

Özlem Acikgöz

„Ersteinschätzung“ im Gesundheitssystem

Von der klinischen Triage zur vermeintlichen Patientensteuerung

Kaum ein Begriff hat in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte so stark an Bedeutung gewonnen wie „Ersteinschätzung“. Ursprünglich aus klar definierten klinischen Kontexten stammend, etwa der strukturierten Priorisierung in Notaufnahmen, wird er inzwischen in unterschiedlichsten Zusammenhängen als Instrument der Patientensteuerung genutzt. Angesichts steigender Belastungen der GKV, unkoordinierter Patientenströme und politischer Reformbemühungen erfährt der Begriff eine zunehmende Instrumentalisierung. Dieser Beitrag untersucht, was hinter der „Ersteinschätzung“ tatsächlich steckt, welche Risiken sich aus der normativen und politischen Überdehnung des Begriffs ergeben und warum eine präzise Terminologie für nachhaltige Reformen unabdingbar ist.

Einleitung

Der Begriff „Ersteinschätzung“ taucht zunehmend in Gesetzen, Gesetzesentwürfen, politischen Diskussionen und Konzeptpapieren auf. Auch wenn dabei keine präzise Definition mitgeliefert wird, ist eine klare Zielrichtung erkennbar. Patientinnen und Patienten sollen frühzeitig in die passenden Versorgungsstrukturen gelenkt, Fehlallokationen vermieden, Notaufnahmen entlastet und unnötige Kontakte im Gesundheitssystem reduziert werden. In der Medizin dagegen verfolgt die klassische Ersteinschätzung ein anderes Ziel. Sie dient der zeitlichen Priorisierung akuter Behandlungsbedarfe im klinischen Setting, wobei weder Nicht-Behandlung noch gezielte Verweisung in andere Versorgungseinrichtungen vorgesehen ist.

Der Charakter des Begriffs verschiebt sich damit grundlegend: Während die klassische medizinische Ersteinschätzung durch vertretbare Unsicherheit, Beobachtbarkeit und Revidierbarkeit im geschützten klinischen Setting gekennzeichnet ist, zielen aktuelle Diskussionen zu diesem Begriff auf weitgehend abschließende Allokationsentscheidungen.

Klassische medizinische Ersteinschätzungsinstrumente

Die klassische medizinische Ersteinschätzung ist ein standardisiertes Verfahren zur Priorisierung und Kategorisierung von Behandlungsbedarfen in Notaufnahmen abhängig vom Schweregrad der Verletzung bzw. Erkrankung. Im deutschen Versorgungskontext sind vor allem das Manchester-Triage System (MTS) und der Emergency Severity Index (ESI) etabliert, die seit Ende des 20. Jahrhunderts kontinuierlich weiterentwickelt und flächendeckend eingesetzt werden. Ein stetig steigendes Patientenaufkommen in den Notaufnahmen machte bereits vor 25 Jahren eine standardisierte Triage notwendig. Dabei wurde das hohe Patientenaufkommen einem Defizit in der präklinischen Patientensteuerung zugeschrieben. Und mit der Ersteinschätzung in Notaufnahmen sollten Hilfesuchende nicht

ab- oder verwiesen, sondern die Ressourcen in Notaufnahmen bedarfsgerecht verteilt werden.

Physisch eintreffende Patientinnen und Patienten werden im klassischen Ersteinschätzungsverfahren durch pflegerisches Personal anhand ihrer Symptome in Dringlichkeitsgruppen eingeteilt. Ziel ist die schnelle Festlegung sicherer, nachvollziehbarer Behandlungsprioritäten und der bedarfsgerechte Einsatz von Ressourcen in Notfallsituationen. Dabei sind weder ESI noch MTS darauf ausgelegt, Patienten und Patientinnen aus der Notaufnahme zu entlassen. Endpunkt bleibt immer die ärztliche Sichtung innerhalb eines definierten aber variablen Zeitfensters. Die Ersteinschätzung beschreibt somit einen klar umrissenen medizinischen Prozess: die initiale Bewertung der Dringlichkeit eines Behandlungsbedarfs unter definierten Rahmenbedingungen und mit der Möglichkeit zur kontinuierlichen Neubewertung. Sie findet in einem geschützten klinischen Setting statt, eingebettet in diagnostische und therapeutische Strukturen. Sie ist einer Patientensteuerung nachgeschaltet, diese ist nicht integraler Bestandteil des Ersteinschätzungsverfahrens. Potenzielle Fehleinschätzungen sind korrigierbar und in einem sicheren klinischen Rahmen überprüfbar.

Normative Überdehnung des Begriffs „Ersteinschätzung“ im SGB V

Dieser geschützte klinische Kontext geht aber zunehmend verloren, insbesondere bei der normativen Verankerung im SGB V. Nach dem Scheitern einer umfassenden ambulanten Notfallreform schuf der Gesetzgeber 2019 unter Gesundheitsminister Spahn mit § 120 Absatz 3b SGB V die Grundlage, um einen zentralen Bestandteil der Reform umzusetzen. Das Gesetz verpflichtete den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), eine Richtlinie zur qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Patientinnen und Patienten zu erlassen, die sich mit einem Notfall an ein Krankenhaus wenden. Gleichzeitig wurde festgelegt, dass eine

Behandlung in der Notaufnahme nur erfolgen soll, wenn ein unmittelbarer Behandlungsbedarf festgestellt wird oder keine Notdienstpraxis in räumlicher Nähe geöffnet ist.

