

Abkürzungsverzeichnis

ATS	Australian Triage Scale
AZ	Allgemeinzustand
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bpm	beats per minute
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EKG	Elektrokardiogramm
ESI	Emergency Severity Index
EZ	Ernährungszustand
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GCS	Glasgow Coma Scale
GKV-SV	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen
KAEP	Krankenhausalarm und -einsatzplanung
MANE	Massenanfall von Erkrankten
MANV	Massenanfall von Verletzten
min	Minute
mmHg	milimeter Quecksilbersäule
MTS	Manchester Triage System
NRS	Numerische Rating-Skala
SGB	Sozialgesetzbuch
SK	Sichtungskategorie
SOP	Standard Operating Procedure

Zum Einsatz des Lehrbriefs

Lehrbriefe haben ihren Ursprung im Fernunterricht. Sie handeln nicht einfach den Lernstoff zu einem bestimmten Thema ab, sondern möchten es dem Lernenden ermöglichen, sich ein Thema selbständig zu erarbeiten und sich somit im je individuellen Tempo optimal auf eine Prüfung vorzubereiten.

Unsere neue Reihe »Einsatz Notaufnahme« möchte allen, die eine Weiterbildung in der Notfallpflege absolvieren oder sich anderweitig auf den Einsatz in einer Notaufnahme vorbereiten *komprimiert, präzise und prägnant* mit den notwendigen Themengebieten vertraut machen.

Neben dem prägnanten Lernstoff zu einem Thema finden Sie folgende didaktische Elemente in unseren Lehrbriefen, die Ihnen das selbständige Verinnerlichen des Lernstoffs erleichtern:

Definitionen

Hier werden Fachbegriffe erläutert.

Infoboxen

Hier wird Hintergrundwissen prägnant zusammengefasst.

Fallbeispiele

Hier werden typische Fälle aus der Praxis veranschaulicht.

Lernzusammenfassung

Erfolgt immer am Ende eines Kapitels.

Reflexionsfragen

Stehen am Ende des Lehrbriefs und ermöglichen die selbständige Abfrage prüfungsrelevanten Wissens.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß und Erfolg beim Erarbeiten des folgenden Lehrbriefs zum Thema Ersteinschätzung.

Dieser Lehrbrief gehört:

Name, Vorname

Institution

Aus-/Weiterbildungsmaßnahme

1 Einführung und Definition

1.1 Geschichtliche Entwicklung der Ersteinschätzung

Der Begriff der Triage oder des Triagierens wird bis heute in der täglichen Arbeitspraxis oft mit dem der Ersteinschätzung gleichgesetzt. Dabei unterliegt der Begriff der Triage seit seiner Entstehung einer sehr heterogenen Verwendung.

Die Priorisierung der Behandlung der am schwersten Verletzten oder Erkrankten ist heute normale Realität in der Notfallmedizin und gilt für die an der Behandlung Beteiligten oft als selbstverständlich. Auch wenn dieses Vorgehen heute selbstverständlich sein mag, stellte es zu Beginn der Napoleonischen Kriege Ende des 18. Jahrhunderts eine Neuheit dar und brach mit den bis dahin vorherrschenden Normen der Behandlung nach dem gesellschaftlichen Stand bzw. dem militärischen Rang (vgl. Nestor, 2003). Als Begründer dieses Vorgehens wurde u. a. der französische Militärchirurg Dominique Jean Larrey bekannt, der oft auch als der

»Vater der Notärzte« bezeichnet wird. Die Triage verbreitete sich durch Kriege und das Fortschreiten der medizinischen Möglichkeiten über die französische Armee hinaus. Das damalige Vorgehen ist am ehesten mit unserem heutigen bei einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV/MANE) zu vergleichen, bei dem nach einer ärztlichen Sichtung eine Behandlungspriorisierung oder ggf. Limitierung vorgenommen wird (vgl. Dietz-Wittstock et al., 2022).

Durch diese bewegte Geschichte wird deutlich, dass die Ursprünge der Ersteinschätzung zwar in der Sichtung/Triage liegen, aber der heutigen Nutzung der Ersteinschätzung ein anderer Ansatz zugrunde liegt. Um die Bedeutung dieser Unterschiede im Alltag deutlicher herauszustellen, werden wir uns in den folgenden Kapiteln diesem Thema aus verschiedenen Blickwinkeln nähern.

1.2 Begriffsbestimmung Ersteinschätzung

Wie bei der geschichtlichen Herleitung bereits erwähnt, werden in der alltäglichen Arbeitspraxis die Begriffe der Sichtung und der Triage oft als synonym zu dem Begriff Ersteinschätzung angesehen und verwendet. Neben diesen taucht auch immer wieder der Begriff des sogenannten »crowding« oder »overcrowding« auf. Im Folgenden werden wir versuchen, Ihnen die Unterschiede und Trennschärfe dieser Begriffe aufzuzeigen.

