



Protokoll

Thema		8. Sichtungungs-Konsensus-Konferenz 2019					
Ort	AKNZ	Datum	28.10. – 30.10.2019	Beginn	8:45 Uhr	Ende	16:00
Besprechungs- leitung	Dr. Barbara Kowalzik, Fritjof Brüne, Prof. Axel Heller			Protokoll- führung	A. Rohrmann, R. de Faber, M. Wollermann		
Teilnehmende	28.10. – 29.10.2019			Verteiler			
	K. Albert (MHD), T. Benner (DLRG), Prof. Dr. Biederbick (BMG), Dr. F. Breuer (Berliner Feuerwehr), F. Brüne (AKNZ – IV.4), Dr. H. Buggenhagen (Uni Mainz), Dr. R. Erbe (Berliner Feuerwehr), Prof. Dr. A. Franke (DGU u. Bundeswehr), Dr. K. Friedrich (DFV), G. Fuhr (ASB), K. Grigorian (JUH), F. Hähn (BBK- III.3), Prof. Dr. A. Heller (DIVI), M. Ibrom (BRK), Dr. C. Kleber (Experte Sachsen), Dr. F. Kolibay (DAKEP), Dr. B. Kowalzik (BBK – III.3), J. Rebeck (BBK – III.3), Dr. F. Reifferscheid (BAND), Dr. F. Ringe (MHH), J. Schreiber (DGKM), J. Schürmann (ÄLRD), Prof. Dr. P. Sefrin (DRK), Dr. F. Sensen (Experte NRW), M. Storz, Dr. P. Tralls (DGINA), B. Walkenbach (BBK – III.4), Dr. M. Weber (AKNZ – IV.4), Prof. Dr. T. Wurmb (DGAI u. DAKEP), Vertretung JUH			Teilnehmende der Konferenz; Veröffentlichung im Internet			
	30.10.2019						
	Prof. Dr. Biederbick (BMG), F. Brüne (AKNZ – IV.4), Dr. R. Erbe (Berliner Feuerwehr), Prof. Dr. A. Franke (DGU u. Bundeswehr), PD Dr. I. Gräff (DGINA), F. Hähn (BBK- III.3), Prof. Dr. A. Heller (DIVI), Dr. C. Kleber (Experte Sachsen), Dr. F. Kolibay (DAKEP), Dr. B. Kowalzik (BBK –III.3), Prof. Dr. L. Latasch (DGKM), J. Rebeck (BBK -III.3), Dr. F. Sensen (Experte NRW), A. Solarek (Experte Berlin), Dr. M. Weber (ANKZ – IV.4), Prof. Dr. J. Weidringer (DGCH), Prof. Dr. T. Wurmb (DGAI), ein weiterer Experte Berlin						

K = Kennzeichnung

A = Auftrag

B = Beschluss

F = Forderung

I = Information





1. Teil der Konferenz (28. und 29.10.2019)

Montag, 28.10.2019

Die Konferenz wird durch Herrn Mitschke, Abteilungsleiter der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ), als Vertretung der Hausleitung des BBK um 8:45 Uhr eröffnet. Herr Mitschke begrüßt die Teilnehmenden und betont die Wichtigkeit dieser Konferenz, durch die möglichst national einheitliche Vorgehensweisen im Bereich der Sichtung etabliert werden sollen. Anschließend übergibt er das Wort an Frau Dr. Kowalzik, die ebenfalls die Teilnehmenden begrüßt, einen Dank an die Moderatoren sowie das Organisationsteam dieser Veranstaltung ausspricht, sowie den Ablauf und das Ziel dieser Konferenz vorstellt. Das Ziel dieser Konferenz ist es, die Ergebnisse der bereits vorangegangenen Workshops zu den Themen Ausbildung im Bereich der Sichtung, Glossar „Sichtung“ und Klinische Sichtung zu diskutieren und zu konsentieren.

Die 8. Sichtungs-Konsensus-Konferenz ist in zwei Teile geteilt. Der erste Teil fand vom 28.10 bis 29.10.2019 statt und beschäftigt sich mit den Themen „Ausbildung im Bereich der Sichtung“ und „Glossar Sichtung“. Der zweite Teil „Klinische Sichtung“ fand am 30.10.2019 statt.

Herr Prof. Dr. Heller, der Moderator der gesamten Konferenz ist, Herr Dr. Erbe (Moderator der Arbeitsgruppe „Ausbildung im Bereich der Sichtung“), Herr Schreiber (der Moderator der Arbeitsgruppe „Glossar“) und Herr Dr. Kleber (Moderator der Arbeitsgruppe „Klinische Sichtung“) werden dem Plenum vorgestellt. Frau Dr. Kowalzik übergibt das Wort an Herrn Prof. Heller. Herr Prof. Heller begrüßt ebenfalls die Teilnehmenden. Es folgt eine kurze Vorstellungsrunde.

Frau Dr. Kowalzik gibt in ihrem Vortrag „Prozess der Konsensfindung im Bereich der Sichtung“ einen Überblick über den Sachstand des gesamten Sichtungsprozesses, der in den letzten Jahren erfolgreich diskutiert und konsentiert wurde, sowie über die zukünftigen Planungen der nächsten Jahre.

Es folgt die Vorstellung der Ergebnisse des vorangegangenen Workshops „Ausbildung im Bereich der Sichtung“ durch Herrn Dr. Erbe. Anschließend werden die Ergebnisse des Workshops „Glossar“ von Herrn Schreiber vorgestellt.

Die Teilnehmenden werden aufgefordert, sich eigenständig einer der beiden Arbeitsgruppen („Ausbildung im Bereich der Sichtung“ oder „Glossar“) zuzuteilen.

Pause Fortsetzung 10:00 Uhr in den Arbeitsgruppen.

Die Protokolle der Arbeitsgruppen „Glossar“ und „Ausbildung Sichtung“ sind gesondert niedergeschrieben. Ein gesondertes Protokoll der Arbeitsgruppe „Klinische Sichtung“ wurde nicht angefertigt. Die erarbeiteten Ergebnisse „Klinische Sichtung“ wurden unmittelbar konsentiert und finden sich nachstehend in diesem Protokoll wieder.



Dienstag, 29.10.2019

Prof. Dr. Heller begrüßt die Anwesenden. Ziel der Konferenz ist es, über die in den Arbeitsgruppen produzierten fachlichen Ergebnisse einen Konsens herzustellen. Jede Fachgesellschaft oder Hilfsorganisation hat eine Stimme, die durch die/den entsandten Vertreterin/Vertreter abgegeben wird. Ebenso erhält der Vertreter des BMG eine Stimme. Den anwesenden BBK-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern wird insgesamt jeweils eine Stimme für die AKNZ und eine Stimme für das BBK zugestanden.

