



**Kevin Mackway-Jones**  
**Janet Marsden**  
**Jill Windle**  
(Hrsg.)

# Ersteinschätzung in der Notaufnahme

Das Manchester-Triage-System

Deutschsprachige Ausgabe übersetzt, bearbeitet  
und herausgegeben von Jörg Krey, Heinzpeter Moecke  
und Jochen Thiele

5., überarbeitete und erweiterte Auflage

# Ersteinschätzung in der Notaufnahme

## Einschätzung in der Notaufnahme

Mackway-Jones/Marsden/Windle (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld;

Christine Sowinski, Köln; Franz Wagner, Berlin; Angelika Zegelin, Dortmund

**Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden,  
Jill Windle** (Hrsg.)

# **Ersteinschätzung in der Notaufnahme**

Das Manchester-Triage-System

5., überarbeitete und ergänzte Auflage

Deutschsprachige Ausgabe übersetzt, bearbeitet  
und herausgegeben von Jörg Krey, Heinzpeter Moecke  
und Jochen Thiele

Unter Mitarbeit von Peter Lemke



### **Herausgeber der englischen Ausgabe**

**Kevin Mackway-Jones**, Facharzt für Notfallmedizin Manchester Royal Infirmary und Royal Manchester Childrens's Hospital; Medizinischer Direktor des Greater Manchester Ambulance Service; Ziviler Honorarfachberater der britischen Armee für Notfallmedizin; Professor für Notfallmedizin am Centre for Effective Emergency Medicine der Manchester Metropolitan University

**Janet Marsden** (†), Professorin für Augenheilkunde und Notfallpflege und Direktorin am Centre for Effective Emergency Medicine der Manchester Metropolitan University

**Jill Windle**, Dozentin in Notfallpflege am Salford Royal Hospital NHS Foundation Trust und der Universität von Salford

### **Herausgeber der deutschen Ausgabe**

**Jörg Krey**, Dipl.-Kfm. (FH) Dozent und Fachberater am Institut für Notfallmedizin (IfN), Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, Krankenpfleger, Leitungskraft Pflegedienst

**Heinzpeter Moecke** (†), Prof. Dr. med. Leiter Konzernbereich Medizin und Wissenschaft der Asklepios Verwaltungs GmbH, Leiter der Ärztekademie und des Instituts für Notfallmedizin (IfN) der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, Facharzt für Anästhesie

**Jochen Thiele**, Stv. Leiter des Instituts für Notfallmedizin, Facharzt für Anästhesie

Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Pflege  
z. Hd.: Jürgen Georg  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Jürgen Georg  
Bearbeitung: Martina Kasper  
Herstellung: Daniel Berger  
Umschlagabbildung: Jörg Krey  
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic

Das vorliegende Buch ist eine Übersetzung aus dem Englischen. Der Originaltitel lautet „Emergency Triage 3rd. ed.“ herausgegeben von Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden und Jill Windle

© 2014. John Wiley & Sons, Ltd., Chichester  
5., überarbeitete und erweiterte Auflage 2020

© 2020 Hogrefe Verlag, Bern

© 2018, 2015, 2011, 2010, 2006 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern  
(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96085-2)

ISBN 978-3-456-86085-5

<http://doi.org/10.1024/86085-000>

# Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audio-dateien.

## Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhalt

Mitglieder der ursprünglichen Manchester Triage Group .....	9
Internationale Referenzgruppe .....	10
Vorwort der ersten britischen Ausgabe .....	11
Vorwort der dritten britischen Ausgabe .....	13
Vorwort der ersten deutschen Ausgabe .....	15
Vorwort der aktuellen deutschen Ausgabe .....	17

---

<b>Kapitel 1 – Einführung</b> .....	19
Einleitung .....	19
1. Nomenklatur und Definitionen .....	21
2. Ersteinschätzungsmethode .....	23
3. Behandlungsdringlichkeit und Patientenmanagement .....	24
4. Schulung und Einschätzung .....	24
5. Qualitätsprüfung in der Triage .....	25
6. Mehr als nur Ersteinschätzung in der Notaufnahme .....	25
7. Zusammenfassung .....	26

---

<b>Kapitel 2 – Entscheidungsfindung und Ersteinschätzung</b> .....	27
Einleitung .....	27
1. Entwicklung von Fachkenntnis .....	28
2. Strategien zur Entscheidungsfindung .....	28
2.1 Logisches Analysieren .....	29
2.2 Erkennen von Mustern .....	29
2.3 Arbeiten mit Hypothesen .....	29
2.4 Vereinfachung durch Ersatzbilder .....	30
2.5 Intuition .....	30
3. Entscheidungsfindung im Rahmen der Ersteinschätzung .....	30

3.1	Identifiziere das Problem .....	31
3.2	Sammle und analysiere Informationen, die zur Lösung beitragen können .....	31
3.3	Prüfe alle alternativen Handlungsmöglichkeiten und wähle eine zur Umsetzung aus .....	31
3.4	Setze die ausgewählte Handlungsmöglichkeit um .....	32
3.5	Beobachte die Umsetzung und überprüfe das Ergebnis .....	32
4	Veränderung etablierter Methoden zur Entscheidungsfindung .....	32

---

<b>Kapitel 3 – Die Methode der Einschätzung</b> .....	35
Einleitung .....	35
1. Identifizieren des Problems .....	35
2. Sammeln und Auswerten von Informationen .....	37
2.1 Indikatoren .....	37
2.2 Zweistufige Einschätzung .....	45
3 Beurteilung und Auswahl von Alternativen .....	46
4. Durchführung der gewählten Alternative .....	46
4.1 Dokumentation .....	47
5. Einschätzung des Patienten .....	49
6. Überwachung und Beurteilung .....	51

---

<b>Kapitel 4 – Schmerzbeurteilung als Teil der Ersteinschätzung</b> .....	53
Einleitung .....	53
1. Instrumente zur Schmerzbeurteilung .....	54
1.1 Verbal beschreibende Skalen .....	55
1.2 Graphisch beschreibende Skalen .....	55
1.3 Visuelle analoge Skalen .....	56
1.4 Skalen zur Verhaltensbeurteilung .....	57
2. Das ideale Instrument zur Schmerzbeurteilung .....	58
2.1 Das Schmerzmeter .....	58
3. Schmerzbeurteilung im Rahmen der Ersteinschätzung .....	60
3.1 Alter .....	60
3.2 Frühere Schmerzerfahrungen .....	61
3.3 Kultureller Hintergrund .....	61
3.4 Ängste .....	62
3.5 Unterbrechung der normalen Aktivitäten .....	62
3.6 Sonstige Überlegungen .....	63
4. Zusammenfassung .....	63



