Interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende entwickelte Handlungsempfehlungen für ausgewählte Notfallsituationen unter Berücksichtigung des Willens von Bewohner:innen (AP 4.1)

Titel des Projekts:

Sektorübergreifendes & integriertes **No**tfall- und **Ve**rfügungsmanagement für die **l**etzte **Le**bensphase in stationärer Langzeitpflege

Kurzbezeichnung:

NOVELLE

Gefördert durch den Gemeinsamen Bundesausschuss - Innovationsausschuss
Förderkennzeichen: 01NVF18007

Stand: 25.05.2022
(Version: 1.0)

NOVELLE

Im Notfall sicher handeln.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Autorenschaft und Mitwirkende

Novelle-Konsortium	
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften Fakultät Gesundheitswesen (Konsortialführung)	Prof. Dr. Martina Hasseler (Projektleitung) Uta Weidlich-Wichmann Eileen Czaputa Anna Larina Lietz Stephanie Krebs Sven-Nelson Ruppert Anne-Sophie Klinge Ricarda van der Made Birgit Hartleb
Stadt Braunschweig Fachbereich Feuerwehr	Dr. Andreas Günther Sybille Schmid
Medizinische Hochschule Hannover Institut für Allgemeinmedizin	Prof. Dr. Nils Schneider Dr. Sven Schwabe
Universitätsklinikum Jena Institut für Allgemeinmedizin	Prof. Dr. Jutta Bleidorn Juliane Poeck
Universitätsklinikum Heidelberg Institut für Geschichte und Ethik der Medizin	Prof. Dr. Karen Nolte Dr. Nadia Primc Dr. Giovanni Rubeis Alicia Finger
Deutsche Universität für Verwaltungswissenschaften Speyer Lehrstuhl für Sozialrecht und Verwaltungswissenschaft	Prof. Dr. Constanze Janda
Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik	Prof. Dr. Reinhold Haux Prof. Dr. Thomas Deserno Dr. Bianca Steiner Christian Orsinger
AOK Niedersachsen	Vanessa Luttermann Nia Carstensen Wilken Voss

Teilnehmende Pflegeeinrichtungen

Altenheim der Alerds-Stiftung Donaustraße 10 38120 Braunschweig	Altenheim Rudolfstift Rudolfst. 21 38114 Braunschweig
AWO Wohn- und Pflegeheim Am Inselwall Okerstr. 9 38100 Braunschweig	AWO Wohn- und Pflegeheim Heidberg Dresdenstr. 148 38124 Braunschweig
AWO Wohn- und Pflegeheim Querum Marie-Juchacz-Platz 12 38108 Braunschweig	Comitas Pflegeheim Eiderstraße 4 38120 Braunschweig
Seniorenzentrum Braunschweig GmbH – Seniorenzentrum Wilhelminum Rüdigerstr. 8a 38106 Braunschweig	"Haus Auguste" ambet e. V. Ottweilerstraße 140 38116 Braunschweig
DRK-Seniorenheim Steinbrecherstraße Steinbrecherstraße 5 38102 Braunschweig	DSG Pflegewohnstift "Am Ringgleis" Hermannstraße 26 38114 Braunschweig
Pflegeheim Baars GmbH Am Lehmanger 4 38120 Braunschweig	ProSENIS GmbH "Haus Eichenpark“ Boeselagerstraße 20 38108 Braunschweig
Senioren- und Pflegezentrum Bethanien gGmbH Helmstedter Str. 35 38102 Braunschweig	Senioren-Wohnanlage Wiesenstraße Wiesenstraße 1 – 2 38102 Braunschweig
Seniorenzentrum Braunschweig GmbH – Seniorenzentrum St. Elisabeth Hinter der Masch 16-17 38114 Braunschweig	