Die Konsensbildung findet anhand der AWMF-Leitlinien statt.

starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmenden
Konsens	Zustimmung von > 75 – 95 % der Teilnehmenden
mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50 – 75 % der Teilnehmenden
kein Konsens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmenden

Es wird klargestellt, dass die Teilnehmenden, bis auf eine Ausnahme, als Vertreterinnen und Vertreter ihrer Organisation sprechen.

Herr Dr. Erbe, Herr Hähn, Herr Ibrom, Frau Dr. Kowalzik, Frau Rebeck, Herr Dr. Weber sowie ein JUH-Vertreter nehmen nicht an der Abstimmung teil.

Herr Dr. Kolibay nimmt aufgrund Abwesenheit an der Abstimmung nicht teil. Herr Prof. Franke hat sowohl das Mandat für die Bundeswehr, als auch das für die Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU).

Mit **22 anwesenden Stimmberechtigten** ergibt sich somit folgende Konsensbildung:

22 - 21 Zustimmungen	starker Konsens
20 - 17 Zustimmungen	Konsens
16 - 11 Zustimmungen	mehrheitliche Zustimmung
< 11 Zustimmungen	kein Konsens

Es wird damit begonnen, die erarbeiteten Begriffsbestimmungen der **Arbeitsgruppe „Glossar“** vorzustellen, um diese zu konsentieren.



Per Abstimmung werden folgende Punkte konsentiert:

1. Exponierte Person

Eine Person, auf die ein Ereignis direkt (unmittelbar) oder indirekt (mittelbar) wirkt und die hierdurch beeinträchtigt sein kann.

Der Begriff „Exponierte Person“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden und wird dem DIN-Ausschuss 13050 zur Aufnahme in die DIN vorgeschlagen.

Ergebnis:	22	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

2. Patient

**Person, deren Zustand den Einsatz ausreichend geschulten Personals für medizinische Versorgung und/oder einen geeigneten Transport erfordert (entsprechend der DIN EN 1789:2014-12,3.1.1).
Eine Person, die Patient ist, kann erkrankt oder verletzt sein.**

Der Begriff „Patient“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden und wird dem DIN-Ausschuss 13050 zur Aufnahme in die DIN vorgeschlagen.

Ergebnis:	22	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens



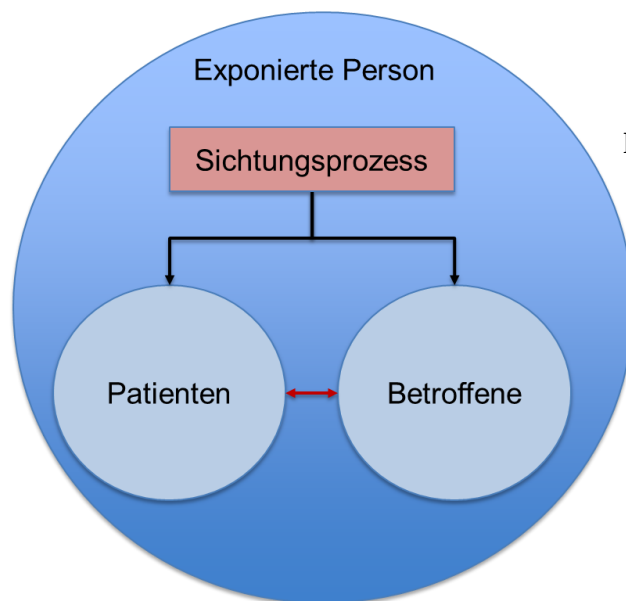
3. Betroffene Person

Eine Person, auf die ein Ereignis direkt (unmittelbar) oder indirekt (mittelbar) wirkt, die hierdurch beeinträchtigt sein kann und nicht Patient ist.

Der Begriff „Betroffene Person“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden und wird dem DIN-Ausschuss 13050 zur Aufnahme in die DIN vorgeschlagen.

Ergebnis: 22 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

Zusätzlich wurde eine Grafik zum Begriffskreis „Personen“ erstellt, die ebenfalls konsentiert wurde und in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden soll.



Ergebnis: 21 Zustimmungen (95,45 %)
 1 Enthaltung
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

Herr Prof. Wurmb hat nach Rücksprache mit der DGAI das Mandat erhalten und ist nun stimmberechtigt für die DAKEP und die DGAI. Damit sind **23 stimmberechtigte Personen** anwesend.

23	Zustimmungen	starker Konsens
20 - 17	Zustimmungen	Konsens
16 - 11	Zustimmungen	mehrheitliche Zustimmung
< 11	Zustimmungen	kein Konsens

K = Kennzeichnung

A = Auftrag

B = Beschluss

F = Forderung

I = Information



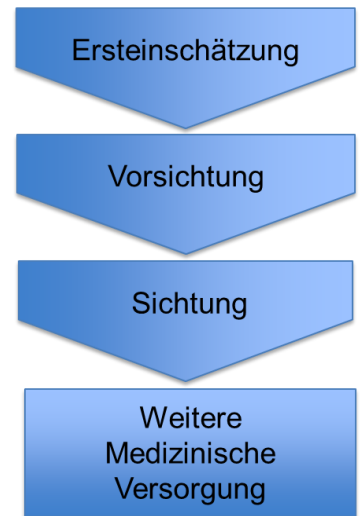
4. Sichtungsprozess

Standardisierter Handlungsablauf zur Festlegung medizinischer Behandlungsprioritäten bei einem Notfall, der mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten (Patienten) sowie Betroffenen einhergeht (Massenanfall¹) und bei dem eine individualmedizinische Behandlung von Patienten zunächst nicht möglich ist.

Prozessschritte sind:

- Ersteinschätzung
- Vorsichtung
- Sichtung

Die Ergebnisse der Prozessschritte tragen zu taktischen Entscheidungen bei.



Grafische Darstellung des Sichtungsprozesses

Der Begriff „Sichtungsprozess“ inklusive Grafik soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden.

Ergebnis:	23	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

5. Ersteinschätzung

Ersteindruck der Lage durch eine Einsatzkraft in der Phase des ersten Augenscheins, mit Abschätzung der Anzahl der exponierten Personen und einer Gefahrenanalyse als Grundlage für eine Lagemeldung an eine übergeordnete Stelle.