Bereits auf dieser Ebene zeigt sich, dass der Begriff nicht auf die medizinische Dringlichkeitsbewertung beschränkt blieb. Ein ursprünglich klar definierter medizinischer Terminus wurde ausgedehnt und funktional umgedeutet, indem er explizit mit der Entscheidung über die geeignete Versorgungsebene verknüpft wurde. Er erhält damit eine doppelte Bedeutung: medizinische Einschätzung und systemische Steuerung. In der Gesetzesbegründung wird offen formuliert, dass Verfahren der Ersteinschätzung zur Entlastung von Notaufnahmen und zur besseren Verteilung von Patientenströmen beitragen sollen. Patientensteuerung war damit kein unbeabsichtigter Nebeneffekt, sondern integraler Bestandteil des gesetzlichen Auftrags.

Letztlich ist es dem G-BA auf dieser Grundlage nicht gelungen, eine verbindliche Richtlinie zur Ersteinschätzung in der Notfallversorgung zu verabschieden. Zwar hatte der Gesetzgeber Allokationsentscheidungen lediglich innerhalb des klinischen Settings vorgesehen, etwa eine Weiterleitung in nahegelegene Notdienstpraxen. Der vom G-BA mit Mehrheitsentscheidung getroffene Beschluss sah jedoch auch Verweisungen in andere Versorgungsformen und Terminvereinbarungen in der vertragsärztlichen Versorgung vor. Dieses Scheitern verdeutlicht die Komplexität des gesetzlichen Auftrags, resultierend aus einer Vermischung unterschiedlicher Zielsetzungen, die vom Gesetzgeber dem Instrument der klassischen Ersteinschätzung zugeschrieben wurden.

Dieses Spannungsfeld zeigt sich auch bei den Terminservicestellen (§ 75 Absatz 1a SGB V), deren primärer Auftrag die Steuerung der Patientenströme ist. Unter Nutzung standardisierter Verfahren – softwaregestützt und algorithmusbasiert – sollen Bürgerinnen und Bürger in die jeweils geeignete Versorgungsebene geleitet werden. Das hierfür bundesweit eingesetzte SmED-System gibt nach strukturierter Abfrage Empfehlungen zu Versorgungsort und Dringlichkeit des Aufsuchens ab. Auch hier wird der etablierte Begriff der Ersteinschätzung verwendet, die Umsetzung erfolgt jedoch ohne physischen Patientenkontakt und auf rein anamnestisch-algorithmischer Basis, sodass die diagnostische Verlässlichkeit deutlich hinter der klassischen Triage zurückbleibt.

Überdehnung des Begriffs in aktuellen politischen Diskussionen und Gesetzesvorhaben

Das Scheitern der G-BA-Richtlinie und die konzeptionellen Schwächen der TSS-basierten Steuerung haben die grund-

legende Spannung jedoch nicht aufgelöst – im Gegenteil. In aktuellen Reformplänen wie der ambulanten Notfallreform und dem Primärversorgungssystem wird die Ersteinschätzung als zentrales Steuerungsinstrument vorgeschlagen. An einer Vielzahl von Kontaktpunkten sollen Hilfesuchende künftig unterschiedlich, aber alle unter dem Begriff Ersteinschätzung gesteuert werden: durch zentrale Leitstellen, im Rettungsdienst oder an integrierten Notfallzentren. Jede dieser Ersteinschätzungen verfolgt unterschiedliche Zielsetzungen, von der digitalen oder telefonischen Bestimmung der geeigneten Versorgungsebene über die standardisierte Notrufabfrage bis zur Entscheidung über Behandlung oder Weiterleitung am Krankenhausstandort. Die Anforderungen sollen von unterschiedlichen Institutionen definiert und teilweise an Vergütungsregelungen gekoppelt werden. Diese Vielzahl von Zielen, Instrumenten und Akteuren unter dem Begriff „Ersteinschätzung“ wird zu Konflikten, Intransparenz und Brüchen im Patientenpfad führen und die Reformziele gefährden. Für die Umsetzung der Reformen werden sich daraus erhebliche praktische Herausforderungen ergeben.

Fazit

Die Verwendung des Begriffs „Ersteinschätzung“ in politischen und normativen Kontexten erfordert eine kritische Neubewertung. Während die klassische medizinische Ersteinschätzung ausschließlich der Priorisierung akuter Behandlungsbedarfe im geschützten klinischen Setting dient und Fehler korrigierbar sind, verfolgt die algorithmusgestützte Patientensteuerung andere Zielsetzungen, nämlich die Lenkung in Versorgungsebenen ohne unmittelbare medizinische Revisionsmöglichkeit. Ein Instrument, das beide Ziele integrativ erfüllen kann, existiert derzeit nicht. Dies muss politisch klar benannt werden.

Die sprachliche Ausweitung ist dabei kein Zufall: „Ersteinschätzung“ vermittelt medizinische Fundierung, Verantwortung und Patientenzentrierung, während „Patientensteuerung“ potenziell Skepsis hervorrufen könnte. Aber nur eine präzise Terminologie und klare sprachliche Trennung zwischen medizinischer Ersteinschätzung einerseits und systemischer Patientensteuerung andererseits werden transparente, nachvollziehbare und langfristig tragfähige Reformen ermöglichen.

Anschrift der Verfasserin

Özlem Acikgöz, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.,
Abteilung Arzneimittel und Notfallmedizin im Geschäftsbereich evidenzbasierte medizinische Versorgung und G-BA,
Wegelystr. 3, 10623 Berlin

www.daskrankenhaus.de
(Online-Volltext-Version)