NOVELLE

Inhaltsverzeichnis

Autorenschaft und Mitwirkende 1
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 5
Abkürzungsverzeichnis 6
Vorwort 1
Literaturverzeichnis 4
1 Über die Nutzung der Handlungsempfehlungen im Rahmen des Projektes NOVELLE 5
2 Basis pflegefachlicher Entscheidungen in Notfallsituationen 6
Literaturverzeichnis 10
3 Ablaufschema für Notfallsituationen 11
4 Baustein: Rechtlicher Handlungsrahmen von Pflegefachpersonen im Kontext des Bewohner:innenwillens 13
4.1 Pflichten und Handlungsrahmen von Pflegefachpersonen 13
4.2 Bewohner:innenwille 15
4.2.1 Gesetzliche Grundlagen 15
4.2.2 Schriftliche Willensäußerungen 16
4.2.3 Hierarchie der Willensäußerungen 17
4.3 Überprüfen der Einwilligungsfähigkeit 18
4.4 Kurzfassung: Baustein „Rechtlicher Handlungsrahmen von Pflegefachpersonen im Kontext des Bewohner:innenwillens“ 19
Literaturverzeichnis 20
5 Kontextbedingungen 21
5.1 Organisatorisch strukturelle Einflüsse 22
5.1.1 Interne organisatorisch strukturelle Begleitumstände 22
5.1.2 Externe organisatorisch strukturelle Begleitumstände 25
5.2 Ethische Einflüsse 27
5.3 Politisch-rechtliche Einflüsse 31
Literaturverzeichnis 33
6 Pflegenotfallassessment 35
6.1 Baustein „Ersteinschätzung“ 35
6.2 Kurzfassung: Baustein „Ersteinschätzung“ 36
6.3 Baustein „ABCDE-Pflegenotfallassessment“ 37
6.3.1 Messwerte für die Abstimmung der Weiterversorgung 45
6.3.2 Notfallmedizinische Bedingungen für die pflegefachliche Bewertung der Ergebnisse des ABCDE-Pflegenotfallassessments 45
6.3.3 Bewohner:innenwille für die konkrete Notfallsituation 51
6.3.4 Kurzfassung: Baustein „ABCDE-Pflegenotfallassessment“ (Seite 1-2) 52
Literaturverzeichnis 54
7 Organisation der Weiterversorgung 57
7.1 Baustein „Weiterversorgung: Abstimmung der pflegefachlichen Weiterversorgung mit dem Bewohner:innenwillen unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen“ 57
7.2 Kurzfassung: Baustein „Weiterversorgung: Abstimmung der pflegefachlichen Weiterversorgung mit dem Bewohner:innenwillen unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen“ 60
7.3 Interprofessionalität im Kontext der Notfallversorgung 62
7.3.1 Bedeutung der Interprofessionalität im Kontext der Abstimmung mit externen Weiterversorgenden 62
7.3.2 Bisherige Konzepte der interprofessionellen Kommunikation in Notfallsituationen 63
7.3.3 Integration eines Leitfadens zur Übergabe an Weiterversorgende 65
7.3.4 Baustein „NOVELLE-Übergabe-Checkliste“ 65

7.3.5 Resultierende Empfehlungen für die Organisations- und Handlungsebene 68
Literaturverzeichnis 69
8 Glossar 71
Literaturverzeichnis 76

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Komponenten einer pflegerischen Entscheidung (Behrens & Langer 2017) 7
Abbildung 2: Darstellung des Evidence-based Nursing im Kontext der NOVELLE Handlungsempfehlungen (Eigene Darstellung in Anlehnung an Behrens & Langer 2017 [1]) 9
Abbildung 3: Ablaufschema zu Notfallsituationen 12
Abbildung 4: Verläufe des Sterbens. Eigene Abbildung in Anlehnung an Barclay et al. 2014 [15] 28
Abbildung 5: ABCDE-Schema 37
Abbildung 6: Übergabe-Checkliste zur Abstimmung der Weiterversorgung, Seite 1 66
Abbildung 7: Übergabe-Checkliste zur Abstimmung der Weiterversorgung, Seite 2 67

Tabelle 1: ABCDE-Pflegenotfallassessment 39
Tabelle 2: Optionen zur Weiterversorgung im Kontext der ausgewählten Notfallsituationen (Eigene Darstellung) 47