Der Begriff „Ersteinschätzung“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden.

Ergebnis:	22	Zustimmungen (95,65 %)
	0	Enthaltungen
	1	Gegenstimme
	➔	starker Konsens

¹ DIN 13050



6. Vorsichtung

Vorläufige standardisierte medizinische Zustandsbeurteilung, die von Ärztinnen/Ärzten oder hierfür geschulten nichtärztlichen Einsatzkräften durchgeführt wird und der eine ärztliche Sichtung folgt.

Das Ziel der Vorsichtung ist die schnellstmögliche Identifizierung von vitalbedrohten Patienten. Lagebedingt werden Lebensrettende Sofortmaßnahmen (LSM) durchgeführt, es erfolgen eine eindeutige Kennzeichnung und der Start der gerichteten Transportkette.

Der Begriff „Vorsichtung“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden.

Ergebnis:	22	Zustimmungen (95,65 %)
	1	Enthaltung
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

7. Sichtung

Ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der medizinischen Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung sowie Zeitpunkt, Art und Ziel des Transportes¹.

Hierzu gehören eine standardisierte Zuordnung in die jeweilige Sichtungskategorie, Lebensrettende Sofortmaßnahmen und die Kennzeichnung Toter.

Sichtung ist ein dynamischer Prozess und erfordert eine regelmäßige Re-Evaluation. Hierbei werden alle, auch noch nicht vorgesichtete exponierte Personen, gesichtet, gekennzeichnet, registriert und dokumentiert.

Der Begriff „Sichtung“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden.

Ergebnis:	23	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

¹ DIN 13050



8. Kennzeichnung im Sichtungsprozess

Kennzeichnung der Zuordnung eines Patienten zu einer Sichtungskategorie, von betroffenen Personen und Toten.

Zusatzkennzeichnungen sind möglich.

- „B“ - Kennzeichnung von Betroffenen
- „schwarz“ - Kennzeichnung von Toten

	Bezeichnung	Beschreibung	Konsequenz
Kategorie	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
Kennzeichnung	EX (schwarz)	Tote	
	B (weiß)	Betroffene	Betreuung

Der Begriff „Kennzeichnung im Sichtungsprozess“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden.

Ergebnis: 22 Zustimmungen (95,65 %)
 1 Enthaltung
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

9. Zusatzkennzeichnung im Sichtungsprozess

Zusätzliche Darstellungsmöglichkeit besonderer Informationen zu Patienten oder betroffenen Personen, die aus der Kennzeichnung alleine nicht hervorgehen. Dies sind:

- „K“ als Kennzeichnung von Kontaminierten.
- „TP“ als Kennzeichnung von Patienten mit Transportpriorität.

Der Begriff „Zusatzkennzeichnung im Sichtungsprozess“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden.

Ergebnis: 21 Zustimmungen (91,3 %)
 2 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ Konsens



10. Transportpriorität

Transportpriorität ist die im Sichtungsprozess festgestellte medizinische Erforderlichkeit für einen vorrangigen Transport von Patienten.

Der Begriff „Transportpriorität“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden.

Ergebnis:	19	Zustimmungen (90,48 %)
	2	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	→	Konsens

Bei der Abstimmung sind Herr Dr. Kleber und Herr Dr. Reifferscheid abwesend. Damit sind 21 stimmberechtigte Personen anwesend.

11. Patientenablage

**Stelle außerhalb des Gefahrenbereiches, an der Patienten gesammelt werden.
Hier beginnt die strukturierte medizinische Versorgung.**

Insoweit besteht eine Abweichung zur Norm DIN 13050 („Stelle an der Grenze des Gefahrenbereiches, an der Verletzte oder Erkrankte gesammelt und, soweit möglich, erstversorgt werden und an der sie zum Transport an einen Behandlungsplatz oder weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen übergeben werden.“ DIN 13050).

Der Begriff „Patientenablage“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden und wird dem DIN-Ausschuss 13050 zur Aufnahme in die DIN vorgeschlagen.

Ergebnis:	22	Zustimmungen (95,65 %)
	1	Enthaltung
	0	Gegenstimmen
	→	starker Konsens



12. Kontaminiertenablage

Besondere Form der Patientenablage bei einem CBRN-Einsatz. Dort werden kontaminierte Personen vor deren Dekontamination gesammelt und unter den besonderen Bedingungen des Schutzes der Einsatzkräfte und des Schutzes vor Kontaminationsverschleppung durch Lebensrettende Sofortmaßnahmen und Ergänzende Lebensrettende Sofortmaßnahmen erstversorgt.

Der Begriff „Kontaminiertenablage“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden und wird dem DIN-Ausschuss 13050 zur Aufnahme in die DIN vorgeschlagen.

Ergebnis:	22	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	→	starker Konsens

Herr Dr. Buggenhagen war zur Abstimmung nicht im Raum.

13. Lebensrettende Sofortmaßnahmen im Sichtungsprozess

Maßnahmen, die erforderlich sind, um das Leben von Patienten zu retten, bzw. die Überlebenschancen zu verbessern, ohne den Sichtungsprozess erheblich zu verzögern.

Hierzu gehören:

- **Stillen lebensbedrohlicher Blutungen**
- **Freihalten der Atemwege**
- **Lagerung**

Der Begriff „Lebensrettende Sofortmaßnahmen im Sichtungsprozess“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden und wird dem DIN-Ausschuss 13050 zur Aufnahme in die DIN vorgeschlagen.

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

Herr Prof. Dr. Franke (2 Mandate) und Herr Dr. Buggenhagen waren zur Abstimmung nicht im Raum.

Herr Prof. Franke hat um 13:39 Uhr die Veranstaltung verlassen. Damit sind nunmehr noch 21 stimmberechtigte Personen anwesend.



14. Ergänzende Lebensrettende Sofortmaßnahmen

Maßnahmen, die über die üblichen Lebensrettenden Sofortmaßnahmen hinaus bei kontaminierten Personen notwendig werden können.

Hierzu gehören:

- Antidot-Gabe
- Erstmaßnahmen der Dekontamination
 - Ablegen kontaminierter Kleidung
 - Reduzierung erkennbarer Kontamination durch schnelle Spülung mit Wasser oder durch trockenes Abtupfen (trockene Dekontamination)

Der Begriff „Ergänzende Lebensrettende Sofortmaßnahmen“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden und wird dem DIN-Ausschuss 13050 zur Aufnahme in die DIN vorgeschlagen.

