



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit und Pflege
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

**Die Integration des Manchester-Triage-System in
den Prozessablauf „Walk-In-Patient“ der Zentralen
Notaufnahme am Dietrich Bonhoeffer Klinikum**

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of nursing and administration

Vorgelegt von: Pröfrock, Peter

Erstkorrektor: Prof. Dr. Roman Oppermann

Zweitkorrektor: Rajko Pflügel, M. Sc.

Tag der Einreichung: 24.11.2009

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2009-0430-6



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Anhangsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
1.1 Problemstellung und Forschungsfrage	2
1.2 Methodik	2
1.3 Zielstellung	3
2. Rahmenbedingungen Zentraler Notaufnahmen in Deutschland	4
2.1 Der Versorgungsauftrag	4
2.2 Der ambulante Versorgungssektor	5
2.3 Probleme in der Notfallversorgung	6
3. Notfallmedizin im Wandel	9
3.1 Aktuelle Diskussionen	9
3.2 Aktuelle Aufgabenverteilung in der Notfallmedizin	12
3.3 Das Manchester-Triage-System	17
4. Integration der Behandlungsdringlichkeitseinschätzung in den Prozessablauf „Walk.-In Patienten“	23
4.1 Strukturelle Integration	23
4.2 Organisatorische Integration	27
4.3 Personelle Voraussetzungen	28
4.4 Prozessuale Einbettung	32
5. Zusammenfassung und Kritik	33
6. Literaturverzeichnis	35
7. Anhang	IV
Eidesstattliche Erklärung	X



Abkürzungsverzeichnis

ATS	Australien Triage Scale
BÄO	Bundesärzteordnung
CHÄ	Chefärztin
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
DBK	Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	Diagnosis Related Groups
ESI	Emergency Severity Index
FM	Fallmanagement
MA	Mitarbeiter
M.Sc.	Master of Science
MTS	Manchester Triage Scale
NA	Notaufnahme
NTS	National Triage Scale
SGB	Sozialgesetzbuch
VAS	Visuelle Analog Skala
ZNA	Zentrale Notaufnahme



Anhangsverzeichnis

Anhang 1 „Dokumentationsbogen Ersteinschätzung“ der „Deutschen Gesellschaft für Ersteinschätzung“	IV
Anhang 2 „Patientenbegleitbogen“ der Zentralen Notaufnahme am Dietrich Bonhoeffer Klinikum	V
Anhang 3 „Soll-Visualisierung“ des Prozesses „Walk-In-Patient“	VI
Anhang 4 „Generelle Indikatoren“ in Anlehnung an Mackaway/Jones.....	IIIX
Anhang 5 Generelle Indikatoren, angepasst an die Belange der ZNA am DBK	IX

1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit beschreibt die konzeptuelle Integration des Manchester-Triage-Systems in die Zentrale Notaufnahme (ZNA) am Dietrich Bonhoeffer Klinikum (DBK). Sie begleitet die aktuellen Veränderungsvorhaben der ZNA des DBK auf eine mitgestaltende und beschreibende Art und Weise. Die Veränderungsvorhaben wurden aus unterschiedlichen äußeren Zwängen, wie z.B. dem demographischen Wandel oder den beobachtbaren ansteigenden Patientenzahlen, aber auch aus der Notwendigkeit zur Effizienz und Effektivität vor dem Hintergrund der Einführung der „Diagnosis Related Groups“ (DRG) initiiert. So soll eine adäquate und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen optimal gestaltet werden.

Im Fokus dieser Bachelorarbeit steht somit die prozessuale Einbettung des Manchester-Triage-Systems (MTS) in den Patientenversorgungsprozess von Walk-In-Patienten am DBK. Dazu sind Entwicklungen auf drei Ebenen nötig: auf der strukturellen, der organisatorischen und der personellen Ebene.

Um auf diese drei Ebenen eingehen zu können, erscheint es notwendig, vorweg die thematisch wichtigsten aktuellen Diskussionsthemen einiger Autoren des Notfallmedizinischen Bereiches, die Aufgabenverteilung in der Notfallmedizin selbst und die historische Entwicklung von der Triagierung beziehungsweise des MTS zu beschreiben. Diesen Darstellungen wird eine Vorstellung der Rahmenbedingungen Zentraler Notaufnahmen in Deutschland und die Darstellung von Schnittmengen mit der speziellen Situation der ZNA des DBK folgen. Auf dieser Basis werden schließlich die drei zu verändernden Ebenen Struktur, Prozess und Personal in der ZNA hin zu ihrem Soll-Zustand beschrieben.

Das Ergebnis wird schließlich in einem Flussdiagramm dargestellt welches die Integration des MTS als Soll-Visualisierung aufzeigt.

Um ein einfaches Lesen zu begünstigen wurde im Text die männliche Form verwendet. Das soll nicht bedeuten, dass nicht auch Frauen maßgeblich in der Notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung tätig sind und soll niemanden diskriminieren.

1.1 Problemstellung und Forschungsfrage

Die Problemstellung und Motivation zur Themenwahl „Integration des Manchester-Triage-System in den Prozessablauf „Walk-In-Patient“ der ZNA am DBK“ ergab sich zum Einen aus der nötigen Erstellung eines Konzeptes und zum Anderen aus der Notwendigkeit der schriftlichen Fixierung dieses Konzeptes. Das MTS selbst ist im Standardwerk „Ersteinschätzung in der Notaufnahme“ ausführlich beschrieben. Dieses Buch reicht jedoch für eine Integration nicht aus, da es ausschließlich Empfehlungen enthält. Die Autoren geben den Hinweis, dass das MTS an die besonderen Belange der einzelnen Notaufnahmen (NA) angepasst werden muss¹. Somit stellte sich die Frage: „Welche Änderungen in den Strukturen, der Organisation und der personellen Beschaffenheit sind nötig, um das MTS in die ZNA am DBK zu integrieren?“. Daraus ergibt sich eine konzeptuelle Beschreibung und ein schriftlich hinterlegtes und ausdifferenziertes Konzept. Dieses wird die veränderten Arbeitsprozesse transparent und somit diskutierbar machen. Das in dieser Bachelorarbeit beschriebene Umsetzungskonzept bildet gewissermaßen eine gemeinsame Basis und daher eine Diskussionsgrundlage für alle teilnehmenden und interessierten Disziplinen. Folglich ist es nicht als statisch zu betrachten, sondern vielmehr als Ausgangspunkt für die Gestaltung einer optimalen und angepassten Patientenversorgung aus multiprofessioneller Sicht im Rahmen aktueller und sich ändernder Umweltverhältnisse.

1.2 Methodik

Die Methodik besteht zum Ersten in einer Literaturrecherche der einschlägigen, die Ersteinschätzung thematisierenden Werke. So sollen einerseits Begrifflichkeiten geklärt und andererseits strukturelle, personelle und prozessuale Voraussetzungen zur Ersteinschätzung herausgestellt werden.

Zum Zweiten wird durch einen Vergleich mit den bestehenden Strukturen und Prozessen ermittelt, inwiefern und an welchen markanten Punkten der strukturellen, personellen und prozessualen Ebenen die ZNA einer Umstrukturierung zur Einführung der Ersteinschätzung bedarf. Hierbei sind die Arbeitsergebnisse und

¹ Vgl. Mackway-Jones, K. et al, 2006, S. 24

Erfahrungen des geleisteten Praxissemesters im SS 09 insofern hilfreich, als dass Haupt- und Hintergrundprozesse der ZNA in der Patientenversorgung bereits bekannt und zum Teil beschrieben bzw. visualisiert worden sind.

Durch eine enge Zusammenarbeit und Rücksprache mit Chefärztin (CHÄ) Dr. Tanzer und dem Team der ZNA wird ermittelt, welche Handlungsräume der drei Ebenen bei der Implementierung der Ersteinschätzung wie genutzt werden sollen. Durch die Zusammenarbeit mit Rajko Pfügel, M. Sc., dem Leiter des Fallmanagements am DBK und die Literaturrecherche konnten die nötigen Personalkompetenzen ermittelt und beschrieben werden.

1.3 Zielstellung

Das Ziel dieser Arbeit besteht zum Einen in einem verständlich beschriebenen und visualisierten Konzept zur Ersteinschätzung in der ZNA des DBK. Somit soll eine transparente und nachvollziehbare Prozessbeschreibung für die Mitarbeiter und alle Interessierten entstehen und dadurch die Implementierung erleichtert und vorangetrieben werden eventuell entstehende Verständnisschwierigkeiten können so aktiv angegangen werden. Weiterhin soll die Prozessbeschreibung mit der Visualisierung eine Diskussions- und Entwicklungsgrundlage für alle Beteiligten bilden, um den Patientenversorgungsprozess nachhaltig zu gestalten und an sich verändernde Umstände anzupassen, ohne den Patienten dabei aus dem Mittelpunkt der Versorgung zu rücken.

Des Weiteren wurde im Rahmen dieser Bachelorarbeit das Assessment- und Dokumentationsinstrument „Patientenbegleitbogen“ der ZNA dahingehend weiterentwickelt, als dass die Belange einer Ersteinschätzung nach dem MTS und die Bedürfnisse der zukünftigen Anwender eingearbeitet wurden.

2. Rahmenbedingungen Zentraler Notaufnahmen in Deutschland

Die Zentralen Notaufnahmen in Deutschland sehen einer Anzahl von Veränderungen entgegen. Diese gründen auf der Einführung der DRG und dem damit verstärkten Wettbewerbsdruck, dem demographischen Wandel und den Veränderungen der ambulanten Versorgungslandschaft.

Der folgende Abschnitt beginnt mit einem Abriss über den Versorgungsauftrag und der Schilderung der heutigen und der zu erwartenden Probleme in der Notfallversorgung selbst vorangehen. Dem schließt sich eine Beschreibung der Verhältnisse im ambulanten Sektor und deren mögliche Auswirkungen auf die Zentralen Notaufnahmen an.

2.1 Der Versorgungsauftrag

Die Gesetzgebung für Notfallmedizinische Versorgung fällt nach den §§ 30 und 70 des Grundgesetzes in die Gesetzgebungskompetenz der Länder. Darauf basiert das Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Mecklenburg-Vorpommern. Über die Rettungsdienste ist die notfallmedizinische Versorgung jedes Bürgers zu jedem Zeitpunkt an jedem erdenklichen Ort sicherzustellen. Als Partner der Rettungsdienste fungieren die Krankenhäuser, denn jedes öffentlich zugängliche Krankenhaus hat, unabhängig vom Träger, einen Versorgungsauftrag der Bevölkerung. Ausgeschlossen sind Rehabilitationseinrichtungen und spezielle private Kliniken. Diese stellen allerdings einen geringen Teil der Krankenhauslandschaft in Deutschland dar und werden daher im Folgenden vernachlässigt.

Der Versorgungsauftrag der Kliniken ergibt sich aus §3 des Landekrankenhausgesetzes für Mecklenburg-Vorpommern. Demnach haben die Krankenhäuser eine Dienst- und Aufnahmebereitschaft sicher zu stellen². Weiterhin besteht die Verpflichtung der Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten. Diese Verpflichtung wird ebenfalls durch die Landesgesetze der Bundesländer formuliert und ist für Mecklenburg-Vorpommern im §4 des Landekrankenhausgesetzes festgeschrieben.

² LKHG-MV, in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.05.2002

Die in Punkt 3.1 erläuterten Entwicklungsbestrebungen und Diskussionen fußen auf den aktuellen Rahmenbedingungen und den im Nachfolgenden erläuterten weiteren Hintergründen der Zentralen Notaufnahmen in Deutschland.

2.2 Der ambulante Versorgungssektor

Die hier tätigen Vertragsärzte gliedern sich in Kassenärzte und Fachärzte, im allgemeinen Sprachgebrauch Hausärzte und Fachärzte genannt. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen ergeben sich im Allgemeinen aus dem zweiten Abschnitt des SGB V. In diesem Abschnitt ist neben dem Umfang der Versorgung und Regelungen zur ambulanten Versorgung der so genannte Sicherstellungsauftrag formuliert. Der Sicherstellungsauftrag bezieht sich zum Einen auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung durch die Vertragsärzte³. Zum Anderen geht es um die sprechstundenfreien Zeiten, in denen eine vertragsärztliche Versorgung, der so genannte Notdienst, gewährleistet werden muss⁴. Der vertragsärztliche Notdienst steht für solche Erkrankungen zur Verfügung, mit denen Patienten sich in den Sprechzeiten an ihren niedergelassenen Arzt wenden würden, deren Behandlung allerdings keinen Aufschub duldet. Die Abgrenzung zum Rettungsdienst entsteht über Fälle, in denen der Verdacht einer vitalen Bedrohung besteht. Diese bedarf einer sofortigen ärztlichen Behandlung und ist somit Teil des Rettungsdienstes⁵.

Die individuelle Entscheidung eines Patienten, sich durch den ärztlichen Notdienst oder eine klinische Notaufnahme versorgen zu lassen ist abhängig von seiner Krankheitsschwere und der damit verbundenen empfundenen Behandlungsdringlichkeit. Der Blick auf die steigenden Patientenzahlen im nächsten Abschnitt lässt vermuten, welche Versorgungsform durch die Bevölkerung favorisiert wird, wenn es um die Inanspruchnahme einer medizinischen Versorgung außerhalb von Sprechstundenzeiten und in akuten Fällen geht. Diese Entwicklung ist nicht verwunderlich und an dieser Stelle ist auf die grundsätzliche Wahlfreiheit der Patien-

³ SGB V, §72, Absatz 2, S.1

⁴ SGB V, §75, Absatz 1, S.2

⁵ Vgl. <http://www.kvmv.info>

ten hinzuweisen, welche durch ein Urteil des Bundessozialgerichtes vom 06.09.2006 bestätigt wurde⁶. Der Blick nach Großbritannien zeigt Folgendes: Patienten die sehr lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, bevor sie behandelt werden, versuchen diese Lücke durch die Inanspruchnahme der Notaufnahmen zu kompensieren⁷. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Bevölkerung in der Regel ein großes Vertrauen in die Erreichbarkeit der klinischen Notaufnahmen rund um die Uhr aufweist⁸.