1.2.1 (Klinische) Sichtung

Unter einer klinischen Sichtung ist gemäß der achten Sichtungs-Konsensus-Konferenz die ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der innerklinischen medizinischen Versorgung von PatientInnen

hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung zu verstehen. Hierzu gehören eine standardisierte Zuordnung in die jeweilige Sichtungskategorie, lebensrettende Sofortmaßnahmen und ggf. die Kennzeichnung bereits verstorbener PatientInnen. Dabei handelt es sich um einen dynamischen Prozess, der die Kennzeichnung, Registrierung und Dokumentation beinhaltet und eine regelmäßige Re-Evaluation erfordert (vgl. Achte Sichtungs-Konsensus-Konferenz, 2019; vgl. DIN 13050, 2021). Am Ende dieses Prozesses soll eine möglichst hohe Anzahl an Verletzten oder Erkrankten überleben. Dazu erfolgt eine Einteilung der PatientInnen und Betroffenen in Sichtungskategorien (SK) von eins bis vier (SK I, SK II, SK III & SK IV). Bereits verstorbene PatientInnen erhalten nach aktueller Definition innerklinisch nicht mehr die SK V – Schwarz.

Sichtungskategorie 1 („rot“):

Lebensbedrohlich Verletzte/Erkrankte, sofortige Behandlungsbedürftigkeit

Sichtungskategorie 2 („gelb“):

Schwer Verletzte/Erkrankte, dringliche Behandlungsbedürftigkeit

Sichtungskategorie 3 („grün“):

Leicht Verletzte/Erkrankte, nichtdringliche Behandlungsbedürftigkeit

Sichtungskategorie 4 („blau“):

Patienten, deren klinischer Zustand so schlecht ist, dass sie unter den gegebenen Rahmenbedingungen keine Überlebenschance haben und lediglich palliativ versorgt werden („abwartende Behandlung“).

Abb. 1: Empfehlungen für die Praxis zur Erstellung eines individuellen Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP) (eigene Darstellung)

1.2.2 Triage

Das aus dem Französischen stammende Wort »Triage« bedeutet so viel wie »sortieren« oder »sichten« und bezeichnet in der Notaufnahme/Präklinik die Methodik, den Schweregrad der Erkrankung beziehungsweise der Verletzung von Notfallpatienten innerhalb kurzer Zeit zu identifizieren, eine Kategorisierung und Priorisierung vorzunehmen und die Patienten dem geeigneten Behandlungsort zuzuweisen (vgl. Fernandes et al., 2005). Dabei wird die Triage genutzt, um eine Steuerung des PatientInnenflusses zu ermöglichen, bei der die höchstmögliche Anzahl der PatientInnen überlebt, auch »wenn die klinischen Anforderungen die vorhandenen Kapazitäten übersteigen« (Mackway-Jones et al., 2018, S. 21). Die Triage enthält oftmals komplexe medizinische und rechtliche Entscheidungen, an deren Endpunkt unter Berücksichtigung des Bedarfs und der Ressourcen eine höchstmögliche Senkung der Mortalität stehen soll (vgl. Dietz-Wittstock et al., 2022).

Eine Triage ist durch viele Behandlungsbedürftige sowie langfristig reduzierte Ressourcen gekennzeichnet. Die Ressourcen sollen so verteilt werden, dass möglichst viele PatientInnen überleben.

Bei einer Ersteinschätzung stehen mehrere Behandlungsbedürftige kurzfristig reduzierten Ressourcen gegenüber. Diese sollen dabei so verteilt werden, dass alle PatientInnen möglichst ohne Komplikationen, die aus ihrer Wartezeit entstehen, behandelt werden können.

1.2.3 Ersteinschätzung

Der deutsche Begriff der Ersteinschätzung entspringt aus der Übersetzung des englischen Begriffs »Primary Assessment« und beschreibt einen vereinheitlichten Prozess oder Vorgehen zur ersten Einschätzung des PatientInnenzustandes. Diese erste Einschätzung soll lebensbedrohlich erkrankte PatientInnen identifizieren und ihre

zeitgerechte ärztliche Versorgung ohne unnötigen Zeitverzug sicherstellen. Zusätzlich fungiert die Ersteinschätzung wie eine Vorsichtung, die festlegt, wie schnell eine ärztliche Einschätzung des PatientInnenzustandes erfolgen muss. Die Ersteinschätzung dient zwar – wie die Sichtung und Triage – dazu, eine Behandlungspriorisierung festzulegen, aber diese erfolgt, um kritisch kranke und vital bedrohte PatientInnen so schnell wie möglich einer ärztlichen Behandlung zuzuführen und nicht, um das Überleben einer möglichst hohen Anzahl von PatientInnen zu sichern und gegeneinander abzuwägen. Dies unterscheidet die Ersteinschätzung ganz deutlich von der ärztlich durchgeführten Sichtung.

