Wann bin ich endlich dran?

Entwicklung von Raumkonzepten für Wartebereiche in Notaufnahmen

Daniela Wintz

Die Unzufriedenheit der Patient:innen steht oft in Kohärenz mit überfüllten Notaufnahmen. Dabei sind besonders die Überschreitung der Ressourcen und Verzögerungen bei der Wartezeit zusammenhängend zu betrachten. In den 1990er Jahren wurde nach einem System zur Verbesserung des Zeitmanagements gesucht. Dies führte zur Methode der Triage. Trotz der Einführung der Triage ist die Patientenunzufriedenheit immer noch ein häufiges Gesprächsthema, wenn es um die Notaufnahme geht. Unter Berücksichtigung des architekturpsychologischen Aspekts stellt sich die Frage: „Wie kann die Raumgestaltung des Wartebereiches architektonisch an das individuelle Empfinden von Patient:innen bei einer Triage angepasst werden?“.

Um diese Frage zu beantworten, wurde eine Umfrage mit verschiedenen Sichtweisen von Personen durchgeführt. Betrachtet wurden einerseits Patient:innen, sowie Begleitpersonen und andererseits Personen, die noch gar nicht in der Notaufnahme waren. Anhand der Umfrageergebnisse wurden Hauptkriterien ermittelt, die sich auf die Empfindungen der Patient:innen und Begleitpersonen beziehen.

Resümierend haben sich zum einen die Privatsphäre, sowie Ausruhmöglichkeiten und zum anderen Gesichtspunkte wie Ablenkung und eine gute Atmosphäre als Hauptkriterien eines Warteraumes ergeben. Aus den aufgestellten Kriterien wurden verschiedene, raumgestaltende Elemente entwickelt, die sich den Bedürfnissen der wartenden Patient:innen und deren Begleitpersonen anpassen. Sie dienen als Gestaltungsempfehlungen.

EINLEITUNG

Das stetig steigende Patientenaufkommen, ist trotz klarer Aufgabenfelder und Behandlungsabläufe in der Notaufnahme nicht planbar. [2] Die Gründe dafür sind beispielsweise das lange Warten auf einen Facharzttermin, keine richtige Einordnung des Verletzungsgrades und besonders fehlende Kenntnisse bezüglich ambulanter Notfallstrukturen. [2] Bei hohem Patientenaufkommen kann es zu einer Überschreitung der Behandlungskapazitäten und dadurch auch zu einer Bedrohung der Sicherheit von Patient:innen kommen. [3] Damit dies gelindert oder sogar ganz vermieden werden kann, wurde nach verschiedenen Systemen geforscht, die eine vollständige und strukturierte Entscheidungsgrundlage hervorbringen. Daraus entstanden die sogenannten Triage- bzw. Ersteinschätzungssysteme. [2]

Triage

Das Wort Triage kommt von dem französischen Wort „trier" und bedeutet so viel wie „aussortieren", „auswählen" oder „aussuchen". Seinen Ursprung fand der Begriff in der Militärmedizin, wo viele Verletze schnellstmöglich behandelt werden mussten. [4] Es ist ein Verfahren, bei dem die Notfallpatient:innen entsprechend dem Schweregrad der Verletzung in verschiedene Kategorien eingeteilt werden. Somit erhalten alle Patient:innen, entsprechend ihrer benötigten Behandlung, eine Priorisierungsstufe. [3] Bei der Triage ist zu beachten, dass es sich um einen dynamischen Prozess handelt. Die vorher festgelegte Ersteinschätzung sollte nach Einfluss von bestimmten Faktoren regelmäßig überprüft und gegebenenfalls einer neuen Dringlichkeitsstufe angepasst werden. [5] Der Erfolg dieses Systems wurde schnell bekannt und führte mit der Gründung des Bündnisses der North Atlantic Treaty Organization (NATO) zu einer Vereinheitlichung der Triage. [6] In Deutschland wurde ab dem Jahr 2018, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, ein verbindliches Stufensystem mit klarer Strukturierung bei Notfällen festgelegt (§ 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V).

Triage-Systeme

Nach einigen Jahren an Forschung haben sich vier Triage-Systeme besonders hervorgehoben, die in den meisten Notaufnahmen mittlerweile als Standard gelten. Einige von ihnen bestehen aus fünfstufigen Systemen, die sich durch die jahrelange Erfahrung, am effektivsten erwiesen haben. [2] Eine gut aufgebaute Triage kann vor allem die Arbeitsabläufe optimieren. Außerdem können schwer erkrankte, beziehungsweise lebensbedrohlich verletzte, Patient:innen bei kompletter Auslastung oder Überschreitung der vorhandenen Behandlungskapazitäten schnellstmöglich erkannt werden. [3, 5] Zu den vier bekanntesten Triage-Systemen zählen die Manchester Triage Scale (MTS), der Emergency Severity Index (ESI), die Australasien Triage Scale (ATS) und die Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). [2]

