

## „Jeder wird ernst genommen“

*Herr Prof. Goßmann, sie haben vor vier Monaten in der Notaufnahme das System der Manchester-Triage eingeführt, mit der man früh einschätzen kann, wie schwer eine Erkrankung ist. Warum?*

Jahrzehntelang haben wir Ärzte aufgrund unserer Erfahrung entschieden, wie dringend ein Kranker behandelt werden muss. Das wollen wir jetzt mit Hilfe dieses Systems besser einschätzen. Wir befinden uns mitten in der Erkundungsphase und nutzen noch viel Papier. Aber schon jetzt ist diese Organisation für uns eine Erleichterung, und wir werden in ein paar Wochen komplett auf elektronische Datenverarbeitung umstellen. Der zweite wichtige Grund ist, dass das Krankenhaus präzisere Daten braucht, wer wann aus welchen Gründen zu uns kommt. So können wir besser darstellen, welche Ressourcen wir an Personal, Ausstattung und Räumen benötigen. Es kommen ja immer mehr Menschen. Darunter viele ältere, die meist an mehreren Erkrankungen leiden.

*Mit mehr als 40 000 Fällen im Jahr nimmt die Notaufnahme in Merheim den Spitzenplatz in Köln ein. Wie verkraftet Ihr Haus das?*

Grundsätzlich gilt bei uns: Kein Patient wird abgelehnt. Jeder wird mit seinen Sorgen ernst genommen. Auch wenn sich einzelne Kölner Krankenhäuser zeitweise beim Rettungsdienst wegen Überlastung abmelden – unser Haus bleibt immer verfügbar. Aber unsere Notaufnahme platzt räumlich aus allen Nähten, deshalb haben wir bereits Erweiterungen geplant. Dass immer mehr Menschen zu unserer Notaufnahme kommen, wirkt sich auch auf die Bettenkapazität auf den Stationen aus. Das Haus ist durchgängig zu 100 Prozent ausgelastet, deswegen müssen wir inzwischen für die Patienten hin und wieder flexible Übergangslösungen schaffen.

*Wie ist die Notaufnahme finanziert?*

Die Finanzierung unserer Leistungen ist in der Tat ein großes Problem. Die Auswertung der ersten Triage-Monate zeigt ja, dass 56 Prozent der Patienten eine normale bis keine Dringlichkeit zur Behandlung hatten. Für jeden dieser Fälle bekommen wir aber nur 30 Euro pauschal. Allein das Kontrastmittel für bestimmte Computertomogramm-Untersuchungen oder bestimmte Manschetten für Brüche kosten schon so viel. Das ist ganz klar ein Minusgeschäft, denn mit dieser Pauschale lassen sich Geräte und Personal nicht refinanzieren. Es ist ein Luxus, den wir uns als Krankenhaus der Maximalversorgung erlauben. Sogar dann, wenn wir in der Notaufnahme wegen des Andrangs kurzfristig Ärzte und Pfleger von den Stationen holen müssen.

Das Gespräch führte  
Kirsten Boldt



**Prof. Axel Goßmann** ist Chefarzt der Klinik für Radiologie und Neuroradiologie sowie Ärztlicher Direktor der Städtischen Kliniken Merheim.



Im Triage-Raum der Kliniken in Merheim erkundet die Krankenpflegerin die Beschwerden eines Patienten.

Fotos: Michael Bause

# Bei Rot geht es ganz schnell

**MEDIZIN** Die Notaufnahme der Kliniken in Merheim hat ein neues Organisationssystem

VON KIRSTEN BOLDT

Montagnachmittag, 16 Uhr, in der Notaufnahme der Städtischen Kliniken in Merheim. Der Warteraum ist voll besetzt, auch auf dem Stationsflur ist kein Sitz mehr frei. Es sieht nach Hochbetrieb aus – und nach langer Wartezeit. „Ist aber ganz normal heute, und langes Warten gilt nicht für jeden“, winkt Krankenpflegerin Hanne M. ab und bittet ein Ehepaar in ihr Zimmer. Der Mann sieht sehr blass aus.

Kein Patient, der in der Anmeldung angenommen wurde, kommt an Hanne M. vorbei. Gerade der erste Kontakt ist wichtig, denn seit vier Monaten nutzt die Notaufnah-

**Bei Rot sind meist alle Ärzte und Pfleger alarmiert**

Krankenpflegerin

me ein neues Organisationsverfahren: Mit dem sogenannten „Manchester-Triage-System“ lässt sich durch gezielte Befragung der Notaufnahme-Patienten in wenigen Minuten einschätzen, wie dringend ein Arzt einen Kranken sehen muss. Danach wird eine Reihenfolge ermittelt, bei der schwerere Fälle immer Vorrang haben und schneller behandelt werden. Für dieses Verfahren ist Hanne M. die Fachfrau.

Ihr Mann sei ohnmächtig zusammengebrochen und habe sich dadurch die Zähne ausgeschlagen, erzählt die Ehefrau im Triage-Zimmer. Heftige Durchfälle und Erbrechen wären vorausgegangen. „Jetzt habe ich immer noch starke Kopfschmerzen“, sagt der Mann. Schwester Hanne beobachtet ihn, will manches noch genauer wissen, trägt jede Antwort auf spezielle Bögen ein. Dann nimmt sie dem Kranken Blut ab, misst Fieber und macht ein Elektrokardiogramm. „Wir machen zusätzliche Untersuchungen zur Triage, um weitere Daten zu bekommen.“ Sie bittet das Paar, sich auf dem Stationsflur Plätze zu suchen. Die Erstuntersuchung hat nur wenige Minuten gedauert.