Ergebnis:	16	Zustimmungen (76,19 %)
	5	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	Konsens

15. Geschützte Patientenablage

Besondere Form der Patientenablage unter Polizeischutz bei einer Lebensbedrohlichen Einsatzlage.

Der Begriff „Geschützte Patientenablage“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden und wird dem DIN-Ausschuss 13050 zur Aufnahme in die DIN vorgeschlagen.

Ergebnis:	21	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens



Nachstehende Begriffe wurden nicht im Rahmen des vorbereitenden Workshops bzw. in der Arbeitsgruppe „Glossar“ definiert, sondern erst im Rahmen der Konferenz mit allen Teilnehmenden (sowohl die der Arbeitsgruppe Glossar als auch die der Arbeitsgruppe Ausbildung) erarbeitet.

16. Ladezone

Die Ladezone ist eine Stelle, an der Rettungsmittel halten, um Patienten für einen Transport aufzunehmen.

Der Begriff „Ladezone“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden und wird dem DIN-Ausschuss 13050 zur Aufnahme in die DIN vorgeschlagen.

Ergebnis:	21	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	→	starker Konsens

17. Betreuungsbedarfserhebung

Standardisierter Handlungsablauf zur Festlegung des Betreuungsbedarfs und zur Priorisierung von Betreuungsleistungen für betroffene Personen.

Der Begriff „Betreuungsbedarfserhebung“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden und wird dem DIN-Ausschuss 13050 zur Aufnahme in die DIN vorgeschlagen.

Ergebnis:	18	Zustimmungen (85,71 %)
	3	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	→	Konsens

Redaktionelle Anmerkung: Der ursprünglich durch Herrn Schreiber in die Diskussion eingebrachte Begriff „Betreuungs-sichtung“ wurde von den Teilnehmenden zugunsten des Begriffs „Betreuungsbedarfserhebung“ verworfen, da der Begriff „Sichtung“ der medizinischen Sichtung vorbehalten ist.



18. Retten

Abwenden eines lebensbedrohlichen Zustandes durch lebensrettende Maßnahmen und/oder durch Befreien aus einer lebensbedrohlichen Zwangslage¹.

Der Begriff „Retten“ soll in ein Glossar „Sichtung“ aufgenommen werden.

Ergebnis:	20	Zustimmungen (95,24 %)
	1	Enthaltung
	0	Gegenstimmen
	→	starker Konsens

Mittagspause Fortsetzung 14:25 Uhr.

Herr Albert und Herr Grigorian haben die Veranstaltung verlassen. Somit sind nun 19 stimmberechtigte Personen anwesend und es ergibt sich folgende geänderte Konsensbildung:

19	Zustimmungen	starker Konsens
18 - 15	Zustimmungen	Konsens
14 - 10	Zustimmungen	mehrheitliche Zustimmung
< 10	Zustimmungen	kein Konsens

Im weiteren Verlauf werden die **Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Ausbildung im Bereich der Sichtung“** vorgestellt und konsentiert.

Folgende Arbeitspakete wurden festgelegt:

- Zielgruppendefinition
- Definition Lernziel
- Erreichung Lernziel
- Kompetenzerhaltung?

¹ DIN 13050



1. Umfang und Methodik der Schulungsmaßnahmen

- Ausführliche Formulierung in der Präambel z.B. des Curriculums
- Erstellung schulungsbezogener Curricula
- Festlegen der Kompetenz-Level und der Methodik in der Schulung und Prüfung

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

2. Medizinische Ersteinschätzung (medizinische Lageübersicht)

Zielgruppe:

Erstintreffende Einsatzkräfte (abhängig vom Szenario), in der Regel Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst, Sanitätsdienst („Augen der Leitstelle“)

Lernziel

- Anzahl der exponierten Personen abschätzen
- Gefahrenanalyse durchführen,
- gerichtete Transportkette starten
- Absetzen einer qualifizierten Rückmeldung an die Leitstelle

Erreichung Lernziel

Schulung im Rahmen der jeweiligen Ausbildung

Kompetenzerhaltung

Regelmäßige Sensibilisierung zur Ersteinschätzung

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



3. Vorsichtung

Zielgruppe

Einsatzkräfte, die für die Vorsichtung vorgesehen sind

Lernziele

- Basiswissen „MANV u. Sichtungsprozess“ (örtl. MANV-Konzept, Sichtungskategorien etc.) umsetzen
- Ablauforganisation „Vorsichtung“, Einordnung der Rolle und Aufgaben des Vorsichters darstellen
- Verständnis für die Notwendigkeit einer Algorithmen-basierten Vorsichtung entwickeln
- Lokal implementierten Algorithmus anwenden
- Schnellstmögliches Identifizieren der Patienten der SK I „rot“
- LSM durchführen (Stillen der lebensbedrohlichen Blutungen, Freihalten der Atemwege und Lagerung)
- Kennzeichnung der vorgesichteten Patienten durchführen
- Maßnahmen zum Start der gerichteten Versorgungs- und Transportkette anwenden
- örtliche Dokumentationsverfahren und -instrumente anwenden
- typische Fehler kennen und vermeiden

Erreichung Lernziel

- Ausbildungsmodul: Theorie und Praxis (Empfehlung: 8 UE)
- Überprüfung/Erfolgskontrolle

Kompetenzerhaltung

- Schwerpunkt: praktische Anwendung (Empfehlung: 4 UE)
- Jährlicher Turnus

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



4. Sichtung

Zielgruppe

Ärzte

Lernziel

- Basiswissen „MANV u. Sichtungsprozess“ (örtl. MANV-Konzept, Vorsichtung, Sichtungskategorien etc.) beschreiben
- Ablauforganisation „Sichtung“, Einordnung der Rolle und Aufgaben des Sichters darstellen
- Verständnis für die Notwendigkeit einer standardisierten Sichtung entwickeln
- Durchführung der Sichtung und lokal implementierten Algorithmus anwenden, wenn vorhanden
- Schnellstmögliches Identifizieren der Patienten der SK I „rot“
- LSM durchführen (Stillen lebensbedrohlicher Blutungen, Freihalten der Atemwege und Lagerung)
- Kennzeichnung der gesichteten Patienten durchführen incl. SK IV und Kennzeichnung Toter
- Festlegung von Art und Umfang der medizinischen Maßnahmen
- Maßnahmen der gerichteten Transportkette (Transportpriorisierung) anwenden
- örtliches Dokumentationsverfahren und -instrumente anwenden
- typische Fehler kennen und vermeiden

Erreichen des Lernziels

- Ausbildungsmodul: Theorie und Praxis (Empfehlung: 8 UE)
- Überprüfung/Erfolgskontrolle