Im nächsten Abschnitt wird auf die Probleme in der Patientenversorgung aus notfallmedizinischer Sicht eingegangen.

2.3 Probleme in der Notfallversorgung

Hausärztemangel

Auch vor den Hausärzten macht der demographische Wandel nicht halt und es entstehen leere Praxen, die durch junge Ärzte nur unzureichend besetzt werden. Aufgrund verschiedener Umstände sind nach Aussagen der Kassenärztlichen-Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 25% der Hausarztsitze in Mecklenburg-Vorpommern derzeit nicht besetzt. Die Gründe für den Mangelnden Nachwuchs liegen zum einen in der finanziellen Vergütung. Diese ist in Westdeutschland noch bis 20% höher. Des Weiteren geht die Niederlassung mit Unsicherheitsfaktoren und finanziellen Risiken einher. Anreizsysteme, wie Werbekampagnen im Ausland oder finanzielle Unterstützung, kompensieren den Mangel zurzeit nicht⁹. Wenn man die Gründe für die fehlende Zahl von besetzten Praxen bedenkt wird klar, dass sich die Situation in nächster Zeit nicht drastisch ändern wird.

Die Wirkung des Hausärztemangels zeigt sich in einer limitierten Versorgung von Menschen in ländlichen Gebieten und führt zu einer größeren Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Rettungsdiensten.

Des Weiteren ziehen sich niedergelassene Ärzte aus der Notfallbehandlung zurück und überlassen diesen Bereich wiederum den Rettungsdiensten und Notaufnahmen¹⁰.

⁶ B 6 KA 31/05 R

⁷ Vgl. Mackway-Jones et al, 2006, S.78

⁸ Vgl. Walter, B. et, al, 07/2007, S. 657 ff

⁹ Vgl. Korzillius, H., 02/2008, S.373

¹⁰ Vgl. Fleischmann, T., 04/2009, S. 26

Demographischer Wandel

Der demographische Wandel stellt einen weiteren kritischen Faktor in der Notfallmedizin dar und spielt auch hier eine wichtige Rolle¹¹. In den kommenden Jahren ist auch in den Notaufnahmen mit älteren Patienten zu rechnen, die mehrdimensionale Krankheitsbiografien mit sich bringen und einer komplexen Behandlung bedürfen. Es hat sich gezeigt, dass ein Drittel der Zunahme an Rettungsdiensteinsätzen von 1994/1995 zu 2004/2005 auf den demographischen Wandel zurück zu führen sind¹². Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Patientengruppe zu atypischer Symptomatik, doppelt so häufig unerwünschten Nebenwirkungen bei Medikamenten und kognitiven Störungen neigt¹³.

Dies zeigt, dass komplexe Patientensituationen erwartet werden können, die mit einem hohen medizinischen und pflegerischen Ressourceneinsatz einhergehen.

Steigende Zahlen der zu versorgenden Patienten

Die Anzahl der zu versorgenden Patienten nimmt in den letzten Jahren zu und es wird erwartet, dass dieser Trend beibehalten wird¹⁴. Die Zuwachsrate der Patientenkontakte in 2007 lag bei 8%¹⁵. Im Jahr 2007 wurden in Notaufnahmen 12 Millionen Patienten behandelt¹⁶. Gründe hierfür ergeben sich wie im vorigen Abschnitt benannt aus langen Wartezeiten im ambulanten Sektor, dem demographischen Wandel und dem Hausärztemangel. Somit kann gesagt werden, dass das Fehlen an alternativer Behandlungseinrichtungen und Versorgungsinstanzen die Zahl der selbstständig vorstellig werdenden Patienten ansteigen lässt¹⁷. Die Notaufnahme wird in diesem Zusammenhang auch als „offene Tür“ einer Klinik bezeichnet. Dieser Trend in der wachsenden Anzahl der zu versorgenden Patienten ist auch in der ZNA am DBK zu beobachten. Die Anzahl der zu versorgenden Patienten hat sich von rund 22.000 Patienten im Jahr 1998 auf rund 28.000 im

¹¹ Vgl. Madler, C. et al, 1/2009, S. 13

¹² Vgl. Behrendt, H. et al, 6/2008, S. 47

¹³ Vgl. Madler, C. et al, 1/2009, S. 15

¹⁴ Vgl. Krey, J., 5/2007, S.335

¹⁵ Vgl. Brachmann, M. et al, 06/2009, S. 257

¹⁶ Vgl. Brachmann et al., 2008, S.1

¹⁷ Vgl. Angstwurm, M. et al, 11/2001, S. 1462

Jahr 2007 gesteigert. Es wird damit gerechnet, dass die Anzahl von 30.000 Patienten in den nächsten Jahren überstiegen wird¹⁸.

Wirtschaftliche Aspekte

Die Einbindung von Notaufnahmen in den Klinikkontext lässt den wirtschaftlichen Druck, dem die Kliniken seit der Einführung der DRG's ausgesetzt sind, aus zwei Gründen auch auf den notfallmedizinischen Bereich wirken. Zum Einen werden Notaufnahmen als die Visitenkarte eines Klinikums gesehen und sind somit ausschlaggebend für das Image. Sie sind die erste Anlaufstelle für eine Vielzahl von Patienten und vermitteln so den ersten Eindruck^{19 20}. Dies ist besonders vor dem Hintergrund der Wahlmöglichkeit der Patienten und hinsichtlich der Patienten- und Angehörigenzufriedenheit ein relevanter Aspekt.

Zum Zweiten werden bis zu 50% der stationär zu versorgenden Patienten über die Notaufnahmen in die klinischen Versorgungsprozesse geleitet²¹. Eine ähnliche Zahl trifft auch für das DBK zu. Damit stehen die Notaufnahmen in der Position, vom Versorgungsbeginn an eine adäquate Patientensteuerung anstoßen zu können. Gemeint ist damit einerseits die Versorgung innerhalb der Notaufnahmen und andererseits die Zuweisung des Patienten zur richtigen klinischen Fachdisziplin. So kann maßgeblicher Einfluss auf die Verweildauer, die Fehlbelegungsrate und den Abteilungswechsel innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes genommen werden²². Dies geht mit der Vermeidung von Irrwegen und dem Sparen von wichtigen Ressourcen einher²³.

Geringere Behandlungsschwere der „Walk-In-Patienten“

Mehr als die Hälfte der zu behandelnden Patienten werden dabei durch die Gruppe der Walk-In-Patienten vertreten. Dies sind Patienten, welche die NA ohne die in Anspruchnahme des Rettungsdienstes erreichen und zum größeren Teil keine

¹⁸ Dabei konnte im Praxissemester am DBK in einer Prozessanalyse durch Grigo, M., Pflügel, R. und Pröfrock, P. ermittelt werden, dass 69,9% von 1792 Patienten Walk-In-Patienten waren. Der tatsächliche Anteil fällt wahrscheinlich etwas anders aus, da n=1792 nur 74,1% aller Patienten im untersuchten Zeitraum von vier Wochen entspricht. Bei den fehlenden 625 Patienten konnte kein Zugangsweg ermittelt werden.

¹⁹ Vgl. Francois-Kettner, H.: Die richtigen Berufsgruppen in der ZNA – ein berufspolitisches Statement. Aus einer Niederschrift zum 6. Symposium der Bundesarbeitsgemeinschaft ZNA.

²⁰ Vgl. Leng, S. et al, 04/2008, S.36

²¹ Vgl. Gimmler, C. et al, 06/2008, S.101

²² Brachmann et al., 2008, S.1

²³ Vgl. Gimmler, C. et al, 6/2008, S.102

wirklichen Notfallpatienten sind, da sie keine sofortige Behandlungsdringlichkeit aufwiesen bzw. nicht vital bedroht sind²⁴. In diesem Zusammenhang wird in Fachkreisen vom „Missbrauch durch Nicht-Notfall Patienten“ gesprochen²⁵, da diese die hoch qualifizierte Notfallversorgung in Anspruch nehmen und Ressourcen binden, die für die Akutversorgung vorgesehen sind.

3. Notfallmedizin im Wandel

In Kapitel 2 wurden die sich ändernden Rahmenbedingungen der NA beschrieben. Auf diesen gründen die aktuellen Diskussionen um die Gestaltung der NA in Deutschland. Die sich daraus ergebenden Entwicklungstrends werden im Folgenden aufgezeigt.

Im daran anschließenden Abschnitt der Aufgabenverteilung wird deutlich, welche Berufsgruppen derzeit mit welchen Aufträgen in der Notfallmedizin, vor allem im klinischen Bereich, tätig sind. Hier rückt besonders die Rolle der Pflegekräfte in den Fokus. Es wird veranschaulicht, dass eine scharfe Abgrenzung der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeitsfelder nicht immer möglich ist und überschneidende Bereiche existieren, die klare Regelungen nötig machen. Vor diesem Hintergrund erscheint es relevant, die Begriffe Delegation und Substitution zu klären und zu definieren. Im letzten Teil dieses Abschnittes wird ein Überblick über die wichtigsten Triage-Systeme und deren Entwicklung gegeben.

3.1 Aktuelle Diskussionen

Zwischen den unterschiedlichen Autoren und Gesellschaften werden aktuell drei verschiedene Forderungen nach Entwicklung im klinischen notfallmedizinischen Bereich mit unterschiedlichen Meinungen diskutiert.

Die erste Forderung ist berufspolitischer Natur und stellt die Entwicklung von staatlich anerkannten Fachausbildungen/Fachweiterbildungen im Bereich der Notfallmedizin für Ärzte und auch für Pflegende in den Mittelpunkt.

²⁴ Die Ergebnisse der Prozessanalyse am DBK zeigten eine ambulante Behandlung bei 69% der Walk-In-Patienten. Dies ist ein Hinweis auf die durchschnittlich eher geringere Behandlungsschwere dieser Patientengruppe.

²⁵ Vgl. Gimmler, C. et al, 6/2008, S.109

Die zweite Forderung bezieht sich auf die Entwicklung von klinischen Notaufnahmen selbst. Hier wird unter verschiedenen Gesichtspunkten eine spezielle interdisziplinäre und zentralisierte Organisationsform der klinischen Notfallversorgung angestrebt.

Bei der dritten Forderung geht es um die Prozessgestaltung in den Notaufnahmen, durch welche die Versorgungsqualität gesichert und strukturiert werden soll.

Berufspolitik in der Notfallmedizin

Bei der konkreten medizinischen Versorgung von mitunter lebensbedrohlich verletzten Personen scheint das Thema „Ausbildung in der Notfallmedizin“ eher von geringerer Relevanz zu sein. Es reicht allerdings tief in das Selbstverständnis aller an der Notfallversorgung Beteiligten hinein. Am Beispiel der Rettungskette wird deutlich, dass jeder Agierende in seinem Behandlungserfolg unmittelbar von der Versorgungsleistung seines Vorgängers abhängig ist²⁶. Die Volksweisheit „Eine Kette ist nur so stark wie ihr schwächstes Glied“ erweist sich hier als überaus passend.

Die aktuelle Situation in der notärztlichen Versorgung wird durch Ärzte verschiedener Fachdisziplinen gestaltet. Eine Fachdisziplin „Notfallmedizin“ existiert in Deutschland derzeit nicht. Den angehenden (Not-) Ärzten wird die Basis der notfallmedizinischen Kenntnisse im Studium nach den Forderungen der Approbationsordnung von 2003 als „Querschnittsbereich Notfallmedizin“ vermittelt²⁷. Hierbei zeigen Umfragen und Analysen von Beckers et al. eine hohe Variabilität hinsichtlich der Inhalte der universitären Ausbildung²⁸. Dem gegenüber sollen alle Studenten den gleichen Ansprüchen an die Behandlungsqualität gerecht werden. Dies führt die Autoren zu dem Schluss der dringenden Notwendigkeit eines bundesweit einheitlichen Basis-Curriculums zur Schaffung einer vergleichbaren Ausbildungsqualität in Deutschland. Durch wissenschaftlich basierte, etablierte und validierte Kurskonzepte sollen die (Not-) Ärzte weitere notfallmedizinische Qualifikationen erwerben.

²⁶ Vgl. Lackner, C.K. et al, 8/2009, S. 339

²⁷ Vgl. Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2002 im BGBl. I S. 2414

²⁸ Vgl. Angstwurm, M. et al, 6/2009, S.355

Diesem Konzept steht das des Facharztes für Notfallmedizin, ähnlich dem US-amerikanischen Modell, gegenüber. Es wird durch die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notaufnahmen e.V. gefordert und beinhaltet eine 60 monatige Weiterbildung in verschiedensten klinischen Bereichen unter Voraussetzung des Erwerbs einer „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“ voraus. Das Konzept ist nicht unumstritten und wurde durch den Vizepräsidenten der Bundesärztekammer Montgomery in einer Podiumsdiskussion als „schlicht unrealistisch“ bezeichnet. Den Autoren Gimmler et al. halten mit Blick auf die bundesdeutschen Strukturen eine Zwischenlösung für denkbar. Jene beinhaltet ein Rotationsprinzip der Ärzte verschiedener Fachdisziplinen durch die Notfallaufnahmen und legt diesem ein gemeinsames Curriculum zur interdisziplinären und fachübergreifenden Arbeit zugrunde. Damit sollen die Qualifikationen „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“ für das präklinische Aufgabenfeld und die „Zusatzbezeichnung klinische Notfallmedizin“ für den klinischen Bereich erworben werden können.²⁹

Die klinisch Tätigen sind neben den dort zuständigen Ärzten in der Regel examinierte Pflegekräfte. Auch sie erfüllen ein breites Aufgabenspektrum in der Notfallversorgung. Berufspolitisch stellt sich auch bei dieser Gruppe von Akteuren die Frage nach der Spezialisierung. Neben den Fachpflegerichtungen in anderen klinischen Bereichen, wie z.B. der Intensivpflege, Kinderkrankenpflege oder der psychiatrischen Pflege, fehlt in der Notfallpflege eine staatlich anerkannte Zusatzbezeichnung. Ein anzutreffendes Konzept ist die „ERNA“ Weiterbildung. Sie vermittelt Kompetenzen in den Bereichen Erste Hilfe, Rettungsstellen, Notaufnahmen und Ambulanzen³⁰. Dieses Weiterbildungskonzept ist zurzeit allerdings von staatlicher Seite nicht akkreditiert.

