



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

Ersteinschätzung am Telefon

Die Manchester-Telefon-Triage

Deutschsprachige Ausgabe übersetzt und bearbeitet
von Jörg Krey, Stefan Oppermann und Peter Lemke

Ersteinschätzung am Telefon

Ersteinschätzung am Telefon

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

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld;

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

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

Ersteinschätzung am Telefon

Die Manchester-Telefon-Triage

Übersetzt und für die deutschsprachigen
Gesundheitssysteme bearbeitet von
Jörg Krey, Prof. Dr.med. Stefan Oppermann,
RA Peter Lemke



Kevin Mackway-Jones (Hrsg.) Facharzt für Notfallmedizin Manchester Royal Infirmary und Royal Manchester Childrens's Hospital; Medizinischer Direktor des Greater Manchester Ambulance Service; Ziviler Honorarfachberater der britischen Armee für Notfallmedizin; Professor für Notfallmedizin am Centre for Effective Emergency Care der Manchester Metropolitan University.
Janet Marsden (Hrsg.) [†], Professorin für Augenheilkunde und Notfallpflege und Direktorin am Centre for Effective Emergency Medicine der Manchester Metropolitan University.
Mark Newton (Hrsg.) Dienststellenleiter und beratender Paramedic (Notfallsanitäter) für Notfallversorgung. North West Ambulance Service NHS Trust.
Jill Windle (Hrsg.) Dozentin in Notfallpflege am Salford Royal Hospital NHS Foundation Trust und der Universität von Salford.

Jörg Krey (Dt. Hrsg.) Dipl.-Kfm. (FH), Dozent und Fachberater am Institut für Notfallmedizin (IfN), Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, Krankenpfleger, Leitungskraft Pflegedienst.
Stefan Oppermann (Dt. Hrsg.) Prof. Dr. med., Stv. Leiter Institut für Notfallmedizin, Professur HAW Hamburg, Facharzt für Anästhesie
Peter Lemke (Dt. Hrsg.) Rechtsanwalt, Recht im Gesundheitswesen, Hamburg

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

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

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

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z.Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: www.hogrefe.ch

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

Das vorliegende Buch ist eine Übersetzung aus dem Englischen. Der Originaltitel lautet „Emergency Triage – Telephone triage and advice“ von Manchester Triage Group und herausgegeben von Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Mark Newton und Jill Windle
© 2016. John Wiley & Sons, Ltd, UK-Chichester
1. Auflage 2019
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95724-1)
ISBN 978-3-456-85724-4
<http://doi.org/10.1024/85724-000>

Nutzungsbedingungen

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

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

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

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

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

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

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

Anmerkung

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

Inhalt

Herausgeber der englischen Ausgabe	9
Herausgeber der deutschen Ausgabe	10
Danksagung	11
Mitglieder der ursprünglichen Manchester Triage Group	12
Internationale Referenzgruppe	13
Vorwort der britischen Ausgabe	15
Vorwort der deutschen Ausgabe	17

Kapitel 1 – Einführung	19
Einleitung	19
1 Nomenklatur und Definitionen	20
2 Entstehung der Telefon-Triage	22
3 Ersteinschätzungsmethode	22
4 Beratung	24
5 Die Präsentations-Prioritäts-Matrix	24
6 Schulung in Ersteinschätzung	25
7 Qualitätsprüfung in der Triage	25
8 Zusammenfassung	25

Kapitel 2 – Entscheidungsfindung und Ersteinschätzung am Telefon ..	27
Einleitung	27
1 Entwicklung von Fachkenntnis	28
2 Strategien zur Entscheidungsfindung	28
2.1 Logisches Analysieren	29
2.2 Erkennen von Mustern	29
2.3 Arbeiten mit Hypothesen	29
2.4 Vereinfachung durch Ersatzbilder	30

2.5	Intuition	30
3	Entscheidungsfindung im Rahmen der Triage	30
3.1	Identifiziere das Problem	31
3.2	Sammle und analysiere Informationen, die zur Lösung beitragen können	31
3.3	Prüfe alle alternativen Handlungsmöglichkeiten und wähle eine zur Umsetzung aus	31
3.4	Setze die ausgewählte Handlungsmöglichkeit um	32
3.5	Beobachte die Umsetzung und überprüfe das Ergebnis	32
4	Veränderung etablierter Methoden zur Entscheidungsfindung	32

