

Sichtungskategorien und deren Dokumentation

Einigung von Experten aus Deutschland sowie einigen europäischen Staaten

"Krieg, Pestilenz und Katastrophenereignisse erheischen nur so lange Interesse, wie sie bestehen", warnte schon der berühmte Chirurg Billroth. Spätestens seit dem 11. September 2001 und nachfolgenden Terroranschlägen ist die Sorge vor Katastrophen bei der Mehrheit der deutschen Bevölkerung allgegenwärtig (5). Mit der Perspektive, einheitliche und pragmatisch handhabbare Sichtungskategorien sowie einen minimalen Datensatz für die Sichtungsdokumentation in der Katastrophenmedizin zu konsentieren, trafen sich notfall- und katastrophenmedizinische Experten aus Deutschland sowie einigen europäischen Staaten auf Einladung der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern an der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz in Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Bei Katastrophen mit fehlender Infrastruktur und einer teils unübersehbaren Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten besteht ein Missverhältnis von objektiven Therapie-Notwendigkeiten und realen Therapie-Möglichkeiten. Die ärztlich geleitete Sichtung soll gewährleisten, dass möglichst viele Patienten "das Richtige zur richtigen Zeit am richtigen Ort" erhalten (3). Ziel der Sichtung in der Katastrophenmedizin ist eine möglichst lange Aufrechterhaltung beziehungsweise möglichst schnelle Wiederherstellung individualmedizinischer Versorgungsstrukturen für eine Vielzahl Geschädigter. Auch bei einem Massenansturm von Verletzten/Erkrankten mit einer vorübergehenden Einschränkung der individualmedizinischen Versorgung ist eine Sichtung Voraussetzung für die Erstellung eines Behandlungskonzeptes. Konsens bestand darin, die Sichtungskategorien und ihre Behandlungskonsequenzen wie in Tabelle 1 einheitlich für beide Bereiche zu definieren.

Tabelle 1:
Sichtungskategorien und ihre Behandlungskonsequenzen

Sichtungskategorie	Beschreibung	Konsequenz
I	Akute, vitale Bedrohung	Sofortbehandlung
II	Schwer verletzt / erkrankt	Aufgeschobene Behandlungdringlichkeit
III	Leicht verletzt / erkrankt	Spätere (ambulante) Behandlung
IV	Ohne Überlebenschance	Betreuende (abwartende) Behandlung
	Tote	Kennzeichnung

Meist findet hierbei das so genannte Ampel-Schema für die vier Sichtungsgruppen Verwendung (je nach verwendeter Grundfarbe des Dokumentationssystem):

rot = Sichtungsgruppe I; gelb = Sichtungsgruppe II; grün = Sichtungsgruppe III;
grau oder blau oder schwarz = Sichtungsgruppe IV

Bei der Diskussion des Problems der Zuordnung zur Sichtungskategorie IV konnten die differenten konträren Stellungnahmen einzelner Teilnehmer nicht angenähert werden. Einmal sollten in diese Gruppe Schwerverletzte und Schwerekrankte mit wenig Überlebensaussichten eingeordnet werden, während andere in diese Gruppe nur Sterbende oder klinisch Tote eingruppiieren wollten. Auch bezüglich der Konsequenzen aus der Zuteilung zu dieser Gruppe bestanden zunächst differente Ansichten.

Juristische Gesichtspunkte sind nachgeordnet

Die Behandlung der Schwerverletzten in IV sollte erst dann beginnen, wenn alle anderen bereits versorgt wurden. Dies sei rechtsmedizinisch in Österreich abgesichert, wie von notfallmedizinischen Experten des Nachbarlandes betont wurde. Einig war man sich allerdings, dass in dieser Phase juristische Gesichtspunkte nicht entscheidend sein können. Inwieweit der Begriff "abwartende Behandlung" zur Konsequenz einer späteren oder nur betreuenden Behandlung führt, hängt von den jeweiligen Ressourcen ab, die in einer Katastrophe entsprechend dem (Zeit-)Ablauf zur Verfügung stehen.