Klinische Notaufnahmen

Die Notaufnahmen im klinischen Versorgungsbereich werden verstärkt als Visitenkarten der Krankenhäuser wahrgenommen. Dem liegt zugrunde, dass Krankenhäuser wie bereits erwähnt bis zu 50% ihrer stationären Behandlungsfälle über die Notaufnahmen akquirieren. Damit findet bei diesen bis zu 50% der Klienten der erste Kontakt in der Notaufnahme statt.

²⁹ Vgl. Gimmler, C. et al, 6/2008, S.107

³⁰ Vgl. <http://www.dbfk.de>

Aus diesem Fakt ergeben sich weitere wichtige Überlegungen. So kann eine zentrale Notaufnahme durch die entsprechende Kompetenz als „Gate Keeper“ und Weichensteller agieren. Damit ist es möglich einerseits Irrwege des Patienten zu vermeiden, andererseits kann die Ressourcennutzung der Klinik optimiert werden indem von Anfang an eine Zuweisung an die richtigen Fachdisziplinen erfolgt³¹. Die Voraussetzung hierfür ist die Schaffung interdisziplinärer, zentral organisierter und eigenständiger Notaufnahmen mit entsprechendem Fachpersonal und ausreichenden Kompetenzen gegenüber anderen Kliniken. In diesem Sinne sollen die Patienten, welche eine erste Akutversorgung in den Notaufnahmen selbst bekommen, anschließend der richtigen Fachklinik zugewiesen werden können.

Prozessgestaltung

Im Zusammenhang mit der im vorherigen Abschnitt erwähnten Interdisziplinarität und Zentralität von Notaufnahmen und mit Blick auf die steigenden Patientenzahlen und komplexen Krankheitsgeschehen in den Notaufnahmen ergibt sich die Forderung nach einer optimalen Prozessgestaltung.

Dabei existieren neben der möglichen Anwendung von Pathways zur effizienten Steuerung der Patienten³² Konzepte, die sich vorwiegend auf den Bereich der „Walk-In-Patienten“ oder so genannten „Walking Emergencies“ im Sinne eines Risikomanagements im Hochrisikobereich Notaufnahme konzentrieren³³. Für diese Konzepte haben sich die Bezeichnungen Triagesysteme oder aber Erstein-schätzung etabliert. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird unter Punkt 3.3 ein historischer Abriss und eine Erklärung der grundlegenden Funktion dieser Triagesysteme gegeben.

3.2 Aktuelle Aufgabenverteilung in der Notfallmedizin

Präklinischer und Klinischer Bereich der Notfallmedizin

Die Notfallmedizin kann in zwei Bereiche gegliedert werden. Der erste Bereich ist der präklinische Versorgungsbereich, welcher sich aus der Boden-, Luft- und Wasserrettung zusammensetzt und die Hauptakteure Notarzt, Rettungsassistent,

³¹ Vgl. Gimmler, C. et al, 6/2008, S.103

³² Vgl. Fleischmann, T. et al, 2/2008, S. 32

³³ Vgl. Mackway-Jones, K. et al, 2006, S. 7

Rettungssanitäter und Feuerwehr umfasst. Hier geht es vor allem um die Gefahrenabwehr und Gesundheitsvorsorge. Der Bereich umfasst die Notfallrettung und den Transport in den klinischen Bereich³⁴. Der Bund hat die Rettung zu jedem Zeitpunkt an jedem erdenklichen Ort sicherzustellen. Die Organisation obliegt jedoch nach §30 und §70 des Grundgesetzes den Bundesländern, sofern der Bund keine anderen Regelungen trifft. Dies führte dazu, dass die Bundesländer eigene Gesetze bezüglich des Rettungsdienstes formulierten, z.B. für das Land Mecklenburg-Vorpommern das „Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Rettungsdienstgesetz - RDG M-V) vom 1. Juli 1993“. Kernpunkte dieses Gesetzes sind die Sicherstellung der Rettung der Bürger unter Berücksichtigung der medizinischen Erfordernisse. Der Rettungsdienst umfasst die Notfallrettung und den Transport³⁵.

Neben den Notärzten sind die Hauptbeteiligten im Rettungsdienst Rettungsassistenten und Rettungssanitäter und somit maßgeblich im präklinischen Bereich tätig. Sie sind in vielen Fällen die Ersten am Einsatzort und treffen im Rendezvoussystem mit dem Notarzt zusammen, da sie ein deutlich abgegrenztes Aufgabefeld bewältigen. Das Rendezvoussystem im Rettungsdienst sieht den getrennten Einsatz von Rettungssanitätern/Rettungsassistenten und Notärzten in getrennten Dienstfahrzeugen vor. Der Zweck besteht in der zeitlich begrenzten Bindung des Notarztes an einem Einsatzort, um ihn möglichst schnell für neue Einsätze zur Verfügung zu stellen. Die Patientenversorgung durch die Berufsgruppe der Rettungssanitäter und Rettungsassistenten beginnt daher mit der medizinischen Erstversorgung des Patienten im Sinne der Notkompetenz³⁶, der Arztassistenz, erstreckt sich über die Betreuung des Patienten während des Transportes und endet im Fall einer notwendigen stationären Behandlung des Patienten bei der Übergabe an die klinisch Tätigen.

Der klinische Bereich gestaltet sich nach den Landeskrankenhausgesetzen (LKHG) in den Krankenhäusern selbst. Das LKHG für Mecklenburg-Vorpommern sieht die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Rettungsdiensten folgendermaßen vor: „(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, mit den

³⁴ Vgl. Ahnenfeld, F.W., 9/1997

³⁵ Vgl. RDG-MV vom 01.07.1993, §§ 1 und 2

³⁶ Vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst, 02.11.1992

zuständigen Leitstellen für den Rettungsdienst, den Brandschutz und den Katastrophenschutz Vereinbarungen über die Organisation eines zentralen Bettennachweises zu treffen.“³⁷. Dies hat zur Folge, dass Krankenhäuser die Möglichkeit zur Übernahme von Patienten des Rettungsdienstes bereithalten müssen. Daher ist in jedem öffentlich zugänglichen Krankenhaus mindestens eine Notfallaufnahme vorgehalten.

In diesen Notaufnahmen sind verschiedene Organisationskonzepte vorzufinden. Nicht in allen Fällen sind sie zentral und unter eigener Leitung organisiert. In der überwiegenden Zahl der Krankenhäuser haben die einzelnen Kliniken eigene Notfallambulanz, was zu einer dezentralen Organisation ohne eigene Leitung führt³⁸. Gefordert wird hingegen das in Punkt 3.1 beschriebene Konzept einer interdisziplinären, eigenständigen Notaufnahme mit Kompetenzen gegenüber den weiteren Kliniken.

Im Folgenden soll das Konzept der zentralen Notaufnahme aus zwei Gründen als Basis genutzt werden. Der erste Grund ergibt sich aus den Vorteilen zentraler Notaufnahmen für a) den Patienten, da er nur eine Anlaufstelle hat, an welcher interdisziplinär versorgt werden kann und b) für die Prozessgestaltung und Ressourcennutzung. Der zweite Grund ergibt sich aus dem Bezug dieser Bachelorarbeit zur ZNA am DBK. Diese wird bereits in einer zentralen und interdisziplinären Organisationsform und unter eigener Leitung durch CHÄ Dr. Tanzer geführt.

In so organisierten Notaufnahmen sind verschiedene Gesundheitsberufe anzutreffen. Dabei werden die beiden Hauptberufsgruppen von den Ärzten und den Pflegekräften vertreten.

Die Aufgaben der Ärzte sind vor allem medizinischer und heilkünstlerischer Natur und ergeben sich ursprünglich aus einer größeren Zahl von Gesetzen. Sie basieren auf §2 der Bundesärzteordnung (BÄO) und gehen auf den §1 des Heilpraktikergesetzes von 1939 zurück. Des Weiteren ist die Aufgabenverteilung in den § 15 und 28 des SBG V geregelt. Welche konkreten Aufgaben durch Ärzte zu erfüllen sind, bleibt jedoch ungeklärt. So gibt §15 des Bundesmantelvertrag-Ärzte an, dass die Leistungen der Ärzte persönlich erbracht werden müssen, persönliche

³⁷ Vgl. §4 LKHG-MV, in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.05.2002

³⁸ Vgl. Moecke, H. et al, 12/2008, S. 273

Leistungen aber auch Hilfeleistungen nichtärztlicher und qualifizierter Mitarbeiter umfassen, sofern diese Leistungen durch den Arzt angeordnet und fachlich überwacht werden. Die Übertragbarkeit von Aufgaben wurde durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz § 63 Abs. 3.b und 3c gestärkt³⁹.

Die Aufgaben der Pflegekräfte im Bereich zentraler Notaufnahmen bestehen, ähnlich wie in anderen klinischen Bereichen⁴⁰, hauptsächlich aus medizinischen Aufgaben. Ermöglicht wird dies neben den im vorigen Abschnitt genannten Gesetzen durch das Gesetz zur Ausbildung in der Pflege, kurz dem Krankenpflegegesetz in seiner Fassung vom 16. Juli 2003. Hier werden unter Anderem folgende Aufgabenfelder im Rahmen der Mitwirkung genannt:

„a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,

b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,“.

In der Kritik steht dieses Gesetz aufgrund der sehr weichen und wenig konkreten Ausformulierungen bezüglich der medizinischen Tätigkeiten, denkt man doch daran, wie viele unterschiedliche medizinische Tätigkeiten durch das Pflegepersonal tatsächlich durchgeführt werden. Andererseits ermöglicht dies ein breites Spektrum an delegierbaren Aufgaben. „Somit ergeben sich aus dem Berufsrecht keine ausreichenden Abgrenzungskriterien.“⁴¹. Daher sollen im folgenden Abschnitt die Begriffe Delegation und Substitution verdeutlicht werden.

Delegation und Substitution

Mit Delegation ist im medizinisch-pflegerischen Verständnis die Übertragung einer ärztlichen Aufgabe durch eine ärztliche Person auf eine pflegerische Person gemeint. Die Delegation kann nur unter bestimmten Umständen stattfinden, wie etwa der schriftlichen Anordnung des Arztes, der Möglichkeit des Fernbleibens des Arztes bei der Tätigkeit, der materiellen und formellen Qualifizierung der Pflegeperson und der Bereiterklärung zur Aufgabenübernahme durch die Pflegeperson. Die Einwilligung des Patienten sei vorausgesetzt⁴².

Prinzipiell kann ein Mitarbeiter allerdings immer geltend machen, dass er sich eine Maßnahme nicht zutraut, weil er sie nicht ausreichend beherrscht. Damit hat die Einrichtung bzw. der Arzt im Sinne eines Risikomanagements die Organisati-

³⁹ Vgl. Bergmann, K.O., 01/2009, S.4

⁴⁰ Vgl. Böhme, H. et al, 08/2006. S. 667

⁴¹ Böhme, H. et al, 08/2006. S. 668

⁴² Vgl. Augustny, B. et al, 2008, S. 53

onspflicht, a) nur solche Mitarbeiter zu beauftragen, die der Aufgabe gewachsen sind und b) ausreichend kompetente Mitarbeiter für den Fall von möglichen zu erwartenden Komplikationen bereitzuhalten⁴³.

Nach einer Studie zur Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes, durchgeführt vom Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), ergaben sich fünf Kategorien der Delegation. In Kategorie 1 sind beispielsweise Aufgaben wie die Dokumentation im Sinne des Qualitätsmanagements (QM) zu finden. Kategorie 2 beinhaltet Tätigkeiten wie die venöse Blutentnahme, subkutane Injektionen oder das Blutzuckermessen. Kategorie 3 umfasst Aufgaben, die nicht in wenigen Kliniken von nichtärztlichem Personal durchgeführt werden, wie z.B. intramuskuläre Injektionen, Entfernen einer Portnadel oder das Hakenhalten im Operationssaal. Kategorie 4 listet Aufgaben, die ein Arzt im Einzelfall auf speziell geschultes Personal übertragen kann, bspw. die intravenöse Injektion von Arzneimitteln, die Anlage von Verweilkanülen oder offenes endotracheales Absaugen. In Kategorie 5 finden sich Aufgaben wieder, die langfristig an qualifizierte Mitarbeiter übertragen werden, z.B. die Punktion eines Portkatheters, die Durchführung eines Belastungs-EKGs oder Ultraschall- und Lungenfunktionsuntersuchungen⁴⁴.

Böhme und Hasseler stellen in ihrem Artikel ein deutliches Fazit bezüglich der Delegation heraus: Demnach ist die fachliche Frage der Delegation eine medizinische und daher vom Fachmediziner zu beantworten. Dieser steht in der Führungsverantwortung. Die Frage der Übernahme ist eine pflegerische und daher auch von den Pflegenden selbst und unter rein fachlichen Aspekten, wie dem Anforderungsprofil und Schwierigkeitsgrad, zu beantworten. Die Pflegenden stehen in der Handlungsverantwortung.

Unter Substitution wird im klinischen Zusammenhang das Ersetzen eines Arztes in seiner Funktion, einhergehend mit der juristischen und heilkundlerischen Verantwortung, durch nichtärztliches Personal verstanden⁴⁵. Substitution lehnt die deutsche Ärzteschaft entschieden ab. Delegation ist, unter Beibehalt der Verantwortung, Überwachung und Anordnung eines Arztes an nichtärztliche Mitarbeiter (MA), im Sinne der Aufgabenbewältigung zu befürworten.