Kapitel 3 – Die Methode der Ersteinschätzung am Telefon 33

Einleitung	33
1 Identifizieren des Problems	33
2 Sammeln und Auswerten von Informationen	35
3 Indikatoren	35
3.1 Lebensgefahr	36
3.2 Blutverlust	37
3.3 Bewusstseinszustand	38
3.4 Temperatur	39
3.5 Schmerzen	41
3.6 Krankheitsdauer	41
4 Beurteilung und Auswahl von Alternativen	42
5 Durchführung der gewählten Alternative	42
6 Dokumentation	43
7 Einschätzung des Patienten	43
8 Überprüfung des Verstehens	46
9 Überbrückende Ratschläge	46
10 Ausschließliche Beratung	46
11 Monitoring und Evaluierung	47

**Kapitel 4 – Die Präsentations-Prioritäts-Matrix
bei der telefonischen Einschätzung** 49

Einleitung	49
1 Die Präsentations-Prioritäts-Matrix Darstellung	49
2 Beschreibung des Prozesses	50
3 Vervollständigung der Präsentations-Prioritäts-Matrix	50
4 Versorgungsorte	51
5 Zeit bis zur Behandlung	54

Kapitel 5 – Sicherung der Qualität bei der telefonischen Ersteinschätzung	55
Einleitung	55
1 Angemessene Schulung	56
2 Audit Methode	56
2.1 Vollständigkeit	57
2.2 Genauigkeit	57
2.3 Zielwerte	58
3 Auswirkungen auf die Praxis	58
3.1 Kollegiales Audit	58
3.2 Systematische Nachuntersuchung	58

Kapitel 6 – Rechtliche Aspekte der telefonischen Einschätzung	61
1 Einsatzbereiche Telefon-Triage	62
2 Risikofaktoren einer Telefon-Triage	63
3 Die Vorgaben aus dem Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung)	64
4 Die Vorgaben des Arbeitsrechts	66
5 Dokumentation	68
6 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen	70
7 Abschließende Betrachtung	71

Kapitel 7 – Die Präsentationsdiagramme	73
Glossar	185
Sachwortverzeichnis	205

Herausgeber der englischen Ausgabe

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

Mark Newton, Dienststellenleiter und beratender Paramedic (Notfallsanitäter) für Notfallversorgung. North West Ambulance Service NHS Trust.

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

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

Herausgeber der deutschen Ausgabe

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

Prof. Dr. Stefan Oppermann, Stv. Leiter Institut für Notfallmedizin, Professur HAW Hamburg, Facharzt für Anästhesie

Peter Lemke, Rechtsanwalt, Recht im Gesundheitswesen, Hamburg

Danksagung

Die Herausgeber möchten all denen beim North West Ambulance Service danken, die ihre Zeit und Erfahrung zu diesem Projekt beigesteuert haben, besonderer Dank geht an Stephanie Allmark und Stephen Scholes, deren Beitrag und Unterstützung absolut unschätzbar bleibt.

Mitglieder der ursprünglichen Manchester Triage Group

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

Internationale Referenzgruppe

Brasilien

Welfane Cordeiro
Maria do Carmos Rausch
Bárbara Torres

Deutschland

Jörg Krey
Stefan Oppermann
Peter Niebuhr

Italien

Norbert Pfeifer
Pasquale Sollazzo
Michael Prantl

Mexiko

Alfredo Tanaka Chavez
Elisabeth Hernandez Delgadillo
Noe Arellano Hernandez

Norwegen

Grethe Doelbakken
Endre Sandvik
Germar Schneider

Österreich

Stefan Kovacevic
Andreas Lueger
Willibald Pateter

Portugal

Paulo Freitas
Antonio Marques
Angela Valenca

Spanien

Conxa Oliver Martinez
Gema Garcia Riestra
Gabriel Redondo Torres

Schweiz

Dirk Becker
Christian Ernst
Elisabeth Simons

Vorwort der britischen Ausgabe

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

Klinische Entscheidungen am Telefon zu fällen war für Kliniker immer ein Grund zur Sorge: nicht nur, dass der Patient nicht anwesend ist und es sich schwierig gestalten mag, korrekte Informationen zu erhalten, hinzu kommt noch, dass viele der bei der klinischen Einschätzung gebräuchlichen Instrumente und Indikatoren schlicht nicht verfügbar sind. Daher ist die Entscheidungsfindung am Telefon ein von Natur aus riskanterer Prozess als die Ersteinschätzung beim anwesenden Patienten.

In der Frühphase der Nutzung des MTS in Manchester nutzten die Notaufnahmen eine vereinfachte Version, um die Gesprächsführung am Telefon zu strukturieren. Die Einführung der nationalen, mit Algorithmen arbeitenden, Telefonhotlines führte zu einer Verdrängung und die Nutzung der vereinfachten Version des MTS am Telefon in den Notaufnahmen ging zurück.