---

**Kapitel 5 – Patientenmanagement, Ersteinschätzung und die Rolle**

<b>der einschätzenden Person</b>	65
Einleitung	65
1. Patiententypen	65
1.1 Kinder	65
1.2 Senioren	66
1.3 Misshandelte Patienten	66
1.4 Patienten mit körperlicher oder kognitiver Beeinträchtigung	67
1.5 Beleidigende/aggressive Patienten	67
1.6 Patienten unter Alkoholeinfluss	68
1.7 Der häufig Wiederkehrende	68
1.8 Wiedervorstellungen	68
1.9 Patienten der Fachabteilungen und Kliniken	69
2. Patienten anderer Bereiche	69
3. Innerbetriebliche Faktoren	70
3.1 „Fast Track“, Behandlungsströme und Anpassung der Ressourcen an den Bedarf	70
4. Die Rolle der Pflege bei der Ersteinschätzung	70
4.1 Erstmaßnahmen und erste Schmerzbekämpfung	71
4.2 Information des Patienten	71
4.3 Gesundheitsangebote	72
4.4 Verteilung der Patienten in der Notaufnahme	72
4.5 Management des Wartezimmers	72

---

**Kapitel 6 – Auditierung des Ersteinschätzungsprozesses**

Einleitung	75
1. Audit Methode	75
1.1 Vollständigkeit	77
1.2 Genauigkeit	79
2. Auswirkungen auf die Praxis	79
3. Beispiel eines regionalen Audit-Prozesses in England	80
4. Nationales Audit der Ersteinschätzung in Portugal	80

---

**Kapitel 7 – Ersteinschätzung und telefonische Anfragen**

Einleitung	81
1. Ratschlag am Telefon mit MTS-Unterstützung	82
2. Die Entscheidungsfindung	83
3. Erster Ratschlag	86
4. Schmerz	87

5.	Anforderungen an den Anwender .....	88
6.	Zusammenfassung .....	88

---

## Kapitel 8 – Mehr als nur Priorisierung ..... 91

1.	Monitoring physiologischer Parameter .....	91
2.	Weitergehende Nutzung der Ersteinschätzung .....	92
3.	Die Präsentations-Prioritäts-Matrix Darstellung .....	93
3.1	Beschreibung des Prozesses .....	94
3.2	Vervollständigung der Präsentations-Prioritäts-Matrix .....	94
3.3	Die Versorgungsorte .....	95
4.	Zukünftige Verwendungen .....	98
4.1	Zuordnung eintreffender Patienten zu den Fachdisziplinen des Hauses .....	98
4.2	Übernahme des MTS (und ggf. der TTA) in den Rettungsdienst .....	98
4.3	Einsatz des MTS bei Großeinsätzen .....	98

---

## Kapitel 9 – Rechtliche Fragen ..... 99

1.	Ein Blick zurück .....	100
2.	Die Vorgaben aus dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) .....	101
3.	Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19. April 2018 .....	103
4.	Die Vorgaben des Arbeitsrechts .....	108
5.	Die Tätigkeit der Pflegekräfte und anderer nichtärztlicher Mitarbeiter in der Notaufnahme .....	109
6.	Die Auswirkungen einer strukturierten Ersteinschätzung auf den ärztlichen Bereich .....	112
7.	Dokumentation .....	114
8.	Übernahme ärztlicher Tätigkeiten .....	116
9.	Abschließende Betrachtung .....	117
10.	Literatur .....	118

---

## Kapitel 10 – Die Präsentationsdiagramme ..... 121

Glossar .....	237
Notfallpflege, Rettungsmedizin, Pflegeassessment und Pflegeprozess im Hogrefe Verlag .....	250
Sachwortverzeichnis .....	253

# Mitglieder der ursprünglichen Manchester Triage Group

<b>Kassim Ali</b>	Fach-/Oberarzt für Notfallmedizin
<b>Simon Brown</b>	Ltd. Fachpflegende in der Notfallpflege
<b>Helen Fiveash</b>	Ltd. Fachpflegende in der Notfallpflege
<b>Julie Flaherty</b>	Ltd. Fachpflegende in der pädiatrischen Notfallpflege
<b>Stephanie Gibson</b>	Ltd. Fachpflegende in der Notfallpflege
<b>Chris Lloyd</b>	Ltd. Fachpflegender in der Notfallpflege
<b>Kevin Mackway-Jones</b>	Fach-/Oberarzt für Notfallmedizin
<b>Sue McLaughlin</b>	Ltd. Fachpflegende in der pädiatrischen Notfallpflege
<b>Janet Marsden</b>	Ltd. Fachpflegende in der Augennotfallpflege
<b>Rosemary Morton</b>	Fach-/Oberärztin für Notfallmedizin
<b>Karen Orry</b>	Ltd. Fachpflegende in der Notfallpflege
<b>Barbara Phillips</b>	Fach-/Oberärztin für pädiatrische Notfallmedizin
<b>Phil Randall</b>	Fach-/Oberarzt für Notfallmedizin
<b>Joanne Royle</b>	Ltd. Fachpflegende in der Notfallpflege
<b>Brendan Ryan</b>	Fach-/Oberarzt für Notfallmedizin
<b>Ian Sammy</b>	Fach-/Oberarzt für Notfallmedizin
<b>Steve Southworth</b>	Fach-/Oberarzt für Notfallmedizin
<b>Debbie Stevenson</b>	Ltd. Fachpflegende in der Notfallpflege
<b>Claire Summers</b>	Fach-/Oberärztin für Notfallmedizin
<b>Jill Windle</b>	Dozentin für Notfallpflege und Fachpflegende in der Notfallpflege