NOVELLE

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
ÄBD	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
ACP	Advance Care Planning
AN	Anmerkung der Autor:innen
ÄNO	Ärztliche Notfallanordnung
ÄLRD	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
AF	Atemfrequenz
AGNN e.V.	Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte
ANU	Arbeitnehmerüberlassung
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVP	Behandlung im Voraus planen nach § 132g SGB V
CRM	Crew Ressource Management
DGINA e.V.	Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V.
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRK	Deutsches Rotes Kreuz e.V.
Ebd.	Ebenda
Et al.	Et alii
GeriQ-ED	Qualitätsindikatoren für die Versorgung von geriatrischen Notfallpatient:innen
M.E.	Meines Erachtens
MHD	Malteser Hilfsdienst e. V.
mmHg	Millimeter-Quecksilbersäule
Mögl.	Möglich
NOAK	Neue orale Antikoagulanzien
PflBG	Pflegeberufegesetz
qSOFA-Score	quick Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment score
RD BS	Rettungsdienst Braunschweig
RSTL	Relaxed skin tension lines
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
S.o.	Siehe oben
SpO_2	Einheit für die Sauerstoffsättigung im Blut
StGB	Strafgesetzbuch
S.u.	Siehe unten
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Vorwort

Über das Projekt NOVELLE

Medizinische Notfälle in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sind vergleichsweise häufig, doch die dabei ergriffenen Maßnahmen entsprechen oftmals nicht einem zuvor geäußerten Willen der Bewohner:innen [1–3]. Eine mögliche Folge sind unerwünschte Notfallrettungseinsätze und Krankenhauszuweisungen, die eine Unterbrechung der pflegerischen Versorgung bedeuten und mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bewohner:innen einhergehen können [3; 4]. Denkbare Ursachen für dieses Vorgehen können die fehlende Rechtssicherheit bei Pflegefachpersonen und eine damit einhergehende Handlungsunsicherheit im Umgang mit Notfallsituationen sein. Hier setzt das Projekt „NOVELLE – Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in stationärer Langzeitpflege“ an. Im Mittelpunkt des Projektes stehen Handlungsempfehlungen für ausgewählte medizinische Notfallsituationen in stationären Pflegeeinrichtungen, die den Patient:innen/Bewohner:innenwillen einbinden. Diese Handlungsempfehlungen wurden durch eine interdisziplinär zusammengesetzte Expert:innengruppe bestehend u.a. aus Pflegefachpersonen, Pflegewissenschaftler:innen, Allgemein- und Notfallmediziner:innen, Ethiker:innen und Rechtswissenschaftler:innen erarbeitet. Daran schließt sich die Implementierung und Erprobung der entwickelten Handlungsempfehlungen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege an. In diesem Kontext besteht die Vision des Projektes darin, dass mit dem Anwenden der Handlungsempfehlungen durch Pflegefachpersonen das systematische Handeln in Notfallsituationen verbessert und so die Sicherheit bei der Umsetzung des Bewohner:innenwillens in Pflegeeinrichtungen gesteigert wird. Das Projekt NOVELLE wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) – Förderkennzeichen 01NFV18007 – für den Zeitraum vom 01. August 2019 bis 31. Juli 2023 gefördert.

Über die Handlungsempfehlungen für ausgewählte Notfallsituationen

In dringlichen gesundheitlichen Situationen oder medizinischen Notfällen ist es für Pflegefachpersonen wichtig, begründet, strukturiert und sicher handeln zu können. Dazu gehört auch, notwendige pflegerische Entscheidungen im Sinne der Autonomie von Bewohner:innen bzw. Patient:innen gemeinsam mit der betroffenen Person, ggf. vertreten durch eine bevollmächtigte Person, zu treffen.
Die vorliegenden Handlungsempfehlungen leiten Pflegefachpersonen chronologisch durch die Notfallsituation und benennen wichtige zu erhebende Parameter. Diese ermöglichen die Situation einzugrenzen sowie Handlungsoptionen abzuleiten. Durch die priorisierte Reihenfolge der entwickelten Bausteine in den Handlungsempfehlungen, liegen die für eine pflegerische Entscheidungsfindung benötigten Informationen strukturiert vor, sodass einerseits die Entscheidungsfindung erleichtert, andererseits die sich ggf. anschließende Kommunikation und Zusammenarbeit mit Weiterversorgenden verbessert werden kann.
Die theoretische Grundlage der pflegerischen Entscheidungsfindung wird den Bausteinen dieser Handlungsempfehlungen vorangestellt (vgl. Kapitel 2: Basis pflegefachlicher Entscheidungen in Notfallsituationen, S. 6).