Unsere Kollegen beim „Greater Manchester Ambulance Service (GMAS)“ [= Krankentransport und Rettungsdienst Großraum Manchester] hatten das Gefühl, dass ihre Instrumente zur telefonischen Entscheidungsfindung Lücken aufwiesen. Wir haben mit ihnen Ideen zur Entwicklung von Instrumenten auf der Basis des MTS (mit seiner umfassenden Evidenzbasisierung und gutem Sicherheitsstandard) diskutiert, um Sicherheit und Qualität in ihr Telefon-Entscheidungssystem zu bringen.

GMAS ist mittlerweile im „North West Ambulance Service (NWS)“ aufgegangen und es wurde viel Zeit und Arbeit mit dem MTS investiert, um ein robustes Instrument zur Telefon-Triage zu testen und zu auditieren. Dieses Instrument wurde zwi-

schenzeitlich bereits in anderen Umgebungen pilotiert, so in Rettungsleitstellen in Neuseeland und auf den Azoren, aber auch bei anderen Diensten in Großbritannien, in mancher Umgebung rund um die Uhr, in mancher nur für manche Tageszeiten. Es wurde getestet und verbessert und beinhaltet mittlerweile einen hervorragenden Prüfungsmechanismus und einhergehende Sicherheitsstandards.

Das dem MTS zugrundeliegende Prinzip (Identifizierung des Beschwerdebildes und reduktive Identifizierung des Indikators) ist unverändert übernommen – die besonderen Probleme bei der Einschätzung am Telefon erforderten allerdings einige Anpassungen. Das Ergebnis der Entscheidung reduziert sich auf die Stufen „Sofort (sehen)“, „Zeitnah (sehen)“ und „Später (sehen)“ sowie einem Hinweis zur Eigenversorgung des Anrufers. Zu jedem Einstufungsergebnis werden Informationen und Ratschläge vorgeschlagen, die dem Anrufer gegeben werden können. Die Ratschläge reichen von lebensrettenden Interventionen, die den Zeitraum bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes überbrücken können, bis hin zu Möglichkeiten der Eigenversorgung.

Wir wissen um die Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen und dem Bedarf nach passenden Informationen und Ratschlägen. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, kann der Teil der Manchester-Telefon-Triage mit den Ratschlägen und Informationen durch den Benutzer an die Bedürfnisse des eigenen Gesundheitssystems angepasst werden – unter Beibehaltung des Systemkerns, der das Manchester-Triage-System darstellt.

Die klinische Einschätzung einer Behandlungsdringlichkeit (ob sie Triage genannt wird oder irgendwie anders) bleibt ein zentraler Schwerpunkt des klinischen Risikomanagements in allen Systemen zur Notfallversorgung. Diese Übertragung eines Triage-Systems (mit dem bereits Millionen von Menschen jedes Jahr eingeschätzt werden) auf das Telefon stellt ein robustes, sicheres und Evidenz basiertes Instrument zur Verfügung, welches zur Abschätzung der vorhandenen Risiken bei Patienten in räumlicher Entfernung von Versorgungsangeboten dienen kann.

Janet Marsden, Mark Newton, Jill Windle, Kevin Mackway-Jones
Januar 2015

Vorwort der deutschen Ausgabe

Ersteinschätzung am Telefon? Telefon-Triage, wie in den anglo-amerikanischen Ländern? Ein Gedanke, der uns in den Jahren seit wir (2004) mit der Anwendung des Manchester-Triage-Systems in den Notaufnahmen angefangen haben, eher fern lag. Sicherlich war uns klar, dass in den Rettungsleitstellen eine Art der Telefon-Triage angewendet wurde (und wird), die Hoffnung, dass hierfür auf das Manchester-Triage-System zurückgegriffen werden könnte, erschien uns aber jenseits alles Vorstellbaren.

Seit etwa zwei Jahren erleben wir hier nun einen Wandel, der dieses Thema in ein neues Licht rückt: Der Sachverständigenrat hat 2016 ein Gutachten veröffentlicht, die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat 2017 beraten, immer ging es um die Zukunft der Notfallversorgung und die Steuerung der Patientenversorgung: wer bekommt wann und wo die nachgefragte Versorgung. Und so rückt hier und bei den Rettungsleitstellen das Manchester-Triage-System, welches sich mittlerweile in den Notaufnahmen in deutschsprachigen Notaufnahmen zum Quasi-Standard entwickelt hat, wieder in den Fokus: Könnte man nicht eventuell mit diesem System auch die Versorgungssteuerung am Telefon unterstützen?

