Notfall Rettungsmed 2018 · 21:492–495
<https://doi.org/10.1007/s10049-018-0479-7>
 Online publiziert: 13. Juli 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

M. Pin¹ · C. Dodt² · R. Somasundaram³ · I. Gräff⁴ · H. Dormann⁵ · M. Dietz-Wittstock⁶ · C. E. Wrede⁷ · Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)

¹ Zentrale Interdisziplinäre Notaufnahme (ZINA), Florence-Nightingale-Krankenhaus, Kaiserwerther Diakonie, Düsseldorf, Deutschland

² Notfallzentrum, Städtisches Klinikum München Bogenhausen, München, Deutschland

³ Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Berlin, Deutschland

⁴ Notfallzentrum, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

⁵ Zentrale Notaufnahme, Klinikum Fürth, Fürth, Deutschland

⁶ Zentrale Notaufnahme, Diakonissen Krankenhaus Flensburg, Flensburg, Deutschland

⁷ Interdisziplinäres Notfallzentrum, HELIOS Klinikum Berlin-Buch, Berlin, Deutschland

Positionspapier zur Ersteinschätzung in integrierten Notfallzentren

1. Eine strukturierte, zuverlässig anwendbare und wissenschaftlich validierte Ersteinschätzung ist in Notaufnahmen/Notfallzentren unerlässlich für die Gewährleistung einer hohen Patientensicherheit.

Notaufnahmen in deutschen Kliniken sind mit ihrer 24/7-Verfügbarkeit zentrale Anlaufstellen für jährlich mehr als 20 Mio. Patienten, die sich aufgrund vielfältigster Symptome und Beschwerden als Notfall empfinden. Diese hohe Inanspruchnahme, die auch international zu beobachten ist, führt regelhaft zu einem Missverhältnis zwischen der Patientenzahl und den personellen bzw. räumlichen Ressourcen [1]. Internationale Studien zeigen, dass „overcrowding“ in Notaufnahmen mit einer erhöhten Mortalität für Patienten verbunden ist [16]. Deswegen ist es erforderlich, die medizinischen Ressourcen in Phasen hohen Patientenaufkommens verlässlich auf die Patienten mit dringlichem Behandlungsbedarf und hohem gesundheitlichen Risiko zu konzentrieren. Dies ist insbesondere notwendig, da Notfallpatienten, die Kran-

kenhäuser aufsuchen, häufiger ernsthafte und vor allem zeitkritische Erkrankungen haben sowie eine höhere Mortalität aufweisen als solche, die sich mit ihren akuten Beschwerden an Arztpraxen wenden [4, 5, 10, 11]. Das bedeutet, dass viele Patienten die Schwere ihrer Erkrankung intuitiv richtig einschätzen und deswegen ein Krankenhaus aufsuchen.

Hierzu ist im Rahmen des Risikomanagements der Einsatz eines verlässlichen und wissenschaftlich validierten Ersteinschätzungssystems heute internationaler Standard und damit für die Patientensicherheit eine „conditio sine qua non“ am Beginn einer medizinischen Notfallversorgung [15, 17]. In Deutschland gängige Ersteinschätzungssysteme, die diese Anforderungen erfüllen, sind das Manchester Triage System (MTS) [7] und der Emergency Severity Index (ESI) [6]. Die Umsetzung durch erfahrene Notfallpflegekräfte stellt hierbei einen weiteren wichtigen Qualitätsfaktor dar und steigert die Akzeptanz eines solchen Systems [14].

2. Die Anforderungen an die Ersteinschätzung in Notfallkrankenhäusern mit KV-Notdienstpraxen bzw. integrierten Notfallzentren müssen den gleichen Grundsätzen wie an Not-

fallkrankenhäusern ohne Beteiligung niedergelassener Ärzte erfolgen.