Die Manchester Triage Scale stammt aus Großbritannien und wurde dort in den 1990er-Jahren entwickelt. Dieses System wird in Deutschland am häufigsten verwendet. Es ist für speziell qualifiziertes Fachpersonal ausgelegt, durch das eine systematische und standardisierte Ersteinschätzung von Notfallpatient:innen erfolgt. [2] Anhand von typischen Beschwerdebildern der verletzten Personen werden entsprechende MTS-Diagramme herausgearbeitet. Dabei wird die Person je nach Dringlichkeit in fünf verschiedene Kategorien eingeordnet. Die Kategorien haben deutlich voneinander unterscheidbare Farbtöne und Zuordnungen. [2]

Personen, die verstorben sind, werden in dieser Tab. 1 nicht miteingeschlossen. Trotzdem ist es üblich, sie in einer Kategorie mit schwarzer Farbkennzeichnung aufzuführen. [6]

Einordnung		Beschreibung	max. Zeit
Kategorie 1		Sofortige Behandlung	0 min.
Kategorie 2		Sehr dringende Beh.	10 min.
Kategorie 3		Dringende Beh.	30 min.
Kategorie 4		Normale Behandlung	90 min.
Kategorie 5		Nicht dringende Beh.	120 min.

Tab. 1: Priorisierungsstufen der Triage [2]

Das qualifizierte Pflegepersonal hält die Ergebnisse in einem Ersteinschätzungsprotokoll fest. Durch 52 standardisierte Präsentationsdiagramme kann eine möglichst breite Masse an unterschiedlichen Patient:innen registriert und bewertet werden. [3] Es besteht die Möglichkeit das MTS durch zusätzliche Angaben, wie beispielsweise Kreislauf, Atmung und Bewusstsein, zu erweitern. [1]

In den USA wurde Ende der 1990er-Jahre das ESI herausgearbeitet. Der darin enthaltene fünfstufige Triage-Algorithmus beschreibt die Einteilung der Notfallpatient:innen nach Behandlungsdringlichkeit, bezogen auf den geschätzten Ressourcenbedarf und die Schwere der Erkrankung. [3] Der Ressourcenbedarf bezieht sich hierbei auf Arbeit, die nicht mehr nur die körperliche Untersuchung betrachtet, sondern notwendige Leistungen, wie intravenöse Medikamentenverabreichung oder Röntgenuntersuchung. [3]

Der Triage-Algorithmus wird in drei Entscheidungspunkte untergliedert. Der Entscheidungspunkt A beschreibt den ersten Schritt, bei dem eine Prüfung der Patient:innen stattfindet, bei der die Stabilität oder Instabilität festgestellt wird. Danach wird entschieden, ob sofortige lebensrettende Maßnahmen erfolgen müssen. Die Patient:innen, auf die dies zutrifft, werden in die Kategorie 1 eingeordnet. Das bedeutet, es findet eine sofortige Behandlung statt. [2]

Der Entscheidungspunkt B beschreibt den zweiten Schritt. An dieser Stelle werden Patient:innen mit starken Schmerzen, Unwohlsein oder Desorientiertheit in die Kategorie 2 eingeordnet. Es besteht immer noch ein Risiko, weshalb die Behandlung in maximal 10 Minuten stattzufinden hat.

Unter den Entscheidungspunkt C fallen alle Patient:innen, die nicht zu den beiden ersten Kategorien zugeordnet werden. Je nachdem wie viele Ressourcen für die Behandlung der jeweiligen Patient:innen erforderlich sind, erhalten diese die Kategorie 3, 4 oder 5. [2]

Fragestellung

In diesem wissenschaftlichen Paper stellt sich die Forschungsfrage: „Wie kann die Raumgestaltung des Wartebereiches an das individuelle Patientenempfinden bei einer Triage angepasst werden?“.

Es soll herausgefunden werden welchen Einfluss die Raumorganisation auf die verschiedenen Anforderungen der einzelnen Patient:innen haben kann. Welche Hauptkriterien spielen beim Warten die größte Rolle und sind besonders prägend für das Raumkonzept? Hierbei wird betrachtet, ob bei einem einfach gestalteten Raum, die Patient:innen die unterschiedlichen Wartezeiten nicht registrieren und somit der Eindruck einer zeitlichen Benachteiligung vermieden werden kann. Es lässt sich die These aufstellen, dass es sinnvoll ist eine entsprechende Raumaufteilung für die Triage zu entwickeln. Des Weiteren sollte eine Anpassung an die jeweiligen Patient:innen und ihren individuellen Anforderungen stattfinden, da sie zum Entspannen der Gesamtsituation und zum besseren Wohlbefinden führen kann.

Zielstellung

Für eine ausreichende Beantwortung der Forschungsfrage ist zuerst zu prüfen, welche Auswirkungen die räumliche Situation auf die unterschiedlichen Besucher einer Notaufnahme haben kann. Ziel ist es dabei, durch unterschiedlichen Erfahrungen der Patient:innen, Begleitpersonen und auch Personen, die die Notaufnahme noch nicht besucht haben, einen Einblick auf die wichtigsten Anforderungen an einen Warteraum zu bekommen. Zudem soll untersucht werden, welche Auswirkung die Triage auf die Situation des Wartens hat bzw. welche Rolle sie spielt. Die entscheidenden Merkmale, die ausschlaggebend für das Wohlbefinden der einzelnen Personen sind, werden ermittelt und architektonisch umgesetzt. Die Entwicklung einer möglichen Variante von Raumaufteilungen, innerhalb des Wartebereiches der Notaufnahme, stellt am Ende eine Empfehlung zur Planungsgestaltung dar.