Der große Vorteil, der hiermit generiert wird: Wir benutzen nicht nur ein System, welches sich in der Präsenz-Triage bereits als valide erwiesen hat, wir haben zusätzlich den Vorteil, dass wir in der gesamten Versorgungskette dieselbe Sprache sprechen! Beginnend am Telefon mit der hiermit vorgelegten Manchester-Telefon-Triage, über den Rettungswagen (heute noch als Vision) mit der bereits bekannten Manchester-Triage bis hinein in die Notaufnahme mit MTS. Und in der ambulanten Notfallversorgung ebenso: von der telefonischen Beratung durch die regionale kassenärztliche Vereinigung unter der Telefonnummer 116117 bis in die Notfallpraxis im Krankenhaus (am gemeinsamen Tresen) mit der standardisierten Ersteinschätzung mit dem MTS. Und alle Partner in der Versorgungskette steuern ihre Erfahrungen zur konsentierten Verbesserung der Systeme Manchester-Triage und Manchester-Telefon-Triage bei.

Wir widmen dieses Buch unseren beiden so früh verstorbenen Vordenkenden, Fördernden und Unterstützenden – Prof. Janet Marsden aus Großbritannien und Prof. Dr. Heinzpeter Moecke aus Deutschland, ohne deren Arbeit und Unterstützung der heutige Stand nicht denkbar geworden wäre.

Jörg Krey, Prof. Dr. Stefan Oppermann, Peter Lemke
Hamburg, Dezember 2018

Kapitel 1 – Einführung

Einleitung

Bei der Triage handelt es sich um ein System des Risikomanagements, mit dem der Patientenfluss gesteuert werden soll, wenn die klinischen Anforderungen die vorhandenen Kapazitäten übersteigen.

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

Aber auch innerhalb der Kliniken in den Notaufnahmen wird triagiert. Der Unterschied zwischen dem präklinischen und dem klinischen Einsatz ist groß, dient Triage im klinischen Bereich doch der Identifizierung der Erkrankungsschwere der Patienten, um die Versorgung auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten und vor allem zeitgerecht durchzuführen. Mit anderen Worten ausgedrückt: Bei der Triage in der Notaufnahme gilt es, aus der Vielzahl eintreffender Patienten zuverlässig den Schwerstkranken zu identifizieren, um ihn zuerst zu behandeln. Um den Unterschied zwischen den Einsatzbereichen und den damit verbundenen Unterschieden in den Zielen hervorzuheben, wird für die Triage in der Notaufnahme der Begriff „Ersteinschätzung“ analog dem englischen Synonym „Primary Assessment“ benutzt.

Für das britische Gesundheitssystem NHS war die Zeit vor dem Manchester-Triage-System nun keine einschätzungsfreie Zeit: Es gab viele verschiedene Systeme mit unterschiedlichen Interpretationen, unterschiedlichen Stufen und verschiedenen Prozessbeschreibungen. Die frühen Systeme der Einschätzung waren eher intuitiv als methodisch, daher waren die Ergebnisse weder durch andere Anwender reproduzierbar noch waren sie auditierbar.

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

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

Die einzelnen Punkte sollen im Folgenden dargestellt werden.

1 Nomenklatur und Definitionen

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

Tabelle 1-1: Unterschiedliche Nomenklaturen und Definitionen

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

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

Tabelle 1-2: Gemeinsamkeiten zwischen den Systemen

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

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

Mit zunehmender Erfahrung mit unterschiedlichen Ersteinschätzungssystemen haben sich in den letzten 20 Jahren in der ganzen Welt diverse Systeme mit 5 Dringlichkeitsstufen etabliert. Die „grossen Vier“ seien hier genannt, es handelt sich neben dem in diesem Buch dargestellten MTS um die australisch-neuseeländische Australasian Triage Scale (ATS), die Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) und den US-amerikanische Emergency Severity Index (ESI). Die Zielzeiten der Systeme werden national festgelegt und unterscheiden sich untereinander besonders bei den niedrigeren Dringlichkeiten. Sie werden beeinflusst von Politik und Medizin, das grundsätzliche Konzept unterschiedlicher klinischer Prioritäten aber bleibt unverändert. Die neue gemeinsame Nomenklatur und die neuen Definitionen zeigt **Tabelle 1-3**, dabei wurde die britische Zeitskala nach eingehenden Prüfungen an unsere Gesundheitsstrukturen angepasst. Diese Anpassung ist von den nationalen Referenzgruppen Deutschlands, Italiens, Österreichs und der Schweiz als Standard gesetzt worden. Der Vollständigkeit halber seien die abweichenden britischen Originalzeiten hier benannt: Stufe 3 maximal 60 Minuten, Stufe 4 maximal 120 Minuten und Stufe 5 maximal 240 Minuten.