# Internationale Referenzgruppe

## **Brasilien**

Welfane Cordeiro  
Maria do Carmos Rausch  
Bárbara Torres

## **Deutschland**

Jörg Krey  
Jochen Thiele  
Peter Niebuhr

## **Italien**

Norbert Pfeifer  
Pasquale Sollazzo  
Michael Prantl

## **Mexiko**

Alfredo Tanaka Chavez  
Elisabeth Hernandez Delgadillo  
Noe Arellano Hernandez

## **Norwegen**

Grethe Doelbakken  
Endre Sandvik  
Germar Schneider

## **Österreich**

Stefan Kovacevic  
Andreas Lueger  
Willibald Pateter

## **Portugal**

Paulo Freitas  
Antonio Marques  
Angela Valenca

## **Spanien**

Conxa Oliver Martinez  
Gema Garcia Riestra  
Gabriel Redondo Torres

## **Schweiz**

Dirk Becker  
Christian Ernst  
Elisabeth Simons

# Vorwort der ersten britischen Ausgabe

Tag für Tag stehen die Notaufnahmen der Krankenhäuser einer großen Zahl an Patienten mit einem weitreichenden Spektrum an Beschwerden gegenüber. Die Auslastung variiert von Tag zu Tag, von Stunde zu Stunde, sie hängt von der Zahl der Patienten ab und von deren Beschwerdebilder. Vor diesem Hintergrund ist ein System unabdingbar, welches sicherstellt, dass die Patienten in der Reihenfolge ihrer klinischen Bedürfnisse und nicht in der Reihenfolge ihres Erscheinens gesehen werden.

Im vergangenen Jahr wurden große Anstrengungen unternommen, um im Vereinigten Königreich eine Nationale Triage Skala zu etablieren, vorangegangen waren gleichartige Vorarbeiten in Australien und Kanada. Dieses Buch soll dem die Ersteinschätzung Ausübenden eine feste Struktur an die Hand geben, wenn er die Patienten seiner Notaufnahme nach der nationalen Skala einschätzt. Die Mitglieder der multiprofessionellen Konsensusgruppe hoffen, dass die von ihnen entwickelte Methodologie den Anwendern hilft, den Ersteinschätzungsprozess zu erarbeiten und sie in die Lage versetzt, sowohl valide als auch nachvollziehbare Entscheidungen zu treffen.

Dieses Handbuch enthält das Basiswissen, dass die die Einschätzung Praktizierenden benötigen, um ihre Kompetenz in der Durchführung der Ersteinschätzung auszubauen. Die Autoren hoffen, dass die Anwender dieses Buch als eine hilfreiche Quelle und Gedächtnisstütze empfinden.

Kevin Mackway-Jones, 1996



# Vorwort der dritten britischen Ausgabe

Die Zeit schreitet weiter voran und so ist es mittlerweile etwa 20 Jahre her, dass sich zum ersten Mal eine Gruppe erfahrener Notfallmediziner und -pflegekräfte traf, um Lösungen für das Durcheinander in der Triage in Manchester (GB) zu finden. Wir ahnten nicht, dass die Lösung für unser örtliches Problem robust genug war (und rechtzeitig genug kam), um die Triage-Lösung für ganz Großbritannien zu werden. Und auch in unseren kühnsten Träumen stellten wir uns nicht vor, dass das Manchester Triage System allgemeingültig genug sein würde, um weltweit angenommen zu werden. Zu unserer größten Überraschung sind beide Fantasien Wirklichkeit geworden und das MTS wird in vielen verschiedenen Sprachen eingesetzt, um Jahr für Jahr viele Millionen Hilfesuchende in Notaufnahmen einzuschätzen.

Die Grundprinzipien, die dem MTS zugrunde liegen (Erkennen des Beschwerdebildes des Patienten und eingrenzende Identifizierung der Indikatoren) sind unverändert gültig – aber von Zeit zu Zeit wurde es nötig, einige Anpassungen im Detail vorzunehmen. Die dritte Ausgabe baut auf den Anpassungen der zweiten Ausgabe auf. Berücksichtigt werden die Hinweise, die uns in den letzten Jahren von den Anwendern erreichten (für die wir sehr dankbar sind) sowie die Beiträge von der Internationalen Referenzgruppe, die für eine Erweiterung des Blickwinkels um andere klinische Situationen und Kulturen sorgt. Sie versucht auch die Veränderungen zu integrieren, die sich aus neueren Forschungen und Veränderungen der alltäglichen Praxis in der Notfallversorgung ergeben. Auffälligere Veränderungen bestehen in der Integration von Diagrammen für Unwohlsein bei Neugeborenen und Säuglingen und eine größere evidenzbasierte Veränderung der Eingruppierung von Fiebern bei Kindern. Wir haben die Begriffe und Erläuterungen von Indikatoren dort klarer formuliert, wo es offenbar Probleme gab (so ist der Indikator „Unnormaler Puls“ klarer beschrieben als „Neuer unnormaler Puls“ und die „Bekannte Immunsuppression“ wurde neu formuliert als „Bekannte oder vermutete Immunsuppression“). Wir haben die Gelegenheit auch genutzt, um die Reihenfolge zu standardisieren, in der die Indikatoren innerhalb der Diagramme aufgeführt werden. Trotzdem ist es, wie schon in der zweiten Ausgabe, nur eine kleinere Zahl von Änderungen.

Diese neue Ausgabe versucht weiterhin, die Ersteinschätzung in den Kontext der Veränderungen zu stellen, den viele Notfallversorgungssysteme in aller Welt durchmachen. Die Gestaltung der Notfallversorgung steht weiterhin im Fokus der Aufmerksamkeit der Politik und des Managements. Die Versorgung der zunehmenden Zahlen weniger dringlicher Patienten (die in den meisten Notaufnahmen die größte Zahl ausmacht), ist weiterhin eine Quelle zunehmender Sorgen. Weil sich in Strukturen mit geringen Ressourcen (zu Recht) auf die Patienten mit der höchsten klinischen Priorität konzentriert wird, führt dies zwangsläufig zu einer Verzögerung in der Versorgung von Patienten am anderen Ende der Prioritätsskala. Im Zeitalter der Kundenorientierung ist dies aber nicht akzeptabel, führt es doch zu einer Verschlechterung der Patientenzufriedenheit. Es ist oft leichter, dem klinischen Priorisierungssystem (Triage) die Schuld an den Verzögerungen zu geben, als auf die schlechte Ausstattung des Gesundheitssystems einzugehen. Eine andere aktuelle Mode ist es gegenwärtig, ein dediziertes Ersteinschätzungssystem durch ein krankenhausweites Steuerungs- und Berichtssystem zu ersetzen. Wie nicht anders zu erwarten, wird das Ergebnis eine Erhöhung der Gefährdung für Patienten mit unauffälligen physiologischen Zeichen mit sich bringen, die sich noch in einem frühen Stadium ihres Krankheitsbildes befinden.