Auch in Notfallkrankenhäusern mit Notdienstpraxen der kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bzw. integrierten Notfallzentren ist im Vergleich zu Arztpraxen von einem höheren Anteil bedrohlich erkrankter Patienten im Sinne einer krankenhausspezifischen Vorselektion auszugehen. Daher müssen alle Notfallpatienten unmittelbar nach Eintreffen im Notfallkrankenhaus zunächst die oben beschriebene strukturierte und validierte Ersteinschätzung durchlaufen, und diese Ersteinschätzung muss die medizinische Basis für eine Steuerung der Patienten im Krankenhaus zu Notaufnahme oder KV-Notdienstpraxis bzw. innerhalb der integrierten Notfallzentren darstellen. Grundsätzlich sind hierfür neben den bislang in Deutschland eingesetzten Systemen MTS und ESI auch andere standardisierte Systeme denkbar [8], die allerdings aufgrund ihrer Auswirkungen auf die Patientensicherheit vor einem Einsatz wissenschaftlich evaluiert werden müssen. Dies trifft auch auf das derzeit in Diskussion befindliche Schweizer Einschätzungssystem SMAS (Swiss Medical Assessment System) zu, für das bislang kein wissenschaftlicher Nachweis der Validität publiziert wurde,

Der vorliegende Beitrag wurde von den oben aufgeführten Autoren im Namen der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) verfasst.

Abb. 1 ◀ Idealer Ablauf der Ersteinschätzung in integrierten Notfallzentren. Bei allen Patienten wird die medizinische Dringlichkeit mit einem strukturierten und validierten Ersteinschätzungssystem ermittelt. Patienten mit niedrigem Risiko können dann in einem Niedrigrisiko-Bereich z. B. durch KV-Ärzte behandelt werden, wenn keine klare Indikation zur stationären Aufnahme sowie die strukturellen und fachlichen Ressourcen zu Diagnostik und Behandlung gegeben sind. KV Kasenärztliche Vereinigung, MFA medizinische Fachangestellte, ZNA zentrale Notaufnahme

und zwar weder für die Behandlungsdringlichkeit noch für die Steuerung in die Versorgungsebenen. Zudem entsprechen die Dringlichkeitsstufen wie z. B. „sofort ins Krankenhaus“, „Termin beim niedergelassenen Arzt reicht aus“ oder „Hausmittel verschaffen Linderung“ nicht dem notwendigen Differenzierungsgrad, der für Notfallpatienten gefordert wird. Die Kategorie „sofort ins Krankenhaus“ umfasst z. B. ein Zeitintervall von bis zu 6 h, während die klinischen Triage-Systeme MTS/ESI zwischen „sofort“, „innerhalb von 10 min“ etc. differenzieren. Vorgaben der kardiologischen, neurologischen und anderer Fachgesellschaften können daher nur durch die bisher etablierten klinischen Triage-Systeme eingehalten werden. Ein Einsatz ist daher zum jetzigen Zeitpunkt aus Gründen der Patientensicherheit abzulehnen.

Eine adäquate Patientensteuerung muss neben der zunächst notwendigen Einschätzung der medizinischen Behandlungsdringlichkeit auch weitere Aufgaben der Patientensteuerung übernehmen [2] und z. B. solche Patienten detektieren, die trotz niedriger Behandlungsdringlichkeit einen klar definierbaren stationären Behandlungsbedarf haben, z. B. ein Patient, der an seinem Lebensende nicht mehr zu Hause bleiben kann. Zudem muss auch Berücksichti-

gung finden, ob eine Behandlung trotz niedriger Dringlichkeit fachlich und strukturell überhaupt in einer KV-Notdienstpraxis durchgeführt werden kann. Beispielsweise können in vielen KV-Notdienstpraxen keine Verletzungen, die zum Ausschluss einer Fraktur ein Röntgenbild brauchen, versorgt werden. Auch Basislabor- und Ultraschalluntersuchungen sind häufig nicht möglich. Die **Abb. 1** verdeutlicht den erforderlichen Ablauf in Notfallkrankenhäusern mit Notaufnahme und integrierter KV-Notdienstpraxis.

3. Die strukturierte Ersteinschätzung muss sektorenunabhängig unmittelbar, spätestens aber 10 min nach Eintreffen des Patienten in der Notaufnahme/im Notfallzentrum des Krankenhauses erfolgen. Die vorgegebenen Wartezeiten bis zum ersten Arztkontakt sind einzuhalten und zu dokumentieren. Hierzu ist eine ausreichende pflegerische und ärztliche Personalausstattung vorzuhalten.

Die Ersteinschätzung erfüllt nur dann ihren Zweck, wenn dringende Patienten rechtzeitig als solche identifiziert werden. Dies setzt eine Durchführung der Ersteinschätzung unmittelbar nach Ankunft des Patienten im Krankenhaus voraus. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dies aufgegriffen und verlangt in den „Regelungen zu einem ge-

stuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V“ die Durchführung einer Ersteinschätzung mit einem strukturierten und validierten System spätestens 10 min nach Ankunft der Patienten. Zur Einhaltung der Zeiten ist eine adäquate pflegerische Personalausstattung notwendig. Die DGINA hat daher gemeinsam mit der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) die Definition der zentralen Notaufnahme (ZNA) als pflegesensitiven Bereich mit der Notwendigkeit von Personal-Mindeststandards gefordert [12].