Kompetenzerhaltung

- Schwerpunkt: praktische Anwendung (Empfehlung: 4 UE)
- Empfehlung für einen jährlichen Turnus

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



Exkurs:

Am Ende der Konsensbildung stellt Herr Schreiber – außerhalb der regulären Tagesordnung und unabhängig von den fachlichen Inhalten und Ergebnissen dieser Konferenz– den interessierten Anwesenden das Konzept „Betreuungssichtung (Anm. der Redaktion: nach Konsentierung Umformulierung in Betreuungsbedarfserhebung sinnvoll)“ der DGKM vor. Darin werden unterschiedliche Betreuungsbedarfe formuliert wie der Sofortbedarf, der Sonderbedarf und der Grundbedarf. Ziel ist die Feststellung des notwendigen personenbezogenen Betreuungsbedarfes. Dies soll algorithmenbasiert erfolgen. Der Grundbedarf soll dabei in jeder Anlaufstelle/Sammelstelle abgedeckt werden können. Wichtig ist, alle Bedarfe personenorientiert zu erfassen, ohne die Gesamtzahl der Betroffenen zu vernachlässigen. Dazu wurde durch die DGKM eine Taschenkarte entwickelt, auf dem der Algorithmus und Leitfragen abgebildet sind. Zusätzlich wurde eine personenbezogene Betreuungskarte erstellt, in der Betroffene ihre persönlichen Daten und ihren individuellen Bedarf eintragen können.

Abschließend richtet Frau Dr. Kowalzik nochmal das Wort an die Teilnehmenden und berichtet, wie es mit dem Sichtungskonsensus-Prozess weitergehen wird. Geplant ist ein schriftlicher Konsensprozess im Sinne eines Bestätigungsprozesses, bei dem alle konsentierten Punkte nach Themen sortiert nochmal bei den Beteiligten abgefragt werden. Dabei geht es lediglich um die Zustimmung der Hilfsorganisationen, Fachgesellschaften, Medizinischer Hochschulen sowie ausgewählter Ministerien bzw. Behörden.

Gegen 16:00 Uhr wird der erste Teil der Veranstaltung mit dem Dank an die Moderatoren, die Teilnehmenden und das Organisationsteam durch Frau Dr. Kowalzik geschlossen.

2. Teil der Konferenz (30.10.2019)

Mittwoch 30.10.2019

Der zweite Teil der 8. Sichtungskonsensus-Konferenz wird durch die Begrüßung von Herrn Gullotta, Abteilungsleiter der Abteilung III im BBK, eröffnet. Herr Gullotta geht auf die Wichtigkeit der klinischen Sichtung ein und bedankt sich auch im Namen der Hausleitung bei den Moderatoren und dem Organisationsteam.

Anschließend begrüßen Frau Dr. Kowalzik und Herr Prof. Heller ebenfalls die Teilnehmenden. Eine kurze Vorstellungsrunde wird durchgeführt. Aufgrund neu hinzugekommener Teilnehmer beschreibt Frau Dr. Kowalzik den Prozess der Konsensfindung im Bereich der Sichtung.

Einzelthemen im Bereich der Klinischen Sichtung sind:

- Grundsätzliches Klinische Sichtung
- Schnittstelle Präklinik
- Nomenklatur
- Dokumentation
- Klinische Sichtung in speziellen Lagen
- Schulung/ Übungen



Da in diesem zweiten Teil der Konferenz nur ein Themenkreis behandelt wird, werden die anwesenden Personen nicht in Gruppen aufgeteilt, sondern die zur Diskussion stehenden und ebenfalls in Workshops vorbereiteten Themen werden mit allen Teilnehmern diskutiert, ausformuliert und anschließend direkt konsentiert.

Stimmberechtigt sind PD Dr. I. Gräff (DGINA), F. Hähn (BBK – III.3), Prof. Dr. A. Heller (DIVI), Dr. C. Kleber (Experte Sachsen), Dr. F. Kolibay (DAKEP), Prof. Dr. L. Latasch (DGKM), Dr. F. Sensen (Experte NRW), Dr. M. Weber (AKNZ - IV.4) und Prof. Dr. T. Wurmb (DGAI), Prof. Dr. A. Franke (DGU und Bundeswehr). Herr A. Solarek teilt sich ein Mandat mit einem weiteren Berliner Experten .
Nicht stimmberechtigt sind Frau Dr. Kowalzik (BBK – III.3), Herr Brüne (AKNZ – IV.4), Frau Rebeck (BBK – III.3) und Herr Dr. Erbe (Berliner Feuerwehr).

Insgesamt sind **12 stimmberechtigte Personen** anwesend, damit ergibt sich folgende Konsensbildung:

12	Zustimmungen	starker Konsens
11- 9	Zustimmungen	Konsens
8 - 6	Zustimmungen	mehrheitliche Zustimmung
< 6	Zustimmungen	kein Konsens

Grundsätzliches Klinische Sichtung

1. Die klinische Sichtung ist Bestandteil der Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP) und wird durch diese geregelt.

Ergebnis:	12	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	→	starker Konsens



2. Die Vorbereitung von Krankenhäusern auf Schadenslagen und deren Bewältigung muss rechtlich verbindlich auf Länderebene geregelt werden. Hierzu zählen insbesondere:

- **Finanzierung**
- **Meldewege**
- **Vorhaltung**
- **Aus- und Fortbildung**
- **regelmäßige Übungen**

Ergebnis: 12 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

3. Die Kriterien für die Umstellung vom Regelbetrieb auf den Ereignisbetrieb werden im KAEP festgelegt.

Ergebnis: 12 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

Herr Prof. Weidringer (DGCH) nimmt nunmehr ebenfalls an der Veranstaltung teil. Damit sind ab sofort 13 stimmberechtigte Personen anwesend.

4. Die klinische Sichtung ist die ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der innerklinischen medizinischen Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung. Hierzu gehören eine standardisierte Zuordnung in die jeweilige Sichtungskategorie, lebensrettende Sofortmaßnahmen und ggf. die Kennzeichnung Toter.

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

In der Gruppe wird diskutiert, wie mit Toten in der Klinik am Sichtungspunkt umgegangen werden soll. Es besteht Einigkeit darüber, dass am Sichtungspunkt keine Kennzeichnung von Toten erfolgt. Die Todesfeststellung bzw. die Kennzeichnung von Toten erfolgt in den Behandlungsbereichen.