⁴³ Böhme, H. et al, 8/2006. S. 666

⁴⁴ vgl. Bergmann, K.O., 01/2009, S.4

⁴⁵ Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetages vom 20-23.05.2008, S. 28 f

In diesem Abschnitt, vor allem unter Berücksichtigung der Studie des DKI, wird deutlich, dass es um ein großes Aufgabenfeld im klinischen Kontext geht. Die Trennung der Begriffe erfolgt vorwiegend auf rechtlicher Ebene. Bedeutet Substitution doch, dass ein Arzt in seiner Funktion in vollem Maße durch einen nicht-ärztlichen Mitarbeiter ersetzt wird, während bei der Delegation unter den richtigen Voraussetzungen und im Rahmen der Durchführungsverantwortung Tätigkeiten durch nicht ärztliches Personal übernommen werden, sofern die Anwesenheit des Arztes nicht zwingend erforderlich ist. Wirklich ärztliche Tätigkeit ist dann delegationsfähig, wenn ein persönliches Tätigwerden des Arztes nicht erforderlich ist⁴⁶.

3.3 Das Manchester-Triage-System

Historie der Triage-Systeme

Ursprünglich stammt der Triage-Prozess aus der Kaffeeverarbeitung. Der Begriff „Triage“ bezeichnete hier die minderwertigste, aussortierte Kaffeesorte. Sowohl in der Wortabstammung als auch in der Anwendung im medizinischen Bereich lässt sich die Triage aus dem Französischen herleiten. Es war der Chirurg Baron Dominique Jean Larrey, welcher dieses Auswahlverfahren 1797 für Schwerverwundete in der Schlacht einführte⁴⁷.

Heute wird die Triage als Instrument des Risikomanagements verstanden, welches zum Einsatz kommt, sobald die klinischen Anforderungen die vorhandenen Kapazitäten übersteigen. So wird die Triage weltweit beim Massenanfall von Verletzten Großschadensereignissen, Katastrophen und in der Militärmedizin eingesetzt. In diesem Kontext bedeutet Triage, den Leichtestverletzten wesentlich später eine Behandlung zukommen zu lassen als den Schwerstverletzten und diese u. U. nur palliativ zu versorgen. Der Zweck ist eine optimale Nutzung der knappen Ressourcen mit Blick auf die Lebensrettung einer maximalen Anzahl von Verwundeten. In diesen Bereichen wird die Triage aufgrund der Tragweite und Komplexität der zu treffenden Entscheidung ausschließlich von Ärzten durchgeführt⁴⁸.

⁴⁶ vgl. Böhme, H., 03/2008, S. 21

⁴⁷ vgl. Koshedub, R., 2009, S. 15

⁴⁸ vgl. Mackway-Jones, K. et al, 2006, S. 17

Im klinischen Bereich begann die Anwendung von Triagesystemen 1963 in den USA im New Haven Hospital, Yale. Hier wurde zu Beginn ausschließlich von Ärzten triagiert. Ein Jahr später übernahmen Pflegekräfte das Triagieren und in den nächsten zwanzig Jahren verbreitete sich die Triage in den USA, damals allerdings ohne standardisiertes System. Mitte der achtziger Jahre berichteten auch andere Länder als die USA vom Einsatz der Triage, erst Großbritannien und dann Irland. Zum Ende des 20. Jahrhunderts wurden mit Hilfe der gesammelten Erfahrung die validierten fünfstufigen Systeme entwickelt. So entstanden seit 1993 die australische „National Triage Scale“ (NTS), heute als „Australien Triage Scale“ (ATS) bekannt, die „Manchester Triage Scale“ (MTS) und die „Canadian Triage and Acuity Scale“ (CTAS). Ein neuerer Vertreter wird durch den „Emergency Severity Index“ (ESI) dargestellt⁴⁹.

Das Manchester-Triage-System

Um den Unterschied zur historischen Bedeutung des Triagebegriffes zu verdeutlichen, wird im weiteren Verlauf der vorliegenden Bachelorarbeit der Begriff „Erst-einschätzung“ verwendet. Der äquivalente Begriff im englischsprachigen Raum ist „Primary Assessment“.

Das MTS wurde 1994/95 in Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften aus neun verschiedenen Notaufnahmen in Manchester entwickelt. Die Arbeitsgruppe bestand aus 20 Personen, neun Fachärzten für Notfallmedizin und elf Fachpflegekräften für Notfallpflege. Die Verbreitung in Deutschland begann im April 2004 als Pilotlehrgang in Hamburg am Institut für Notfallmedizin statt. Ende 2008 hatten es 19 Krankenhäuser das MTS eingeführt und 20 Krankenhäuser standen kurz vor der Einführung. In diesen Kliniken wird ausschließlich von Pflegekräften triagiert. Dies stellt insofern keine rechtliche Problematik dar, als dass die Pflegekräfte diese Aufgabe im Sinne einer Delegation übernehmen.

Das MTS ist kein diagnosebezogenes System, erfordert daher auch nicht das Tätigwerden eines Arztes und erreicht damit eine hohe Akzeptanz. Dem liegt die Erkenntnis zu Grunde, dass die Individualität des Patienten und seines Beschwerdebildes eine größere Bedeutung für die Behandlungsdringlichkeit besitzen als die

⁴⁹ vgl. Koshedub, R., 2009, S. 15.

tatsächliche Diagnose. So können beispielsweise das Schmerzempfinden und die Schmerztoleranz zweier Patienten bei gleicher ärztlicher Diagnose unterschiedlich sein⁵⁰. Weiterhin soll die Ersteinschätzung das klinische Management des Patienten und der Notaufnahme unterstützen. Dies wird am ehesten durch die korrekte Zuweisung der Behandlungsdringlichkeit erreicht. Außerdem ist zu bedenken, dass die Dauer der Ersteinschätzung begrenzt ist, was die Stellung der korrekten Diagnose mitunter unmöglich macht⁵¹.

Das MTS bietet dem Anwender prinzipiell sechs allgemeine Indikatoren (Lebensgefahr, Schmerz, Bewusstsein, Blutverlust, Krankheitsdauer und Temperatur) zur Erkennung der Behandlungsdringlichkeit in verschiedenen Ausprägungen. Für speziellere Fälle stehen fünfzig Diagramme mit besonderen Indikatoren zur Verfügung. Hier sind Symptomkomplexe wie „Abdominelle Schmerzen bei Erwachsenen“, „Chemikalienkontakt“, „Kopfschmerz“, „Stürze“ oder „Zahnprobleme“ aufgeführt.

Eine Besonderheit als entscheidender Vorteil des MTS ist in der Struktur der Dringlichkeitseinschätzung zu finden. Es muss nicht jeder Indikator in allen seinen Ausprägungen überprüft werden, ehe der Wechsel zum nächsten Indikator stattfinden darf. Die Prüfung der Indikatoren findet nach den Dringlichkeitsstufen statt, was bedeutet, dass der Ersteinschätzende die Indikatoren der höchsten Dringlichkeitsstufe überprüft und dann mit abnehmender Dringlichkeit Indikator für Indikator abfragt. Beim ersten zutreffenden Indikator ist die Ersteinschätzung beendet und die Dringlichkeitsstufe identifiziert. Dies führt zu einem raschen Abschluss der Ersteinschätzung bei akut erkrankten und/oder gefährdeten Patienten. Die Einschätzung soll durch geübte Nutzer innerhalb kürzester Zeit von 30 Sekunden stattfinden können⁵². Aktuelle Untersuchungen zur Prozessoptimierung durch das MTS zeigen, dass die Zeit vom Beginn der Ersteinschätzung bis zum Abschluss und Ausdruck des Aufnahmeprotokolls im Median 1 Minute und 5 Sekunden benötigt⁵³.

Zur Dokumentation der Ersteinschätzung gab das „Deutsche Netzwerk Ersteinschätzung“ ein Formular heraus, auf welchem neben den formellen Daten und der

⁵⁰ Vgl. Koshedub, R., 2009, S. 16

⁵¹ Vgl. Mackway-Jones, K. et al, 2006, S. 31

⁵² Vgl. Krey, J., 8/2005, S. 592

⁵³ Vgl. Bremerich, D.H. et al, 1/2009, S.11

festgelegten Stufe die wichtigsten Vitalparameter und Symptome protokolliert werden können (Anhang 1). So soll die Transparenz in der Entscheidungsfindung gewährleistet werden⁵⁴. Dieses Dokument und die Anzahl der Dringlichkeitsstufen wurden auf die Belange der ZNA am DBK angepasst und werden in Punkt 4.1 genauer beschrieben.

Durch die Zuordnung einer Behandlungsdringlichkeitsstufe wird festgelegt, wie lange ein Patient bis zum Arztkontakt maximal warten darf. Diese Minutenwerte wurden vom „Deutschen Netzwerk Ersteinschätzung“ definiert und als Standard bezüglich der korrekten Anwendung des Systems in Deutschland ausgemacht.

Jede Behandlungsdringlichkeitsstufe entspricht einer Farbe. Diese wird mit einem farbigen Aufkleber auf dem Dokumentationsinstrument festgehalten. Somit ist die Behandlungsdringlichkeit eines Patienten für jedes Teammitglied mit einem einzigen Blick erfassbar.

Nummer	Dringlichkeit	Farbe	Max. Zeit (Minuten)
Eintreffen bis Ersteinschätzung			5
1	Sofort	Rot	0
2	Sehr dringend	Orange	10
3	Dringend	Gelb	30
4	Normal	Grün	90
5	Nicht dringend	Blau	120

Abb. 1 Dringlichkeits- und Zeitskala des MTS, angelehnt an Mackway-Jones et al, 2006, S. 42

Über eine retrospektive Überprüfung der Ersteinschätzungsergebnisse kann eine Qualitätssicherung erfolgen. Die Ergebnisse der Ersteinschätzungen werden dabei auf ihre Reliabilität hin untersucht. Das ist nötig, weil jede einzelne Ersteinschätzung Basis des gesamten Qualitätsanspruches bildet. Die Methodik fordert dabei die Erfassung aller Ersteinschätzer und Ersteinschätzungen des fokussierten Zeitraumes. Die Einschätzungsergebnisse sollen dem Ersteinschätzendem zugeordnet werden können. Stichprobenartig sollen zwei Prozent bzw. mindestens zehn Einschätzungen aller Ergebnisse jedes Ersteinschätzers ausgesucht und durch eine sehr erfahrene Einschätzungskraft kontrolliert werden. Die Überprüfung erfolgt hinsichtlich der Genauigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation. Da das Vor-

⁵⁴ Vgl. Koshedub, R., 2009, S. 18

gehen im Einschätzungsprozess wie beschrieben nach der Ausschlussmethode abläuft, müssen bei einer Ersteinschätzung alle Daten zur gewählten und zu den höheren Dringlichkeitsstufen vorliegen⁵⁵.

Schmerzmanagement

Durch das MTS können neben einer adäquaten Behandlungsdringlichkeitseinschätzung noch weitere Anwendungen im Sinne des Patienten stattfinden. Es besteht zum Beispiel die Möglichkeit, das Schmerzmanagement über die im Einschätzungsformular integrierte Visuelle Analog Skala (VAS) im Rahmen der Ersteinschätzung durchzuführen. Schmerz unterliegt einer sehr subjektiven Wahrnehmung. Daher haben die Autoren die besonderen Vorteile dieses Instrumentes in der Notfallmedizin herausgestellt: Die VAS misst die Schmerzintensität und die Auswirkungen auf die Funktionen, sie kombiniert verbale und graphische Schmerzdarstellung, sie ist leicht anzuwenden und auszuwerten, sie liefert ein Ergebnis das leicht zu dokumentieren ist und unterstützt die Anwendung bei Patienten mit Kommunikationsproblemen und Kindern.

Auf das Ergebnis der Schmerzmessung kann unter Rücksprache mit einem Arzt mit Schmerzmedikamenten reagiert werden. Dies vermag das subjektive Empfinden des Patienten erheblich zu verbessern. Auch andere Interventionen im Rahmen des Schmerzmanagements, etwa die Kühlung bestimmter Verletzungen durch vorgehaltene Kühlakkus, können dem Patienten schnelle Erleichterung bis zur ärztlichen Untersuchung verschaffen⁵⁶.

Patientenmanagement Management des Wartezimmers

Im Sinne der hohen Versorgungsqualität kann im Rahmen der Ersteinschätzung schon früh mit dem Patientenmanagement begonnen werden. Dieses beginnt mit einer verständlichen und objektiven Vermittlung über die zu erwartenden Wartezeiten und beinhaltet u. U. eine zweite Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit. Diese sollte immer dann erfolgen, wenn die maximale Wartezeit der Behandlungsdringlichkeitsstufe überschritten worden ist.

⁵⁵ Vgl. Mackway-Jones, K. et al, 2006, S. 69 ff

⁵⁶ Vgl. Mackway-Jones, K. et al, 2006, S.47 ff

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass sich die Patienten in der Regel in Ausnahmesituationen befinden. Dadurch ist es ihnen nicht immer möglich, sich korrekt zu verhalten. Daraus ergeben sich neben der Priorisierung und dem Zeitpunkt des Eintreffens eines Patienten weitere Faktoren, die in der Gestaltung der Behandlungsreihenfolge berücksichtigt werden sollten. Patientengruppen, die solche Faktoren innehaben sind zum Beispiel Kinder, Senioren, Patienten mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, beleidigende oder aggressive Patienten, Menschen unter Alkoholeinfluss, sogenannte Stammgäste, Wiedervorstellungen, Klinik-Patienten und Patienten anderer Bereiche. Bei den erstgenannten Gruppen kann es durchaus sinnvoll sein, nicht nach den Ergebnissen des MTS zu arbeiten. Z.B. können Senioren aufgrund ihres Allgemeinzustandes u. U. nur geringe Wartezeiten in Kauf nehmen. Kinder können schnell unruhig und belastend für andere wartende Patienten werden. Das Gleiche gilt für beleidigende und aggressive Patienten. Hier sollte abgewogen werden, ob im Sinne des Betroffenen und der anderen wartenden Patienten eine Entlastung des Wartebereiches durch frühzeitigere Behandlung geschaffen werden kann.

