

Warum der erste Eindruck nicht immer zählt

Eine hohe Auslastung der Notaufnahmen sowie strukturelle und kommunikative Herausforderungen sind keine neuen Probleme, haben sich jedoch in den letzten Monaten deutlich verschärft. Die DGINA erhielt mit steigender Frequenz Hinweise aus vielen Notfallkliniken, die auf eine landesweite



Bild: ©Diffin — stock.adobe.com (936531196)

schnell ansteigende Belastungssituation in der Notfallversorgung hindeuteten. Die beschriebenen Aus- und auch Überlastungsbeschreibungen gingen über die bereits bestehende hohe Belastung der Notfallkliniken unter den Pandemiebedingungen weit hinaus. Als wesentliche Probleme wurden Overcrowding, Exit Block und Personal-mangel genannt. Besonders in solchen Situationen sind schnelle und präzise Entscheidungen essenziell, da Verzögerungen oder Fehler die Patientensicherheit gefährden. (1)

Zwei Fallberichte aus dem CIRS-NRW (Fall-Nr. 266480 und Fall-Nr. 269084) veranschaulichen die Problematik und zeigen typische Herausforderungen im Alltag einer Notaufnahme.

In dem ersten Fall (Fall-Nr. 266480) suchte eine Patientin mit kardialer Vorgeschichte die Notaufnahme wegen Brustschmerzen, Schwindel und Kurzatmigkeit auf. Aufgrund von Überlastung und Fehleinschätzung ihrer Beschwerden wurde sie an die Hausarztpraxis verwiesen, wo ein Infarkt diagnostiziert und der Rettungsdienst alarmiert wurde.

Im zweiten Fall (Fall-Nr. 269084) stellte sich eine bereits bekannte Patientin mit wiederkehrender subjektiver Tachykardie, leichter Atemnot und einem leichten Druckgefühl in der Brust in der Rettungsstelle vor. Da frühere Besuche keine stationäre Behandlung erforderten, wurde sie zunächst entsprechend triagiert. Während der Wartezeit traten jedoch verstärkte Schmerzen auf, woraufhin ein Arzt einen Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) diagnostizierte und die entsprechende Versorgung einleitete.

Die Ersteinschätzung (Triage) ist ein wesentliches Instrument des klinischen Risikomanagements. Das System entscheidet nicht, ob ein Patient in die Notaufnahme gehört oder nicht. Es soll ausschließlich sicherstellen, dass der Patient, der Hilfe benötigt, diese auch sofort bekommt. Ist es nicht möglich, innerhalb der maximalen Zielzeiten die Behandlung zu beginnen, muss zwingend erneut triagiert werden.

Die meisten Notaufnahmen sehen Patienten, die häufiger wiederkommen. Es gibt verschiedene Gründe, aus denen sich Patienten erneut in der Notaufnahme vorstellen. Hier besteht immer wieder die Gefahr, sie basierend auf vorherigen Diagnosen ohne erneute Einschätzung als „nicht dringend“ zu bewerten (Bias-Effekt). Diese Patienten sollten immer durch eine erneute Triage einer Dringlichkeitsstufe entsprechend ihrer gegenwärtigen aktuellen klinischen Situation zugewiesen werden und nicht der Dringlichkeitsstufe ihres letzten Besuches. (2)

Die initiale Einschätzung der Patientin war im Fall-Nr. 269084 formal korrekt, da sie entsprechend ihrer Symptomatik triagiert wurde. Dennoch stellt sich die Frage, ob die Triage allein in Überlastungssituationen ausreicht oder ob ergänzende Konzepte zur Patientensteuerung in der Notaufnahme erforderlich sind.

Jedes Konzept ist so gut wie seine Anwender, die einen wesentlichen Einflussfaktor darstellen. Auch wenn es in der Notaufnahme bereits etablierte Instrumente für die Ablauforganisation wie die Triage gibt, besteht weiterhin die Herausforderung, situationsgerecht und flexibel zu agieren und zu reagieren. Die fachliche Expertise stellt hierbei die Grundlage für eine sicherheitsorientierte Versorgung in der Notaufnahme dar. Neben Fachexpertise und methodischen Kompetenzen stehen personelle Kompetenzen wie die kooperative Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen und Fachdisziplinen sowie die empathische Kommunikation mit allen Akteuren im Vordergrund, aber auch die Fähigkeit der vorurteilsfreien Einschätzung einer Situation. Des Weiteren bedarf es der Sensibilität und Fähigkeit, in Notfällen oder unklaren Situationen Entscheidungen zu treffen und bei Gefahr eines unerwünschten Ereignisses zeitnah, flexibel und hierarchieübergreifend zu reagieren. Die offene Kommunikation im Team

und eine interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit der Akteure an den Schnittstellen zeichnet eine lernfördernde Kultur aus. Aufbauend auf einem transparenten Umgang mit Fehlern fördert sie die Sicherheit und entsprechend die Sicherheitskultur, die letztlich durch die Haltung der Führungskräfte geprägt ist. (3)

Abschließend bleibt festzuhalten: Die Triage ist unverzichtbar, muss jedoch in eine gelebte Sicherheitskultur eingebettet werden.

Für das CIRS-NRW Team:

Susanne Eschkötter, Risikomanagement ERGO Versicherung AG

Iman Hammou, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Christoph Fedder, Projekt-, Qualitäts- und Risikomanagement Evangelische Stiftung Volmarstein

Quellen:

- (1) DGINA e. V.: 2. DGINA-Blitzumfrage bei den Notfallkliniken zeigte eine anhaltende Belastungssituation, www.dgina.de/aktuelles/zweite-dgina-blitzumfrage-ergebnisse-veroeffentlicht (Zugriff am 14.02.2025)
- (2) Mackway-Jones, Kevin, Martdsen, Janet, Windle, Jill (Hrsg.) (2006): Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Das Manchester-Triage- System, Bern (Hans Huber Verlag)
- (3) Weick, Karl E./Sutcliffe, Kathleen M. (2016): Das Unerwartete managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen (Systemisches Management), 3. Auflage, Stuttgart (Schäffer-Poeschel Verlag)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.