»Vereinfacht ausgedrückt ist die Ersteinschätzung ein schneller und gezielter Kontakt mit dem Patienten, bei dem Informationen gesammelt und mit dem Ziel der Zuweisung einer Dringlichkeitsstufe ausgewertet werden.« (Mackway-Jones et al., 2018, S. 47)

1.2.4 (Over-)Crowding

Der Begriff des »Overcrowding« stammt aus dem Englischen und bedeutet »Überfüllung«. Er wird dazu benutzt, um einen nicht mehr ausreichenden Kapazitätszustand einer Notaufnahme anzuzeigen. Dabei gilt eine Notaufnahme als überfüllt bzw. overcrowded, »wenn die Anzahl der Patienten, die sich gegenwärtig in ihr befinden – also entweder noch gesehen werden müssen, sich einer Untersuchung und Behandlung unterziehen oder auf ein stationäres Bett bzw. ihre Entlassung warten – die materielle/räumliche und personelle Kapazität der Notaufnahme übersteigt« (Trzeciak, 2013, S. 104).

Während es sich also bei der Sichtung, Triage und Ersteinschätzung um eine Maßnahme zur Identifizierung kritisch Kranker und oder ihrer Priorisierung handelt, beschreibt das Overcrowding einen Zustand einer Notaufnahme, deren materielle und personelle Kapazitäten nicht mehr ausreichen, um alle PatientInnen adäquat und zeitgerecht zu versorgen. Dieser Zustand kann, aber muss dabei nicht durch Ereignisse wie Großschadenslagen oder Ähnliches ausgelöst werden, sondern kann im Normalbetrieb durch einen hohen, kausal voneinander unabhängigen PatientInnenzustrom entstehen. Als Richtwert für das Overcrowding wird häufig die Ver-

weildauer der PatientInnen in der Notaufnahme herangezogen. Dabei unterscheiden sich internationale Referenzgrenzen stark um mehrere Stunden (vgl. Trzeciak, 2013).

renzgrenzen stark um mehrere Stunden (vgl. Trzeciak, 2013).

1.3 Varianten und verschiedene Instrumente

Die alleinige Erfassung von Vitalparametern ist nicht geeignet, um kritisch kranke PatientInnen in der Notaufnahme zu identifizieren (Subbe et al., 2006). International werden deshalb verschiedene Triage-Systeme zur Ersteinschätzung verwendet. Diese umfassen die unstrukturierte Einschätzung entsprechend der eigenen Berufserfahrung (»best guess«) (Wuerz et al., 1998), Instrumente wie eine 3-Stufen-Skala gemäß einem Ampelsystem (rot: Notfall, gelb: dringlich, grün: nicht dringlich) (Wuerz et al., 1998) und vier- oder fünfstufige Skalen (Mackway-Jones et al., 2018; Wuerz et al., 2000). Einige dieser Instrumente werden nur als hauseigener Standard genutzt, die methodische Zuverlässigkeit ist deshalb nur mangelhaft dokumentiert. Fünfstufige Instrumente korrelieren signifikant mit der Ressourcennutzung, den stationären Aufnahmezeiten, der Dauer der Notfallbehandlung und der Verlegungshäufigkeit auf Intensivstation bzw. mit der Sterblichkeit (Tanabe et al., 2004). Daher gelten fünfstufige Triage-Instrumente in der klinischen Notfallmedizin als Goldstandard. Für den rechtlichen Rahmen und die Anwendung durch medizinisches Fachpersonal ist es wichtig, dass diese Instrumente anhand von Diagnosen und Leitsymptomen eine Ersteinschätzung vornehmen. Da in Deutschland rechtlich keine diagnosebasierte Ersteinschätzung für Pflegenden möglich ist, liegt der Schwerpunkt der Anwendung für Pflegekräfte hauptsächlich auf den Systemen Emergency Severity Index (ESI) und Manchester Triage System (MTS). Die Unterschiede zwischen den beiden Systemen liegen in ihrer Anwendung. Das MTS konzentriert sich auf die Bewertung der Leitsymptome, während der ESI sich ausschließlich auf den Ressourcenbedarf der PatientInnen konzentriert. Das MTS orientiert sich an 51 Leitsymptomen und deren Schweregrad, um die Dringlichkeit der Versorgung festzustellen. Der ESI hingegen bewertet den Ressourcenbedarf eines Patienten basierend auf der wahrgenommenen Dringlichkeit und Komplexität seines Zustands.

1.3.1 Die wichtigsten Instrumente zur Ersteinschätzung im Überblick

Die *Australasian Triage Scale (ATS)* wird in australischen Notaufnahmen seit 1994 verwendet und basiert auf individuellen Vorstellungsmerkmalen und Vitalparametern.

Die Behandlungsdringlichkeit wird in fünf Stufen festgelegt, wobei jede Stufe ein zeitliches Ziel für den Beginn der ärztlichen Evaluation hat. Die Validität und Reliabilität dieses Instruments wurden untersucht, obwohl eine prospektive Überprüfung der Reliabilität bisher fehlt (Ebrahimi et al., 2015).

Die *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)* wurde in Kanada entwickelt und basiert ebenfalls auf der ATS. Es verwendet eine ausführliche Liste von klinischen Beschwerden und Symptomen, um die Triage-Stufe festzulegen. Zusätzlich werden Reaktionszeiten bis zur ärztlichen Evaluation erfasst. Das CTAS hat eine hohe Validität und Reliabilität und wurde für pädiatrische NotfallpatientInnen weiter modifiziert (Bullard et al., 2008).