Auf die letztgenannten Gruppen, den Klinik-Patienten und Patienten anderer Bereiche, die lediglich die Räumlichkeiten der Notaufnahme, nicht aber das Personal in Anspruch nehmen, kann von einer Ersteinschätzung nach dem MTS gänzlich abgewichen werden, da diese Gruppen keine Notfallpatienten darstellen.

Aus dem Management der einzelnen Patienten, welches die Informationsgabe über mögliche Wartezeiten beinhaltet, ergibt sich im Gesamten das Management des Wartezimmers. Dadurch, dass sich die einschätzende Pflegekraft ein umfassendes Bild jedes Patienten schaffen kann ist sie in der Lage, auf sich verändernde Verhältnisse im Wartezimmer (z.B. die Reaktion auf Schmerzmittel oder das Unruhig werden eines alkoholisierten Patienten) adäquat zu reagieren. Somit sollte schon das Wartezimmer als klinischer Bereich verstanden werden⁵⁷.

Telefontriage

Im angloamerikanischen und australischen Raum hat sich eine formalisierte Telefontriage etabliert. Hier entstand dieser spezielle Bedarf durch verschiedene Gründe wie die geographische Weite (Australien) oder den fehlenden bzw. un-

⁵⁷ Vgl. Mackway-Jones, K. et al, 2006, S.59 ff

vollständigen Krankenversicherungsschutz (USA) und den damit verbundenen Zuzahlungen. Somit wurde in den USA die Telefontriage als für den Patienten kostenfreies Informationsinstrument eingeführt, welches einerseits die Verschleppung von Krankheiten verhindern und andererseits die Behandlung von unterversicherten Patienten mit Bagatellerkrankungen vermeiden soll. In Großbritannien wurde eine Telefontriage aufgrund der Überfüllung der Notaufnahmen mit Wartezeiten von mehr als vier Stunden eingeführt. Diese Überbeanspruchung fand ihre Gründe in der Struktur des Gesundheitswesens selbst. Patienten müssen mitunter sehr lange auf Operationen warten und versuchen, diese Wartezeiten durch die Notaufnahmen zu umgehen. Daher stellte sich hier die Telefontriage als sichere und effiziente Methode der Priorisierung heraus.

Der Übergang zwischen Triage und Beratung ist in der Telefontriage fließend. Daher sollte durch eine formalisierte Entscheidungsfindung eine Abgrenzung zwischen Triage und Ratschlag stattfinden. Es stehen drei Fragen im Fokus: Benötigt der Patient eine unmittelbare medizinische Versorgung? Benötigt der Patient eine baldige medizinische Versorgung? Benötigt der Patient eine spätere medizinische Versorgung⁵⁸?

4. Integration der Behandlungsdringlichkeitseinschätzung in den Prozessablauf „Walk-In Patienten“

Im nun folgenden Abschnitt werden die drei Ebenen Struktur, Prozess und Personal hinsichtlich ihres Änderungsbedarfes bei der Einführung des MTS beschrieben.

4.1 Strukturelle Integration

Räumliche Gegebenheiten

Eine dem Versorgungsprozess mit all seinen Facetten angepasste räumliche Gestaltung der ZNA ist insofern erstrebenswert, als dass sie eine der wichtigsten Grundlagen für die qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versor-

⁵⁸ Vgl. Mackway-Jones, K. et al, 2006, S.77 ff

gung darstellt. Gleichmaßen müssen die zur Ersteinschätzung genutzten Räumlichkeiten und zur Verfügung gestellten Mittel den unmittelbaren Prozessen weitestgehend angeglichen werden. Die unmittelbaren Prozesse, welche die Ersteinschätzung tangieren, ergeben sich dabei einerseits aus der Positionierung der Ersteinschätzung im Versorgungsprozess⁵⁹ und andererseits aus den Aufgabenfeldern des Ersteinschätzenden.

An der Positionierung der Ersteinschätzung im Versorgungsprozess lässt sich die Notwendigkeit erkennen, den Raum für die Ersteinschätzung in direkter Nähe zum Arbeitsplatz der administrativen Aufnahme und auch zum Wartebereich für die Walk-In-Patienten zu gestalten. Außerdem wird für Patienten, die auf eine Ersteinschätzung warten, ein separater Wartebereich in unmittelbarer Nähe zum Raum der Ersteinschätzung nötig sein. Durch diese Nähe wird es ermöglicht, Patienten ohne große Wege und direkt nach der administrativen Aufnahme zur Ersteinschätzung zu bitten. Des Weiteren ergibt sich die Möglichkeit, durch die administrative Aufnahmekraft extrem zeitkritisch wahrgenommene Patienten ohne Zeitverlust zum Raum der Ersteinschätzung zu begleiten.

An den Aufgabenfeldern des Ersteinschätzenden ist die nötige Arbeitsplatzbeschaffenheit zu erkennen. Dieser muss alle Merkmale eines pflegerisch-medizinischen Arbeitsplatzes und einer Behandlungskabine der ZNA aufweisen, z.B. alle nötigen diagnostischen Geräte und Hygienemittel, aber auch einen Sitz- und Liegeplatz für die Patienten. Weiterhin verlangt der Schutz der Privatsphäre des Patienten einen abtrennbaren Raum. Diese Merkmale ermöglichen in akuten Behandlungsfällen eine Nutzung des Raumes zur zeitkritischen therapeutischen Intervention. Außerdem existiert so die Möglichkeit, die Kapazitäten der ZNA in Hochzeiten um eine weitere Behandlungskabine zu erweitern. Dies kann allerdings nur dann geschehen, wenn kein Walk-In-Patient einer Behandlungsdringlichkeitseinschätzung bedarf bzw. der letzte Patient gerade eingeschätzt wurde.

Anpassung des Patientenbegleitbogens

Eine weitere Notwendigkeit bezüglich der strukturellen Voraussetzungen ist im Vorgehen der Ersteinschätzung nach dem MTS selbst zu erkennen. Die Ersteinschätzung ist wie in Punkt 3.3 beschrieben nicht diagnosebezogen und hinterfragt

⁵⁹ Vgl. Anhang 3 „Soll-Visualisierung“

die Behandlungsdringlichkeitsstufen absteigend. Sobald ein Indikator einer Behandlungsdringlichkeit identifiziert werden kann, ist die Ersteinschätzung abgeschlossen⁶⁰. Aus diesem Vorgehen aber auch aus dem MTS selbst ergibt sich eine strukturierte Ersteinschätzung. Wenn diese Struktur der Ersteinschätzung mit dem Qualitätsmerkmal der Dokumentation zusammengebracht wird, verdeutlicht sich der Vorteil eines Assessmentinstrumentes zur gezielten strukturierten Einschätzung, welches auch Raum zur nötigen Dokumentation gibt. Das „Deutsche Netzwerk Ersteinschätzung“ hat als Empfehlung zur Dokumentation der Ersteinschätzung ein Instrument veröffentlicht⁶¹. Die Inhalte dieses Instrumentes wurden auf die Belange der ZNA angepasst und mit dem bereits bestehenden und etablierten Patientenbegleitbogen der ZNA zu einem Instrument verarbeitet. Dies geschah im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit in mehreren Schritten in Zusammenarbeit mit CHÄ Dr. Tanzer und unter Rücksprache mit dem Team der ZNA, da dieses in Zukunft als Anwendergruppe des Instrumentes zu sehen ist. Als wichtigste Kriterien bei der Entwicklung stellten sich in den Gesprächen die inhaltliche Korrektheit bei gleichzeitiger Fokussierung auf die Kernelemente des MTS und das überschaubare Layout mit einer anwenderfreundlichen Gestaltung und guten Strukturierung der Inhalte heraus. Das Instrument ist als Anhang 2 der Bachelorarbeit beigelegt.

Dieser Patientenbegleitbogen ist in chronologischer Reihenfolge an den Weg eines Patienten durch die ZNA angepasst und in drei Bereiche unterteilt.

Der obere Bereich dient der Erfassung von administrativen Daten durch die administrative Aufnahmekraft und bietet Platz, um erste Aussagen des Patienten bezüglich seiner Beschwerden zu notieren.

Der mittlere Bereich ist für die Ersteinschätzung vorgesehen. Hier müssen nicht zwangsläufig bei jeder Ersteinschätzung alle Bereiche bearbeitet werden. Das MTS gibt eine absteigende Indikatorprüfung der Dringlichkeitsstufen vor. Damit ist der mittlere Bereich, in welchem Atmung, Bewusstsein und Circulation erfasst werden, um eine mögliche vitale Bedrohung des Patienten zu erfassen, am wichtigsten. Somit findet eine starke Anlehnung an die Allgemeinen Prinzipien der

⁶⁰ Vgl. 3.3 Das Manchester-Triage-System

⁶¹ Siehe Anhang 1

Notfallmedizin und die des MTS statt⁶². Der rechte Komplex ermöglicht die Dokumentation der überprüften Vitalwerte. Der linke Bereich dient der genaueren Erfassung des Bewusstseins nach der Glasgow-Coma-Scale, der Lichtreaktion der Augen, der Pupilleneinstellung, einer Blutung und des Schmerzempfindens des Patienten. In der Ersteinschätzung wird vor allem die vitale Bedrohung nach den allgemeinen Kriterien des MTS überprüft, um so die richtige Behandlungsdringlichkeitsstufe zu finden. Ist sich ein Mitarbeiter unsicher in seinem Ersteinschätzungsergebnis, besteht die Möglichkeit, auf das entsprechende spezielle Flussdiagramm zurückzugreifen. Das bedeutet, dass am Arbeitsplatz der Ersteinschätzung alle fünfzig Diagramme in einem Ordner zur schnellen Übersicht vorhanden sind. Bei weiteren Unsicherheiten in der Ersteinschätzung existiert die Anweisung, im Zweifel immer die dringlichere Kategorie zu wählen. Somit kann im Sinne eines Risikomanagements gehandelt werden.

Der untere Bereich dient der Anordnung und Dokumentation des Behandlungsverlaufes und der eingesetzten diagnostischen Verfahren in der ZNA sowie der Dokumentation angeforderter und durchgeführter konsiliarischer Untersuchungen. Des Weiteren sollen hier die Uhrzeiten des Erstkontaktes und des Kontaktes des Patienten mit den Berufsgruppen, die Uhrzeit der Entlassung und die Behandlungsart erfasst werden.

Durch die Anwendung dieses Instrumentes wird sowohl eine individuelle Diagnostik als auch ein strukturiertes Vorgehen in der Ersteinschätzung nach dem MTS gefördert. Somit wird das Fundament für eine strukturierte und angepasste Behandlung in der ZNA schon frühzeitig geschaffen.

Weiterhin werden Daten erzeugt, die einer wissenschaftlichen Bearbeitung und Untersuchung der ZNA als Haupteinweiserportal unterstützen könnten. So besteht die Möglichkeit, Material für Studien, Qualitätsmanagement und Controlling zu erzeugen. Im Fokus würden hier Fragen nach der Zusammensetzung und dem Verbleib des Patientenlientels oder der Prozessoptimierung durch die Ersteinschätzung stehen. Dies könnte durch die ZNA selbst, durch das QM oder aber durch weitere studentische Projekte geschehen.

⁶² Vgl. Wölfi, C. G. et al, 12/2008, S.312

In der ZNA des DBK wird vorerst auf die Anwendung aller fünf Dringlichkeitsstufen verzichtet, um eine bessere Überschaubarkeit zu gewährleisten. Herausgenommen wurde die zweite, orangene Dringlichkeitsstufe, welche mit einer Wartezeit von 10 Minuten einhergeht. Sollte sich zeigen, dass damit eine zu undifferenzierte Darstellung der Behandlungsdringlichkeitsstufen stattfindet, wird die Nutzung der Stufen neu überdacht werden⁶³.

4.2 Organisatorische Integration

Die organisatorischen Voraussetzungen zur Integration des MTS lassen sich am Aspekt der Ersteinschätzung als Risikomanagementinstrument im Hochrisikobereich erkennen. Demnach liegen die Kernziele in der Organisation einer lückenlosen Durchführung des MTS über 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche und in der Reduktion aller Schnittstellenproblematiken.

Somit ergibt sich zum Ersten die Notwendigkeit einer den Mitarbeiterfähigkeiten in der Ersteinschätzung angepassten Dienstplangestaltung. Das heißt, es muss in jeder Schicht mindestens ein Mitarbeiter mit den nötigen Kompetenzen zur Ersteinschätzung im Dienst sein. Die notwendigen Kompetenzen werden in Punkt 4.3 erläutert. Die Auswahl von konkreten für die Ersteinschätzung verantwortlichen Personen wird zu Beginn jeder Schicht durch das Pflgeteam stattfinden. Diese Person wird durch ein Alleinstellungsmerkmal bezüglich der Dienstkleidung für alle Ansprechpartner deutlich erkennbar sein.

Zum Zweiten müssen die Schnittstellen zwischen administrativer Aufnahme, Ersteinschätzung und pflegerisch-medizinischer Versorgung in ihren Ausprägungen so gering wie möglich gehalten werden. Dies führt dazu, dass die administrative Aufnahmekraft den Patientenbegleitbogen und die nötigen Dokumente zeitnah und aufgrund der räumlichen Nähe auf kurzem Weg zum Raum der Ersteinschätzung bringen muss. Genauso verhält es sich mit den Patienten. Sie sollten ebenfalls nur kürzeste Wege zwischen den Wartebereichen und den Räumlichkeiten zurücklegen. Nach der Ersteinschätzung werden der Patientenbegleitbogen mit der festgestellten Behandlungsdringlichkeit und die nötigen Dokumente an einen zentralen Arbeitsplatz gebracht. Hier werden die Patienten nach den Dringlich-

⁶³ Siehe Anhang 4 und 5

keitsstufen, also nach den vier Farben, sortiert. Damit wird für den pflegerischen und den ärztlichen Dienst ersichtlich, welche Patienten als nächstes einer Behandlung bedürfen.