METHODIK

Für die Ermittlung der Hauptkriterien wurde eine Online-Umfrage durchgeführt. Dabei sind verschiedene Meinungen, Stimmungen und Wünsche erfasst worden, die zu einer besseren Umsetzung des geplanten Lösungsvorschlages führten. Die Fragen bestanden aus unterschiedlichen Typen, wie Kommentarfragen, Optionsfelder oder Matrixfragen. Es wurden unterschiedliche Alters- und Betätigungsgruppen betrachtet, um ein breites Spektrum an Empfindungen und Sichtweisen zu erhalten. Zur leichteren Erfassung und Auswertung der Daten wurden den Teilnehmenden verschiedene Fragebögen zur Verfügung gestellt, aus denen drei Gruppen gebildet wurden. Diese unterteilen sich in Patient:innen, Begleitpersonen und Personen, die noch nicht in der Notaufnahme gewesen sind. Mit der Auswahl der drei Gruppen wird ein breites Spektrum an Anforderungen für einen Wartebereiches abgedeckt.

Die Umfrage wurde mit dem Programm „Lime Survey“ erstellt und durch einen Instant-Messaging-Dienst an persönliche Kontakte verteilt, die diese an weitere Personen weitergeleitet haben. Der Durchführungszeitraum betrug insgesamt 2 Wochen. Innerhalb dieser Zeit haben 100 Personen die Umfrage ausgefüllt.

ERGEBNISSE

Von den 100 Beteiligten waren 70 Prozent im Alter von 18 bis 45 Jahren und 30 Prozent im Alter von 46 bis 80 Jahren. Die Geschlechterverteilung stellte sich mit zwei Dritteln weiblichen und einem Drittel männlichen Personen dar. In der Auswertung der Umfrage ergab sich, dass überwiegend junge, gesunde Menschen teilgenommen haben.

Insgesamt gaben 47 Teilnehmende an bereits selbst als Patient:in die Notaufnahme besucht zu haben. Die Rolle als Begleitperson hatten 27 Personen angekreuzt und von 26 Personen wurde angegeben, dass sie noch nie in der Notaufnahme gewesen sind (siehe Abb. 1).

Die Gruppe der Patient:innen und der Begleitpersonen hatten bereits genaue Erkenntnisse und Vorstellungen wie eine Notaufnahme aussieht, im Gegensatz zu der dritten Gruppe, die sich diese Situation nur hypothetisch vorstellen konnte. Daher ist es sinnvoll diese beiden Voraussetzungen getrennt voneinander zu betrachten. Die sich größtenteils überschneidenden Fragen bei den Patient:innen und Begleitpersonen wurden gegenübergestellt und analysiert.

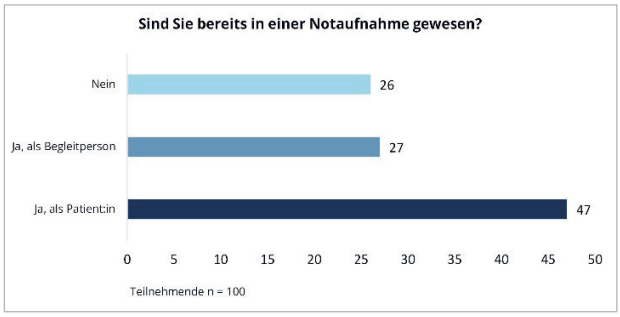

Abb.1: Verteilung der drei Gruppen

Ankommen

Zuallererst hatten die Patient:innen die Aufgabe die entsprechende Situation des Ankommens in der Notaufnahme anzukreuzen. Von den insgesamt 47 Patient:innnen zeigte sich, dass 13 selbstständig, 29 mithilfe von Freunden oder Familienmitgliedern und 5 mit dem Rettungsdienst in die Notaufnahme kamen.

Anmeldebereich

Der Ort, an dem die persönlichen Angaben getätigt wurden, sollte von den Patient:innen und Begleitpersonen kurz beschrieben werden. Häufig wurde er dabei als Empfangsbereich, Anmelderaum, Warteraum oder Eingangshalle/Flurbereich bezeichnet. Etwas genauere Beschreibungen umfassen die Raumgröße, welche oft als „relativ klein“ und „mit wenigen Stühlen bestückt“ beschrieben wurde. Andere empfanden die raummittige Anmeldung mit rundherum verteiltem Wartebereich als offene, laute und indiskrete Situation. Die überwiegende Anzahl gab zudem an, dass der Empfang an einem Anmeldetresen im Stehen stattfand, was die Gesamtsituation für die Patient:innen erschwerte.