Das *Manchester Triage System (MTS)* wird in Notaufnahmen in Großbritannien und teilweise in Deutschland eingesetzt. Es verwendet 52 Präsentationsdiagramme, um die Hauptbeschwerden von PatientInnen zu erfassen. Jedes Präsentationsdiagramm hat festgelegte Schlüsseldiskriminatoren, die die Behandlungsdringlichkeit basierend auf Vitalparametern und anderen Kriterien bestimmen. Die Validität des MTS ist begrenzt und es wurden nur wenige Studien durchgeführt (Cicolo et al., 2020).

Der *Emergency Severity Index (ESI)* ist ein in den USA entwickelter 5-Stufen-Triage-Algorithmus. Die Behandlungsdringlichkeit wird anhand der Schwere der Erkrankung und des zu erwartenden Ressourcenbedarfs festgelegt. Die ESI-Stufen 1 und 2 werden lebensbedrohlichen Erkrankungen zugeordnet, während die Stufen 3 bis 5 nach der Anzahl der benötigten Ressourcen und den Vitalparametern bestimmt werden. Der ESI hat sich als valide und zuverlässig erwiesen, auch bei speziellen PatientInnengruppen wie älteren PatientInnen und Kindern (Travers et al., 2002).

Es gibt weitere regionale Triage-Instrumente wie die *Gruppo Formazione Triage* in Italien, die *Taiwane Triage Scale*, die *Cape Triage Scale* oder die *Geneva Emergency Triage Scale*. Einige Instrumente werden in klinikeigenen Lösungen verwendet, deren Methodik möglicherweise nicht umfassend publiziert wurde. Auf eine detaillierte Beschreibung dieser Instrumente wird aufgrund ihrer teilweisen Abhängigkeit von den oben genannten Instrumenten und ihrer begrenzten Evaluation verzichtet (Rutschmann et al., 2006).

1.4 Gesetzliche Grundlagen für die Ersteinschätzung

Die Notaufnahme eines Krankenhauses unterliegt verschiedenen rechtlichen Rahmenbedingungen, die von den LeiterInnen der Einrichtung und der Pflegedienstleitung berücksichtigt werden müssen. Diese Vorgaben gelten aber auch für ÄrztInnen, Pflegekräfte und andere MitarbeiterInnen in der Notaufnahme. Eine klare Struktur und Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ist wichtig, um die Aufgaben im Erstkontakt mit erkrankten Menschen und in Vorbereitung der ärztlichen Behandlung zu definieren. Das Manchester Triage System bietet eine solche Struktur, die den rechtlichen und fachlichen Anforderungen entspricht.

In einer Notaufnahme ist es vorrangig, den erkrankten Menschen entsprechend seines Zustands einer zeitnahen ärztlichen Behandlung zuzuführen und über eine stationäre Aufnahme oder ambulante Versorgung zu entscheiden. Aufgrund steigender PatientInnenzahlen und längerer Wartezeiten ist es notwendig, die Dringlichkeit der Behandlung durch qualifiziertes nichtärztliches Personal festzustellen. Die Feststellung der Behandlungsdringlichkeit muss den rechtlichen Vorgaben entsprechen und Kriterien für die Dringlichkeit sowie die Qualifikation des Personals festlegen. Die gewonnenen Informationen sollten durch ein geeignetes Dokumentationssystem langfristig gesichert werden, das den Bedürfnissen der Notaufnahme entspricht. Im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes vom Dezember 1988 wurde eine vollständige Neufassung des § 135a im Sozialgesetzbuch V (SGB V) vorgenommen. Der Wortlaut von § 135a Abs. 1 SGB V lautet wie folgt:

»Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln. Die erbrachten Leistungen müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in angemessener fachlicher Qualität erbracht werden.«
(§ 135a Abs. 1 SGB V Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung)

Mit dem Patientenrechtegesetz, einschließlich der neuen Bestimmungen der §§ 630a–h zum Behandlungsvertrag, wurde der Grundsatz der Qualität im Februar 2013 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) zugunsten jedes Patienten verankert. Der neue § 630a Abs. 2 BGB lautet wie folgt:

»Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.«
(§ 630a Abs. 2 BGB)

Demnach liegt es in der Verantwortung jedes Krankenhausträgers als Leistungserbringer, im Rahmen seiner organisatorischen Verantwortung sicherzustellen, dass die erbrachten Leistungen immer dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und die erforderliche fachliche Qualität gewährleistet wird. Zum Ende des letzten Jahrtausends hatte bereits eine Vielzahl von Krankenhäusern in verschiedenen Arbeitsbereichen qualitativ hochwertige Standards durch entsprechende strukturelle Vorgaben etabliert. Jedoch wurde der Not-