Das vorliegende Dokument stellt die Langfassung der Handlungsempfehlungen dar und umfasst entsprechende Kapitel zu den folgenden Bausteinen:

>> **Ablaufschema für Notfallsituationen** (vgl. S. 11),

>> **Rechtlicher Handlungsrahmen von Pflegefachpersonen im Kontext des Bewohner:innenwillens** (vgl. S. 13ff),

>> **Kontextbedingungen** (vgl. S. 21ff),

>> **Ersteinschätzung** (vgl. S. 35f),

>> **ABCDE-Pflegenotfallassessment** (vgl. S. 37ff) und

>> **Organisation der Weiterversorgung** einschließlich der Interprofessionalität im Kontext der Notfallversorgung von Bewohner:innen stationärer Alten- und Pflegeeinrichtungen (vgl. Organisation der Weiterversorgung, S. 57ff).

Diese Bausteine werden im Einzelnen ausführlich beschrieben. Fallbeispiele schlagen die Brücke zur Berufspraxis. Am Ende eines jeden Kapitels befindet sich eine Kurzfassung des jeweiligen Bausteins, welche für eine praxisnahe Nutzung im pflegerischen Alltag erarbeitet wurden. Eine Ausnahme bildet das Kapitel 7.3: Interprofessionalität im Kontext der Notfallversorgung (vgl. S. 62ff), zu welchem keine explizite Kurzfassung existiert. Der Baustein NOVELLE-Übergabe-Checkliste (vgl. S. 65ff) dient jedoch als ein praxisnahes Instrument und kann demnach als eine Kurzfassung angesehen werden.
Die Handlungsempfehlungen insgesamt können sowohl bei physischen, psychischen wie auch palliativen Notfällen und in anderen dringlichen Situationen angewendet werden. Diese sollen die Pflegefachpersonen bei der Ersteinschätzung der Notfallsituation, einer erneuten Beurteilung im Verlauf sowie der nötigen Entscheidungsfindung bezüglich der indizierten Weiterversorgung unterstützen. Auch wenn die Handlungsempfehlungen grundsätzlich in allen Notfallsituationen angewandt werden können, so liegt im Rahmen dieses Projektes bzw. der Erprobung der Handlungsempfehlungen der Fokus auf die im Projekt ausgewählten und nachfolgend aufgeführten Notfallsituationen:

>> Sturz,
>> entgleiste Vitalwerte,
>> auffälliges Verhalten (psychisch),
>> neurologische Symptome (kognitive und körperliche Auffälligkeiten),
>> Luftnot,
>> Leblosigkeit,
>> Schmerzen und
>> akute Probleme bei Palliativpatienten.

Das Zusammenwirken und insbesondere der Stellenwert der einzelnen Bausteine dieser Handlungsempfehlungen werden mit dem **Ablaufschema für Notfallsituationen** (vgl. Abbildung 3: Ablaufschema zu Notfallsituationen, S. 12) verdeutlicht. Die Kernelemente, der vorliegenden Handlungsempfehlungen, bilden die **Ersteinschätzung** (vgl. S. 35ff), das **Notfallassessment** (vgl. S. 37ff), die Berücksichtigung des **Bewohner:innenwillens** (vgl. S. 15ff) und **Organisation der Weiterversorgung** (vgl. S. 57ff) und begründen einen Handlungsrahmen für den pflegefachlichen Entscheidungsprozess in Notfallsituationen.

Daraus resultiert eine strukturierte, standardisierte und transparente Entscheidungsfindung und Versorgung von Bewohner:innen bzw. Patient:innen in Notfallsituationen. Ziel ist es, dem persönlichen Willen der Bewohner:innen bestmöglich Rechnung zu tragen. Nicht indizierte und durch die Bewohner:innen unerwünschte Krankenhauszuweisungen sollen vermieden werden. In Notfallsituationen bestimmt auch das Wissen über die rechtlichen Rahmenbedingungen sowohl das Handeln der Pflegefachpersonen als auch den Entscheidungsprozess der Weiterversorgung und trägt so zu einer Erhöhung der Handlungssicherheit in Notfallsituationen bei. Der Baustein: Rechtlicher Handlungsrahmen von Pflegefachpersonen im Kontext des Bewohner:innenwillens gibt einen Überblick über den **rechtlichen Handlungsrahmen von Pflegefachpersonen** und beschreibt grundlegende Aspekte des Bewohner:innenwillens bei Notfällen in Pflegeeinrichtungen.