Bisher war es teils geübte Praxis, dass in der Sichtungskategorie IV einerseits noch Lebende, andererseits Tote eingeordnet wurden. Es bestand Einigkeit unter den Teilnehmern der Konsensus-Konferenz, dass eine derartige Zusammenfassung zweier medizinischer Zustände in einer Gruppe mit den daraus resultierenden therapeutischen Konsequenzen nicht möglich ist. So wurde eine weitere Kategorie für Tote eingeführt, das heißt für Betroffene, bei denen zum Zeitpunkt der Sichtung ein Ausfall der Vitalfunktionen festgestellt wurde.

Grund hierfür ist auch, dass eine Erweiterung der Sichtungskategorien vor dem Hintergrund der international angewandten vier Sichtungsgruppen (farblich zugeordnet dem bereits erwähnten Ampel-Schema) nicht möglich erscheint, sodass die Sichtungskategorie IV ausschließlich für Patienten vorzusehen ist, die aufgrund ihrer Schädigung keine Überlebenschancen unter den besonderen Bedingungen einer Katastrophe und den aktuell zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten haben. Tote werden demzufolge nicht in einer gesonderten Sichtungskategorie geführt, sondern, nachdem der Tod von einem Sichtungsarzt festgestellt wurde, gesondert gekennzeichnet.

Es wurde übereinstimmend festgestellt, dass die Entscheidung, wann ein Transport durchzuführen ist, erst nach Durchführung der Sichtung und nach der ersten Therapie am Notfallort gefällt werden kann. Damit stellt die Transportentscheidung einen weiteren getrennten Schritt nach Zuordnung der Behandlungspriorität dar.

Der zuständige Leitende Notarzt entscheidet

Es bestand Konsens darüber, dass in Analogie zu der in Österreich etablierten Kennzeichnung eine

- a. hohe Transportpriorität und
- b. niedrige Transportpriorität

als Entscheidungsgrundlage verwendet werden sollten. Ausschließlich bei einem länger andauernden Missverhältnis von Therapienotwendigkeiten einerseits und Therapiemöglichkeiten andererseits entscheidet der zuständige Leitende Notarzt über die Anwendung der Kriterien für die Sichtung.

Es existiert aus unterschiedlichen Gründen eine Vielzahl von Dokumentationssystemen für die Sichtung. Eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe formulierte die aufgeführten, in der Folge konsentierten Anforderungen an eine Sichtungsdokumentation:

- Einfache Primärerfassung
- Eindeutige Patientenkennzeichnung (Patienten-Identifikationsnummer)
- Nacherfassung weiterer Daten, sowohl vor Ort als auch dezentral bei Verknüpfungsmöglichkeit mit anderen Systemen
- Datenabgleich
- Patientenrecherche.

Der in Tabelle 2 aufgeführte obligate Mindestdatensatz zur Sichtungsdokumentation wurde konsentiert. Des Weiteren sollen im Mindestdatensatz die (durchgeführte) Therapie (diese Daten in Kurzfassung durch Ankreuzfelder dokumentiert), das (Transport-)Fahrzeug, die Zielklinik sowie ein freies Feld für die Dokumentation von Besonderheiten verbindlich für den Bereich des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes vorhanden sein.

Tabelle 2:
Mindestdatensatz zur Sichtungsdokumentation

Patientennummer	unverwechselbare Identifikationsnummer
Sichtungskategorien in römischen Zahlen	farbcodiert nach Ampel-Schema
Kurz-Diagnose	einschließlich "Strichmännchen"

Es bestand Einigkeit darüber, dass diese Dokumentation auch zum Zwecke des Suchdienstes verwendet werden kann und hierzu - wenn Name und Vorname des Patienten zunächst nicht eruiert werden können - zumindest die Identifikation männlich oder weiblich enthalten sein sollte, weiterhin das Alter (möglichst Geburtsdatum) sowie die Nationalität.