5. Sichtung ist ein dynamischer Prozess mit Kennzeichnung, Registrierung und Dokumentation und erfordert eine regelmäßige Re-Evaluation.

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
➔ starker Konsens

6. Das Ziel der klinischen Sichtung ist – unter Zuhilfenahme eines für das jeweilige Krankenhaus etablierten Algorithmus – die Patienten in eine der Sichtungskategorien einzuordnen.

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
➔ starker Konsens

Pause Fortsetzung 10:20 Uhr

7. Prinzipielle Übernahme der angepassten Beschreibung der Sichtungskategorien von 2012 auch für die Klinik.

	Bezeichnung	Beschreibung	Konsequenz
Kategorie	I (rot)	Vital bedroht	Sofortbehandlung
	II (gelb)	Schwer verletzt/ erkrankt	Dringliche Behandlung
	III (grün)	Leicht verletzt/ erkrankt	Nicht- dringliche Behandlung
	IV (blau)	Ohne Überlebenschance	Abwartende Behandlung
Kennzeichnung	EX (schwarz)	Tote	
	B (weiß)	Betroffene	Betreuung

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
➔ starker Konsens



In der Gruppe wird intensiv über die Sichtungskategorie IV „blau“ (SK IV „blau“), diskutiert und ob sie in der Klinik vergeben werden soll/ muss oder nicht. Es wird sich darauf geeinigt, dass die präklinischen Sichtungskategorien übernommen werden. Allerdings werden für die Vergabe der SK IV „blau“ weitreichende Kenntnisse über die aktuell vorhandenen Ressourcen und die Lageentwicklung vorausgesetzt. Des Weiteren passt in der Tabelle, die 2012 konsentiert wurde, die beschriebene „Konsequenz“ der in der SK IV „blau“ nicht für die Klinik. Hier wird „abwartende Behandlung“ vorgeschlagen und einstimmig entschieden.

8. **Alle Patienten müssen einer Eingangssichtung unterzogen werden. Von dort werden sie den sich daraus ergebenden Behandlungsbereichen SK I (rot), SK II (gelb) und SK III (grün) zugeführt.**

Die innerklinische Vergabe der Sichtungskategorie IV (blau) setzt weitreichende Kenntnisse über die aktuell vorhandenen Ressourcen und die Lageentwicklung voraus und ergibt sich aus der klinischen Re-Evaluation der Sichtung in den Behandlungsbereichen.

Tote (Ex) werden schwarz gekennzeichnet und registriert.

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 → starker Konsens

9. **In Konsequenz der klinischen Sichtung und deren Re-Evaluation muss eine prioritätenorientierte Behandlung der Patienten erfolgen. Diese wird in den entsprechenden Behandlungsbereichen durchgeführt.**

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 → starker Konsens



10. Zugangskoordination

Lageabhängig kann ärztliches oder medizinisches Fachpersonal den Zugang zur Klinik koordinieren mit dem Ziel, offensichtlich vital bedrohte Patienten zu identifizieren. Dadurch sollen diese Patienten schneller dem Sichtungsprozess zugeführt werden. Dieses Vorgehen ersetzt nicht die klinische Sichtung.

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

11. Bereits im Krankenhaus befindliche Patienten werden nicht der Eingangssichtung zugeführt. Alle Patienten, die sich in der Behandlung des Krankenhauses befinden, sind in die prioritätenorientierte Verteilung der Ressourcen einzubeziehen.

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

12. Die Sichtung wird durch ein sichtungserfahrenes und -trainiertes Team bestehend aus Arzt, Pflegekraft und Dokumentationsassistenz durchgeführt.

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

13. Raumordnung: Der Sichtungspunkt sollte gemäß KAEP definiert sein und muss vor den Behandlungsbereichen liegen.

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

Mittagspause Fortsetzung 13:00 Uhr

Herr Dr. Kleber hat die Veranstaltung verlassen. 12 stimmberechtigte Personen sind anwesend.

K = Kennzeichnung

A = Auftrag

B = Beschluss

F = Forderung

I = Information



14. Kriterien für einen klinischen Sichtungsalgorithmus

Bei der Auswahl eines klinischen Sichtungsalgorithmus sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Eindeutige Festlegung auf eine der Sichtungskategorien
- Hinweisgebung auf den Eigenschutz an exponierter Stelle
- Orientierung am (C)ABCDE-Schema
- Zuverlässige Identifizierung (Über- und Untertriage vermeiden)
- Geringer Zeitaufwand
- Einfache Anwendbarkeit
- Einfache Erlernbarkeit
- Geltung möglichst für alle Altersgruppen

Herr Prof. Latasch ist während der Abstimmung nicht im Raum.

Ergebnis:	11	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

15. Folgende Lebensrettende Sofortmaßnahmen können im Rahmen der klinischen Sichtung durchgeführt werden:

- **Stillen lebensbedrohlicher Blutungen**
- **Freihalten der Atemwege**
- **Lagerung**
- **Thoraxentlastungspunktion**

Weiterführende Maßnahmen sind in den Behandlungsbereichen durchzuführen.

Ergebnis:	12	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

16. Die Vorbereitung auf die Sichtung inkludiert die Bereitstellung der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) und des notwendigen Materials entsprechend des KAEP.

Ergebnis:	12	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens



17. In der klinischen Sichtung werden keine Ersteinschätzungssysteme der Krankenhäuser (z.B. MTS, ESI) verwendet.

Ziel ist die Fortführung der in der Präklinik verwendeten Nomenklatur der Sichtungskategorien, um einen Systembruch zu vermeiden.

Ergebnis:	12	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

Herr Prof. Biederbick ist zur Veranstaltung erschienen. Damit ergeben sich 13 Stimmberechtigte.

18. Mindestausstattung am Sichtungspunkt

- **Kennzeichnung des Sichtungsteams**
- **Lageabhängig PSA**
- **Vorbereitete analoge Dokumentations- und Kennzeichnungssysteme für Patienten**
- **Material zur Sichtung nach (C)ABCDE**
- **Material zum Durchführen von LSM**
- **Geeignete Kommunikationsmittel**
- **Der Umfang der Vorhaltung ist im KAEP festzulegen.**

Ergebnis:	13	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

Schnittstelle Präklinik

19. Die wechselseitige Übermittlung von Informationen zur Lage und zum Patientenaufkommen zwischen Krankenhaus und Präklinik sollte bidirektional durch ein vorher festgelegtes System erfolgen.

