

Notfall Rettungsmed 2018 · 21:445–446  
<https://doi.org/10.1007/s10049-018-0511-y>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
 Springer Nature 2018



B. Friemert<sup>1</sup> · K.-G. Kanz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Rekonstruktive und Septische Chirurgie, Sporttraumatologie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Ulm, Deutschland

<sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland

# Massenanfall von Verletzten durch Terror

## Teil 2: Der Blick in die Präklinik

Im zweiten Teil unseres Themenhefts stellen *Eichen* et al. für die Terror- bzw. Amoklage eines „school shootings“ die spezifische Einsatztaktik und das entsprechende notfallmedizinische Management dar. Insbesondere in der Initialphase kann nur ein schnelles Handeln der Einsatzkräfte der Polizei Menschenleben retten. Das taktische Einsatzziel besteht darin, den Täter und die Gefahrenlage schnellstmöglich zu kontrollieren. Rettung und Verletztenversorgung können dadurch schnellstmöglich und sicher durchgeführt werden.

Eine Altersgrenze zwischen Kindern und Erwachsenen, die die besonderen Bedingungen eines MANV berücksichtigt, ist bisher nicht ausreichend definiert. Ohne eine entsprechende Übereinkunft ist damit zu rechnen, dass bei einem MANV Kinder mit jungen Erwachsenen um die ohnehin schon limitierten kinderchirurgischen Ressourcen konkurrieren müssen. *Thies* et al. stellen dar, wie durch das Verfahren eines nominalen Gruppenprozesses eine einheitliche Altersdefinition von Kindern für den Rettungsdienstbereich München konsentiert und implementiert werden konnte.

*Ladehof* et al. stellen in zwei Beiträgen ausdrücklich für Bedrohungslagen die Einsatztaktik bei einem MANV und mit tacSTART einen hierfür adaptierten Sichtungsalgorithmus dar. Wesentlich ist, dass die Einsatzleitung in diesen Fällen zunächst bei der Polizei liegt. Zudem kann das Erkennen einer Bedrohungslage oft schwierig sein. Entscheidend sind deshalb die Lagebeurteilung, die Abstimmung

mit der Polizei und das Halten von ausreichendem Abstand. Der tacSTART-Algorithmus beinhaltet insbesondere die frühe Reaktion auf eine kritische Blutung und eine an die Gefährdungszone angepasste Sichtung.

*Laible* et al. stellen schließlich für das initiale Management in der Klinik einen an mSTART adaptierten Algorithmus vor. Wesentlich in diesem Konzept sind die Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien des Deutschen Rates für Wiederbelebung (GRC) und anerkannter Behandlungskonzepte wie des ABCDE-Schemas gemäß ATLS® (Deutschen Gesellschaft für Chirurgie) sowie die Berücksichtigung aktueller Publikationen zur Bildgebung. Wesentliche Komponenten sind die Sichtung der in der Klinik eintreffenden Patienten, die Einteilung der zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten sowie initiale Notfallmaßnahmen und der Einsatz des Computertomographen.

Während bei einem „normalen“ MANV eine rettungsdienstliche Lage besteht, liegt bei einem TerrorMANV zunächst eine polizeiliche Lage vor. Der Begriff umfasst explizit die potenzielle Gefährdung des Personals der Rettungsdienste und der aufnehmenden Kliniken. Inwieweit dieser Begriff auch für einen Amoklauf oder einfach für „Kollateralschäden“ bei ethnischen Konflikten oder durch rivalisierende Banden gilt, ist zu diskutieren. Entscheidend ist jedoch, dass ein Umdenken im Rettungsdienst erfolgt, dass bei derartigen Bedrohungslagen die Polizei den Einsatz führt.

Bei der Abstimmung der verschiedenen Beiträge für die beiden Themenhefte haben wir mit den Autoren und Gutachtern feststellen müssen, dass in Bezug auf die Thematik MANV bisher keine einheitlichen Definitionen und abgestimmten Verfahrensweisen vorliegen.

### Konsensuskonferenz Leitlinie MANV dringend erforderlich

Unseres Erachtens ist die Einberufung einer nationalen Konsensuskonferenz zur Entwicklung einer Leitlinie Massenanfall von Verletzten (MANV) auch unter Berücksichtigung der verschiedenen Bedrohungslagen (TerrorMANV) dringend erforderlich.

Diese sollte unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) unter Einbindung des Sanitätsdiensts der Bundeswehr erarbeitet werden. An diesem Konsensusprozess sollten neben der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) sowie den diversen chirurgischen Fachgesellschaften auch die Tactical Rescue and Emergency Medicine Association (TREMA), der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst (DBRD), die Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DG-WMP), die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin (DGKM) sowie

Feuerwehren und insbesondere die Polizei beteiligt werden.



