
Nichtärztliche Vorsichtung

Algorithmus für den Massenanfall verletzter oder chemisch intoxikierter Patienten ab dem Schulalter

Einführung

Auf der „4. Sichtung-Konsensus-Konferenz der Schutzkommission“ Ende 2012 wurden Prinzip und Stellenwert der **Vorsichtung** durch nicht-ärztliches Personal beim Massenanfall von Verletzten (MANV) in Deutschland thematisiert.

Folgende Ergebnisse wurden auf der Homepage des Bundesamts für Bevölkerungsschutz (http://www.bbk.bund.de/SubSites/SK/DE/Aktivitaeten/BspKonsensusKonf/KonsensusKonf_node.html) veröffentlicht:

1. Die Umsetzung des Prinzips der „Vorsichtung“ wird von den Konferenzteilnehmern mehrheitlich für erforderlich gehalten, insbesondere unter Berücksichtigung neuer Szenarien, die zu einem MANV (Massenanfall von Verletzten) führen können. Grund dafür ist u.a. die nicht angemessene Verfügbarkeit an Ärzten (Notarztmangel). Vorsichtung kann nur einen überbrückenden Charakter haben. Damit verbunden sind jedoch eine ganze Reihe an offenen Fragen, u.a. nach der praktischen Umsetzung der Vorsichtung (Algorithmen), den Qualitätsanforderungen an die mit der Vorsichtung betrauten Personenkreis, der personellen Zuordnungen (nicht-ärztliches vs. ärztliches Personal), der rechtlichen Positionierung sowie Haftungsfragen.
2. Bezüglich der Sichtungskonzepte, deren es mehrere (ca. 10) gibt, hat sich bisher kein universell anwendbares Konzept durchgesetzt. Das meist angewandte Verfahren mSTaRT ist nicht simpel genug und kann deshalb nicht uneingeschränkt empfohlen werden. Eine Unterscheidung in präklinische und klinische Sichtung ist erforderlich. Offene Fragen bestehen weiterhin bei der Dokumentation des Sichtungsergebnisses und der Datenkompatibilität zwischen verschiedenen Systemen.
3. Die etablierten Sichtungskategorien sollen beibehalten werden. Prüfbedarf besteht u.a. bezüglich spezifischer Aspekte bei CBRNE-Lagen. Außerdem erscheint eine genauere Beschreibung der Zuordnung zu Sichtungskategorien erforderlich (möglicherweise anhand einer Checkliste).
4. Über die Kernthemen der Diskussion hinaus wurde angeregt, die Evidenz verschiedener Sichtungskonzepte und verschiedener Konzepte der Vorsichtung durch Forschungsprojekte zu prüfen. Als weiterer Punkt wurde die Erarbeitung einer gemeinsamen (inter-)nationalen Sprachregelung im Bereich von MANV und Katastrophen empfohlen, wie sie beispielsweise von der Strahlenschutzkommission (für radiologische Notfälle) entwickelt wurde.

Die Ergebnisse der 4. Sichtung-Konsensus-Konferenz 2012 und der Folgekonferenz Ende 2013, an der einer der Ersteller teilgenommen hatte, zeigten, dass derzeit von der **Schutzkommission keine Vorgaben oder Empfehlungen zu Konzepten der nichtärztlichen Vorsichtung beim Massenanfall** zu erwarten sind.

Nachdem jedoch das **StMI** die aktuelle **MANV-Richtlinie momentan überarbeitet**, wurden in diesem Zusammenhang die ÄLRD Bayern um **Stellungnahme zum Thema nichtärztliche Vorsichtung** gebeten.

Eine **Umfrage** anlässlich des **ÄLRD Konvents** im Frühjahr 2013 zeigte zudem, dass im Rettungsdienst Bayern die **nichtärztliche Vorsichtung** in einer **überwiegenden Zahl der Rettungsdienstbereich (RDBs)** bereits angewandt wird - jedoch derzeit in mehreren Varianten.

Aus den hier geschilderten Aspekten wurde nun bayerischer Handlungsbedarf abgeleitet und in **Arbeitsaufträgen**

- des **ÄLRD-Ausschuss** Bayern
(30.09.2013: „... Bis Ende des Jahres 2013 soll die AG ein einheitliches Vorsichtungskonzept Bayern entwickeln und dem Ausschuss vorlegen.“)

- und des **StMI**
(10.11.2013: „ ... auf der Grundlage des mStart Algorithmus ein fachlich an internationalen Standards ausgerichtetes Modell für Bayern zu entwickeln, das wir in die MANV Richtlinie übernehmen könnten. Ein späterer Abgleich mit den Ergebnissen auf Bundesebene bleibt davon unbenommen.“)

konkretisiert.

Material und Methodik Teil 1

Zur wissenschaftlichen Annäherung an die Thematik wurde zunächst eine **vorbereitende Arbeitsgruppe** aus ÄLRD und dem INM gegründet, deren Aufgabe in der **wissenschaftlichen Aufarbeitung** des Themas bestand. Die Ergebnisse dieser Aufarbeitung sind in der Anlage 1 (AME) zu finden.

Ergebnisse Teil 1

Als Ergebnis der wissenschaftlichen Ausarbeitung konnte die vorbereitende Arbeitsgruppe folgende Empfehlung abgeben:

- die **ÄLRD Bayern** halten die Aufnahme eines **Konzeptes** zur **nichtärztlichen Vorsichtung** beim Massenansturm für **notwendig**.
- die **ÄLRD Bayern** schlagen vor, den in Bayern weit verbreiteten mSTART Algorithmus als Basis zu nehmen und anhand der „Model Uniform Core Criteria für Mass Casualty Triage“ auf Schwachstellen zu untersuchen. Auf Grund der **Untersuchungsergebnisse** würden die ÄLRD Bayern eine eventuell **weiterentwickelte Version** dieses Algorithmus dem StMI vorschlagen.