Ergebnis:	13	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens



20. Präklinische Identifikationsnummern („Patientenanhängkarte“) müssen in die klinische patientenbezogene Dokumentation übernommen, mit der klinischen Identifikationsnummer verknüpft werden und jederzeit rückverfolgbar sein. Die präklinische Patientenanhängkarte wird Teil der Patientenakte.

Ergebnis:	13	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

Alternative Möglichkeiten zur Patientenidentifikation sind im KAEP festzulegen.

21. Die Übergabe des Patienten erfolgt am Sichtungspunkt unter Angabe der präklinischen Sichtungskategorie und sollte sich am (C)ABCDE-Schema orientieren.

Ergebnis:	13	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

Die Klinische Ersteinschätzung, die Patientendatenregistrierung sowie die Dokumentation der klinischen Sichtung werden einstimmig herausgenommen und nicht konsentiert, da sie sich bereits in anderen Punkten wiederfinden.

Schulung/Übungen

22. Zielgruppe

Alle am Sichtungsprozess Beteiligten gemäß KAEP.

Ergebnis:	13	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

Herr Prof. Weidringer hat die Veranstaltung verlassen, damit sind nunmehr 12 stimmberechtigte Personen anwesend.



23. Lernziele

- Basiswissen Präklinik „MANV und Sichtungsprozess“ (z.B. Sichtungskategorien, örtl. MANV-Konzept, Patientenanhängerkarte) beschreiben
- Basiswissen Klinik „MANV und Sichtungsprozess“ (z.B. Sichtungskategorien, KAEP, Raumordnung und Wegeführung, Patientendokumentation) beschreiben
- Verständnis für die Notwendigkeit einer strukturierten klinischen Sichtung entwickeln
- Ablauforganisation Zugangskoordination, Rolle und Aufgaben des Zugangskordinators
- Ablauforganisation Eingangssichtung, Rolle und Aufgaben des Sichtungsteams in der Eingangssichtung einordnen
- Kernprozess: Vorgegebenen Sichtungsalgorithmus sicher anwenden
- Schnellstmögliche Identifikation der offensichtlich vital bedrohten Patienten
- Lebensrettende Sofortmaßnahmen (LSM) lageabhängig in PSA durchführen
- Kennzeichnung der gesichteten Patienten durchführen, inkl. Kennzeichnung Toter
- Örtliches Dokumentationsverfahren und -instrumente anwenden
- Debriefing gemäß KAEP und Erkenntnisse aus Reallagen und Übungen einbinden
- Typische Fehler kennen und vermeiden

Ergebnis: 12 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 → starker Konsens

24. Erreichung der Lernziele

Die Organisation und der Inhalt der Schulungen liegen in Verantwortung der Krankenhäuser auf Basis des KAEP.

Die Teilnahme der Zielgruppe an der Schulung sollte verpflichtend sein.

Ergebnis: 12 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 → starker Konsens



25. Kompetenzerhaltung

- Die regelmäßige Durchführung von Sichtungsübungen mindestens im Dreijahresturnus für das Sichtungspersonal gemäß KAEP ist erforderlich.
- Sichtung als Bestandteil der MANV-Bewältigung sollte im Rahmen von Krankenhausübungen praktisch beübt werden.
- Der Übungsinhalt muss die Ausbildungsziele berücksichtigen.
- Relevante Änderungen im KAEP erfordern zeitnahe erneute Schulungen.

Ergebnis:	12	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	→	starker Konsens

Da die Konsentierung an diesem Tag nicht wie vorgesehen abschließend beendet werden kann, wird ein zusätzlicher Termin Anfang 2020 für den Themenkomplex **Klinische Sichtung in speziellen Lagen (CBRN, Bedrohungslage)** vereinbart. Die Organisation wird wieder seitens des BBK übernommen.

Herr Prof. Weidringer bietet an, die konsentierten Begriffsdefinitionen in den DIN 13050-Ausschuss einzubringen.

Herr Prof. Heller bedankt sich bei allen Anwesenden für die gute Zusammenarbeit, die konstruktiven Diskussionen sowie die sehr guten Ergebnisse. Frau Dr. Kowalzik schließt sich Herrn Prof. Heller an, schließt diesen Teil der 8. Sichtungs-Konsensus-Konferenz und verabschiedet die Teilnehmenden.



Thema							Fortsetzung/ Abschluss des zweiten Teils der 8. Sichtung-Konsensus-Konferenz 2019									
Ort		Uniklinik Köln		Datum		27.01.2020		Beginn		10:00 Uhr		Ende		16:00 Uhr		
Besprechungs- leitung		Dr. Barbara Kowalzik, Fritjof Brüne, Prof. Dr. Axel Heller					Protokoll- führung		A. Rohrmann, M. Wollermann							
Teilnehmende		Prof. Dr. Biederbick (BMG), F. Brüne (AKNZ – IV.4), Prof. Dr. A. Franke (DGU u. Bundeswehr), PD Dr. I. Gräff (DGINA), F. Hähn (BBK- III.3), Prof. Dr. A. Heller (DIVI), Dr. C. Kleber (Experte Sachsen), Dr. F. Kolibay (DAKEP), Dr. B. Kowalzik (BBK – III.3), J. Rebuck (BBK. III.3), Dr. F. Sensen (Experte NRW), A. Solarek (Experte Berlin), Dr. M. Weber (AKNZ – IV.4), Prof. Dr. J. Weidringer (DGCH), Prof. Dr. T. Wurmb (DGAI)					Verteiler					Teilnehmende der Konferenz; Veröffentlichung im Internet				

Der Zusatztermin der Konferenz wird durch Frau Dr. Kowalzik eröffnet. Die Gesamtmoderation wird wiederum von Herrn Prof. Dr. Heller und die Moderation der zu konsentierenden Punkte von Herrn Dr. Kleber übernommen. Der verbliebene Themenbereich der Klinischen Sichtung ist die Klinische Sichtung in speziellen Lagen (insbesondere CBRN und spezielle Bedrohungslagen (LEBEL).

