergebnis für möglichst alle Patienten zeitnah zu realisieren.

Ergebnis: 18 Zustimmungen (95 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
1 Abwesend
⇒ Konsens

Die Ergebnisse der dritten Arbeitsgruppe „Kennzeichnung“ werden von Herrn Dr. Schmidt vorgetragen.

Nach dem Konsens der Arbeitsgruppe soll das bestehende Farbsystem beibehalten und durch einige Erweiterungen ergänzt werden. Die Erweiterungen sollen Buchstaben für die besondere Kennzeichnung von Betroffenen („B“), Kontaminierten („K“) und Transportprioritäten („T“) sein. Für die Vorsichtung wird



eine Faltung der Farbkennzeichnung vorgeschlagen. Da es das Ziel ist, die Prozesse Sichtung und Vorsichtung langfristig miteinander zu verschmelzen, wird eine gesonderte Kennzeichnung in der Diskussion abgelehnt. Bei Dunkelheit ist eine zusätzliche selbstleuchtende Kennzeichnung nicht auszuschließen, jedoch sollte dann die Beleuchtung des kompletten Einsatzortes in Betracht gezogen werden. Sollte nach ersten Einschätzungen das Schadensausmaß das Sichtungskartenkontingent übersteigen, wird empfohlen, eine priorisierte Kennzeichnung vorzunehmen.

Herr Dr. Schmidt weist darauf hin, dass lediglich rein technische Aspekte der Kennzeichnung betrachtet wurden, unabhängig von taktischen Entscheidungen.

Es sind noch 18 Stimmberechtigte anwesend. Herr PD Dr. Franke musste abreisen.

18 Zustimmungen	starker Konsens
14 – 17 Zustimmungen	Konsens
9 – 13 Zustimmungen	mehrheitlicher Zustimmung
< 9 Zustimmungen	kein Konsens

Es werden folgende Punkte zur Abstimmung gebracht:

Die übliche Farbkennzeichnung wird beibehalten.

Ergebnis: 18 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
⇒ starker Konsens

Wir brauchen eine Zusatzkennzeichnung für taktische Erfordernisse².

Ergebnis: 12 Zustimmungen (67 %)
5 Enthaltungen
1 Gegenstimme
⇒ mehrheitliche Zustimmung

Im Bedarfsfall wird ein unverletzt Betroffener mit schwarzem „B“ auf weißem Hintergrund gekennzeichnet.

Ergebnis: 12 Zustimmungen (67 %)
5 Enthaltungen
1 Gegenstimme
⇒ mehrheitliche Zustimmung

Gegen die Verwendung des Buchstaben „T“ als Kennzeichnung für Patienten mit Transportpriorität bestehen aus polizeitaktischen Gründen Bedenken. Es besteht die Gefahr der Verwechslung mit der Kennzeichnung eines Täters. Daher wird die Buchstabenkombination „TP“ vorgeschlagen.

² In der Praxis hat sich gezeigt, dass in einigen Bereichen eine Zusatzkennzeichnung (z.B. für Patienten mit Transportpriorität, unverletzt Betroffene und kontaminierte Personen) sinnvoll ist.



Im Bedarfsfall wird ein Patient mit Transportpriorität mit schwarzem „TP“ gekennzeichnet.

Ergebnis: 13 Zustimmungen (72 %)
4 Enthaltungen
1 Gegenstimme
⇒ mehrheitliche Zustimmung

* Pause * Fortsetzung 15:02 Uhr

Es sind noch 16 Stimmberechtigte anwesend. Herr König und Frau Dr. Bohnen mussten abreisen.

16 Zustimmungen	starker Konsens
12 – 15 Zustimmungen	Konsens
8 – 11 Zustimmungen	mehrheitlicher Zustimmung
< 8 Zustimmungen	kein Konsens

Es folgt die letzte Abstimmung:

Im Bedarfsfall wird ein kontaminierter Patient mit schwarzem „K“ gekennzeichnet.

Ergebnis: 12 Zustimmungen (75 %)
2 Enthaltungen
2 Gegenstimmen
⇒ Konsens

Nach den Abstimmungen wird ein Zukunftsausblick gegeben und der weitere Diskussionsbedarf noch einmal zusammengefasst:

- Rechtsfragen
- Rechtfertigung der blauen Sichtungskategorie (SK IV)
- Kennzeichnung von Personen mit Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
- Thoraxpunktion durch den Notfallsanitäter

Durch Herrn Brüne werden folgende Termine für Arbeitsgruppen vorgestellt:

1. 25. Januar bis 27. Januar 2016 (20 Plätze)
2. 27. Januar bis 29. Januar 2016 (15 Plätze)
3. 15. Juni bis 17. Juni 2016 (20 Plätze)
→ Zwei Workshops à 10 Plätze
 1. Workshop „Planungsverteilung“
 2. Workshop „Sichtung, Vorsichtung, Kennzeichnung und rechtliche Aspekte“
4. 28. September bis 30. September (15 Plätze)

Die Januartermine werden als zu kurzfristig angesehen. Es wird darauf hingewiesen, dass weitere Experten zu den jeweiligen Themen eingeladen werden.



Als Termin für die 7. Sichtungs-Konsensus-Konferenz ist der 26. bis 28. Oktober 2016 angedacht. Seitens der Gruppe gibt es keine Einwände bezüglich des Termins und der Roadmap. Ob dieser gehalten werden kann, hängt von den Arbeitsergebnissen der Workshops/ Arbeitsgruppen ab.

Mit der Gruppe wird der zukünftige Teilnehmerkreis besprochen, da eine Vergrößerung des Arbeitskreises vorgesehen ist. Der Einladung zur 6. Sichtungs-Konsensus-Konferenz konnten Vertreter des AK V, einige Hilfsorganisationen, Vertreter der ehemaligen Schutzkommission und der Bundesärztekammer nicht folgen. Neben diesen wird vorgeschlagen, dass bei der 7. Sichtungs-Konsensus-Konferenz Vertreter des Ausschuss „Rettungswesen“, die kommunalen Spitzenverbände, die DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) und Vertreter der Inneren Medizin (DGI) eingeladen werden. Herr Prof. Dr. Wurm schlägt als weiteren Experten Herrn R. Cermak (BRK) vor.

Die Aufteilung der Arbeitsgruppen wird Herr Brüne Ende Januar per Mail abfragen.

Frau Dr. Kowalzik beendet die 6. Sichtungs-Konsensus-Konferenz mit einem positiven Resümee der zwei Veranstaltungstage.