Material und Methodik Teil 2

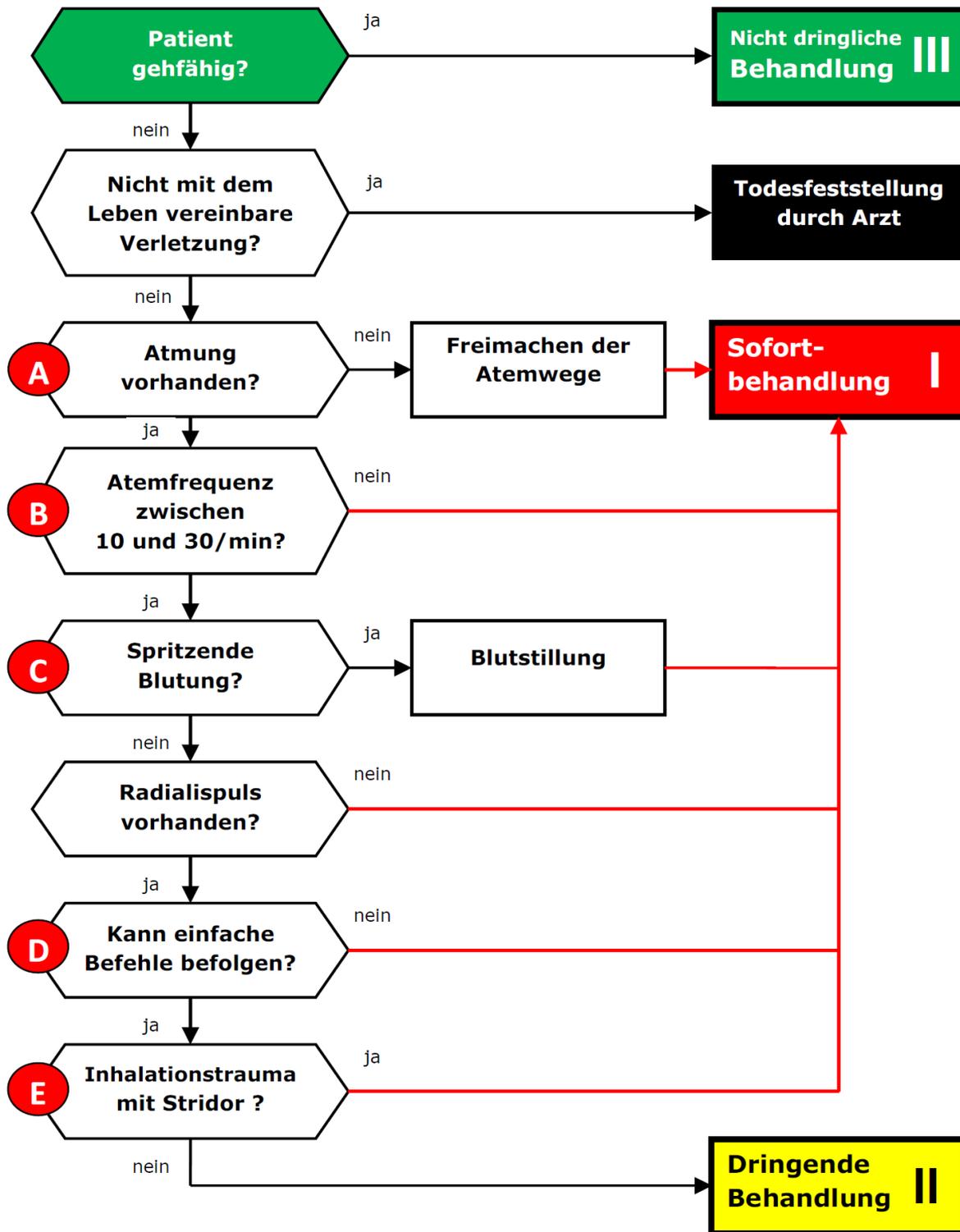
Anschließend wurde eine **interdisziplinäre Gesamt-AG** damit beauftragt, entsprechend den Arbeitsaufträgen von StMI und ÄLRD-Ausschuss Bayern (s.o.) ein „**Modell Bayern**“ zu entwickeln.

Ergebnisse Teil 2

Als Ergebnis der wissenschaftlichen Ausarbeitung empfiehlt die Arbeitsgruppe mit Beschluss vom 19.12.2013 das nachfolgende auf der Basis von mSTART erstellte **Vorsichtungskonzept für die Indikationen Trauma und chemische Intoxikation ab dem Schulkindalter** zur Aufnahme in ein Musterkonzept Massenansturm des StMI.

Dieses Konzept soll **einheitlich und bayernweit geschult und angewendet** werden. In diesem Zusammenhang entstehende **Anpassungsnotwendigkeiten oder Bundesvorgaben** werden von der AG laufend evaluiert und nötigenfalls eingearbeitet (PDCA-Zyklus). Der Algorithmus ist nachstehend dargestellt (Abb. 1).

Abb. 1: Algorithmus „Modell Bayern“:



Anlagen:

AME „Nichtärztliche Vorsichtung“

Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe
ÄLRD	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
StMI	Bayerisches Staatsministerium des Inneren, für Bau und Verkehr
CBRNE	Chemisch, biologisch, radiologisch, nuklear und explosiv
MANV	Massenanfall von Verletzten
RD	Rettungsdienst