Anhand von vorgegebenen Raumbeschreibungen, bezüglich der Anmeldesituation, wurde deutlich, dass es im Durchschnitt mehr als zwei Stühle gab und der Raum hell ausgeleuchtet war. Allerdings ist damit nicht festgelegt, dass es sich dabei überwiegend um Tageslicht handelte. Zudem wurde bei den Vorgaben oft eine Abtrennung zu dem Krankenhauspersonal, welches die Anmeldung durchgeführt hat, ausgewählt. Überwiegend wurde die räumliche Situation als nicht angenehm oder unfreundlich aufgefasst. Die Empfindung der Patient:innen, bezogen auf den Raum bei der Anmeldung, lässt sich in verschiedene Kategorien einordnen (siehe Tab. 2). Die Tab. 2 verdeutlicht, dass bei der Raumbeschreibung meistens der erste Eindruck und Emotionen eine große Rolle spielten.

Zusätzlich sollten die Patient:innen anhand einer festgelegten Skalar entscheiden, wie sie die Privatsphäre während der Anmeldung aufgefasst haben. Im Durchschnitt empfanden die Patient:innen die Situation eher als positiv, was die Bereiche „sehr gut“, „gut“ und „mittelmäßigen“ mit einschließt.

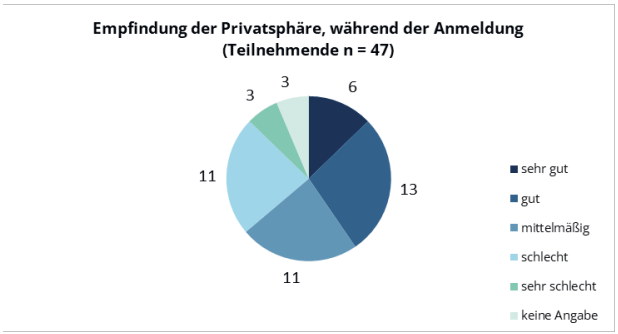

Abb. 2: Privatsphäre bei der Anmeldung

Dies widerspricht sich teilweise mit den vorangegangenen Aussagen, da mehrere Beschreibungen bezüglich der Empfindung negativ waren. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Befragten andere Gesichtspunkte betrachtet haben.

Außerdem könnte es eine Rolle gespielt haben, ob sich die Anmeldung und der Wartebereich im selben Raum befanden. Von den 47 Patient:innen sind nur 20 Personen erst nach der Ersteinschätzung in den Warteraum gekommen, was deutlich macht, dass die Mehrheit ihre Anmeldung im Warteraum gemacht hat. (siehe Abb. 2)

Kategorie	positiv	negativ
Beleuchtung/ Fenster	Tagesbeleuchtung, Licht	schwache, kalte und künstliche Beleuchtung keine Fenster für Tageslicht
Raumgröße/ Privatsphäre	groß, offen (trotzdem ruhig) Abtrennung zum Wartebereich/ anderen Wartenden gute Privatsphäre/Diskretion	klein, sehr offener Raum, teilweise als Durchgangsbereich genutzt keine Abgrenzungen, jeder konnte zusehen und zuhören mangelnde Diskretion
Blickbeziehung Personal-Patient:in	guter, sichtbarer und direkter Zugang zum Personal schnelle Erreichbarkeit, Offenheit und einfache Wegeführung zur Anmeldung	Offenheit des Raumes, Anmeldung über Gegensprechanlage umständliche Wegeführung
Atmosphäre/ Empfinden	modern, sauber	unangenehm, eng, monoton, beengte Größe, viel Trubel, trist, traurig, nüchtern
Sonstiges	Sitzmöglichkeiten, sauber, Kinderecke, grüne Akzente	Keine Sitzmöglichkeiten, Anmeldung im Stehen

Tab. 2: Empfindung der räumlichen Situation (Patient:innen)

Triage

Im weiteren Verlauf wurden die Teilnehmenden befragt, ob sie die Triage bewusst registriert haben. Das Ergebnis dieser Frage ergab, dass von den 47 Patient:innen insgesamt 7 eine Triagierung überhaupt mitbekommen haben und 40 Personen nicht. Diese Angabe verdeutlicht, dass das Thema der Triage noch nicht ausreichend vermittelt oder klar genug kommuniziert wird. Es entstehen dadurch vor allem Fragen bezüglich der Wartezeit. Die 7 Patient:innen, die die Triage bewusst mitbekommen haben, waren fast vollständig mit ihrer Einordnung zufrieden. Nur eine Person gab an die Triagierung nicht als angemessen empfunden zu haben.

Warteraum

Ein weiterer Betrachtungspunkt der Umfrage bildet die Analyse des Warteraumes. Hierbei beschrieb die Mehrheit der beiden Gruppen die räumliche Umgebung, als einen nicht unterteilten Bereich. Die Begleitpersonen stellten den Raum mit negativen und positiven Aspekten dar, wobei die negativen deutlich überwogen. Einige negative Beschreibungen waren z.B. „wenig bis keine Privatsphäre“, „unnahbar, kalt, laut, keine abgeschirmte Ruhezone“, „unübersichtlich, laut, hell, überfüllt“ und „nur Sitzmöglichkeiten/Stühle“. Im Allgemeinen wurde es als sehr hektisch und unruhig empfunden, da man in den meisten Fällen alles mitbekommen hat, wie beispielsweise „das ständige Umherhasten des Personals“ oder „das Umherschieben von Patient:innen auf Betten“. Allerdings wurde eine positive Erfahrung in Bezug auf die Abgrenzung zu anderen Patient:innen, durch halbrunde und breite Sofas, beschrieben.