Daneben beeinflussen eine Vielzahl von Begleitumständen wie organisatorisch-strukturelle sowie ethische und politisch-rechtliche **Kontextfaktoren** (vgl. S. 21ff) das pflegefachliche Handeln von Pflegefachpersonen in Notfallsituationen, die ausgehend vom aktuellen Stand der Forschung in Kapitel 5 erläutert werden.

Ein Notfallgeschehen ist zunächst immer eine Momentaufnahme der vorgefundenen Situation, die sich dynamisch entwickeln kann. Im Verlauf kann sich die gesundheitliche Situation der Bewohnerin bzw. des Bewohners verschlechtern oder entspannen. Es ist also notwendig, auf solche Veränderungen sofort zu reagieren, die Situation neu zu bewerten und den Versorgungsprozess ggf. anzupassen. Hierbei entscheiden zunächst Ersteindruck und vorgefundene Situation, ob ein sofortiger Handlungsbedarf besteht. Dabei stehen zunächst Fragen im Fokus, wie „Ist eine Reanimation indiziert?“ und „Ist eine Reanimation (nicht) gewünscht?“. Ist die Wiederbelebung bspw. nicht indiziert, wird das **ABCDE-Pflegenotfallassessment** (vgl.
Tabelle 1: ABCDE-Pflegenotfallassessment, S. 39ff) begonnen. Dieses sollte auch bei bedrohlichen Situationen möglichst vollständig durchlaufen werden. Das im Projekt NOVELLE entwickelte **ABCDE-Pflegenotfallassessment** (vgl.
Tabelle 1: ABCDE-Pflegenotfallassessment, S. 39ff) ist mit dem ABDCE-Schema, das bereits in der präklinischen Notfallversorgung seit einigen Jahren etabliert ist, kompatibel. Basierend auf den Ergebnissen von **Ersteinschätzung** (vgl. S. 35f) und **ABCDE-Pflegenotfallassessment** (vgl.
Tabelle 1: ABCDE-Pflegenotfallassessment, S. 39ff) erfolgt anschließend eine pflegefachliche Entscheidung über die indizierte Weiterversorgung, zu der dann der Bewohner:innenwillen, wenn bekannt, berücksichtigt oder aktiv ermittelt wird. Wenn die pflegefachlich indizierte Weiterversorgung mit dem Bewohner:innenwillen vereinbar ist, soll diese umgesetzt werden. Falls die **Organisation der Weiterversorgung** (vgl. S. 57ff) durch Begleitumstände verhindert wird, sollten die verhindernden **Kontextfaktoren** (vgl. S. 21ff) dokumentiert und die Situation erneut beurteilt werden. Nach erneutem Durchführen des Notfallassessments mit pflegefachlicher Beurteilung und unter/oder aktiver Ermittlung des Bewohner:innenwillens für die nun veränderte Situation, wird eine umsetzbare Weiterversorgung angestrebt (vgl. S. 57ff). Schließt sich nach dem Notfallgeschehen eine Weiterversorgung in der Pflegeeinrichtung an, beginnt die pflegefachliche Versorgung nach eigenem Ermessen und unter Berücksichtigung der träger- bzw. einrichtungsinternen pflegerischen Versorgungsstandards.

Wichtige Aspekte für eine adäquate und zielgerichtete Gesundheitsversorgung von Bewohner:innen sind ebenso **Kommunikation und Zusammenarbeit** (vgl. S. 57ff) zwischen den an der Notfallversorgung beteiligten Berufsgruppen. Hieraus resultiert eine, im Rahmen des Projektes NOVELLE entwickelte, **Übergabe-Checkliste** (vgl. Abbildung 6: Übergabe-Checkliste zur Abstimmung der Weiterversorgung, Seite 1, S. 66 und Abbildung 7: Übergabe-Checkliste zur Abstimmung der Weiterversorgung, Seite 2, S. 67f) für eine

strukturierte Weitergabe von gesundheitsbezogenen Informationen von Bewohner:innen im Kontext der gewählten Weiterversorgung.

Literaturverzeichnis

[1] Engel, K. (2014) *Sterben in stationären Altenpflegeeinrichtungen – Aspekte professioneller Pflege und Betreuung* in: George, W. [Hrsg.] *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen: Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen*. Gießen, S. 71–76.

[2] Kada, O./Janig, H./Likar, R. et al. (2013) *Versorgung optimieren, vermeidbare Krankenhaustransporte reduzieren* in: Pinter, G./Likar, R./Schippinger, W. et al. [Hrsg.] *Geriatrische Notfallversorgung: Strategien und Konzepte*. Wien, S. 227–252.