aufnahme oft nicht die erforderliche Aufmerksamkeit geschenkt. Der Gedanke war, dass ein erkrankter Mensch, der in die Notaufnahme kommt, sofort den dort tätigen ÄrztInnen vorgestellt wird, die dann die notwendige Diagnose und Therapie durchführen und bei Bedarf eine stationäre Aufnahme veranlassen würden. Ein akuter Handlungsbedarf schien nicht gegeben zu sein. Insbesondere auf eine umfassende Dokumentation der Leistungen, die nichtärztliches Personal bei ihrem Erstkontakt mit erkrankten Menschen erbracht hat, verzichteten viele Einrichtungsträger. Es dauerte eine Weile, bis die Verantwortlichen in den Krankenhäusern erkannten, dass sich rechtliche Konsequenzen aus § 135a Abs. 1 SGB V ergaben. Durch die Integration der Bestimmungen zum Behandlungsvertrag in das BGB wurde jedem Einrichtungsträger bewusst, dass eine umgehende Anpassung der Notaufnahmen an die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung erforderlich war, insbesondere für die Feststellung der Dringlichkeit der Behandlung. Gemäß der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes können Qualitätsmängel zu einer zivilrechtlichen Haftung des Einrichtungsträgers aufgrund von Verschulden bei der Organisation führen. Die Regeln zur Beweislast bei Organisationsfehlern erhöhen das Risiko für den Einrichtungsträger erheblich (Sträßner, 2006). Indem ein Einrichtungsträger klare und eindeutige Maßnahmen für den Zeitraum vom Eintreffen des Patienten in der Notaufnahme bis zur Übernahme durch den Arzt anordnet und den gesamten Ablauf strukturiert, ergreift er verbindliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Eine Möglichkeit, dieser Verpflichtung nachzukommen, besteht darin, eine strukturierte Ersteinschätzung nach dem Manchester Triage System einzuführen und eine entsprechende Dokumentation für den Pflegebereich zu verwenden. Dies wird als Handeln im sogenannten »trägerveranlassten normativen Bereich« bezeichnet, bei dem ein Träger seine Qualitätssicherungspflicht innerhalb des gesetzlichen Rahmens durch arbeitsrechtliche Leistungsbestimmungen erfüllt.

Durch verbindliche Vorgaben werden alle MitarbeiterInnen dazu verpflichtet, ihre Arbeitsleistungen auf einem festgelegten und für alle gleichen hohen Niveau zu erbringen. Gleichzeitig signalisiert der Einrichtungsträger den MitarbeiterInnen, dass die Einhaltung dieser Vorgaben den Anforderungen an die pflegerischen Sorgfaltspflichten entspricht. Falls im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens verbindliche Vorgaben des Einrichtungsträgers nachträglich als rechtlich fehlerhaft erachtet werden, trägt der Träger das haftungsrechtliche Risiko unter dem Gesichtspunkt des »Organisationsverschuldens« (Mackway-Jones et al., 2020).

Eine verbindliche Verfahrensregelung zur Tätigkeit der nichtärztlichen MitarbeiterInnen in der Notaufnahme, wie z. B. die Ersteinschätzung nach dem Manchester Triage System, die von einem Krankenhausträger eingeführt wird, bietet den dort tätigen pflegerischen MitarbeiterInnen ein hohes Maß an Sicherheit in haftungs-

rechtlicher Hinsicht. Gleichzeitig ermöglicht eine verbindliche Vorgabe eine strukturierte Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen, um sie schnell auf das bereits vorhandene Leistungsniveau der bestehenden MitarbeiterInnen in der Notaufnahme zu bringen. Für die pflegerische Leitung wird transparent, ob der einzelne Mitarbeiter das erforderliche Leistungsprofil besitzt oder ob zusätzliche betriebsinterne Schulungen erforderlich sind.

Die qualifizierte examinierte Pflegekraft in einem Krankenhaus zeichnet sich durch ein umfangreiches Verständnis aller relevanten gesetzlichen Bestimmungen sowie interner Dienstanweisungen, Vorgaben, Standards und anderer Anforderungen aus, die für die Ausübung ihres Berufs von Bedeutung sind. Sie erbringt ihre Arbeitsleistungen auf einem hohen fachlichen Niveau und beachtet dabei die erforderliche Sorgfalt im Umgang mit den PatientInnen. Dies beinhaltet eine gründliche Beobachtung, Überwachung, Kommunikation, Information und ggf. Überwachung der ihr anvertrauten PatientInnen sowie die Beurteilung der Dringlichkeit einer Behandlung. Gleichzeitig erfüllt sie ihre Pflicht zur Dokumentation und zur Gewährleistung der allgemeinen Verkehrssicherheit.

Die Aufgaben einer Pflegekraft in einem Krankenhaus können unabhängig von ihrem konkreten Arbeitsplatz wie folgt beschrieben werden: Bei Bedarf erfordert die spezifische Arbeitssituation immer eine Situationsanalyse am Patienten und basierend darauf eine »richtige Entscheidung«, wenn eine Gefährdungssituation erkannt wird, z. B. das frühzeitige Erkennen einer Sturzgefahr, einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, einer beginnenden Kreislaufinstabilität, des Verlusts zeitlicher und örtlicher Orientierung oder der Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung.

Dabei muss die Pflegekraft angemessen, notwendig und geeignet auf präventive Maßnahmen reagieren und einen angemessenen Mittelweg zwischen Überfürsorge und Nachlässigkeit finden. Innerhalb eines bestimmten Arbeitsbereichs muss die Qualität der erbrachten oder zu erbringenden Leistungen jeder einzelnen Pflegekraft

immer das vorgegebene Qualitätsniveau erreichen. Die Qualität jeder erbrachten Leistung sollte also unabhängig davon sein, welcher Mitarbeiter sie erbringt, zu welchem Zeitpunkt seines Dienstes sie erbracht wird und an welchem Patienten sie erfolgt.