Benedikt Friemert



Karl-Georg Kanz

### Korrespondenzadresse

#### B. Friemert

Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie,  
Rekonstruktive und Septische Chirurgie,  
Sporttraumatologie, Bundeswehrkrankenhaus  
Ulm  
Oberer Eselsberg 40, 89081 Ulm, Deutschland  
benediktfriemert@t-online.de

#### K.-G. Kanz

Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie,  
Klinikum rechts der Isar, Technische Universität  
München  
Ismaninger Str. 22, 81675 München,  
Deutschland  
karl-georg.kanz@mri.tum.de

**Interessenkonflikt.** B. Friemert und K.-G. Kanz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Buchbesprechung

W. Wilhelm

### Praxis der Anästhesiologie

konkret - kompakt - leitlinienorientiert

**Berlin Heidelberg: Springer-Verlag 2018, 1. Auflage, 1228 S., 389 Abb., (ISBN: 978-3-662-54568-3), Hardcover 99,99 EUR**



Professor Wolfram Wilhelm war zunächst viele Jahre am Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz, anschließend am Universitätsklinikum Homburg/Saar und ist nun seit vielen Jahren am Klinikum Lünen tätig, wo er Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Notfallmedizin ist, aber auch Ärztlicher Direktor. „Praxis der Anästhesiologie“ ist von vielen Kolleginnen und Kollegen geschrieben worden, die sich in Wissenschaft und Lehre intensiv mit ihrem Fach der Anästhesiologie auseinandergesetzt haben, aber eben auch weiterhin täglich im OP stehen und denen hier eine gute Synthese aus Theorie und Praxis gelungen ist. Das Buch ist so eine sehr gelungene Mischung einer Darstellung aus Erfahrungen und Empfehlungen aus universitären und kommunalen Krankenhäusern, aber auch aus dem europäischen Ausland. So ist für ein extrem breites und authentisches Spektrum gesorgt, was weiterhin noch durch zahlreiche Internetlinks hinter den Literaturstellen aufgewertet wird.

Das Buch hat 63 Kapitel auf 1.228 Seiten mit 389 Abbildungen und ist damit ein „recht großes Buch“, aber durch die 25 x 17 cm Abmessung trotzdem noch sehr handlich. Das Buch kann auch als eBook auf ein Mobiltelefon geladen werden, um als schnelle Referenz bei der klinischen Arbeit oder unterwegs genutzt zu werden. Die Kapitel erläutern nicht nur die komplette Bandbreite unseres Fachs, sondern beinhalten auch Kapitel, die in anderen Büchern oft nicht enthalten sind, wie zum Beispiel „Wie gefährlich ist eine Anästhesie?“, „Was mache ich wenn...“, aber auch „Anästhesiologisches Vorgehen bei Patienten mit Allergien“, bei „morbider Adipositas“ u.v.a.m. Das Buch vermittelt so dem Leser nicht nur die Fakten, sondern gibt auch Antworten wie man praktisch vorgeht - sei es beim Aufklärungsgespräch über das Narkoserisiko oder

zum praktischen Vorgehen bei den einzelnen Interventionen.

Bei näherem Studium der Kapitel ergibt sich ein guter Erkenntnisgewinn durch gute Strukturierung, aber auch unterhaltsame Fallbeispiele und kluge Argumentation. Ein Beispiel ist das Stillen nach einer Narkose, wo gut erklärt wird, warum es sinnvoll und sicher ist, sofort weiter zu stillen. Ein weiteres Beispiel ist die Anästhesie bei einem Patienten mit bekannter maligner Hyperthermie - in vielen Büchern wird ausführlich die Therapie beschrieben, aber nur mit dürren Worten, wie man praktisch vorgeht, wenn tatsächlich ein solcher Patient auf dem OP-Plan steht. Es wird auch gut erklärt, warum der zentralvenöse Druck kein einfacher „Pegelstand“ ist, der die venöse Füllung darstellt. Sehr schön dargestellt ist auch das Kapitel zu seltenen Erkrankungen. Sehr schön illustriert ist auch, warum bei rückenmarksnahen Blutungen ein MRT und nicht ein CT gemacht werden sollte. Im vorliegenden Buch werden diese (Beispiel-) Aspekte anschaulich und reflektiert beschrieben. Auch die Regionalanästhesie ist in gut illustrierten (Ultraschall-) Bildern dargestellt.

Das Buch ist durchweg sehr gut geschrieben; man erkennt die große redaktionelle Erfahrung des Herausgebers bei dem Editieren von Texten. Es wird seinem Titel „Praxis der Anästhesiologie“ voll gerecht und ist sehr wertvoll im klinischen Alltag. Ich habe es allen Anästhesisten und Anästhesie-Schwestern und -Pflegerinnen in unserem Klinikum ausdrücklich empfohlen.

**Volker Wenzel (Friedrichshafen)**