Nach dem Versand der Blutproben per Rohrpost zum Labor sortiert sie die Mappe mit den Befunden in ein großes Steckbrett auf dem Flur ein. Internisten, Neurologen und Chirurgen haben ihre eigenen Fächer. Gut sichtbar bleiben fünf Farbfelder oben auf dem Deckblatt. Sie sind die Symbole für den Zeitraum, in dem ein Arzt die Behandlung beginnen sollte.

„Ich habe den Mann wegen der

Bewusstlosigkeit unter Gelb eingeteilt“, erklärt Hanne M. Gelb bedeutet: Spätestens in 30 Minuten soll ein Arzt beim Patienten sein. Orange heißt: in den nächsten zehn Minuten. Und Rot: sofort. „Bei Rot sind meist alle Ärzte und Pfleger alarmiert – etwa dann, wenn der Hubschrauber kommt und wir uns möglicherweise fast alle im Schockraum versammeln müssen. Da geht es um das Überleben eines Menschen.“ Alle Patienten, die unter Orange und Gelb eingeteilt werden, bleiben im Flur der Notaufnahme: „So haben wir sie immer im Blick und können sehen, ob sich ihr Zustand verändert.“ Und wenn es so viele Patienten sind, dass sie die Arbeit nicht in der vorgegebenen Zeit schaffen? „Dann holen wir Ärzte und Pfleger von den Stationen dazu.“

Wer dagegen vor der Anmelde-theke im Wartebereich sitzt, müsse sehr viel Geduld mitbringen. „Diese Leute sind nicht lebensgefährdend krank“, so die Krankenpflegerin. Sie seien entweder unter Grün einsortiert – dann habe der Arzt ein Zeitfenster von eineinhalb Stunden. Oder sie sind gar Blau gelistet, der Farbe für „nicht drin-

gend“. Was im Klartext Wartezeiten von schon mal acht und mehr Stunden bedeuten könne: „Wenn beispielsweise jemand über Rückenschmerzen klagt, die er aber schon seit Wochen hat.“ Das Triage-Steckbrett auf dem Flur ist der zentrale Anlaufpunkt für Ärzte und Pflegepersonal. Dort herrscht ein ständiges Kommen und Gehen, Mappen werden herausgezogen und hineingesteckt. Auf etlichen prangt sogar mit dickem schwarzem Stift die genaue Uhrzeit, bis wann ein Mediziner spätestens diesen Patienten sehen muss. „Dann wissen die Ärzte direkt Bescheid“, sagt die Krankenpflegerin Stephanie Ahting.

Seit immer mehr Menschen mit jeder Art von Krankheit bis hin zu einem simplen Schnupfen in die Notaufnahme kommen, ist es immer wichtiger, wirkliche Notfälle so schnell wie möglich zu erkennen. Wie eine Datenauswertung während der Pilotphase der Triage ergab, fallen 56 Prozent der Patienten in die Kategorien Grün und Blau. Als Blau, also als „nicht dringend“, wurden 26 Prozent der Notaufnahme-Besucher registriert – Letztere hätten nach Ansicht der



Am Triage-Steckbrett sortiert Stephanie Ahting eine Mappe ein.



Assistenzarzt Dario Capin (M.) bespricht sich mit seinem Team.

Merheimer Mediziner auch zu einem späteren Zeitpunkt niedergelassene Ärzte aufsuchen können.

Eine Möglichkeit, die der Assistenzarzt Dario Capin immer wieder vorschlägt: „Wenn ich sehe, dass Patienten stabil sind, aber sicher noch fünf, sechs Stunden Wartezeit bis zur nächsten Untersuchung vor sich haben.“ Doch gar nicht so selten würde er dann hören, man habe keinen Termin beim Facharzt bekommen oder müsse beim Hausarzt ja auch stunden-

**Das hat hier wirklich schnell geklappt**

Patientin

lang sitzen. „Die Patienten reden sehr offen darüber, was ihre Entscheidung beeinflusst hat.“ Und viele blieben trotz langer Wartezeit.

Aber auch für Patienten mit Vorrang kann die Zeit lang werden. So hofft ein älterer Mann seit mittags auf eine Erklärung für seine starke Luftnot. Er war vom Hausarzt eingewiesen und im Rettungswagen nach Merheim gebracht worden. Doch Dario Capin kann anhand der Untersuchungen keine genaue Ursache erkennen. Zur Klärung möchte er den Mann stationär aufnehmen. Der nickt sichtlich erleichtert.

Dass man sich so zügig wie nur möglich kümmert, haben alle Patienten im Stationsgang unmittelbar vor Augen. Sechs Ärzte und fünf Pfleger eilen zielstrebig von Raum zu Raum, verständigen sich mit kurzen Zurufen, der Betrieb wirkt wie eine gut geölte Maschine. Das findet auch eine junge Frau, die bereits eine Stunde nach ihrem Eintreffen in Richtung Ausgang humpelt und dabei einen Kühlbeutel auf einen Oberschenkel presst. Nach einem Sturz am Arbeitsplatz habe sie einen stechenden Schmerz im Schenkel gespürt, erzählt sie. Nun wisse sie, dass es sich um einen Muskelfaserriss handele und wie sie damit umgehen müsse. Und sie lobt das Personal der Notaufnahme: „Das hat hier wirklich schnell geklappt.“

Auch der Mann, der wegen Ohnmacht und Durchfällen gekommen war, erzählt, dass er bald gehen könne. Gegen 18 Uhr, zwei Stunden nach der Triage, bekommt er einen zweiten Tropf gegen den Flüssigkeitsverlust. „Der Arzt hat etwas von Norovirus gesagt und leichter Gehirnerschütterung. Das ging flott hier. Ich habe woanders schon ganz andere Wartezeiten erlebt.“