Wir waren immer der Auffassung, dass Triage in allen Systemen oder in allen Situationen von vitaler Bedeutung ist, in denen die Nachfrage nach Versorgungsleistungen die Möglichkeiten zur Erbringung übersteigt. Wir sind weiterhin der Auffassung, dass solche Umstände gelegentlich selbst in den bestorganisierten und -ausgestatteten Bereichen vorkommen können, häufiger aber in denen mit den normalen Anforderungen und Ausstattungen. Und so ist eine klinische Priorisierung (egal ob man sie Triage, Ersteinschätzung oder irgendwie anders nennt) eine zentrale Säule des klinischen Risikomanagements in der Notfallversorgung. Dies vollständig außer Acht zu lassen, stellt keine Option dar.

Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Jill Windle  
Manchester, 2013



# Vorwort der ersten deutschen Ausgabe

Die Ambulanzen und Notaufnahmen haben in der Vergangenheit im deutschen Krankenhauswesen ein Schattendasein geführt. Selten wurden sie als eigenständiger Bereich mit hoher Bedeutung für das Krankenhaus wahrgenommen, meistens wurden sie als Anhängsel einer Abteilung gesehen. Die anfallenden Tätigkeiten waren (insbesondere was den ärztlichen Dienst betraf) unbeliebt und wurden meist nur im Vorbeigehen, möglichst von den dienstjüngsten Assistenten, erledigt. Auch wurden die stattfindenden Prozesse nicht auf Optimierungsbedarfe hin betrachtet. Demgegenüber wurden die Prozesse im stationären Bereich der Krankenhäuser mehr und mehr auf Verbesserungsmöglichkeiten betrachtet, in alle Bestandteile zerlegt und auf Qualität, Geschwindigkeit und Wirtschaftlichkeit optimiert.

Durch den zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen verschmelzen die Grenzen zwischen den Versorgungssektoren „ambulant“ und „stationär“. Durch die steigende Vorrangigkeit der ambulanten Behandlung werden nun auch zunehmend die Prozesse und Strukturen der ambulanten und Notfallversorgung betrachtet. Die „Ambulanzwälder“ mancher Krankenhäuser wachsen mehr und mehr zu Zentralen Notaufnahmen zusammen. Und in den Krankenhäusern wächst die Erkenntnis, dass die Ambulanzen die hässlichen Aushängeschilder des Hauses sind, die es durch die Zusammenlegung und Optimierung zu wirklichen Visitenkarten zu machen gilt.

Einer der Prozesse, der damit betrachtet wird, ist das Vorgehen im Zusammenhang mit dem Eintreffen des Patienten. Nicht dass dieser Prozess bisher schlecht durchgeführt wurde – er wurde durchgeführt, nach der persönlichen Qualifikation desjenigen, dem zu begegnen der Patient das Glück (oder Pech) hatte. Wenn dieser Prozess aber für den Patienten von Wert sein soll, dann muss er immer und stets von derselben Qualität, unmittelbar nach dem Eintreffen von dafür qualifiziertem Personal durchgeführt werden. Dies kann nicht der Pförtner des Krankenhauses sein. Die Pflege mit der ihr eigenen Qualifikation der Krankenbeobachtung ist hierfür sehr wohl qualifiziert, der ärztliche Dienst schon überqualifiziert. Das vorliegende System der britischen Manchester Triage Group basiert auf der Berufserfahrung der Pflege, strukturiert das vorhandene

Wissen und legt eine einheitliche Terminologie fest. Damit wird die Ersteinschätzung beim Eintreffen des Patienten strukturiert, kommunizierbar und vergleichbar. Durch die Beschreibung des Prozesses wird das Risiko, dass ein Patient übersehen wird, abgeschafft. Durch die vereinbarten Begriffe wird das Ergebnis verstehbar und vergleichbar. Damit erhöht sich für den Patienten die Sicherheit, dass die Dringlichkeit seiner Beschwerden erkannt und er zeitgerecht der notwendigen Behandlung zugeführt wird.

Das vorliegende Buch ist mehr als „nur“ eine Übersetzung. Die Gedanken, Strukturen und Begriffe des vor mehr als zehn Jahren in Manchester entstandenen und mit der Neuauflage dem medizinischen Fortschritt angepassten Systems sind originalgetreu übernommen worden. Eine Weiterentwicklung geschieht im Rahmen nationaler und internationaler Konsensuskonferenzen, so dass auf der Basis dieses Systems eine europaweite Vergleichbarkeit der Situation in den Notaufnahmen möglich wird. Der begleitende Text und Erläuterungen aber wurden an hiesige Verhältnisse angepasst. Die Anpassungen geschahen dort, wo es aufgrund der andersartigen Versorgungsstrukturen nötig war, nicht aber im System an sich. Dieser Anpassung fielen z.B. die Präsentationsdiagramme für den Massenanfall von Verletzten zum Opfer – sie passen einfach nicht zu den im deutschsprachigen Raum getroffenen Vereinbarungen zum Vorgehen und der Triagierung bei Großschadenslagen. Auch die Ausführungen zur Telefontriage wurden stark verändert. Aufgrund dieser Veränderungen des Textes kann es sich für den Interessierten sehr wohl lohnen, auch einmal das englischsprachige Original zu lesen.

Wir haben die Hoffnung, mit diesen Ausführungen den Mitarbeitern in den Notaufnahmen ein Hilfsmittel zur Erleichterung ihrer Arbeit und zur Verbesserung ihrer Ergebnisqualität zum Nutzen der Patienten zur Verfügung zu stellen. Für Nachfragen und weitere Informationen steht dem Interessierten die Homepage >>[www.ersteinschaetzung.de](http://www.ersteinschaetzung.de)<< zur Verfügung.