Die Abb. 3 zeigt eine Übersicht der empfundenen Wartesituation von Patient:innen und Begleitpersonen zusammengefasst. Hierbei gab es ebenfalls eine vorgegebene Skalar zum Ankreuzen. Insgesamt haben die Patient:innen die Situation überwiegend „mittelmäßig“ eingeschätzt. Im Gegensatz dazu haben die Begleitpersonen die Verhältnisse als deutlich schlechter empfunden und größtenteils mit „unangenehm“ bewertet.

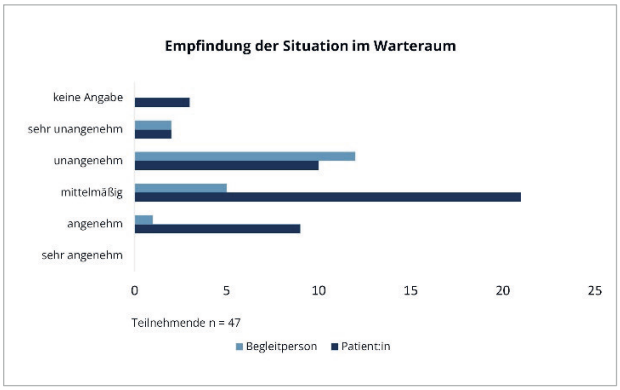

Abb. 3: Situation im Warteraum

Die Teilnehmenden haben verschiedene Begründungen bezüglich der Empfindung dieser Situation aufgeführt. Tab. Tab. zeigt eine Einteilung in Patient:innen und Begleitpersonen, sowie die Unterscheidung in die Eindrücke „angenehm“ und „unangenehm“. In den entsprechenden Feldern wurden die verschiedenen Umschreibungen der beiden Gruppen festgehalten.

Empfindung	Patient:innen	Begleitperson
Positiv (angenehm)	viel Platz, Fenster nach, Zeitschriften (Wartezeitüberbrückung); ruhig, bequeme Sitze, Blick zum Empfang; Grünpflanzen (teilweise Sichtschutz)	freundliches Personal
Negativ (unangenehm)	Wenig Platz, zu voll; keine Privatsphäre; keine Ablenkungsmöglichkeit; Gefühl der Beobachtung/ des Vergessen Werdens	Voll, laut, kleiner Raum mit vielen Menschen; kalte, ungemütliche Sitze; keine Pflanzen; wenig Privatsphäre; keine Ablenkung, unruhige Atmosphäre

Tab. 3: Empfindung des Warteraumes

Vergleich zweier Warteräume

Allen Gruppen wurden zwei verschiedene Varianten einer möglichen Warteraumaufteilung zur Verfügung gestellt. Sie sollten sich entscheiden, welche Raumaufteilung sie bevorzugen würden und diese Entscheidung anschließend begründen. In der Variante 1 (siehe Abb. 4) stehen viele Stuhlreihen. Die Variante 2 (siehe Abb. 5) zeigt eine etwas aufgelockerte Situation mit weniger Stühlen und einem Ruhebereich für eine einzelne Person. Die Gestaltung dieses Bereiches basiert auf der Idee aus dem Buch „Handbuch und Planungshilfen Demenzsensible Krankenhausbauten“. [7]

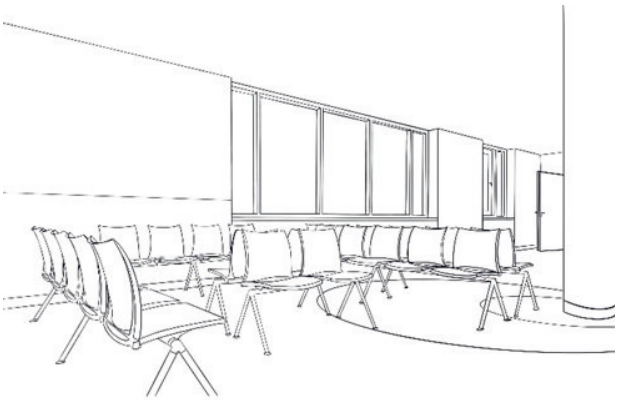

Abb. 4: Üblicher Warteraum

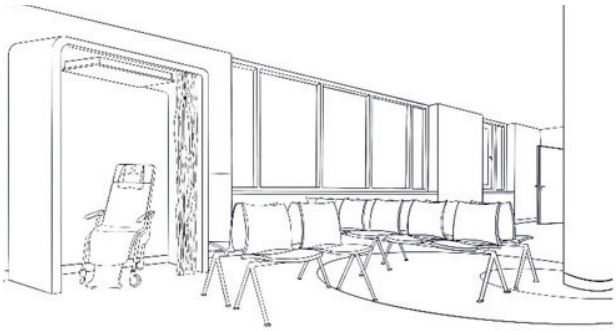

Abb. 5: Bessere Aufteilung des Warteraumes

Die Mehrheit entschied sich für Variante 2 und begründete dies dadurch, dass es erholsamer aussieht, mehr Privatsphäre vorhanden und der Raum für mehrere Anwendungen ausgerüstet ist. Der Rückzugsort kann von Patient:innen und Begleitpersonen nach Bedarf genutzt werden. Einige fanden die zweite Variante allerdings etwas abschreckend, da der separierte Raum deplatziert erscheint und man von dort aus Ankündigungen verpassen könnte.

