

## **Stellungnahme der DIVI zur Sichtung nach dem mSTaRT-Verfahren durch Rettungsdienstpersonal (2012)**

Bei einem Großschadensfall kommt der möglichst frühzeitigen Erkennung und Einschätzung lebensbedrohlicher Situationen im Versorgungskonzept eine entscheidende Rolle zu. Die Sichtung ist im Hinblick auf die Auswahl und Einteilung der Betroffenen auf eine angemessene Behandlung entsprechend dem Schweregrad der Verletzung oder Erkrankung bei einem Großschadensfall und einer Katastrophe eine ärztliche Aufgabe (primär sog. „Arztvorbehalt“ in Deutschland). Sie stellt die wichtigste taktische Maßnahme bei der medizinischen Versorgung von Schadensereignissen mit einem Massenanfall von Geschädigten dar.

Ziel der Sichtung ist die ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung (DIN 13050). Unter den gegebenen Bedingungen (eigene und taktische Lage) sollte die bestmögliche Versorgung nicht einer Einzelperson, sondern des Patientenkollektivs sicher gestellt werden.

Ab einer bestimmten Anzahl von Betroffenen (ca. 100 – 500) und einer entsprechend großen Ausdehnung der Schadenslage – insbesondere bei Fehlen einer notwendigen Anzahl von Notärzten und der Tatsache, dass der Leitende Notarzt diese Aufgabe aus strategischen Gründen nicht selbst übernehmen kann – stellt sich die Frage der Übernahme durch nicht-ärztliches Personal. Die Sichtung nach dem mSTaRT-Verfahren durch nichtärztliches Personal im Sinne der „Vorsichtung“ beschränkt sich auf die Initialphase eines Großschadensfall oder einer Katastrophe, sofern diese Aufgabe nicht von verfügbaren Ärzten wahrgenommen werden kann, bis zum Aufbau eines Behandlungsplatzes und im Falle eines zu erwartenden extremen Missverhältnisses in der Helfer-/Verletzten-Relation. Definierte Entscheidungen über das weitere Vorgehen und die über die unmittelbaren lebensrettenden Maßnahmen hinausgehenden Entscheidungen liegen grundsätzlich im ärztlichen Verantwortungsbereich (s.o).

Ziel der Vorsichtung ist es, die Betroffenen, die sich in Lebensgefahr befinden, zügiger der ärztlichen Sichtung und Behandlung zuzuführen. Eine effiziente Sichtung setzt voraus, dass mindestens eine Arbeitsdiagnose gestellt und die Versorgung des Patienten in Bezug zu eigenen und taktischen Lage gesetzt wird. Diese Aspekte fehlen im mSTaRT-Verfahren. In den Sichtungentscheidungen müssen unbedingt die personellen, materiellen und infrastrukturellen Bedingungen einfließen, was im Schema ebenso wenig berücksichtigt ist. Schließlich ist das Sichtungsverfahren ausschließlich für Traumapatienten vorgesehen.

Die alleinige Übernahme der Verantwortung für die Zuordnung zu den Sichtungskategorien der Patienten mit den daraus resultierenden Konsequenzen für die medizinische Behandlung fällt nicht in die Zuständigkeit des Personals des Rettungsdienstes und Katastrophenschutzes und kann nur überbrückenden Charakter haben. Ungeklärt ist die Frage hinsichtlich der Haftung bei der Übernahme der ggf. unzutreffenden Sichtungentscheidung durch den nachfolgend behandelnden Arzt.