Bei Patienten, bei denen eine Wartezeit inakzeptabel ist und die demnach eine sofortige Behandlung brauchen wird diese durch den Ersteinschätzenden in die Wege geleitet. Somit würden sowohl ein Arzt als auch eine Pflegekraft aus ihren aktuellen Tätigkeiten heraus genommen werden, um den Patienten zu versorgen.

Hier wird deutlich, dass der Ersteinschätzende ein hohes Maß an Verantwortung trägt, welches über die Ersteinschätzung hinaus reicht. Es sind organisatorische und koordinierende Tätigkeiten, die im Aufgabenfeld des Ersteinschätzenden eine Rolle spielen.

4.3 Personelle Voraussetzungen

Neben der strukturellen und organisatorischen Rahmgebung stellt die Personalentwicklung eine wesentliche Voraussetzung und auch ein Ziel bei der Implementierung des MTS dar. Die personellen Voraussetzungen beziehen sich demnach auf die Ersteinschätzung nach dem MTS an sich und gehen auch über diese hinaus. Durch die Rolle des Ersteinschätzenden als Person des ersten medizinischen Kontaktes zum Patienten, als Anstoßgebender in der weiteren Versorgung und als erster „Gate-Keeper“⁶⁴ für die ZNA ergeben sich eine Reihe weiterer Verantwortungsbereiche. Diese münden in einer zentralen Rolle des Ersteinschätzenden als ZNA-Koordinator. Im folgenden Abschnitt werden die nötigen Kompetenzentwicklungen für diese Doppelrolle beschrieben.

Die Rolle als Ersteinschätzender

Neben den strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen ist ein hohes Maß an Berufserfahrung eine grundlegende Bedingung um Behandlungsdringlichkeiten zuweisen zu können. Nur so ist es möglich, dass Expertentum der Pflege in Verbundenheit mit Intuition wirksam wird und dem Patienten eine angemessene Behandlungsdringlichkeit zugeordnet wird⁶⁵. Nötig sind neben der Berufserfahrung natürlich auch die grundlegenden und speziellen Kenntnisse bezüglich

⁶⁴ Gimmler, C. et al, 6/2008, S.103

⁶⁵ Vgl. Mackway-Jones, K et al, 2006, S. 28

der Ersteinschätzung nach dem MTS. Die Vermittlung dieser Kenntnisse erfolgt durch interne Unterweisungen des gesamten ZNA-Pflegeteams unter Leitung von CHÄ Dr. Tanzer. In gemeinsamer Diskussion werden anhand von retrospektiven Fallbeispielen aus der Praxis Behandlungsdringlichkeitsstufen festgelegt und hinterfragt.

Des Weiteren besteht im Zuge des Entwicklungsvorhabens die Absicht, ausgewählte Mitarbeiter extern beim deutschen Netzwerk Ersteinschätzung zum MTS zu schulen. Diese werden nach erfolgreicher Teilnahme als interne MTS-Experten ihr erworbenes Wissen und ihre erlernten Fähigkeiten beispielhaft in der ZNA umsetzen und an die anderen Mitarbeiter weitergeben. Inhalte der Weiterbildung sind zum Beispiel die Begründung des Ziels und Zwecks der Ersteinschätzung, grundlegende Informationen zum MTS, die Integration der Berufserfahrung des Mitarbeiters, die rechtliche Situation in der Notaufnahme sowie die Bedeutung der Dokumentation⁶⁶.

Die Rolle als ZNA-Koordinator

Diese Rolle ist eine in der Literatur geforderte Notwendigkeit, um die Prozesse in der Notfallversorgung zu optimieren. Die Zuständigkeitsbereiche sind dabei neben der Ersteinschätzung und Festlegung der Behandlungspriorität auch die Kommunikation mit den Rettungsdiensten und das Bettenmanagement der Notfallpatienten im Krankenhaus⁶⁷. Somit ergibt sich diese Rolle aus der Schlüsselfunktion, die der Ersteinschätzende für den klinischen Behandlungsverlauf des Patienten aufweist. Der Ersteinschätzende ist die Person des ersten Kontaktes. Er kann, basierend auf seiner beruflichen Erfahrung, den innerklinischen Strukturen und der speziell vermittelten Kenntnissen, einen adäquaten Versorgungsprozess in der ZNA anstoßen. Somit werden neben der Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet⁶⁸.

Weiterhin ist der ZNA-Koordinator die Person, welche aufgrund ihrer funktionalen Stellung den Gesamtüberblick über die Abläufe in der ZNA behalten kann und einen Ansprechpartner für andere interne und externe Disziplinen darstellt, wie z.B. andere Fachkliniken und Fachärzte, Funktionsdiagnostik, Hausärzte, den Ret-

⁶⁶ Vgl. <http://www.ersteinschätzung.de>

⁶⁷ Vgl. Bernhard, M. et al, 06/2009, S.457

⁶⁸ Vgl. 4.2 Organisatorische Voraussetzungen

tungsdienst, Pflegedienste oder aber Angehörige des Patienten. Hier stehen im Besonderen informelle und kommunikative Prozesse mit diesen Gruppen im Vordergrund.

Mit diesen komplexen Aufgaben und der Verantwortung ergibt sich ein hoher Bedarf an Fachkenntnis und Qualifizierung des ZNA-Koordinators, welcher über die Ausbildungsinhalte zum Gesundheits- und Krankenpfleger und die Berufserfahrung in der Notfallmedizin hinausgeht. Dieser Bedarf beginnt bei gesundheitssystemspezifischem Hintergrundwissen bezüglich der DRG's und dem Wissen um volks- und betriebswirtschaftliche Zusammenhänge der Notfallversorgung im Gesamtkontext der Krankenhausfinanzierung. Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Qualifizierung stellt die Kenntnis um den demographischen Wandel und die damit einhergehende Veränderung des Patientenlientels in der Notaufnahme dar. Besondere Berücksichtigung muss hierbei die ambulante Versorgungssituation mit Blick auf den Ärztemangel, gerade im ländlichen Raum sein⁶⁹. Weiterhin sind Kenntnisse um die präklinische und klinische Notfallversorgung sowie vom Rendezvoussystem im Rettungsdienst von Nöten⁷⁰. Auch Kenntnisse um berufspolitische Diskussionen im Bereich der Notfallversorgung sollten hier eine Rolle spielen. Die Positionen der ZNA als Visitenkarte nach Außen⁷¹ ⁷² und als Haupteinweiser in die Klinik müssen weiterhin ausreichende Berücksichtigung finden, um ein breites Basiswissen und damit ein gutes Verständnis für die eigene Rolle als ZNA-Koordinator zu generieren. Schlussendlich ist zur Koordination sowohl eine spezifische Kenntnis der inneren Krankenhausstrukturen als auch eine Kenntnis der externen Strukturen nötig.

Eine besondere Aufgabe erfüllt der ZNA-Koordinator in der Zusammenarbeit mit den Fallmanagern (FM) des DBK. In den FM hat der ZNA-Koordinator Ansprechpartner wenn es um die Identifikation von besonderem Versorgungsbedarf geht, der eine mögliche Fallsteuerung im Sinne des DBK nötig macht.

⁶⁹ Vgl. 2.3 Probleme in der Versorgung

⁷⁰ Vgl. 3.2 Aufgabenverteilung in der Notfallmedizin

⁷¹ Vgl. Francois-Kettner, H.: Die richtigen Berufsgruppen in der ZNA – ein berufspolitisches Statement. Aus einer Niederschrift zum 6. Symposium der Bundesarbeitsgemeinschaft ZNA

⁷² Vgl. Leng, S. et al, 04/2008, S.36

Um dieses breite Wissen im Sinne einer hochwertigen und wirtschaftlichen Patientenversorgung umzusetzen, benötigt der ZNA-Koordinator spezifische Schlüsselqualifikationen, welche sich aus den Handlungskompetenzen ableiten lassen. Diese konnten trotz der Aktualität des Themas nicht in der Literatur identifiziert werden, ergeben sich jedoch aus den grundlegenden Überlegungen bezüglich des Aufgabenfeldes. Im Mittelpunkt stehen dabei kommunikative Fähigkeiten sowie strukturiertes und handlungsorientiertes Denken. In Anlehnung an den Versorgungsprozess werden diese im Folgenden genannt: Patientenzentrierte Kommunikation bei der Ersteinschätzung einhergehend mit der Identifikation von Hauptproblematiken und der Zuweisung von Behandlungsdringlichkeitsstufen, Konfliktmanagement und Deeskalationstechniken, Informationsmanagement bezüglich der Wartezeiten, interprofessionelle und intraprofessionelle Kommunikation und Informationssammlung, organisatorische Fähigkeiten bezüglich der Umsetzung von festgelegten Behandlungsdringlichkeiten, das Arbeiten im multiprofessionellen Team und die Kommunikation mit anderen Kliniken des DBK bezüglich des Bettenmanagements.

Diese grundlegenden Kompetenzen werden durch die Teilnahme der internen Weiterbildungsmaßnahme Fallmanagement im DBK vermittelt. Die Maßnahme ist Modular aufgebaut, wodurch eine gezielte Kompetenz- und Wissensvermittlung an die zukünftigen ZNA-Koordinatoren möglich wird. Die Mitarbeit an folgenden Kapiteln wird dabei als sinnvoll erachtet:

- Kapitel 2.2 Einführung in die Grundlagen des Gesundheitssystems
- Kapitel 2.3 Grundlagenkonzepte zur Versorgungs- und Fallsteuerung
- Kapitel 2.4 Prozessorganisation und Veränderungsmanagement
- Kapitel 3.1 Das Kompetenzprofil eines Fallmanagers
- Kapitel 3.2 Fallerarbeitung I – Identifikation von FM-Patienten
- Kapitel 3.3 Fallanalyse I – Bewertung von Patientensituationen
- Kapitel 3.4 Fallerarbeitung II – Methodengeleitete Patientenidentifikation
- Kapitel 4.4 Zusammenführung finanzieller und organisatorischer Aspekte der Fallkommunikation
- Kapitel 5.1 Kommunikation als Basis zur Fallarbeit und Kooperation

- Kapitel 5.3 Fallanalyse II – Methodengeleitete Bewertung von Patientensituationen⁷³

Die Inhalte dieser Kapitel stellen eine Basis dar, mit welcher die ZNA-Koordinatoren arbeiten können. Sie erhalten in dieser Weiterbildungsmaßnahme das notwendige Hintergrundwissen (Kapitel 2.2 und 4.4) und bekommen methodische Kompetenzen zur Fallsteuerung und Prozessorganisation (Kapitel 2.3 und 2.4), zur Kommunikation (Kapitel 5.1) und zur Erfassung und Bewertung von Patientensituationen (Kapitel 3.2, 3.3, 3.4 und 5.3). Letztere genannte Kapitel dienen dabei auch der Identifikation von Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf, die eine Fallsteuerung durch die FM nötig machen.

4.4 Prozessuale Einbettung

Die prozessuale Einbettung der Ersteinschätzung ist das Gesamtergebnis der beschriebenen strukturellen, organisatorischen und personellen Veränderungen. Dargestellt ist sie in Anhang 3 in visualisierter Form. Die Basis für diese Soll-Visualisierung sind Ergebnisse aus Arbeitsaufträgen und Rücksprachen mit dem ZNA-Team während des Praxissemesters 2009, aus denen eine Ist-Visualisierung entstanden ist.

Die Visualisierung stellt die Prozessabläufe der ZNA dar. Es ist zu erkennen, dass die Ersteinschätzung nach dem MTS unmittelbar an die administrative Aufnahme des Patienten angeknüpft ist. In besonders dringlich wahrgenommenen Fällen kann die Ersteinschätzung schon vor der administrativen Aufnahme stattfinden.

Auf Basis der Ergebnisse der Ersteinschätzung wird anschließend der Prozess der Versorgung aufgenommen.

Des Weiteren ist ersichtlich, dass der ZNA-Koordinator organisatorische und koordinative Aufgabenbereiche, z.B. im Bettenmanagement oder in der Koordination von konsiliarischen Untersuchungen übernimmt.

In Anhang 4 sind die generellen Indikatoren nach Mackaway/Jones zur Ersteinschätzung dargestellt, die in dieser Form keine Anwendung in der ZNA am DBK

⁷³ Vgl. www.dbkn.de

finden. In Anlehnung an die generellen Indikatoren zur Einschätzung ist in Anhang 5 die Vorgehensweise bei der Ersteinschätzung am DBK anhand der generellen Indikatoren des MTS dargestellt. Die speziellen Indikatoren stehen den Ersteinschätzenden jederzeit im Raum der Ersteinschätzung zur Verfügung.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Die eingangs beschriebenen und zu erwartenden Veränderungen, denen nicht nur die Notaufnahmen in Deutschland, sondern auch die hiesige Neubrandenburger ZNA entgegen sehen, zwingen zum Handeln. Um zukünftig mit steigenden Patientenzahlen, sich verändernden Krankheitsbildern und Versorgungsbedarfen vor dem Hintergrund des wachsenden Wettbewerbsdruckes umgehen zu können, sind Interdisziplinarität, Zentralität und Unabhängigkeit von Vorteil. Diese Merkmale weist die ZNA am DBK bereits auf. Damit gehört sie zu einer Anzahl von fortschrittlichen Notaufnahmen. Um den Herausforderungen in ihrer Gänze zu begegnen, sind jedoch weitere Strategien nötig. Die Patientenströme sollen in hochqualitativer und ressourcenschonender Art und Weise versorgt werden können. Die ZNA am DBK wählt mit der Implementierung des MTS eine solche Strategie. Sie folgt damit einer landesweiten Entwicklung, die in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht hat. Seit 2004 haben sich mehr als 20 Krankenhäuser dazu entschieden, das MTS zu implementieren und haben diesen Prozess durchgeführt. Weitere Kliniken sind auf dem Weg der Implementierung. Um das MTS durchführen zu können erscheinen die beschriebenen strukturellen und auch organisatorischen Veränderungen unumgänglich. Auf personeller Ebene finden dabei die stärksten Veränderungen statt. Mit der Erweiterung der Kompetenzen der ersteinschätzenden Pflegekräfte um koordinative und organisatorische Aspekte findet eine sinnvolle Verknüpfung zwischen der Ersteinschätzung, der Professionalität des Personals und dem Fallmanagement des DBK statt. Damit hat die Integration des MTS in den Versorgungsprozess Auswirkungen in den verschiedensten Bereichen.