Die Farbcodierung sollte zur besseren Lesbarkeit in Deutsch beziehungsweise der jeweiligen Landessprache, für Helfer mit Farbenfehlsichtigkeit oder Farbenschwächen sowie wegen der erschwerten Erkennbarkeit von Farben bei ungünstigen Beleuchtungsverhältnissen zusätzlich aufgedruckt die Sichtungskategorien aufweisen. Bezüglich (radioaktiv) kontaminierter Patienten wurde angeregt, diese - wie in Österreich realisiert - mit einem reflektierenden gelben Dreieck zu markieren.

Bezüglich der funktionellen Anforderungen an die Dokumentationssysteme wurden folgende Postulate, (nicht im Sinne von Ausschreibungskriterien) konsentiert:

- wetterfest (auch bei Extremtemperaturen)

- wasserfest
- stabil, widerstandsfähig
- sicherer Kontakt mit dem Patienten
- Patientennummer mehrfach vorhanden (zum Beispiel Aufkleber)
- dauerhaft beschriftbar.

Diese Anforderungen sind nicht im Sinne von Ausschreibungskriterien für Firmen gedacht. Zur Gestaltung des Dokumentationsinstrumentes wurde konsentiert, dass hierzu eine beschriftbare Tasche verwendet werden soll; als Vorteil einer Tasche wurde gesehen, dass in diese weitere Papiere (zum Beispiel Notarztprotokoll, Personalausweis, Patientenpass) aufgenommen werden können.>

Ein möglichst hoher Verbreitungsgrad sowie eine möglichst gute Kenntnis der in der oben genannten Tabelle dargestellten Grundlagen für die Sichtung und deren Dokumentation in der Katastrophenmedizin soll eine gemeinsame Basis bilden helfen für die medizinische Versorgung für Patienten, wenn präventive Maßnahmen nicht ausgereicht haben und eine Katastrophensituation gegeben ist.

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Peter Sefrin
 Leiter der Sektion Präklinische Notfallmedizin
 Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie der Universität Würzburg
 Josef-Schneider-Straße 2
 97080 Würzburg
 eMail: sefrin_p@klinik.uni-wuerzburg.de

Die Autoren haben den Beitrag stellvertretend für die Teilnehmer der Konsensus-Konferenzen verfasst. Die [Teilnehmerliste](#) ist im Internet abrufbar.

Literaturverzeichnis

1. F Bartels: Katastrophenmedizin - Wir müssen uns schnell auf die neue Lage einstellen. Dtsch. Ärzteblatt 2001; 98: A-2770-2772 [Heft 43]. [Volltext im Internetauftritt Deutsches Ärzteblatt](#)
2. J deBoer, M Dubouloz (eds.): Handbook of Disaster Medicine - Emergency medicine in mass casualty situations. Van der Wees, Utrecht 2000; ISBN 90-5805-010-6.
3. WF Bowers et al.: Surgical philosophy in mass casualty management. Springfield, IL (1960) CC Thomas.
4. Katastrophenmedizin - Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. Hrsg: Bundesministerium des Innern, 3. Auflage, Berlin 2003, ISBN 3-00-007967-X.
5. E Pfenninger, S Himmelseher, S König: Untersuchung zur Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in die katastrophenmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Forschungsvorhaben Auftrags-Nr. 1014/00/1/BZS-XA des Bundesamtes für Zivilschutz - Reihe Zivilschutzforschung - im Druck 2003.
6. E Rebentisch: Handbuch der medizinischen Katastrophenhilfe, 2. Neubearb

Auflage 1991, Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski GmbH, München-Gräfelfing.

7. P Sefrin: Katastrophenmedizin -Verbesserungen gefordert. Dtsch Ärztebl 2002; 99: A-2147 [Heft 33]. [Volltext im Internetauftritt Deutsches Ärzteblatt](#)

Peter Sefrin, Johann Wilhelm Weidringer, Wolfgang Weiss

(in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 31-32 (04.08.2003), S. A2058-2058)