Die Ersteinschätzung erfüllt ebenfalls nur ihren Zweck, wenn die ärztliche Behandlung auch tatsächlich in der vom Ersteinschätzungssystem vorgegebenen Reihenfolge und innerhalb der vorgegebenen maximalen Wartezeiten begonnen wird und die ärztliche Kompetenz auch tatsächlich für die Behandlung der Patienten vorhanden ist. Dies muss für Notaufnahmen und KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus gleichermaßen gelten und setzt sowohl eine quantitativ als auch qualitativ ausreichende ärztliche Personalausstattung voraus.

4. Eine Ersteinschätzung ist nicht gleich Patientenzuweisung. Die Weiterleitung von Notfallpatienten in einen anderen Versorgungssektor außerhalb der Krankenhausstrukturen darf

Notfall Rettungsmed 2018 · 21:492–495 <https://doi.org/10.1007/s10049-018-0479-7>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

M. Pin · C. Dodt · R. Somasundaram · I. Gräff · H. Dormann · M. Dietz-Wittstock · C. E. Wrede · Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)

Positionspapier zur Ersteinschätzung in integrierten Notfallzentren

Zusammenfassung

Die notfallmedizinische Versorgung wird in Deutschland zunehmend in Notfalleinheiten an Krankenhäusern zentralisiert, und dieser Prozess wird durch die Ansiedlung von Bereitschaftspraxen der kassenärztlichen Vereinigungen (KV) an oder in den Krankenhäusern beschleunigt. In diesen Notfallzentren steigen deswegen die Zahlen von Patienten mit geringer Gefährdung als auch von Patienten mit lebensbedrohlichen Notfällen kontinuierlich an. Die Zentralisierung hat aber noch nicht dazu geführt, dass die beiden Sektoren der Notfallversorgung ihre Versorgungsprozesse verlässlich verzahnen und aufeinander abstimmen.

In dieser Situation ist die Patientensicherheit nur gewährleistet, wenn sofort nach Eintreffen in einem Notfallzentrum eine Ersteinschätzung bezüglich der weiteren Behandlungsdringlichkeit erfolgt, die die Weiterversorgung strukturiert. Hierzu stehen im Krankenhaus pflegebasierte, strukturierte und validierte Ersteinschätzungssysteme zur Verfügung, die in diesem Positionspapier von der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) zum Einsatz in den Notfallzentren empfohlen werden. Vergleichbare Ersteinschätzungstools existieren für KV-Bereitschaftspraxen nicht, und die Krankenhausersteinschätzung ist

auch nicht daraufhin evaluiert, ob sie eine Verweisung von Patienten in eine andere Notfallversorgungseinheit mit anderen Versorgungsprinzipien gefahrlos erlauben. Auf Basis dieser Ausgangslage fordert die DGINA in Bezug auf die Ersteinschätzung die Beachtung folgender 5 Punkte zur Erhaltung der Patientensicherheit in deutschen Notfallzentren.

Schlüsselwörter

Ersteinschätzung · Triage · Notaufnahme · Notfallzentren · Kassenärztliche Vereinigungen

Position paper on triage in integrated emergency departments

Abstract

Emergency medical treatment in Germany is increasingly being centralized in emergency care units and this process is accelerated by the settlement of emergency practices of the Association of Statutory Health Insurance Physicians (KV) on or in hospitals; therefore, in these emergency centers the numbers of patients with low-priority injuries as well as life-threatening emergencies are continuously increasing. The centralization has not yet led to the situation where both sectors of emergency medicine can reliably interlock and coordinate their treatment processes. In

this situation patient safety is only guaranteed when an initial estimation with respect to the urgency for further treatment can be made immediately on admittance, which structures further treatment. For this purpose nursing-based, structured and validated triage systems are available in hospitals, which are recommended in this position paper of the German Society of Interdisciplinary Emergency and Acute Medicine (DGINA) for application in integrated emergency departments. Comparable triage tools do not exist for the KV emergency practices

and the hospital triage has also not been evaluated from the aspect of whether it enables a risk-free referral of patients in another emergency treatment unit with other treatment principles. Based on this starting position, with respect to the triage the DGINA demands that attention be paid to the following 5 points to maintain patient safety in German emergency departments.