Hamburg im Februar 2006

Jörg Krey  
Prof. Dr. med. Heinzpeter Moecke

# Vorwort der aktuellen deutschen Ausgabe

Als wir im Jahr 2004 in Hamburg mit den ersten Schulungen zur Ersteinschätzung mit dem Manchester-Triage-System starteten, haben wir uns nicht zu träumen gewagt, welchen Effekt wir damit auslösen würden. Und obwohl bereits 2005 die Ärztekammer in Hamburg den Gedanken einer Ersteinschätzung in der Notaufnahme, durchgeführt von Pflegenden mit dem Manchester-Triage-System, als ein geeignetes Instrument bewertete und keinerlei Einwände für die Delegation dieser Tätigkeit erhob, war es für den Hogrefe-Verlag (seinerzeit noch Hans Huber Verlag) ein Wagnis, zu diesem völlig neuen Thema das Fachbuch herauszugeben. Heute, bei der Redigierung dieses Buches, sind seit dem Start über 15 Jahre vergangen, lassen sich die Visionäre der damaligen Idee und die unerwarteten Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem erkennen (dies gilt ebenso für Österreich, die Schweiz und Italien).

Treiber und unermüdlicher Unterstützer unserer Vision war Prof. Dr. Heinzpeter Moecke, der im November 2015 leider viel zu früh verstorbene Leiter des Instituts für Notfallmedizin und des Konzernbereichs Medizin und Wissenschaft und Mitglied der deutschen Referenzgruppe Manchester Triage. Seine Visionen trieben uns an und halfen auch noch die hier vorliegende fünfte deutsche Auflage vorzubereiten. Leider kann er ihr Erscheinen und den Erfolg seiner Visionen nicht mehr erleben. Heute, im Januar 2020, ist der Gedanke der Ersteinschätzung in der Notaufnahme in Deutschland und Österreich fest etabliert (in der Schweiz und Italien schon vor dem MTS). In Deutschland ist die Pflicht zur Ersteinschätzung in 2018 gesetzlich verpflichtend geworden, in Österreich ist die Ersteinschätzung im Krankenpflegegesetz bereits als pflegerische Tätigkeit und Kompetenz benannt. Aber nicht nur für die Notaufnahmen, sondern auch für die kassenärztliche Notfallversorgung ist das Thema in seiner Bedeutung gesetzt und anerkannt. Dies gilt nicht nur für die Notfallpraxen, sondern auch für die Einschätzung beim Anruf bei der kassenärztlichen Notfall-Telefonnummer 116117. Wenn wir uns hier auf das Manchester Triage System als gemeinsames System einigen könnten, dann schaffen wir Sicherheit in der Kommunikation an den Schnittstellen zwischen den Versorgern und Sektorengrenzen.

Wenn wir uns heute also über Visionen unterhalten, dann derart, dass wir mit dem Manchester-Triage-System und seinem Schwestersystem zur Telefontriage (dessen Übersetzung im Juli 2019 bei Hogrefe erschienen ist) die Chance haben, einen Standard in der Notfallversorgung zu setzen. Einen Standard, der die Leistungen und den Nachweis der Qualität vergleichbar macht, national, international, in allen Sektoren des Gesundheitssystems.

Dabei ist es wichtig zu erkennen (und zu beachten), dass diese Vergleichbarkeit nur dann gegeben ist, wenn überall dasselbe System als Manchester Triage System bezeichnet wird. Die vorliegende Ausgabe stellt dies sicher, indem ausschließlich konsentrierte Änderungen eingefügt wurden und das System insgesamt bei aller Berücksichtigung der deutschsprachigen Gesundheitssysteme immer noch genau dem britischen Originalentwurf entspricht.

Die vorliegende Version des Manchester Triage Systems, die sogenannte Third Edition, ist keine grundlegende Änderung des Systems. In Details hat sich Wichtiges geändert: Alle Indikatoren sind nun innerhalb der Dringlichkeitsstufen nach dem ABCD-Prinzip sortiert. Es gibt als Ergebnis aus Studien neue Indikatoren zum Sepsisverdacht, zu gefährlichen Fremdkörpern und veränderte kindliche Temperaturindikatoren. Für die Pädiatrien wurde das „Unwohlsein beim Kind“ neu differenziert. Diese und diverse kleinere Änderungen führen dazu, dass die Einschätzungsqualität insgesamt verbessert wird. Die Verzögerungen bei der Editierung der deutschen Ausgabe erlaubten es uns, weitere neue Erkenntnisse zu integrieren, so dass die deutschsprachige Version erneut die aktuellste gedruckte Version des Systems ist.

Hamburg im Januar 2020

Jörg Krey

Jochen Thiele

# Kapitel 1 – Einführung

## Einleitung

Bei der Triage handelt es sich um ein System des Risikomanagements, mit dem der Patientenfluss gesteuert werden soll, wenn die klinischen Anforderungen die vorhandenen Kapazitäten übersteigen. In diesem Sinne wird Triage weltweit beim Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten, bei Großschadenslagen und Katastrophen und in der Militärmedizin eingesetzt. Wenn knappe Ressourcen möglichst vielen Betroffenen zur Verfügung gestellt werden sollen, so bedeutet dies aber auch, dass Einigen nicht geholfen werden kann. In den genannten Situationen wird dies bedeuten, dass den leichtest Betroffenen (wenn überhaupt) wesentlich später eine Behandlung durch die Helfer zuteilwerden wird. Es bedeutet aber auch, dass Schwerstverletzte, die die geringen vorhandenen Kapazitäten in großem Umfang binden würden, wenn überhaupt, eher palliativ medizinisch versorgt werden. Diese Darstellung ist zwar sehr vereinfachend, skizziert den Rahmen aber ausreichend genau, um die Bedeutung darzustellen: Die innerhalb kürzester Zeit zu fällende Entscheidung bedarf aufgrund ihrer Bedeutung für das Leben der Patienten valider Diagnosen, beides bedingt ärztliche Kompetenz für die Entscheidungsfindung.

Außerhalb des deutschsprachigen Raums, insbesondere im angloamerikanischen Raum, wird und wurde Triage auch innerhalb der Kliniken in den Notaufnahmen angewendet. Der Unterschied zwischen dem präklinischen und dem klinischen Einsatz ist groß, dient Triage im klinischen Bereich doch der Identifizierung der Erkrankungsschwere der Patienten, um die Versorgung auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten und vor allem zeitgerecht durchzuführen. Mit anderen Worten ausgedrückt: Bei der Triage in der Notaufnahme gilt es, aus der Vielzahl eintreffender Patienten zuverlässig den Schwerstkranken zu identifizieren, um ihn zuerst zu behandeln.

**Um den Unterschied zwischen den Einsatzbereichen und dem damit verbundenen Unterschied in den Zielen hervorzuheben, wird hier für die Triage in der Not-**

**aufnahme der Begriff „Ersteinschätzung“ analog dem englischen Synonym „Primary Assessment“ benutzt.**

Diese Aufgabe wird durch speziell qualifizierte und für diese Schicht (diese Stunde, die nächsten 2 Stunden, je nach Organisationsform) dafür verantwortliche Pflegekräfte im Rahmen des Empfangs der Patienten durchgeführt und zeigt in Studien eine hohe Validität der Ergebnisse. Im Rahmen von Untersuchungen zur Zuverlässigkeit unterschiedlicher Systeme hat sich gezeigt, dass die besten Ergebnisse bei Systemen mit 5 Dringlichkeitsstufen erzielt werden. Reduziert man die Zahl der Stufen, so ist die Differenzierung der Dringlichkeiten nicht fein genug. Bei mehr als 5 Stufen steigt der Zeitbedarf für die Einschätzung und durch die Vielfalt der Einstufungsmöglichkeiten sinkt die Verlässlichkeit.

Im deutschsprachigen Raum setzt sich in den Notaufnahmen der Gedanke einer strukturierten Ersteinschätzung in zunehmendem Maße durch. Zu Jahresbeginn 2020 kann davon ausgegangen werden, dass mehr als 50 % aller Notaufnahmen dafür auf das nachfolgend beschriebene Manchester Triage System setzen. Aber auch in den Notaufnahmen, die kein dediziertes System einsetzen, werden die Patienten beim Empfang nach ihren Beschwerden gefragt und eine Einschätzung ihrer Erkrankungsschwere durchgeführt. Diese Abschätzung wird anschließend dem ärztlichen Dienst weitergegeben. Da im Unterschied zu der Organisationsform im angloamerikanischen Raum aber jede anwesende Pflegekraft Patienten empfängt, ist diese Abschätzung uneinheitlich, in hohem Maße von der Berufserfahrung der Pflegekraft abhängig und nicht standardisiert dokumentier- und kommunizierbar. Das vorliegende britische Modell der Manchester Triage Group bedient sich der Symptome des Patienten zur Abschätzung, vereinheitlicht die zur Beschreibung benutzten Begriffe und ermöglicht damit eine zweifelsfreie und klare Dokumentation und Kommunikation. Dabei fordert es die Berufserfahrung des Anwenders, ermöglicht ihm/ihr aber auch, dort Einschätzungen zu tätigen, wo erst geringere Erfahrungen vorliegen. Dieses Konzept hat das System für den Pflegedienst anderer Länder mit anderen Gesundheitssystemen so interessant gemacht, dass es sich innerhalb von 20 Jahren seit seiner Entwicklung nicht nur in Großbritannien, sondern darüber hinaus auch in zahlreichen Ländern weltweit durchgesetzt hat. Der Ansatz, die Behandlungsdringlichkeit mit Symptomen zu begründen und auf Diagnosen zu verzichten, macht es auch für die Notaufnahmen des deutschsprachigen Raumes interessant. Es bietet sich die Gelegenheit, einen wirklich europaweiten Standard zu etablieren und damit die Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme in der EU zu erleichtern.

Für die britische Krankenpflege war die Zeit vor dem Manchester Triage System allerdings keine einschätzungsfreie Zeit: Es gab viele verschiedene Systeme mit unterschiedlichen Interpretationen, unterschiedlichen Stufen und verschiedenen Prozessbeschreibungen. Die frühen Systeme der Einschätzung waren eher intuitiv als metho-

disch, daher waren die Ergebnisse weder durch andere Anwender reproduzierbar noch waren sie auditierbar.

Die Gründung der Manchester Triage Group fand im November 1994 statt, Ziel war es, einen Konsens zwischen den leitenden Notfallmedizинern und -pflegekräften zu Standards im Rahmen der Ersteinschätzung zu erzielen. Ziemlich schnell war klar, dass sich die Ziele der Gruppe mit fünf Überschriften darstellen ließen.

- Entwicklung einer gemeinsamen Nomenklatur
- Entwicklung gemeinsamer Definitionen
- Entwicklung einer robusten Ersteinschätzungsmethode
- Entwicklung eines Schulungskonzeptes
- Entwicklung eines Audit-Leitfadens für Triage

Die einzelnen Punkte sollen im Folgenden dargestellt werden.

# 1. Nomenklatur und Definitionen

Die Durchsicht der zu der damaligen Zeit in Großbritannien gebräuchlichen Nomenklaturen und Definitionen zur Ersteinschätzung zeigte erhebliche Unterschiede. Tabelle 1-1 zeigt ein repräsentatives Beispiel. Für jedes Beispielkrankenhaus werden links die Dringlichkeitsstufen und rechts die zugehörige maximale Zeit bis zum ersten Kontakt mit dem behandelnden Arzt angezeigt.

Trotz der vielen Unterschiede gab es aber auch offensichtliche Gemeinsamkeiten zwischen den Zeitstufen der verschiedenen Systeme. In der Tabelle 1-2 sind diese herausgearbeitet.

**Tabelle 1-1:** Unterschiedliche Nomenklaturen und Definitionen

Haus 1		Haus 2		Haus 3		Haus 4	
Name	Zeit (min)	Name	Zeit (min)	Name	Zeit (min)	Name	Zeit (min)
Rot	0	A	0	Sofort	0	1	0
Gelb	<15	B	<10	Dringend	5-10	2	<10
		C	<60	Semi-	30-60		
Grün	<120	D	<120	dringlich			
Blau	<240	E	–	Verzögerung	–	3	–
		FGHI		akzeptabel			

Tabelle 1-2: Gemeinsamkeiten zwischen den Systemen

Priorität	Zeit (min)			
	Einheit 1	Einheit 2	Einheit 3	Einheit 4
1	0	0	0	0
2	<15	<10	5–10	<10
3		<60	30–60	
4	120	<120		
5	<240	–	–	–

Nachdem die den Systemen gemeinsamen Elemente herausgearbeitet waren, war es ein Leichtes, sich auf eine neue gemeinsame Nomenklatur und ein gemeinsames Definitionssystem zu verständigen. Um die gewohnten Bilder und die vorhandenen Erfahrungen abzubilden und ein Wiederfinden zu ermöglichen, wurde jeder der neu geschaffenen Kategorien eine Nummer, eine Farbe und ein Name zugeordnet. Für jede Kategorie wurde das Ideal einer maximalen Wartezeit bis zum ersten Kontakt mit dem behandelnden Arzt definiert. Diese Ableitung der nationalen britischen Triage Skala wurde auf überregionalen Konferenzen mit Vertretern der Notfallpflege und Notfallmedizin kommuniziert.

Mit zunehmender Erfahrung mit unterschiedlichen Ersteinschätzungssystemen haben sich in den letzten 25 Jahren in der ganzen Welt diverse Systeme mit 5 Dringlichkeitsstufen etabliert. Die „grossen Vier“ seien hier genannt, es handelt sich neben dem in diesem Buch dargestellten MTS um die australisch-neuseeländische Australasian Triage Scale (ATS), die Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) und den US-amerikanische Emergency Severity Index (ESI). Die Zielzeiten der Systeme werden national festgelegt und unterscheiden sich untereinander besonders bei den niedrigeren Dringlichkeiten. Sie werden beeinflusst von Politik und Medizin, das grundsätzliche Konzept unterschiedlicher klinischer Prioritäten aber bleibt unverändert. Die neue gemeinsame Nomenklatur und die neuen Definitionen zeigt Tabelle 1-3, dabei wurde die

Tabelle 1-3: Gemeinsame Nomenklatur, Definitionen und Zielzeiten

Nummer	Name	Farbe	Max. Zielzeit in Min
1	Sofort	Rot	0
2	Sehr dringend	Orange	10
3	Dringend	Gelb	30
4	Normal	Grün	90
5	Nicht Dringend	Blau	120



britische Zeitskala nach eingehenden Prüfungen an unsere Gesundheitsstrukturen angepasst. Diese Anpassung ist von den nationalen Referenzgruppen Deutschlands, Italiens, Österreichs und der Schweiz als Standard gesetzt worden. Der Vollständigkeit halber seien die abweichenden britischen Originalzeiten hier benannt: Stufe 3 maximal 60 Minuten, Stufe 4 maximal 120 Minuten und Stufe 5 maximal 240 Minuten.

Hier sei aber nochmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei den Wartezeiten nicht um die Standardwartezeit handelt, sondern um die maximal akzeptable Wartezeit bis zum ersten Kontakt mit dem Arzt.

## 2. Ersteinschätzungsmethode

Grundsätzlich kann eine Einschätzungsmethode versuchen, dem Anwender eine Diagnose, einen Versorgungsweg oder eine Behandlungsdringlichkeit zur Verfügung zu stellen. Die Manchester Triage Group hatte sich von vornherein dafür entschieden, eine Methode zu entwickeln, die eine medizinische Priorität zuweist. Diese Entscheidung fand ihre Begründung in drei wichtigen Erkenntnissen:

Erstens soll die Einschätzung am Eingang der Notaufnahme sowohl das klinische Management des Patienten als auch das Management der Notaufnahme unterstützen, dieses wird durch eine akkurate Zuweisung einer Behandlungsdringlichkeit am ehesten erreicht.

Zum Zweiten ist die Zeitdauer des Kontaktes im Rahmen der Ersteinschätzung begrenzt. Der Versuch, in der Kürze der Zeit eine exakte Diagnose zu finden, ist somit zum Scheitern verurteilt, da dies eher Konsultationen zwischen Behandlern benötigt und keine Ersteinschätzung.

Zuletzt zeigt die Erfahrung, dass eine Diagnose nicht zwingend mit einer bestimmten klinischen Behandlungspriorität einhergeht. Die Behandlungspriorität bildet neben der Diagnose noch weitere individuelle Aspekte Präsentation jedes Patienten ab. So mag ein Patient mit der späteren Entlassungsdiagnose „Distorsion des OSG“ (S93.0) mit starken, mäßigen oder ohne Schmerzen in die Notaufnahme kommen, diese Unterschiede müssen sich in der klinischen Priorisierung wiederfinden.

Das Grundprinzip der in diesem Buch vorgestellte Methode der Ersteinschätzung verlangt von dem Anwender, dass er aus einer Liste von Beschwerdebildern (Präsentationen) auswählt und anschließend eine begrenzte Zahl von Anzeichen und Symptomen auf jeder Stufe der klinischen Dringlichkeit abprüft. Die Anzeichen und Symptome, die die Unterscheidung zwischen den klinischen Prioritäten ermöglichen, werden Indikatoren genannt. Diese Indikatoren sind für jedes Beschwerdebild in Form eines Flussdiagramms dargestellt – den sogenannten *Präsentationsdiagrammen*. Indikatoren, die zu einer höheren Dringlichkeitsstufe führen, werden zuerst abgeprüft, schrittweise wird dann im Ausschlussverfahren die Mehrheit der Patienten bis zur Gruppe mit normaler Behandlungsdringlichkeit (Grün/4) eingeschätzt. Ist auch

diese ausgeschlossen, wird dem Patienten die niedrigste Dringlichkeitsstufe (Blau/5) zugewiesen.

Der Entscheidungsprozess wird in Kapitel 2 dargestellt, die Einschätzungsmethode selbst in Kapitel 3 erklärt.

### 3. Behandlungsdringlichkeit und Patientenmanagement

Zwei Dinge werden gerne miteinander verwechselt: Die klinische Dringlichkeit des Patienten und das klinische Management dieses Patienten. Während Erstere die Sammlung von gerade so viel Informationen über die Beschwerden erfordert, dass der Patient in eine der bereits dargestellten fünf Dringlichkeitsstufen eingeordnet werden kann, erfordert das Zweite ein wesentlich tiefergehendes Verständnis für die Bedürfnisse des Patienten. Das klinische Management wird durch eine große Zahl äußerer Faktoren beeinflusst, wie zum Beispiel der Tageszeit, dem vorhandenen Personal und der Zahl der verfügbaren Betten. Weiterhin wird die Verfügbarkeit spezieller Angebote für bestimmte Patientengruppen (Fachambulanzen, besondere Behandlungsbereiche, etc.) den individuellen Behandlungsweg des einzelnen Patienten entscheidend beeinflussen. Wenn abgegrenzte Versorgungsbereiche für bestimmte Patientengruppen mit eigener Personalausstattung vorhanden sind, so werden diese Bereiche in unterschiedlichen Geschwindigkeiten arbeiten. Dies hat aber keinen Einfluss auf die klinische Priorität des Patienten, die dann eher die Festlegung der Behandlungsreihenfolge des Patienten innerhalb des einzelnen Versorgungsbereiches ermöglicht, als die globale Reihenfolge über alle Versorgungsbereichsgrenzen hinweg. Dies wird in Kapitel 5 detaillierter dargestellt.

### 4. Schulung und Einschätzung

Dieses Buch soll zusammen mit der dazugehörenden Schulung die notwendige Grundlage zur Anwendung einer standardisierten Methode der klinischen Priorisierung liefern. Diese Vorgehensweise hat sich nicht nur bei den Entwicklern in Großbritannien als sinnvoll und erfolgreich erwiesen, sondern auch in vielen anderen Ländern bewährt, die nach einem Standard für die Dringlichkeitseinschätzung in ihren Gesundheitssystemen suchten. Dabei kann nicht erwartet werden, dass mit der Lektüre des Buches und dem Besuch der Schulung sofortige Perfektion in Ersteinschätzung erreicht wird. Durch die Lektüre und die Schulung soll die Methode vorgestellt und ausprobiert werden, die wirkliche Kompetenz in der Benutzung des vorliegenden Materials erwirbt sich die Pflegekraft dann in der praktischen Anwendung. Diesem ersten Schritt zum Erwerb von Kompetenz in der Anwendung der Methode müssen

später individuelle Audits und Evaluationen der jeweiligen Anwendung des Systems folgen.

## 5. Qualitätsprüfung in der Triage

Die Manchester Triage Group unternahm über einige Zeit den Versuch „Marker-Diagnosen“ zu finden. Diese sollten bei einer nachträglichen Betrachtung der Fälle als Merkmal für eine korrekte Eingruppierung der Patienten dienen können. Aus den weiter oben genannten Gründen wurde aber ziemlich schnell klar, dass auch eine retrospektive Kontrolle der Priorisierung auf der Basis einer Diagnose nicht möglich ist.

Für die Zukunft jeder Standardmethode ist die erfolgreiche Einführung einer zuverlässigen Qualitätsprüfung unverzichtbar, muss doch die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse zwischen unterschiedlichen Anwendern und unterschiedlichen Notaufnahmen nachgewiesen werden. Die Details hierzu werden in Kapitel 6 dargestellt.

## 6. Mehr als nur Ersteinschätzung in der Notaufnahme

Das Konzept der Ersteinschätzung (Feststellung klinischer Bedürfnisse als Methode des klinischen Risiko-Managements) und der in diesem Buch dargestellte Prozess (Identifizierung eines Beschwerdebildes mit anschließender reduktiver Indikatorsuche) kann in vielen Umgebungen angewendet werden und beschränkt sich in seiner Anwendbarkeit nicht nur auf Zentrale Notaufnahmen. In einigen Bereichen (z.B. in internistischen, chirurgischen, pädiatrischen Ambulanzen) kann das System in exakt derselben Weise wie in der Zentralen Notaufnahme eingeführt werden. Der Einsatz ist aber auch in anderen Umgebungen (Hausarztpraxen, Notfallpraxen, Rettungswagen) denkbar, hier kann es auch den Erstkontakt am Telefon unterstützen. Dabei kann das Manchester Triage System (wie in Kapitel 7 dargestellt) in modifizierter Form eingesetzt werden.

Die im Rahmen der Ersteinschätzung gesammelten Informationen können außerdem vielfältig genutzt werden, um die Patientenversorgung zu verbessern. So ist es für den Arzt von großer Wichtigkeit, jede Veränderung im Status des Patienten so früh wie möglich zu erkennen. In manchen Versorgungsbereichen sind zu diesem Zweck Systeme wie Early Warning Scores als strukturierte Frühwarnsysteme eingeführt worden. Die „A B C D“-Indikatoren des Manchester Systems können in der Notaufnahme zu diesem Zweck eingesetzt werden. Das Monitoring der Vitalparameter (wie dargestellt in Kapitel 8) stellt damit ein intuitives System für Ersteinschätzende in der Notaufnahme dar, das die Dynamik der Einschätzung betont und zeigt, dass jede Maßnahme eine einschätzende Maßnahme ist.

Einigen Anwendern des Systems mag es aufgefallen sein, dass das Ergebnis des Prozesses „Auswahl Präsentationsdiagramm – Zuordnung Dringlichkeitsstufe“ zu einer Zuordnung der Patienten in eines von 265 Feldern einer 53x5 Felder Präsentation-Dringlichkeit-Matrix führt. Diese Sortierung kann zur Zuordnung von bestimmten Indikatoren und Präsentationen zu unterschiedlichen Versorgungsbereichen genutzt werden. So kann die Präsentationsdiagramm-Indikator-Kombination „Wunden – Grün“ einer Raumgruppe „Kleine Behandlungen“ zugeordnet werden, während die Kombination „Thoraxschmerz – Orange“ zur Raumzuweisung „Schockraum“ führen wird. Dieses Konzept wird detaillierter in Kapitel 8 dargestellt.

## 7. Zusammenfassung

Die Ersteinschätzung ist ein wesentliches Element des klinischen Risiko-Managements in allen Notaufnahmen, sobald die klinischen Anforderungen die zur Verfügung stehenden klinischen Ressourcen übersteigen. Da der Eintritt dieses Moments nicht vorhersehbar ist, ist eine kontinuierliche Durchführung der Ersteinschätzung unabdingbar. Mit der Ersteinschätzung wird ein System zur Verfügung gestellt, das eine vermittelbare und überprüfbare Methode zur Zuordnung einer klinischen Behandlungsdringlichkeit in Notfallbereichen bietet. Das System ist dabei nicht so konzipiert, dass es zeigt, ob ein Patient in die Notaufnahme gehört oder nicht, es soll ausschließlich sicherstellen, dass der, der Hilfe benötigt, diese auch schnell genug bekommt. Es hat sich gezeigt, dass das Manchester Triage System zusätzliche Möglichkeiten neben der Dringlichkeitseinstufung bietet, wenn es zur Qualitätskontrolle der Versorgung oder zur Wegweisung in Räume unterschiedlicher Versorgungsintensität genutzt wird. Dies alles hängt aber von örtlichen Anforderungen und Gegebenheiten ab.