Aus Patientensicht findet eine der Notfallversorgung angemessene zeitnahe Begutachtung des eigenen Problems durch medizinisches Fachpersonal mit einer Information über die zu erwartende Wartezeit statt. Durch das Schmerz-, Patienten- und Wartebereichsmanagement im Rahmen des MTA wird schon zum Be-

ginn des klinischen Kontaktes professionelles Handeln deutlich wahrnehmbar. Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf, die durch den demographischen Wandel in ihrer Zahl zunehmen werden, können durch die ZNA-Koordinatoren schon frühzeitig für eine Fallsteuerung im Sinne des DBK identifiziert werden.

Aus klinischer Sicht werden Patienten mit erhöhtem Risiko im Walk-In-Bereich zeitnah identifiziert und ihrem Versorgungsbedarf entsprechend versorgt. Durch die Arbeit der ZNA-Koordinatoren können Ressourcen schonend und effizient eingesetzt werden.

Aus der Perspektive der Klinikleitung findet eine Aufwertung der Visitenkarte und des Haupteinweisers in die Klinik statt. Die Überprüfung des MTS im Sinne einer retrospektiven Auditierung durch die Nutzer selbst stellt dabei einen qualitätssichernden Aspekt dar.

Aus dem Blickwinkel des Rettungsdienstes existiert ein Ansprechpartner, wenn es um die Übergabe von Patienten und die Zuweisung von freien Behandlungskabinen geht.

Aus Sicht der Pflege findet eine Kompetenzerweiterung statt. Pflegeexperten begeben sich auf den Weg der Professionalisierung. Durch retrospektive Überprüfung der Behandlungsergebnisse im Team wird eine wissenschaftliche Arbeit zur Qualitätssicherung und –entwicklung durchgeführt. Die Kompetenzerweiterung und die eigene Überprüfung sind Schritte in der Professionalisierung der Pflege. Dabei werden rechtliche Rahmenbedingungen eingehalten und ausgeschöpft.

6. Literaturverzeichnis

- Ahnenfeld, F.W.: Grundlagen und Grundsätze zur Weiterentwicklung der Rettungsdienste und der notfallmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Erstellt im Auftrag des Vorstandes der Bundesärztekammer, 9/1997.
- Angstwurm, M., Beckers, S.K., Müller, M.P., Timmermann, A., Urban, B., Walcher, F.: Studentische Ausbildung in der Notfallmedizin: Überblick, Konzepte und Perspektiven. In: Notfall und Rettungsmedizin, 6/2009, S.354-359.
- Angstwurm, M., Burchardi, C., Endres, S.: Diagnosespektrum in einer internistischen Notaufaufnahme. In: Der Internist, 11/2001, S. 1462-1464.
- Anonymus: Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst. 02.11.1992, letzte Änderung 03.03.2009.
- Arntz, H.R., Somasundaram, R.: Interdisziplinäre Notaufaufnahme in Deutschland – Die Entwicklung schreitet voran. In: Notfall und Rettungsmedizin, 6/2009, S.248-249.
- Augustny, B., Bürger-Miltenberger, A., Fischer, T. et al.: Klinikleitfaden Pflege. München, Urban und Fischer, 2008.
- Bartholomeyczik, S.: Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessment-Instrumenten in der Pflege. In: Pflege, 8/2007. S. 211-217.
- Behrendt, H., Runggaldier, K.: Ein Problemaufriss über den demographischen Wandel in der Bundesrepublik Deutschland. In: Notfall und Rettungsmedizin, 6/2008, S. 45-50.
- Bergmann, K.O.: Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf/durch nichtärztliches Personal. In: Medizinrecht, 01/09, S.1-10.
- Bernhard, M., Gries, A., Pietsch, C.: Die Interdisziplinäre Notfallaufnahme – Organisation, Struktur und Prozessoptimierung. In: Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie. 6/09, S.454-459.
- Bey, T.: Schnittstelle Zentrale Notaufaufnahme. In: Notfall und Rettungsmedizin, 5/2007, S.323-324.

- Brachmann, M., Hogan, B.: SWOT-Analyse einer zentralen Notaufnahme mit Analyse der Erfolgspotentiale. In: Notfall und Rettungsmedizin, 06/2009, S. 256-260.
- Brachmann et al.: Positionspapier der AG Ökonomie: Ökonomische Aspekte der klinischen Notfallversorgung. 2008.
- Böhme, H.: Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Pflegepersonal – von der Delegation bis zur Allokation – rechtliche Hintergründe. In: Public Health Forum, 03/2008, S. 21-22.
- Böhme, H., Hasseler, M.: Delegation – Standortbestimmung Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger, 8/2006, S. 664-668.
- Borchardt K.: Ärztemigration von und nach Deutschland, Baden- Baden: Nomos, 2006.
- Bremerich, D.H., Byhahn, C., Ludwig-Pistor, F. et al.: Prozessoptimierung in einer interdisziplinären Notaufnahme durch das Manchester-Triage-System. In: Notfall und Rettungsmedizin, Supplement 1/2009.
- Bundesministerium der Justiz: Bundesgesetzblatt Teil 1. Bonn, Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, 2003.
- Busse R/Riesberg A.: Gesundheitssysteme im Wandel, Berlin: MWV-Verlag, 2006.
- Dielmann, G.: Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar für die Praxis. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2006.
- Fleischmann, T., Hogan, B.: Kompetent und unabhängig – Interdisziplinäre Notaufnahme: Konzeption und personelle Besetzung. In: Krankenhaus Umschau 2/2008, S. 30-32.
- Fleischmann, T.: Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten im Wandel – Beobachtungen aus der Notaufnahme. In: Krankenhausumschau 04/2009, S. 25-27.
- Francois-Kettner, H.: Die richtigen Berufsgruppen in der ZNA – ein berufspolitisches Statement. Aus einer Niederschrift zum 6. Symposium der Bundesarbeitsgemeinschaft ZNA.

- Gesetz über den Rettungsdienst für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Rettungsdienstgesetz - RDG M-V) vom 1. Juli 1993, GS Meckl.-Vorp. Gl. Nr.2120-2.
- Gimmler, C., Gries, A., Somasundaram, R., Wöfli, C.: Interdisziplinäre Notaufnahme – aktueller Stand und Ausblick. In: Notfallmedizin up2date 6/2008, S.101-114.
- Koshedub, R.: Triage-Systeme – Ersteinschätzung und Steuerung der Patientenströme in der Notfallambulanz als Kernkompetenz des Pflegepersonals. Bielefeld: Porta Westfalica, 2009.
- Krey, J.: Ersteinschätzung in der Notaufnahme – Triage im klinischen Bereich als Instrument zur Festlegung der Behandlungsreihenfolge. In: Die Schwester Der Pfleger, 8/2005, S. 590-595.
- Krey, J.: Triage durch Pflegekräfte in der ZNA. In: Notfall und Rettungsmedizin, 5/2007, S.329-335.
- KrPflG vom 16. Juli 2003 im BGBl. I S. 1442.
- Korzillius, H.: Hausärztemangel in Deutschland - Die große Landflucht. In: Deutsches Ärzteblatt, 02/2008, S.373-374.
- Lackner, C.K., Waydhas, C. (2009): Ausbildung und Lehre in der Notfallmedizin. In: Notfall und Rettungsmedizin, 8/2009, S. 339-340.
- Leng, S., Petersen, P.F.: Ohne Rücksicht auf Verluste? Ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus – nicht nur ein Kostenfaktor. In: KU Gesundheitsmanagement, 4/2008, S.34-37.
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., Windle, J. (Hrsg.): Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Das Manchester Triage System. Deutsch von Krey, J. und Moecke, H.. Bern: Huber, 2006.
- Madler, C., Kreimeier, U.: Der demographische Wandel – Notfallmedizin für eine alternde Gesellschaft. In: Notfall und Rettungsmedizin, 1/2009, S. 13-18.
- Moecke, H., Hahn, S. A., Tareg, A B.: The current state of hospital-based emergency medicine in Germany. In: International Journal of Emergency Medicine, 12/2008, S. 273-277.

- Neiheiser, R., Neumann, C., Storsberg, A.: Krankenpflegegesetz: Mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Stuttgart: Kohlhammer, 2006.
- Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetages vom 20-23.05.2008, S. 28 f..
- Will, H.J.: Landesgesetze Mecklenburg-Vorpommern. Regensburg, Walhalla und Praetoria Verlag, 1991-2009.
- Wölfi, C. G., Etti, J. B.: Frakturversorgung- Lagerungssystem und Schienung. In: Notfallmedizin up2date 12/2008, S.309-320.

Internetquellen

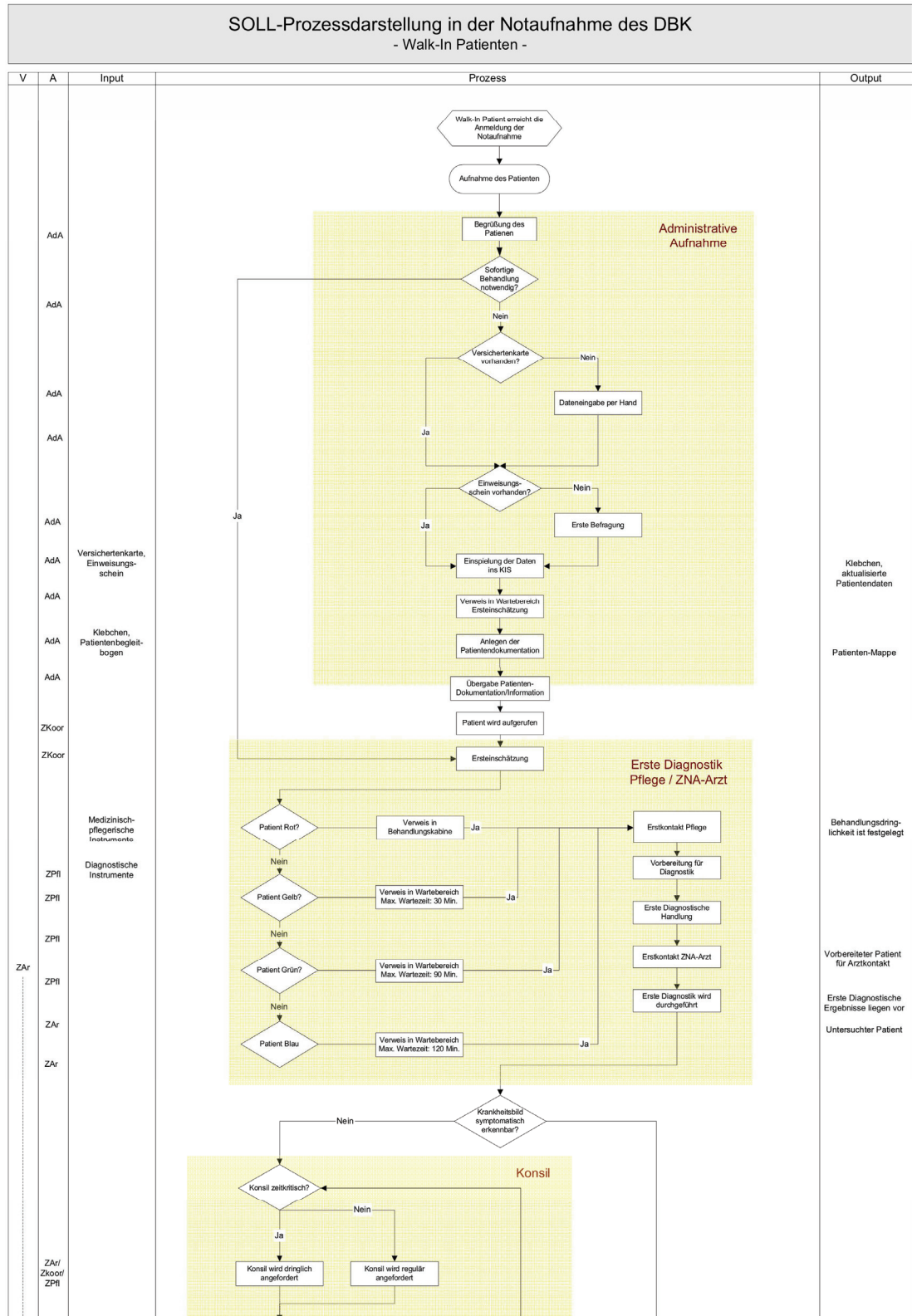
- <http://www.dbfk.de/nw/bildung/bhs/erna08veachta01.htm>, Stand: 15.11.2009, 14 :23 Uhr.
- <http://www.dbknb.de/dbk/pd/fallmanagement/Flyer%20FM%20DBK%202010.pdf/view?searchterm=fallmanagement>, Stand: 16.11.2009, 10:24 Uhr.
- <http://www.ersteinschätzung.de/html/lehrgange.html>, Stand. 15.11.2009, 14:53 Uhr.
- <http://www.ersteinschätzung.de/html/materialien.html>, Stand 15.11.2009, 15:13 Uhr.
- <http://www.kvmv.info/patienten/12/index.html>. Stand: 01.11.2009, 16:06 Uhr.