Keywords

Triage · Emergency department · Health insurance

nicht allein auf Basis der Dringlichkeitseinstufung mittels eines Ersteinschätzungsinstrumentes geschehen.

Die in Deutschland eingesetzten strukturierten und validierten Ersteinschätzungssysteme wurden in Ländern eingeführt, die keine dem deutschen System vergleichbare Trennung von ambulantem und stationärem Versorgungssektor in der Notfallversorgung aufweisen. In keinem dieser Länder sind die Ersteinschätzungssysteme darauf ausgerichtet, Notfallpatienten in einen vom Krankenhaus räumlich entfernt gelegenen und getrennten ambulanten Versorgungssektor, wie z. B. Bereitschaftspraxen, ohne vorher stattgehabte ärztliche Versorgung zu verweisen, ins-

besondere da auch Patienten mit einer Niedrigrisiko-Einschätzung einen dringenden Versorgungsbedarf haben können [9]. Ein Verweisen von Patienten an einen anderen Versorgungsort außerhalb des Krankenhauses allein auf Basis einer Dringlichkeitseinstufung ist daher aus Gründen einer möglichen Gefährdung des Patienten (Patientensicherheit) abzulehnen.

Eine strukturierte Einschätzung der Dringlichkeit von Notfallpatienten außerhalb des Krankenhauses, z. B. im Rahmen der Telefontriage in der Hausarztpraxis oder Leitstelle, ist ausdrücklich zu begrüßen. Hierzu werden derzeit mehrere Systeme diskutiert [8], ein einheitliches System an allen möglichen Or-

ten einer Ersteinschätzung von Notfallpatienten erscheint aber aufgrund der unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten für dringende Erkrankungen (Prävalenz von Hochrisikopatienten) nicht sinnvoll.

5. Die Notfallversorgung im Krankenhaus muss unabhängig von den beteiligten Sektoren denselben Qualitätsanforderungen unterliegen, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten.

Notaufnahmen und KV-Notdienstpraxen im Krankenhaus müssen eng verzahnte Strukturen darstellen, weswegen der Begriff der integrierten Notfallzentren eingeführt wurde [3, 13]. Daher müssen die Qualitätsanforderungen für die Notaufnahmen der Krankenhäuser,

die z. B. durch die Landeskrankenhausplanungen und die Stufung der Notfallversorgung durch den G-BA definiert werden, auch für KV-Notdienstpraxen in Krankenhäusern gelten. Zudem muss eine einheitliche Dokumentation in den beteiligten Sektoren erfolgen. Dies ist die Basis für eine gemeinsame Qualitätssicherung und ermöglicht, den Ablauf der Patientenversorgung mit Ersteinschätzung und Behandlung in KV und/oder ZNA jederzeit transparent nachzuvollziehen und auszuwerten. Hierzu sind entsprechende gesetzliche Grundlagen zu schaffen.