Wenn wir diese grundlegenden Aussagen auf die Tätigkeit von Pflegekräften in Notaufnahmen übertragen, ergeben sich folgende Punkte, die einer Regelung bedürfen, um eine stets gleichbleibende Qualität zu gewährleisten:

- Es ist erforderlich, die Tätigkeiten, die von examinerten Pflegekräften übernommen werden sollen, umfassend festzulegen.
- Es ist festzulegen, welche Informationen von jedem Patienten beim Erstkontakt erhoben werden sollten (soweit möglich).
- Es ist festzulegen, welche Werte beim Patienten beim Erstkontakt ermittelt werden sollten (soweit möglich).

Die sich daraus ergebende Dringlichkeit der Behandlung muss definiert werden, für den Fall, dass die ÄrztInnen diesen Patienten aufgrund hoher Arbeitsbelastung nicht sofort behandeln können. Die Informationen und ermittelten Werte, einschließlich der bestimmten Behandlungsdringlichkeit, sind zu dokumentieren.

Es ist sicherzustellen, dass den ÄrztInnen unverzüglich der gesamte Inhalt der Dokumentation zur Verfügung steht, insbesondere die Behandlungsdringlichkeit, welche durch die ersteinschätzende Pflegekraft vorgenommen wurde. Beim Verwenden von strukturierten, validierten Ersteinschätzungsinstrumenten ist penibel darauf zu achten, dass die Systeme nicht in »Eigenkreationen« entstanden sind, sondern konsentiert mit den nationalen und internationalen Standards. Wird dieses Qualitätssicherungsmerkmal nicht berücksichtigt, handelt es sich nicht um ein validiertes Ersteinschätzungsinstrument und die Krankenhäuser arbeiten nicht mit den für sie vorgegebenen Gütekriterien (G-BA, 2018).

1.5 Die Neustrukturierung der stationären Notfallversorgung auf Basis des Krankenhausstrukturgesetzes

Die Neustrukturierung der stationären Notfallversorgung wurde auf Basis des Krankenhausstrukturgesetzes durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 19.04.2018 beschlossen und ist mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 18.05.2018 verbindlich. Der Beschluss legt die zukünftigen strukturellen und qualitativen Voraussetzungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung in drei Stufen fest: Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung und umfassende Notfallversorgung. Zudem wurde eine Stufe der Nichtteilnahme vorgesehen (G-BA, 2018).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist dem Bundesgesundheitsministerium unterstellt und das höchste Organ der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Dreizehn stimmberechtigte Mitglieder entscheiden über Fragen, Vorgehensweisen und Verordnungen, welche in der Bundesrepublik Gültigkeit besitzen.

Die Basisnotfallversorgung umfasst die grundlegenden Maßnahmen zur Erstversorgung von NotfallpatientIn-

nen. Sie stellt sicher, dass Krankenhäuser in der Lage sind, die unmittelbaren medizinischen Bedürfnisse zu bewältigen. Die erweiterte Notfallversorgung geht über die Basisversorgung hinaus und erfordert zusätzliche Ressourcen, um auch komplexere Notfälle angemessen behandeln zu können. Die umfassende Notfallversorgung stellt die höchste Stufe dar und erfordert spezialisierte Einrichtungen mit umfassender Expertise und hochentwickelter Ausstattung.

Die Basisnotfallversorgung in Krankenhäusern erfordert spezifische strukturelle und prozedurale Voraussetzungen für die Aufnahme von stationären Notfällen. Diese Voraussetzungen dienen dazu, eine effektive und qualitativ hochwertige Versorgung der PatientInnen sicherzustellen. Eine zentrale Komponente der Basisnotfallversorgung ist die Einrichtung einer Zentralen Notaufnahme, in der die Aufnahme von Notfällen vorwiegend erfolgt. Diese spezialisierte Einheit fungiert als zentrale Anlaufstelle für NotfallpatientInnen und ermöglicht eine koordinierte und effiziente Versorgung.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Basisnotfallversorgung ist die Implementierung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von NotfallpatientInnen. Dieses System ermöglicht eine schnelle Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlung und hilft dabei, Prioritäten festzulegen. Jeder Notfallpatient, der in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung eingeliefert wird, erhält spätestens innerhalb von zehn Minuten (§ 12 G-BA, 2018) nach seinem Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität. Dadurch wird gewährleistet, dass lebensbedrohliche Fälle umgehend behandelt werden können.

Des Weiteren ist eine aussagekräftige Dokumentation der PatientInnenversorgung von entscheidender Bedeutung. Die Dokumentation erfolgt gemäß festgelegter Minimalstandards und enthält relevante Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten, zu durchgeführten Maßnahmen und diagnostischen Untersuchungen. Diese Dokumentation wird zeitnah erstellt und liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung des Patienten vor. Eine umfassende und strukturierte Dokumentation ermöglicht eine lückenlose Nachverfolgung der Behandlung und gewährleistet eine kontinuierliche Versorgung der PatientInnen.

