



## Ist MTS oder ESI besser? – Bitte genau hinsehen!

### Leserbrief zu

J. Krey (2016) Klinische Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Vergleichende Evaluation 4 international bestehender Triage-systeme. Med Klin Intensivmed Notfmed 111:124–133 doi: [10.1007/s00063-015-0069-0](https://doi.org/10.1007/s00063-015-0069-0)

Die Antwort [1] auf unseren Leserbrief [2] weist Ungenauigkeiten bei der Betrachtung des Emergency Severity Index (ESI) auf:

Triage soll entscheiden, welche Patienten nicht warten dürfen. Das Triageinstrument ESI beantwortet dies am Entscheidungspunkt B: Patienten in Hochrisikosituationen (z. B. Thoraxschmerz) oder mit Bewusstseinsstörungen sollten nicht warten und unmittelbar durch einen Arzt beurteilt werden. Inbegriffen sind hier auch Situationen, in denen der Patient sich (oder andere) in Gefahr bringen könnte (z. B. Suizidalität). Auch Patienten mit starken Schmerzen (Numeric Rating Scale [NRS]  $\geq$  7/10) bedürfen einer raschen ärztlichen Versorgung. Weniger starke Schmerzen werden übrigens bei der Beurteilung des Ressourcenverbrauchs (Entscheidungspunkt C) berücksichtigt. Je nach Typ können auch weniger starke Schmerzen als „Hochrisikosituation“ Berücksichtigung finden (z. B. Thoraxschmerz; [2]). Detaillierte Informationen, die im Widerspruch zu den Aussagen des Autors stehen, finden sich in Kap. 3 des „ESI Implementation Handbook“ [3].

Unsere Formulierung bei der Betrachtung der monozentrischen Studie von Gräff et al. [4] zum Manchester Triage System (MTS) bedarf tatsächlich einer Präzisierung: Die prädiktive Validität des

MTS hinsichtlich Mortalität konnte mit dieser Studie nicht nachgewiesen werden.

Die Kritik des Autors an der Methodologie zur Bestimmung der Reliabilität des ESI ist anhand der zitierten Vortragsfolien nicht nachvollziehbar. Die von uns durchgeführte prospektive Studie diente der Überprüfung der deutschen Übersetzung des mehrfach in unterschiedlichen Settings validierten ESI. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Bestimmung der Gütekriterien aller Triageinstrumente grundsätzlich limitiert ist [5–7].

Das Argument, dass die Triage mit MTS auch durch unerfahrene Berufseinsteiger durchgeführt werden könne, sollte mit Daten (z. B. aus der vom Autor zitierten, bisher unveröffentlichten Bachelorarbeit) belegt werden. Auch wenn dies gelegentlich die Perspektive der erlebten praktischen Realität widerspiegeln mag, muss dieser Aussage unter Berücksichtigung des derzeitigen Wissens widersprochen werden. Ein derartiges Vorgehen könnte mit einer Gefährdung der Patientensicherheit assoziiert sein.

### Korrespondenzadresse

#### PD Dr. C. H. Nickel

Notfallzentrum, Universitätsspital Basel  
 Petersgraben 2, 4031 Basel, Schweiz  
[christian.nickel@usb.ch](mailto:christian.nickel@usb.ch)

**Interessenkonflikt.** C. H. Nickel, R. Bingisser und M. Christ geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. F. F. Grossmann bietet ESI-Anwenderschulungen auf Honorarbasis an.

### Literatur

1. Krey J (2016) Absolute Sicherheit kann es nicht geben. Med Klin Intensivmed Notfmed 111(2):136–137. doi:10.1007/s00063-015-0134-8
2. Nickel CH, Grossmann FF, Christ M, Bingisser R (2016) Triage: ESI oder Manchester Triage? Med Klin Intensivmed Notfmed 111(2):134–135. doi:10.1007/s00063-015-0132-x
3. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau A (2012) Emergency severity index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4, Implementation Handbook. Aufl. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville
4. Gräff I, Goldschmidt B, Glien P, Bogdanow M, Fimmers R, Hoeft A et al (2014) The German version of the manchester triage system and its quality criteria – first assessment of validity and reliability. PLoS ONE 9(2):e88995. doi:10.1371/journal.pone.0088995
5. Grossmann FF, Nickel CH, Christ M, Schneider K, Spirig R, Bingisser R (2011) Transporting clinical tools to new settings: cultural adaptation and validation of the emergency severity index in German. Ann Emerg Med 57(3):257–264. doi:10.1016/j.annemergmed.2010.07.021
6. Grossmann FF, Zumbunn T, Ciprian S, Stephan FP, Woy N, Bingisser R et al (2014) Undertriage in older emergency department patients – tilting against windmills? PLoS ONE 9(8):e106203. doi:10.1371/journal.pone.0106203
7. Twomey M, Wallis LA, Myers JE (2007) Limitations in validating emergency department triage scales. Emerg Med J 24(7):477–479