Korrespondenzadresse

M. Pin

Zentrale Interdisziplinäre Notaufnahme (ZINA), Florence-Nightingale-Krankenhaus, Kaiserwerther Diakonie
Kreuzbergstraße 79, 40489 Düsseldorf, Deutschland
pin@kaiserwerther-diakonie.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Pin, C. Dodt, R. Somasundaram, I. Gräff, H. Dormann, M. Dietz-Wittstock und C.E. Wrede geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses Affiliation (2001) Joint Position Statement on emergency department overcrowding. *Cjem* 3(2):82–88
- Marburger Bund; Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017) Integrative Notfallversorgung aus ärztlicher Sicht – Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund. http://www.kbv.de/media/sp/17_9_18_MB_KBV_Konzeptpapier_Notfallversorgung.pdf. Zugriffen: 08. März 2018
- Augurzyk B, Beivers A, Dodt C (2017) Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz: Elf Thesen zur Reform der Notfallversorgung. RWI Positionen 68. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-positionen/rwi-position_68_notfallversorgung.pdf. Zugriffen: 23. Juli 2017
- Bösner S, Becker A, Haasenritter J, Abu Hani M, Keller H, Sönnichsen AC, Karatolios K, Schaefer JR, Seitz G, Baum E, Donner-Banzhoff N (2009) Chest pain in primary care. Epidemiology and pre-work-up probabilities. *Eur J Gen Pract* 15(3):141–146. <https://doi.org/10.3109/13814780903329528>
- Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, de Blaeij N, Aerts M, Knottnerus J, Delooz H (2001) Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Fam Pract* 18(6):586–589. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.6.586>
- Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E (2010) Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int* 107(50):892–898. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892>
- Gräff I, Goldschmidt B, Glien P, Bogdanow M, Fimmers R, Hoelt A, Kim SC, Grigutsch D (2014) The German version of the manchester triage system and its quality criteria—first assessment of validity and reliability. *PLoS ONE* 9(2):e88995. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088995>
- Herrmann T, Köster C, Seyderhelm A, Broge B, Szecsenyi J, Willms G (2017) Instrumente und Methoden zur Ersteinschätzung von Notfallpatienten – Bestandsaufnahme und Konzeptentwicklung für die kassenärztliche Notfallversorgung. aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen
- Hsia RY, Friedman AB, Niedzwiecki M (2016) Urgent care needs among nonurgent visits to the emergency department. *JAMA Intern Med* 176(6):852–854. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.0878>
- Ieraci S, Cunningham P, Talbot-Stern J, Walker S (2000) Emergency medicine and „acute“ general practice. Comparing apples with oranges. *Aust Health Rev* 23(2):152–161
- Möckel M, Searle J, Muller R, Slagman A, Storchmann H, Oestereich P, Wyrwich W, Ale-Abaei A, Vollert JO, Koch M, Somasundaram R (2013) Chief complaints in medical emergencies. do they relate to underlying disease and outcome? The Charite Emergency Medicine Study (CHARITEM). *Eur J Emerg Med* 20(2):103–108. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e328351e609>
- Pressemitteilung der DGINA Notfallpflege in den Koalitionsverhandlungen: Fachgesellschaften fordern ausreichend Pflegepersonal in Notaufnahmen! https://www.dgina.de/downloads/DGINA_Koalitionsverhandlung.pdf. Zugriffen: 08. März 2018
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Pressemitteilung zum Werkstattgespräch (2017) Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/2017_09_07_Pressemitteilung_SVR_Werkstattgesprach.pdf. Zugriffen: 5. Juni 2018
- Schüler S, Eisenbarth H, Fersterra A, Schob M, Dormann H (2013) Einführung des Emergency-Severity-Index in der Zentralen Notaufnahme. *Notfall Rettungsmed* 16(2):95–102. <https://doi.org/10.1007/s10049-012-1624-3>
- Somasundaram R, Ale Abaei A, Koch M (2009) Triage in zentralen Notaufnahmen – Mode oder Notwendigkeit? *Notfall Rettungsmed* 12(4):250–255. <https://doi.org/10.1007/s10049-008-1122-9>
- Sprivilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA (2006) The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 184(5):208–212
- Waydhas C (2017) Grenzen und Herausforderungen der Triage in der Notfall- und Rettungsmedizin. *Notfall Rettungsmed* 20(7):574–578. <https://doi.org/10.1007/s10049-017-0354-y>

Für Autoren

Call for papers in der Rubrik „Teamwork + Education“

Die Rubrik „Teamwork + Education“ in der Notfall+Rettungsmedizin richtet sich hauptsächlich an Notfallsanitäter, Rettungsfachpersonal, junge Ärzte und Absolventen von pädagogischen oder rettungsdienstlichen Studiengängen und lädt diese explizit ein Beiträge aus Ihrer Sicht im Notfallteam oder Zusammenfassungen aus Diplomarbeit oder Thesis einzureichen. Es kann sich dabei um Kurzbeiträge, Fallbeschreibungen, Beiträge über Techniken oder Weiterbildungsmaßnahmen handeln. Die Form ist dabei relativ frei. Alle Beiträge werden begutachtet.

Um Ihnen bei der **Manuskripterstellung** behilflich zu sein, haben wir ausführliche Autorenleitfäden und Musterbeiträge für die Sie zusammengestellt. Diese und weitere Hinweise zur Manuskripterstellung finden Sie online auf www.notfallundrettungsmedizin.de rechts unter dem Menüpunkt „Autorenhinweise“

Bitte reichen Sie Ihren fertigen Beitrag ein unter:
www.editorialmanager.com/nore

Sollten Sie noch Fragen zur Manuskriptgestaltung haben, wenden Sie sich bitte an die Redaktion unter:

Dr. Ines Wolff
ines.wolff@springernature.com

Wir freuen uns auf Ihre Beiträge!