Zusammenfassend sind die strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen für die Basisnotfallversorgung in Krankenhäusern von großer Bedeutung. Eine Zentrale Notaufnahme, ein strukturiertes System (u. a. MTS oder ESI) zur Behandlungspriorisierung und eine aussagekräftige Dokumentation tragen dazu bei, eine effektive und qualitativ hochwertige Versorgung der NotfallpatientInnen sicherzustellen. Diese Maßnahmen sind entscheidend, um eine angemessene Reaktion auf medizinische Notfälle zu gewährleisten und potenziell lebensbedrohliche Situationen zu bewältigen.

Zusätzlich zu den Stufen der Notfallversorgung wurden Spezialmodule eingeführt, um die Versorgung spezifischer PatientInnengruppen zu gewährleisten. Beispielsweise gibt es Module, die sich auf die Bedürfnisse

von Kindern konzentrieren. Zusatzmodule wurden für Krankenhäuser der hochspezialisierten PatientInnenversorgung eingeführt, wie beispielsweise die Schlaganfallversorgung (Stroke Unit). Diese Module sollen eine qualitativ hochwertige und zielgerichtete Versorgung für spezifische medizinische Notfälle sicherstellen.

Um den Krankenhäusern ausreichend Zeit zur Anpassung an die neuen Mindestanforderungen zu geben, wurde eine Übergangsregelung von drei bis fünf Jahren festgelegt. Während dieser Zeit können sich die Krankenhäuser auf die erforderlichen Veränderungen vorbereiten und die notwendigen Maßnahmen ergreifen, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV) sind nach dem Beschluss des G-BA mit der Bemessung der Zu- und Abschläge betraut. Diese Verhandlungen sind von großer Bedeutung, da sie die finanzielle Unterstützung für die Krankenhäuser in Bezug auf die Notfallversorgung regeln.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) ist der bundesweite Verband der Krankenkassen und das oberste Organ der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen. Er ist mit fünf stimmberechtigten Mitgliedern im G-BA vertreten.

Die Neustrukturierung der stationären Notfallversorgung aufgrund des Krankenhausstrukturgesetzes ist ein wichtiger Schritt, um eine verbesserte und zielgerichtete Versorgung von NotfallpatientInnen zu gewährleisten. Durch die Einteilung in Stufen und die Einführung von Spezial- und Zusatzmodulen sollen die unterschiedlichen Anforderungen der PatientInnen bestmöglich erfüllt werden. Die Übergangsregelung gibt den Krankenhäusern die Möglichkeit, den PatientInnenstrom im Sinne der PatientInnensicherheit ressourcenorientiert zu steuern.

Lernzusammenfassung

- Gemäß des gültigen G-BA-Beschlusses muss ein strukturiertes und validiertes fünfstufiges System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von NotfallpatientInnen angewendet werden.
- Jeder Patient in der Notaufnahme erhält spätestens innerhalb von zehn Minuten nach seinem Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.
- Da in Deutschland rechtlich keine diagnosebasierte Ersteinschätzung für Pflegenden möglich ist, liegt der Schwerpunkt der Anwendungen für Pflegekräfte hauptsächlich auf den Systemen, die mit Leitsymptomen arbeiten.
- Die Ersteinschätzung erfolgt, um kritisch kranke und vital bedrohte PatientInnen so schnell wie möglich einer ärztlichen Behandlung zuzuführen und nicht, um das Überleben einer möglichst hohen Anzahl von PatientInnen zu sichern und gegeneinander abzuwägen.

2 Fallbeispiel

Ihnen wird Frau Hartpein vom Notarzt Ihres kommunalen Rettungsdienstes telefonisch angekündigt. Sie sei vor einer Stunde aufgewacht, weil sie Schmerzen im Brustkorb verspürt habe, welche rapide stärker wurden. Daraufhin hat sie mit geringem Zeitverzug den Rettungsdienst gerufen. Beim Eintreffen und nach Auswertung des initialen Elektrokardiogramms (EKG) hat der Notarzt ein Akutes-Koronar-Syndrom als Verdachtsdiagnose gestellt und den sofortigen Transport mit Sonder- und Wegerechten in Ihre Klinik veranlasst. Das Eintreffen der Patientin wird innerhalb von 15 Minuten erwartet.

Sie erwarten die Patientin, den Notarzt und sein Team in Ihrem Schockraum, um die Patientin zu übernehmen. Nach dem Eintreffen erhalten Sie durch den Notarzt die folgende Übergabe: Frau Hartpein ist 58 Jahre, in einem guten Allgemeinzustand (AZ) und einem sehr guten Ernährungszustand (EZ). Sie ist in der Vergangenheit bereits kardiologisch auffällig gewesen mit einem Hypertonus und gelegentlichen

Druckgefühlen im Thorax. Heute Morgen sei sie aufgewacht und habe wieder ein Druckgefühl empfunden. Im Zuge des Aufstehens und ihrer morgendlichen Routine sei das Druckgefühl schnell in einen zunehmend starken Schmerz übergegangen, welcher linksthorakal, in den Hals und die linke Schulter ausstrahlt. Beim Eintreffen lag der Schmerz bei 9 auf der Numerischen Rating Skala (NRS), konnte mit 0,2 mg Morphin aber auf 7 gesenkt werden.

Die Vitalparameter während des Transports waren stabil und nach Umlagern der Patientin erheben Sie eigene Daten:

- Herzfrequenz: 122 bpm
- Blutdruck: 153/117 mmHg
- SpO₂: 96 %
- Atemfrequenz: 17/min
- Temperatur: 36,4 °C
- NRS: 7

Eigene Notizen

3 Das Manchester Triage System

3.1 Die fünf Stufen des Systems

Das Manchester Triage System weist wie vergleichbare andere Systeme eine fünfstufige Abstufung der Behandlungsdringlichkeit von PatientInnen auf. Im Rahmen der Ersteinschätzung erfolgt eine Zuteilung der PatientInnen in eine der fünf Behandlungsdringlichkeiten anhand des Beschwerdebildes, das zu einer Vorstellung in der Notaufnahme bewegt hat oder durch die einschätz-

zende medizinische Fachkraft festgestellt wird. Jeder der fünf Stufen ist eine Farbe und eine national variierende maximale Wartezeit bis zum Beginn der ärztlichen Behandlung zugewiesen. Die in Deutschland geltenden Zielzeiten weichen ab der Dringlichkeitsstufe drei deutlich von den britischen Originalzeiten ab und können der Abbildung 2 entnommen werden (► Abb. 2).

Dringlichkeitsstufe	Priorisierung der Behandlung	Deutsche Zielzeit	Britische Zielzeit
1	Sofort	0 min	0 min
2	Sehr dringend	10 min	10 min
3	Dringend	30 min	60 min
4	Normal	90 min	120 min
5	Nicht dringend	120 min	240 min

Abb. 2: Zielzeiten (eigene Darstellung nach Mackway-Jones et al., 2018)

Die Bedeutung der Zielzeit bietet im klinischen Alltag immer wieder Diskussionsstoff, obwohl ihre Bedeutung klar geregelt ist – sie beschreibt die maximale und nicht die minimale Wartezeit bis zum Beginn der ärztlichen Behandlung. Damit die Zuweisung der Behandlungsdringlichkeit nicht abhängig von der Erfahrung der einschätzenden medizinischen Fachkraft und organisatorischen Besonderheiten der Notaufnahme ist, erfolgt die Zuteilung der Zielzeit durch die Auswahl eines passenden vorgegebenen Präsentationsdiagramm und eines Indikators.

Im ersten Schritt erfolgt nach der Extraktion des Leitsymptoms die Auswahl eines der 53 Präsentationsdiagramme (Mackway-Jones et al., 2018). Im zweiten Schritt erfolgt die Auswahl des ersten passenden generellen oder speziellen Indikators. Um die Auswahl des Indikators mit der höchsten Behandlungspriorität ohne unnötigen Zeitverlust zu ermöglichen, erfolgt die Bearbeitung in absteigender Reihenfolge von Dringlichkeitsstufe eins nach fünf.

In den Präsentationsdiagrammen sind sowohl generelle als auch spezielle Indikatoren enthalten. Bei generellen Indikatoren handelt es sich um Indikatoren, die in jedem Präsentationsdiagramm enthalten sind und unabhängig vom vorliegenden Beschwerdebild und ausgewählten Präsentationsdiagramm immer zur selben Be-

handlungspriorität führen werden. Auf die Besonderheit von generellen Indikatoren wird im nächsten Kapitel noch einmal vertiefend eingegangen. Bei speziellen Indikatoren handelt es sich um Indikatoren »[...] die dafür da sind, die Schlüsselmerkmale dieser besonderen Beschwerden abzudecken.« (Mackway-Jones et al., 2018, S.35) und innerhalb eines Leitsymptom Abstufungen in der Behandlungsdringlichkeit vorzunehmen.

Lassen sie uns an dieser Stelle einmal versuchen diesen Vorgang anhand unserer Patientin im Fallbeispiel zu verdeutlichen. Bei der in Kapitel 2 beschriebenen Patientin konnte schnell durch die ersteinschätzende medizinische Fachkraft der Thoraxschmerz als führendes Leitsymptom aus der Anamnese extrahiert werden. Nach der Auswahl des Präsentationsdiagramms »Thoraxschmerz« erfolgt in der Dringlichkeitsstufe eins (Rot) der Ausschluss des Vorliegens der lebensgefährlichen Indikatoren Gefährdeter Atemweg, Unzureichende Atmung und Schock. Bei der Durchsicht der Indikatoren in Dringlichkeitsstufe zwei (Orange) würde der spezielle Indikator »Kardialer Schmerz« als passend ins Auge fallen, doch aufgrund der Schmerzen von NRS >7 der Patientin würde in diesem Präsentationsdiagramm auch der generelle Indikator »stärkster Schmerz« passen. Wenn wir uns im ersten Schritt für die Auswahl eines anderen Präsentationsdiagramms wie z. B. »Unwohlsein beim Erwachse-