Die Konsensbildung findet wieder analog zu den AWMF-Leitlinien (SK2) statt.

starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmenden
Konsens	Zustimmung von > 75 – 95 % der Teilnehmenden
mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50 – 75 % der Teilnehmenden
kein Konsens	Zustimmung von > 50 % der Teilnehmenden

Insgesamt sind **13 stimmberechtigte Personen** anwesend, damit ergibt sich folgende Konsensbildung:

13	Zustimmungen	starker Konsens
12- 10	Zustimmungen	Konsens
9 - 7	Zustimmungen	mehrheitliche Zustimmung
> 6	Zustimmungen	kein Konsens

K = Kennzeichnung

A = Auftrag

B = Beschluss

F = Forderung

I = Information



Herr Prof. Dr. Biederbick (BMG), Herr Brüne (BBK-AKNZ), Herr Prof. Dr. Franke (ein Mandat DGU, ein Mandat Bundeswehr)), Herr PD Dr. Gräff (DGINA), Herr Hähn (BBK), Herr Prof. Dr. Heller (DIVI), Herr Dr. Kleber (Experte Sachsen), Herr Dr. Kolibay (DAKEP), Herr Dr. Sensen (Experte NRW), Herr Solarek (Experte Berlin), Herr Prof. Dr. Weidringer (DGCH) und Herr Prof. Dr. Wurmb (DGAI) sind stimmberechtigt.

Folgende Teilnehmende sind nicht stimmberechtigt: Frau Dr. Kowalzik, Frau Rebeck und Herr Dr. Weber.

Zunächst wird der Themenbereich „klinische Sichtung in CBRN-Lagen“ behandelt und konsentiert. Die Teilnehmenden sind sich einig, dass den fachlichen Einzelpunkten einige grundsätzliche Aussagen vorausgestellt werden sollen, z.B. in Form einer Präambel.

26. Präambel (1) zu CBRN-Lagen

Im Rahmen der KAEP ist das gesamte Management zum Umgang mit kontaminierten Patienten zu regeln. Die Sichtungs-Konsensus-Konferenz behandelt lediglich den Teilaspekt der klinischen Sichtung in CBRN-Lagen.

Ergebnis:	13	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

27. Präambel (2) zu CBRN-Lagen

Ein ergänzendes Ziel ist der Schutz der Kritischen Infrastruktur Krankenhaus, durch Vermeidung einer Kontaminationsverschleppung ins Krankenhaus. Die entsprechenden Maßnahmen sind im Rahmen des KAEP festzulegen.

Ergebnis:	13	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

28. Präambel (3) zu CBRN-Lagen

Der unkontrollierte Zugang Exponierter ins Krankenhaus ist zu vermeiden.

Ist das Agens bekannt, sind die Maßnahmen lageabhängig anzupassen.

Ergebnis:	12	Zustimmungen (100 %)
	0	Enthaltungen
	0	Gegenstimmen
	➔	starker Konsens

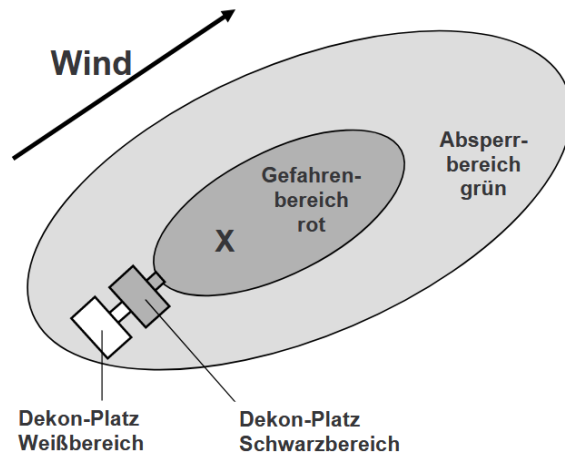
Herr Prof. Weidringer war zur Abstimmung abwesend.



29. Raumordnung

Die Raumordnung orientiert sich an den Vorgaben der FwDV 500.

Grafik aus der FwDV 500: Unterteilung in Schwarz- und Weißbereich.



Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
➔ starker Konsens

30. Die DekonPrio ist die Festlegung der Dekontaminationsreihenfolge. Sie dient der Zugangskoordination in Anhängigkeit von der medizinischen Behandlungsdringlichkeit in CBRN-Lagen.

Ergebnis: 12 Zustimmungen (100 %)
0 Enthaltungen
0 Gegenstimmen
➔ starker Konsens

Herr Prof. Wurmb ist zur Abstimmung nicht im Raum.

Zur Erläuterung: Die Gruppe hat nach kurzer Diskussion entschieden, für den Vorgang „Festlegung der Dekontaminationsreihenfolge“ das Kurzwort „DekonPrio“ einzuführen.



31. Die DekonPrio erfolgt vor der klinischen Sichtung und muss außerhalb der medizinischen Versorgungsbereiche in geeigneter PSA durchgeführt werden. Die DekonPrio muss vom Sichtungspunkt disloziert sein.

Nach der Dekontamination folgt die klinische Sichtung.

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

32. Im Rahmen der DekonPrio können Lebensrettende Sofortmaßnahmen lageabhängig im Schwarzen Bereich durchgeführt werden.

Ergebnis: 13 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens

Herr Prof. Weidringer hat die Veranstaltung verlassen.

Als nächstes werden die Punkte der „lebensbedrohlichen Einsatzlagen (LEBEL)“ besprochen und konsentiert:

33. Präambel zu LEBEL

Die Organisation und Durchführung der Sichtung muss an die taktischen Besonderheiten einer internen / externen LEBEL angepasst werden.

Raumordnung: die Zugangscoordination sollte disloziert vom Sichtungspunkt außerhalb des Gebäudes liegen (Prävention 2nd Hit).

Wenn von einem Patienten eine Gefahr (z. B. Waffen, USBV...) für das eingesetzte Personal / das Krankenhaus ausgeht, werden Sichtung und Behandlung dieses Patienten so lange zurückgestellt, bis durch Vertreter der polizeilichen Gefahrenabwehr eine Gefährdung ausgeschlossen wird.

Ergebnis: 12 Zustimmungen (100 %)
 0 Enthaltungen
 0 Gegenstimmen
 ➔ starker Konsens



Frau Dr. Kowalzik sowie Herr Prof. Heller bedanken sich bei allen Anwesenden für die erzielten Ergebnisse. Es ist geplant, die Ergebnisse der Konsensus-Konferenzen 6 - 8 (2015 – 2020) in einer Broschüre zusammenzufassen. Diese Broschüre wird anschließend auf der BBK-Homepage veröffentlicht.

Der Konsensprozess im Bereich Sichtung kommt mit Durchführung der 8. Sichtungs-Konsensus-Konferenz zu einem vorläufigen Abschluss. Eine bedarfsorientierte Reaktivierung des Prozesses durch neue Erkenntnisse, die die Sichtung beeinflussen, ist jederzeit möglich. Es wird auf die zum Zwecke der Kommunikation aller Beteiligten eingerichtete E-Mail-Adresse Sichtung@bbk.bund.de hingewiesen.