

Gütekriterien für ein Instrument zur standardisierten Ersteinschätzung von Notfallpatienten

Juni 2019

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Marburger Bund haben ein Konzept zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt, das zentrale medizinische Anlaufstellen für Patientinnen und Patienten vorsieht. Im Zuge der weiteren Konkretisierung des Konzepts ist u. a. eine Abstimmung von Gütekriterien für Instrumente der strukturierten Ersteinschätzung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten vorgesehen.

Die nachführenden Ausführungen beziehen sich auf die Steuerung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten vom Erstkontakt (gemeinsamer Tresen oder telefonisch unter 116117 oder 112) bis zur Zuordnung zur richtigen Versorgungsstufe. Die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit (Triage) im Rahmen der stationären Notfallversorgung bleibt hierdurch unberührt.

Bereits im Jahr 2017 hat das aQua-Institut im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung im Rahmen eines Gutachtens zu Instrumenten und Methoden zur Ersteinschätzung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten (Herrmann T et al.) eine Liste mit Gütekriterien entwickelt, die als Grundlage für die weitere Arbeit punktuell ergänzt worden ist. Nachstehend sind insbesondere Anforderungen an das Instrument selbst aufgeführt. Es finden sich in der Literatur darüber hinaus weitere Kriterien, die *den gesamten Ersteinschätzungsprozess* an einem Standort betreffen. Da diese Prozessparameter nur durch den jeweiligen Standort beeinflusst werden können, sind diese im Weiteren nicht aufgegriffen worden.

Patientensicherheit

Das Kriterium der Patientensicherheit hat oberste Priorität. Unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Ersteinschätzung müssen durch die Ausgestaltung der Entscheidungskriterien erfasst und verhindert werden.

Vollständigkeit

Das Instrument sollte alle in der Notfallversorgung auftretenden Beratungsanlässe gezielt steuern können.

Bedarfsgerechtigkeit

Je nach Dringlichkeit und Beratungsanlass wird die Patientin/der Patient der angemessenen Versorgungsebene zugewiesen (*Rettungsdienst – Notaufnahme – unmittelbare ambulante Behandlung – spätere ambulante Behandlung – telefonische (ärztliche) Beratung*) und ein angemessener Behandlungszeitpunkt empfohlen (*sofort – im Laufe des Tages – in den kommenden Tagen*). Grundsätzlich soll die jeweils höhere Versorgungsebene nach Möglichkeit entlastet werden.

- **Dringlichkeit:** Die Kriterien/Fragen müssen geeignet sein, sehr schnell lebensbedrohliche Zustände und abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe mit hoher Sensitivität zu erkennen. Beratungsanlässe mit geringer oder fehlender Dringlichkeit sollen mit hoher Spezifität erkannt werden.
- **Versorgungsebene:** Der Zuweisung an die angemessene Versorgungsebene ist eine Einschätzung der erforderlichen personellen und strukturellen Anforderungen für die weitere Abklärung oder Behandlung zugrunde zu legen. Regionale strukturelle Gegebenheiten/Verfügbarkeiten müssen bekannt sein und Berücksichtigung finden.

Reliabilität

Das Instrument sollte unabhängig von der eingesetzten Person oder dem Einsatzort zu gleichen Ergebnissen führen. An den Erstkontaktstellen sollte dasselbe Instrument angewendet werden, um die Reliabilität der Ersteinschätzung über die Erstkontaktstellen zu gewährleisten.

Diskriminationsfähigkeit

Das Instrument sollte Fälle mit gleicher Leitsymptomatik bei unterschiedlichem Schweregrad unterscheiden können.

Geringer Zeitaufwand und Benutzerfreundlichkeit

Geschultes Personal soll mit dem einfach anzuwendenden Ersteinschätzungsinstrument zügig und zuverlässig eine Steuerungsentscheidung für die Patientin/den Patienten treffen können.

Anwendbarkeit im ärztlichen Delegationsverfahren

Das Instrument soll im Rahmen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auch ohne unmittelbare Hinzuziehung der Ärztin/des Arztes durch eine entsprechend qualifizierte Person eines Gesundheitsfachberufs angewendet werden. Der Schulungsaufwand sollte bezüglich Zeit und anderer Ressourcen relativ gering sein.

IT-Fähigkeit und Dokumentationsfähigkeit

Die Anwendung des Instruments sowie die zeitgleiche Dokumentation sollten primär softwaregestützt erfolgen sowie eine Schnittstellenoffenheit ermöglichen. Dies bezieht auch den Rettungsdienst, IVENA, NIDA ein. Ein Ausfallkonzept muss vorliegen. Aus haftungsrechtlichen Gründen sowie zur Weiterleitung der Anamnese-Informationen ist eine softwaregestützte Dokumentation der Ersteinschätzung unverzichtbar, vor allem bei der telefonischen Einschätzung. Dabei ist eine mögliche Doppeldokumentation, z. B. durch Schnittstellenoffenheit, soweit wie möglich zu vermeiden. Die Dokumentation sollte möglichst bürokratiearm erfolgen.

Der reibungslose Informationsaustausch ist unter Einhaltung des Datenschutzes zu gewährleisten.

Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Anpassungsfähigkeit

Ein Verfahren zur Berücksichtigung von Verbesserungspotenzial in der Nutzerführung (IT-Basierung, Gestaltung von Fragen, Kriterien und Empfehlungen) sowie konkreter Fehler- und Beinahe-Fehlermeldungen muss im Sinne eines lernenden Systems etabliert sein (z. B. CIRS). Der Prozess der Auswertung der eingegangenen Meldungen muss transparent und responsiv sein.

Validität

Das Instrument sollte auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen. Neben der Qualität der Ersteinschätzung führt dies zu besserer Akzeptanz sowie Schul- und Übertragbarkeit auf neue Anwender. Zudem sollte das Instrument fortlaufend wissenschaftlich evaluiert werden. Hierbei sollten die Effekte der Ersteinschätzung anhand von Kriterien wie Beitrag zur Entlastung der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes, Sterblichkeit, Komplikationsraten, Weiterbehandlung (Einweisung, Intensivstation, Wiederaufnahme, erneuter Bereitschaftsdienstkontakt ...), Ressourcenauslastung auf der jeweiligen Versorgungsebene überprüft werden.

Kulturelle Sensibilität

Das Instrument sollte auch in verschiedenen Sprachen anwendbar sein. Dies spielt insbesondere aus Patientensicht für die Rufnummer 116117 eine Rolle.

Interessensneutralität

Die Weiterentwicklung, Anpassung, Schulung sowie Anwendung des Instruments sollte unabhängig von gewinnorientierten Interessen (z. B. der Industrie, Kostenträger) erfolgen.

Literatur

Korzilius H (2018). Ambulante Notfallversorgung: Patienten besser steuern. Dtsch Arztebl 2018; 115(12): A-514 / B-446 / C-446

Herrmann T, Köster C, Seyderhelm A, Broge B, Szecsenyi J, Willms G (2017). Instrumente und Methoden zur Ersteinschätzung von Notfallpatienten. Bestandsaufnahme und Konzeptentwicklung für die kassenärztliche Notfallversorgung. Göttingen: aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.
https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Projektbericht_aQua-Institut_Ersteinsch%C3%A4tzung_von_Notfallpatienten.pdf

Weyrich, P; Christ, M; Celebi, N; Riessen, R (2012). Triage-systeme in der Notaufnahme. Med Klin Intensivmed Notfmed 107(1): 67-79.

DIVI (2014). Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland.
https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/notfallmedizin/381-positionspapier-fuer-eine-reform-der-med-notfallversorgung-in-deutschland/file_14.06.2018