Beispielszenario

Betrachtet werden im Folgenden die Ergebnisse der Personen, die noch nicht in der Notaufnahme waren. Um ihnen einen Anhaltspunkt zu geben und eine Grundlage für alle zu schaffen, haben sie ein vorgeschriebenes Szenario bekommen. Dieses beinhaltete einen Bänderriss zweiten Grades, bei dem eines oder mehrere Bänder teilweise reißen und Schwellung, Schmerzen und Einschränkung in der Beweglichkeit stark ausgeprägt auftreten. Die Personen sollten sich in diese Lage versetzen und zuallererst ihre Vorstellung von dem Ankommen in der Notaufnahme beschreiben. Die meisten stellten sich eine Anmeldung am Empfang vor, mit Erläuterung zu den Schmerzen, Aufnahme der Personalien und anschließend das Warten auf die Behandlung. Einige waren der Meinung, dass es sowohl strukturiert als auch koordiniert ablaufen wird und eine kurze Wartezeit, aufgrund der Schmerzen, anzunehmen ist. Andere vermuteten hingegen, dass man eine lange oder ungewisse Wartedauer akzeptieren muss.

Bei der Einordnung in die fünf Priorisierungsstufen, haben sich von den 26 Personen insgesamt 6 Personen der Kategorie „sehr dringend (orange)“, 11 Personen der Kategorie „dringend (gelb)“, 8 Personen der Kategorie „normal (grün)“ und eine Person der Kategorie „nicht dringend (blau)“ zugeordnet. Viele schätzten somit die Wartesituation in der Notaufnahme als dringlich ein.

Die Befragten sollten anschließend ihre Vorstellung eines Warteraumes in einer kurzen Beschreibung wiedergeben. Daraus ergab sich ein großer Raum mit vielen Stühlen, die im ausreichenden Abstand zueinander stehen. Sie vermuteten, dass durch raumtrennende Mittel, wie Pflanzen oder Plexiglasscheiben, den Patient:innen mehr Privatsphäre ermöglicht wird.

Ebenfalls wird es kurze und klar erkennbare Wege, eine freundliche und helle Farbgestaltung geben. Außerdem sind viele Fenster für eine natürliche Lichtquelle, kleine Tische mit Zeitschriften, sowie bequeme Sitzmöglichkeiten und vor allem eine zentral erreichbare Rezeption, damit sich die

Patient:innen nicht alleine fühlen, vorhanden. Einzelne Personen hatten eine eher negative Vorstellung eines Warteraumes und beschrieben diesen mit „sieht nicht sehr einladend aus, keine Bilder, alles kalt und weiß“, „großer, offener Raum mit vielen unbequemen Stühlen, nicht wirklich vorhandene Privatsphäre“.

Verbesserung des Warteraumes

Abschließend sollten die Teilnehmenden jeder Gruppe auswählen, welche Verbesserungsmöglichkeiten sie sich wünschen würden. Hier gab es Optionsfelder und Kommentarfelder für die eigene Kreativität (siehe Abb. 6).

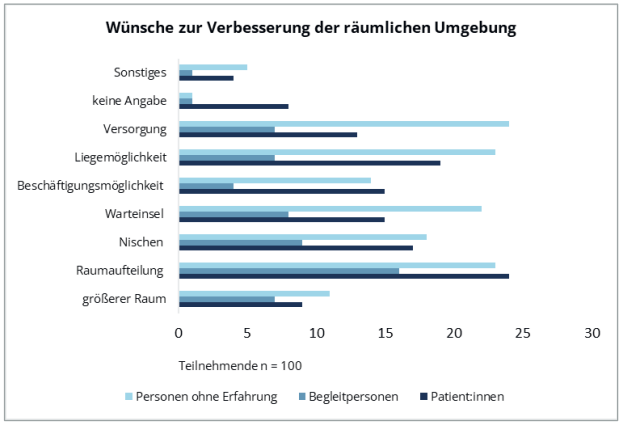

Abb. 6: Verbesserungswünsche des Warteraumes

Am wichtigsten war allen eine Raumaufteilung, die besonders für Privatsphäre sorgt. Danach folgten Punkte wie z.B. Liegemöglichkeiten oder auch Nischen zum Ausruhen und eine Warteinsel für Kinder. Den Patient:innen war zudem eine Beschäftigungsmöglichkeit wichtiger, als einen Bereich für Getränke- und Snackautomaten. Die Begleitpersonen und Personen ohne Erfahrung haben das genau gegenteilig empfunden. An letzter Stelle stand der Wunsch eines größeren Raumes. Außerdem wurden auch eigene kreative Vorschläge gemacht wie z.B. „Tageslicht“, „angenehme Farben und warmes bzw. individuell dimmbares Licht für verschiedene Bereiche“, „leise, beruhigende Musik, um die hektischen Geräusche der Notaufnahme auszublenden“, „Pflanzen“, „Ruhezonen“ und „trotz Abstand/Trennung zu anderen Patient:innen nicht das Gefühl bekommen vergessen zu werden“.