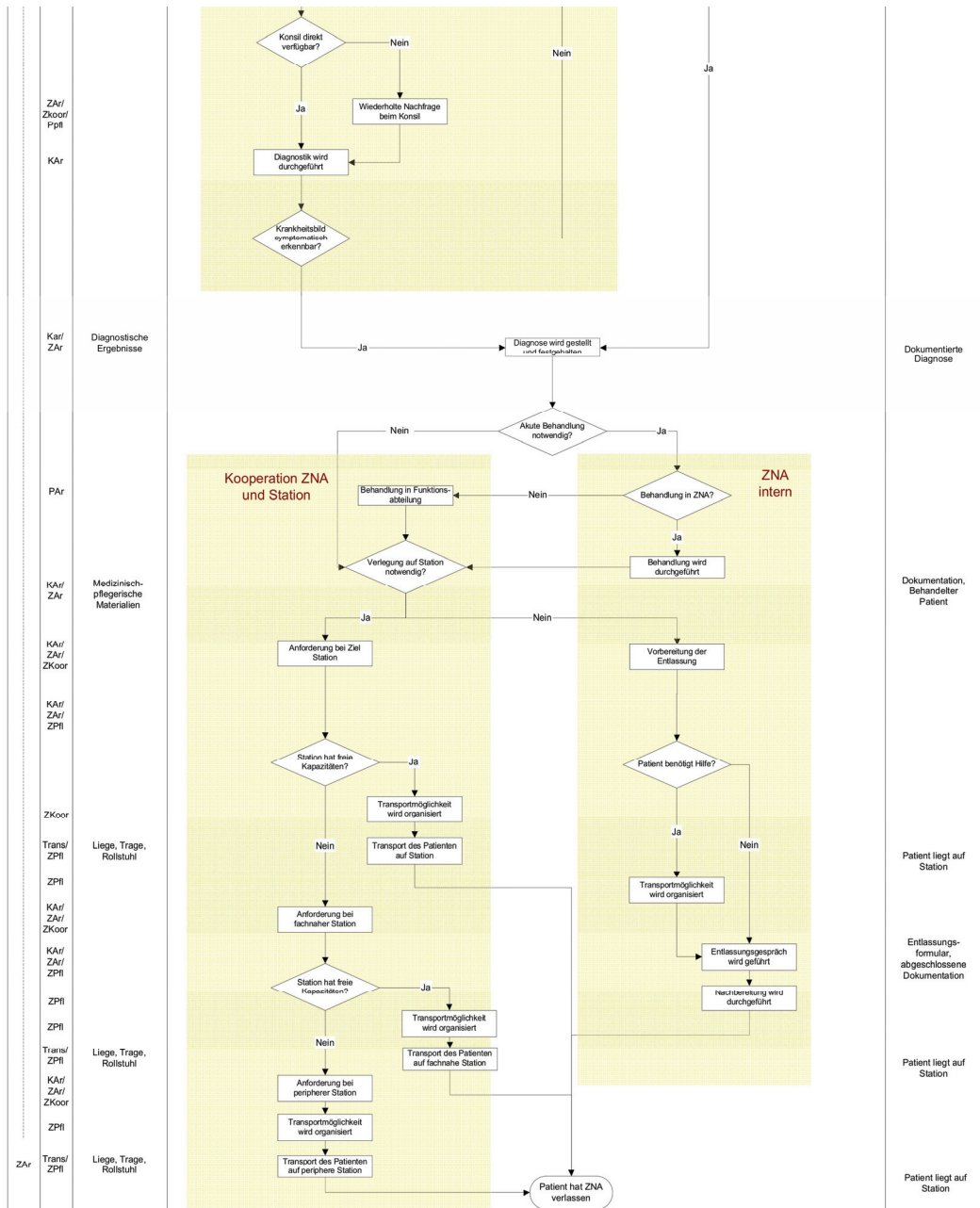
7. Anhang

Anhang 1: „Dokumentationsbogen Ersteinschätzung“ der „Deutschen Gesellschaft für Ersteinschätzung“, www.ersteinschaetzung.de

		Klinik XYZ Zentrale Notaufnahme <small>Dokumentation nach den Richtlinien Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung - www.ersteinschaetzung.de</small>				Dringlichkeit	
Patientendaten 				Ersteinschätzung Handz. Datum Zeit		Grund des Kommens	
				Zweite Einschätzung Handz. Zeit		Eingesetztes Diagramm Eingesetzter Indikator	
Bewußtsein 1 2		Atemwege 1 2		Schmerzeinschätzung 			
voll orientiert <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		frei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
verwirrt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		teilverlegt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Schmerzmedikation lt. Akte Keine Allergie auf die verab. Schmerzmed. bekannt			
unruhig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		zyanotisch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Atmung 1 2		Blutung 1 2		Papillenreaktionsgröße		Vitalparameter t 2	
wech <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ruhig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		RR links / /	
schlaftrig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		keine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		RR rechts / /	
reackbar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		schnell <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Trage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Puls /min /min	
komatös <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		schwach <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Armschiene <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Temp. °C °C	
Frage 1 2		Blutungsreaktion		Halskrause <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		O ₂ -Sättig. % %	
Intox.-zeichen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		minimal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Beinschiene <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Atemfreq. /min /min	
Kreislauf 1 2		massiv <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Eis-katfurg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		BZ mg% mg%	
unzufällig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		kontrollierbar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sonstige Medikation lt. Akte			
zentralisiert <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		unstillbar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sonstige Maßnahmen lt. Akte			
kaltschweißig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							

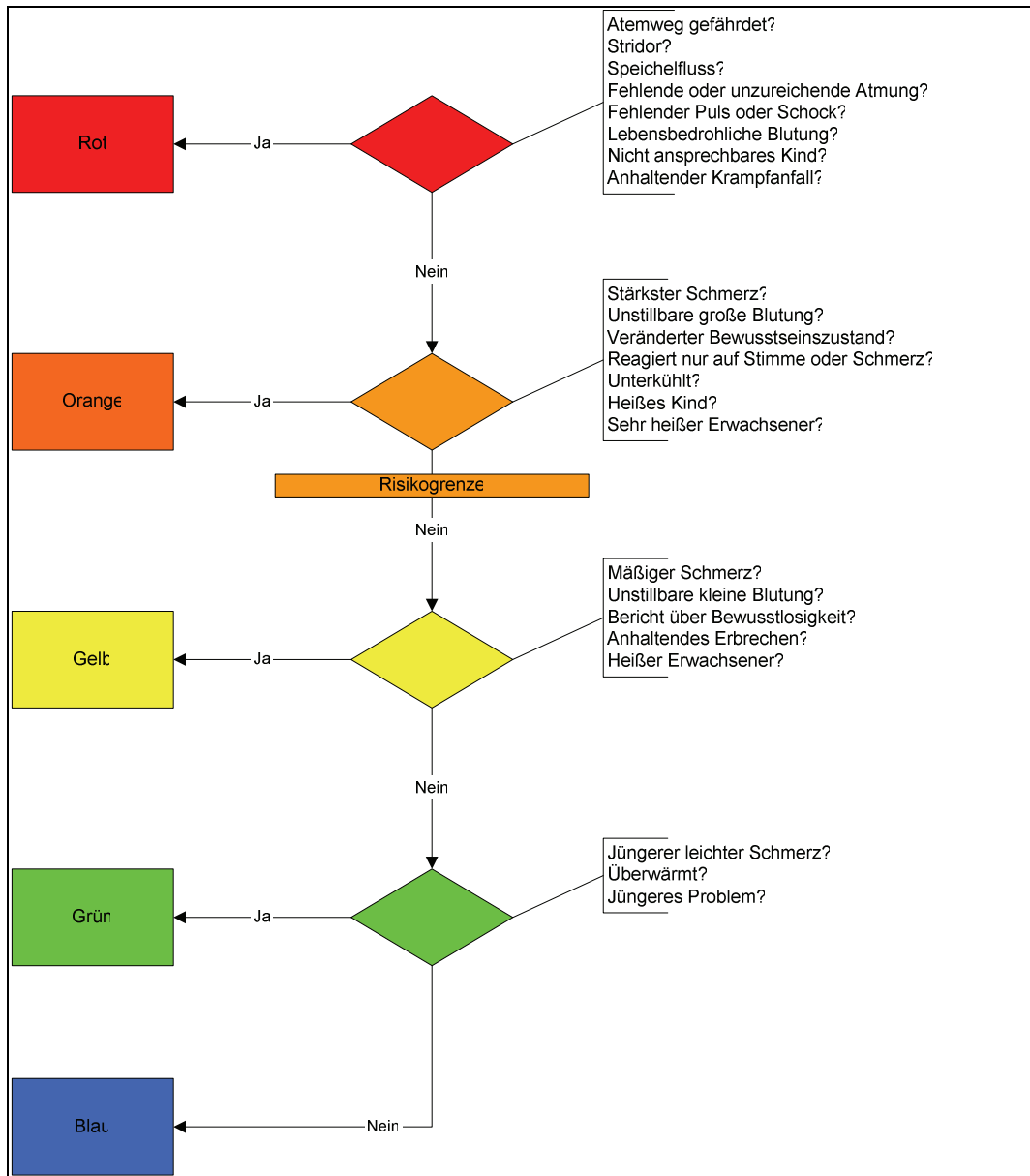
Anhang 3: „Soll-Visualisierung“ des Prozesses „Walk-In-Patient“



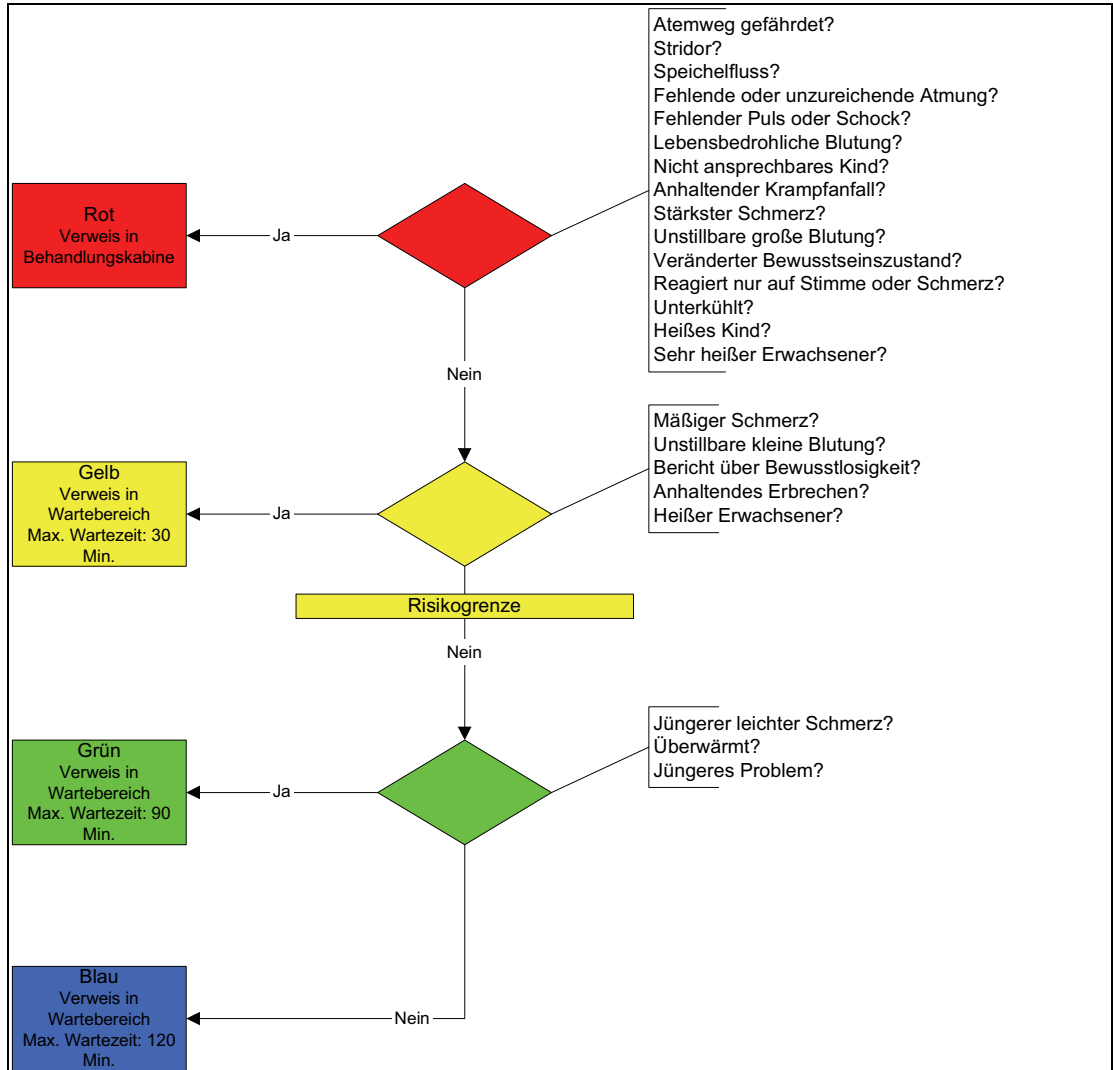


Legende		Bearbeiter:	
Abkürzungen:	Notifikation:	Version:	Datum:
AuA Administrative Aufnahmekraft	◇ Verzweigung/Entscheidung	1.0	08.11.2009
ZKoor ZNA Koordinator	▭ Prozess/Tätigkeit		
ZPfll Pflegekraft der ZNA	○ Start/Ende		
ZAr Arzt der ZNA	⋯ Von/Bis		
KAr Konsilarzt			
PAr Arzt der peripheren Station			
Trans Patiententransport			
V Verantwortlicher			
A Ausführende Person			

Anhang 4: „Generelle Indikatoren“ in Anlehnung an Mackaway-Jones, K. et al, 2006, S. 215



Anhang 5: Generelle Indikatoren, angepasst an die Belange der ZNA am DBK, in Anlehnung an Mackaway-Jones, K. et al, 2006, S. 215





Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, den 24.11.2009

Unterschrift: