Ersteinschätzung – es geht nicht nur um die Zehn-Minuten-Frist

Die Ersteinschätzung hat seit Festlegung der Zehn-Minuten-Frist im Beschluss des Gemeinsamen Bundestagsausschusses (G-BA) zur gestuften Notfallversorgung ein besonderes Gewicht bekommen und alles fokussiert sich auf die Einhaltung dieser Zeitspanne. Das Verfehlen dieser Marke kann über Bestehen oder Durchfallen bei der Prüfung der Notfallversorgungsstufe durch den Medizinischen Dienst entscheiden.

Da es (bisher) keine Toleranzspanne gibt, sondern nur ein Alles-oder-Nichts-Prinzip– alle in 10 Minuten oder das war's – wird vielerorts der gesamte Prozess auf den Zeitfaktor ausgerichtet. Dies birgt Gefahren für die Qualität und das ursprüngliche Ziel der Ersteinschätzung: dem richtigen Patienten zur richtigen Zeit den richtigen Ort und die richtigen Ressourcen zuzuweisen. Die Bedeutung dieses Ziels ist gerade in den Zeiten zunehmend überfüllter Notaufnahmen mit knappen räumlichen Kapazitäten sowie Personalengpässen im pflegerischen und ärztlichen Bereich nicht zu unterschätzen.

Die Ersteinschätzung ist ein wichtiges Instrument des Risikomanagements und der Patientensicherheit. Noch vor wenigen Jahren gab es viele Notaufnahmen, in denen Ersteinschätzung nur zu bestimmten Zeiten, z. B. wochentags von 10–17 Uhr, möglich war. Dieses erscheint heutzutage unvorstellbar, Ersteinschätzung wird inzwischen „immer und überall, rund um die Uhr" durchgeführt.

Gute Ersteinschätzung braucht Zeit und Manpower

Dadurch ist ein erheblicher Personalbedarf entstanden, dieses Personal braucht Schulung und klinische Erfahrung. Nicht umsonst werden in angloamerikanischen Ländern nur die erfahrensten Pflegekräfte als Triage Nurses eingesetzt. Kontinuierliche Fortbildung, die strikte Adhärenz an das Ersteinschätzungssystem ohne lokale „Anpassungen" sowie die regelmäßige Überprüfung des Prozesses mit internen Audits sind notwendig. Der Zeit- und Personalaufwand hierfür muss bei der Personalbedarfsplanung berücksichtigt werden. Bei Rekord-Inanspruchnahme der Notaufnahmen mit 12,4 Millionen Notfallpatienten im Jahr 2023 [1] wird bei fehlenden Personaluntergrenzen für das Pflegepersonal und dünner ärztlicher Besetzung gerade auf diese Aufgaben häufig verzichtet. Damit sind erhebliche Qualitätsverluste bei der Ersteinschätzung absehbar.

Verlässlichkeit der Dringlichkeitsstufe – keine triviale Angelegenheit

Bisher ist vielen, gerade ärztlichen Kolleg*innen nicht bewusst, dass man der auf dem Bildschirm angezeigten Dringlichkeitsstufe nicht blind vertrauen sollte. Viele Studien haben gezeigt, dass bei bis zu einem Drittel der Fälle eine Fehltriage vorliegt, davon sind ein Drittel übertriagiert und zwei Drittel untertriagiert [2]. Untertriage betrifft und gefährdet besonders ältere Menschen sowie Säuglinge und Kleinkinder und kann morbiditäts- und mortalitätsbeeinflussend sein. Ebenso konnte gezeigt werden, dass eine hohe Auslastung der Notaufnahmen die Ersteinschätzung negativ beeinflusst. Schulungen und strukturierte Audits können die Robustheit des Ersteinschätzungssystems stärken [3], ein Ergebnis, das besonders wichtig ist, da bisher keinen definierten Goldstandard für die Ersteinschätzungssysteme gibt.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Einbindung künstlicher Intelligenz – Nutzen und Risiken

Für mehr Robustheit kann auch eine algorithmenbasierte, elektronische Unterstützung sorgen. Künstliche Intelligenz (KI)-Programme sind als Ergänzung zur menschlichen Triage geeignet, um das Personal zu entlasten und die Effizienz zu verbessern, da diese ermüdungsfrei und ohne subjektive Färbung auch bei hohen Patientenaufkommen arbeiten. Dies konnte bereits für den US-amerikanischen Raum gezeigt werden [4]. Aber sie sind nicht in der Lage, Ersteinschätzung eigenständig durchzuführen. Bisher zeigten in Anwendungsstudien viele Systeme nicht die gleiche Zuverlässigkeit und Genauigkeit wie Pflegekräfte. Darüber hinaus muss dem Anwender bekannt sein, welchen Dateninput die Systeme und welchen die Pflegekräfte verwenden sowie für welches Ziel das KI-Modell trainiert wurde. Kliniker müssen geschult werden, um die Ergebnisse von KI-Programmen richtig zu interpretieren und zu wissen, wann menschliches Urteilsvermögen erforderlich ist, um die endgültige Triage-Entscheidung zu treffen [5].

Um es mit den Worten spanischer Kollegen zu sagen: „Wenn die Ersteinschätzung funktioniert, dann funktioniert die Notfallversorgung, weil die Mitarbeiter wissen, dass der Patient, den sie gerade behandeln, derjenige ist, der am dringendsten behandelt werden muss, und dass die Patienten dort sind, wo sie sein müssen.“ [6].

Das ist unser Ziel, daran müssen wir arbeiten! Kontinuierliche Re-Evaluation, Schulung, Forschung und digitalen Innovationen helfen uns dabei.

Ihre Herausgeber

Sylvia Schacher – Ingo Gräff - Michael Bernhard – Frank Eifinger - Thomas Henke – Philipp Kümpers – Bernhard Kumle – Dominik Michalski– Benjamin Ondruschka – Martin Pin

Literatur

[1] Thieme kma Online. Zwölf Millionen Fälle: Rekordjahr 2023 – Nie meldeten Notaufnahmen mehr Patienten. Stand: 10.12.2024. Zugriff am 28. Dezember 2024: https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/rekordjahr-2023-nie-meldeten-notaufnahmen-mehr-patienten-53116

[2] Jordi K, Grossmann F, Gaddis GM. Nurses' accuracy and self-perceived ability using the Emergency Severity Index triage tool: a cross-sectional study in four Swiss hospitals. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine 2015; 23: 62

[3] Tam HL, Chung SF, Lou CK. A review of triage accuracy and future direction. BMC Emerg Med 2018; 18: doi:10.1186/s12873-018-0215-030572841

[4] Ivanov O, Wolf L, Brecher D. Improving ED Emergency Severity Index Acuity Assignment Using Machine Learning and Clinical Natural Language Processing. J Emerg Nurs 2021; 47: 265 – 278.e7 doi:10.1016/j.jen.2020.11.001

[5] Lebold KM, Preiksaitis C. Is Artificial Intelligence Ready to Take Over Triage? Annals of Emergency Medicine 2024; 83: 500 – 502 doi:10.1016/j.annemergmed.2024.03.01138642978

[6] Fernandez A, Mintegi S. If triage works, the ED works. An Pediatr (English version) (Barc) 2024; 101: 367 – 369 doi:10.1016/j.anpede.2024.10.01439567295

Notaufnahme up2date 2025; 7: 111–112 | © 2025. Thieme. All rights reserved.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.