DISKUSSION

Aus den Ergebnissen der Umfrage lassen sich verschiedene Merkmale eines Raumkonzeptes ableiten. Zu den Gestaltungsempfehlungen eines auf die Triage angepassten Wartebereichs gehört in erster Linie die Berücksichtigung der Privatsphäre von Patient:innen und deren Begleitpersonen.

Privatsphäre

Ein vollständiger Schutz der Privatsphäre kann nicht gewährleistet werden, da in der Notaufnahme verschiedene Vorschriften, wie der Brandschutz, gelten. Einige Möglichkeiten, die sich aus der Umfrage ergeben haben, sind zum einem die Abtrennung in private Bereiche, durch Pflanzen oder undurchsichtige Plexiglasscheiben. Eine andere Variante ist die mobile Aufstellung von Akustiktrennwänden. Hierbei entstehen ein Sichtschutz und eine kleine Ruhezone, die das Gefühl von Privatsphäre hervorrufen können. Außerdem gewährt es etwas Abstand zwischen den einzelnen Personen und lockert somit die Raumaufteilung auf. Ein Raum mit vielen, eng aneinander gestellten Stühlen, wurde von den Befragten als sehr unangenehm aufgefasst. Dahingegen würde eine solche Aufteilung des Bereiches gegenteilige Empfindungen erzeugen, wie der Vergleich der beiden Raumsituationen gezeigt hat.

Blickbeziehung Personal – Patient:in

Der Warteraum sollte so konzipiert sein, dass die Personen ihre Privatsphäre haben, nicht übermäßig gestört werden und dennoch nicht ausgeschlossen sind. Die Angst des Vergessenwerdens oder zu starker Abschirmung wurde von einigen Teilnehmenden ebenfalls als kritisch gesehen. Um dies zu vermeiden, ist es sinnvoll das Personal in den Warteraum mit einzubeziehen, da die Anwesenheit von Pflegepersonal ein Gefühl der Sicherheit erzeugt. Für die Umsetzung dieses Aspektes sollte eine zentral erreichbare und wenn möglich auch sichtbare Rezeption in dem Raum vorhanden sein. Allerdings muss dabei trotzdem auf die Diskretion bei der Anmeldung geachtet werden, falls sie an diesem Ort durchgeführt wird.

Aufklärung über das Thema „Triage“

Des Weiteren ist es sinnvoll die Patient:innen und deren Begleitpersonen über die Triage aufzuklären. Dies kann entweder anhand von Plakaten, Bildschirmen an den Wänden oder in mündlicher Form umgesetzt werden. Diese Maßnahme ist wichtig, weil ein Großteil der Teilnehmenden nicht mitbekommen hat, dass ihnen eine Priorisierung zugeordnet wurde. Einige gaben an, dass sie die Situation des Wartens als unangenehm empfunden haben, da ihnen die genaue Wartezeit unklar war. Die Vermutung, dass durch die unterschiedlichen Wartezeiten bei der Triage das Gefühl von Benachteiligung entsteht, ging aus der Umfrage nicht klar hervor und kann dementsprechend auch nicht gewertet werden. Eine massive Raumabgrenzung zur besseren Übersicht der einzelnen Priorisierungsgruppen wird daher vorerst nicht als notwendig erachtet.

Sitz- und Liegemöglichkeiten

Eine einfache Einteilung des Raumes in einzelne Sitzgruppen ist aufgrund der Privatsphäre empfehlenswert. Darüber hinaus sollten die Sitzmöglichkeiten in Form von Modulmöbeln geplant werden, damit im Falle einer überfüllten Notaufnahme einzelne Elemente (z. B. Stühle) ergänzt werden können. In Teilen des Warteraumes können die Sitzmöglichkeiten auch als halbrunde Couchen umgesetzt werden, die gleichzeitig eine komfortablere Alternative darstellen. Besonders wichtig war den Teilnehmenden, dass Liegemöglichkeiten im Warteraum vorhanden sind. Diese Forderung lässt sich nicht für alle wartenden Personen erfüllen, da der Raum auch für ein hohes Patientenaufkommen ausgelegt sein muss und es demensprechend nicht viele Liegemöglichkeiten geben kann. Eine Lösung des Problems wären beispielsweise einzelne Bereiche mit speziellen Stühlen, die eine Liegefunktion

1) Privatsphäre (Pflanzen)
2) Sitzmöglichkeiten
3) Nische zum Ausruhen
4) Liegemöglichkeiten
5) Ablenkungsmöglichkeiten
6) Warteinsel für Kinder
7) Versorgung (Getränke/Snacks)
8) Plakat über Triage
9) Blickbeziehung Personal-Patien:in
10) Atmosphäre (Fenster = natürliches Licht)

Abb. 7: Gestaltungsempfehlungen des Warteraumes einer Notaufnahme

besitzen. Bei ausreichender Raumgröße ist es sinnvoll eine Nische zum Ausruhen in den Raum zu integrieren. Dadurch haben Personen die Möglichkeit sich abzuschirmen und auf sich selbst zu konzentrieren.

Positive Ablenkung

Ein anderer Punkt bildet die Ablenkung. Hierbei sollte beachtet werden, dass die Patient:innen weniger an ihre Schmerzen und an die Wartezeit denken sollen. Dies kann z.B. mittels Zeitschriften, Monitoren an den Wänden, Ecken zum Musikhören oder Getränke-/Snackautomaten erreicht werden. In einigen Fällen kann es sein, dass auch Kinder als Begleitperson mit in die Notaufnahme gebracht werden müssen, was zu zusätzlichem Stress der Betroffenen führen würde. Aus diesem Grund ist eine kreativ gestaltete Warteinsel empfehlenswert, da sie eine gute Ablenkungsmöglichkeit bilden kann.

Atmosphäre (Licht)

Ein letzter Punkt, der von den Teilnehmenden häufig genannt wurde, bezieht sich auf die Lichtwirkung und insbesondere auf das Vorhandensein von Tageslicht. In vielen Beschreibungen wird das kalte Kunstlicht erwähnt, das sich nicht positiv auf die Atmosphäre auswirkt. Die Teilnehmenden schreiben dem Tageslicht wiederum eine beruhigende Wirkung zu. Obwohl dieser Punkt nicht sehr ausschlaggebend für die räumliche Umsetzung des Warteraumes ist, sollte er dennoch bei der Planung des Raumes beachtet werden, da es großen Einfluss auf die positive Empfindung und somit auf die Gesamtsituation der Patient:innen und Begleitpersonen haben kann.

Limitationen

In dieser Arbeit wurde sehr genau die räumlichen Empfindungen der Patient:innen analysiert. Allerdings ist dadurch eine direkte Betrachtung der Triage in den Hintergrund getreten und konnte somit nicht ausreichend beantwortet werden.

Ein Interview mit dem Pflegepersonal wäre sinnvoll gewesen, um auch die Sichtweise dieser Personengruppe betrachten zu können. Dementsprechend hätte es mehr Bezug zur Triage geben können.

In einer Nachfolgestudie wäre es wichtig einige Fragen zu spezifizieren, um weitere Punkte zu den Hauptkriterien ergänzen zu können und ein breites Spektrum an Gestaltungsmöglichkeiten für die individuellen Anforderungen zu erhalten. Als weiterführende Vertiefung sollte die Frage hinsichtlich der Einteilung der Patient:innen nach der Triage, bezüglich der Raumorganisation, geklärt werden. Zusätzlich sollte genauer auf den Aspekt der Triage eingegangen werden, da dieser mittlerweile als Vorschrift in den deutschen Notaufnahmen gilt (§ 136c Absatz 4 Satz 1 SGB V) und demzufolge einen wichtigen Faktor darstellt.

FAZIT

Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass viele Aspekte, bei der räumlichen Betrachtung eines Warteraumes in einer Notaufnahme, zu berücksichtigen sind. Eine besondere Rolle spielt dabei die Empfindung der Patient:innen und Begleitpersonen. Der Raum ist speziell für diese Gruppen konzipiert und sollte dementsprechend ihren Vorstellungen bzw. Wünschen weitestgehend angepasst werden. Die Hauptkriterien sind dabei die Privatsphäre, Ausruhmöglichkeiten, Ablenkung/Versorgung und eine gute Atmosphäre. Um die Zufriedenheit der Patient:innen in Zukunft verbessern zu können, sollten die analysierten und zeichnerisch erfassten Gestaltungsmöglichkeiten, bei der Planung eines Wartebereiches, in Betracht gezogen werden.

QUELLENVERZEICHNIS

[1] L. H. Timm, „Strukturierte Ersteinschätzung im Rettungsdienst in Anlehnung an das Manchester-Triage-System (MTS)," Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, 2018.

[2] eHealth-Tec, „Triage und Ersteinschätzung in der Notaufnahme," eHealth-Tec GmbH, 28 Februar 2020. [Online]. Available: : https://www.ehealth-tec.com/de/erpath/triage-und-ersteinschatzung-in-der-notaufnahme. [Zugriff am 24 Januar 2021].

[3] M. Christ, F. Grossmann, D. Winter, R. Bingisser und E. Platz, „Triage in der Notaufnahme. Moderne, evidenzbasierte Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit," *Deutsches Ärzteblatt,* Bd. 50, Nr. Jg. 107, pp. 892-897, 17 Dezember 2010.

[4] O. Bendel, *Triage,* Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Revision von 2021.

[5] L. Drehsen, „Prozessoptimierung im Interdisziplinären Notfallzentrum. Eine Analyse relevanter Prozesszeiten nach Implementierung des Manchester-Triage-Systems anhand von Patienten internistischer Fachabteilungen," Universitäts- und Landesbibliothek Bonn, 2017.

[6] M. S. Ahmadi, „Innerklinisches Management bei einem Massenanfall an Verletzten," Universitätsbibliothek München, 2020.

[7] K. Büter und G. Marquardt, Handbuch und Planungshilfen. Demenzsensible Krankenhausbauten, Berlin: DOM publishers, 2019, pp. 116 - 118.