[3] Sommer, S./Marckmann, G./Pentzek, M. et al. (2012) *Advance Directives in Nursing Homes* in: Deutsches Ärzteblatt 109, H. 37, S. 577–583.

[4] George, W. [Hrsg.] (2014) *Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen – Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen*. Gießen.

1 Über die Nutzung der Handlungsempfehlungen im Rahmen des Projektes NOVELLE

Die gegenwärtige Nutzung und Anwendung der im Projekt NOVELLE entwickelten Handlungsempfehlungen erfolgt im Zuge einer wissenschaftlich begleiteten Untersuchung. Die Rahmenbedingungen für die Anwendung und Nutzung ist für die Dauer des Untersuchungs- bzw. Projektzeitraumes festgelegt. Hieraus ergeben sich folgende Besonderheiten:

Die hier vorgestellten Handlungsempfehlungen sind für die alleinige Nutzung durch Pflegefachpersonen vorgesehen. Ziel ist es, ein möglichst hohes Maß an Patient:innensicherheit und -autonomie für die Bewohner:innen, verbunden mit einem Zugewinn an Handlungs- und Rechtssicherheit für Pflegefachpersonen und deren Einrichtungen in Notfallsituationen zu erreichen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die handelnden Personen über ein adäquates berufsfachliches Hintergrundwissen verfügen, wie es durch eine pflegefachliche Ausbildung oder ein Studium erworben werden kann.

Im Rahmen der Erprobungsphase der Handlungsempfehlungen (bis 30.04.2023) ist die Nutzung und Anwendung der Handlungsempfehlungen ausschließlich bei Notfällen von gesetzlich versicherten Bewohner:innen vorgesehen. Dies liegt darin begründet, dass das Projekt NOVELLE im Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherungen finanziell gefördert wird und folglich ausschließlich gesetzlich Krankenversicherte adressiert.

Aufgrund des Projektstatus ist eine Nutzung und Anwendung zudem aktuell nur bei gesetzlich versicherten Bewohner:innen möglich, die einer Projektteilnahme nach Aufklärung in der Einrichtung explizit schriftlich zugestimmt haben und von denen eine Teilnahmeerklärung in der Einrichtung bzw. bei der Ostfalia HaW vorliegt.

Zur Überprüfung der Anwendbarkeit der Handlungsempfehlungen während des Erprobungszeitraumes soll für alle Notfallsituationen, die den an dem Projekt teilnehmenden Bewohner:innen widerfahren, ein sogenannter „Erhebungsbogen für Notfallsituationen“ kurz „Notfallbogen“ ausgefüllt werden. Mit Hilfe der angegebenen Informationen soll die Praxistauglichkeit der Handlungsempfehlungen evaluiert und ggf. überarbeitet sowie angepasst werden.

2 Basis pflegefachlicher Entscheidungen in Notfallsituationen

In Pflegeeinrichtungen führt eine akute Veränderung der physischen und oder psychischen Gesundheit von Bewohner:innen zu einer krisenhaften Situation bzw. zu einem medizinischen Notfall. Pflegefachpersonen, die sich zuvor im Modus der routinierten regelhaften Versorgung der Bewohner:innen befanden, müssen ihr pflegefachliches Handeln auf die Notfallsituation ausrichten, um einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegenzuwirken.

Die hier vorliegenden interdisziplinär entwickelten Handlungsempfehlungen mit den zentralen Bausteinen Ersteinschätzung (vgl. Kapitel 6.1: Baustein „Ersteinschätzung“, S. 35f) und dem ABCDE-Pflegenotfallassessment (vgl. Kapitel 6.3: Baustein „ABCDE-Pflegenotfallassessment“, S. 37ff) leiten Pflegefachpersonen chronologisch durch die Notfallsituation. Das ABCDE-Pflegenotfallassessment benennt die jeweiligen Handlungsschritte sowie Parameter, die für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation von Bewohner:innen in stationären Pflegeeinrichtungen von Bedeutung sind. Das Ergebnis der Situationsbeurteilung stellt die pflegefachliche/notfallmedizinische Entscheidungsgrundlage für die Weiterversorgung (vgl. Kapitel 7: Organisation der Weiterversorgung, S. 57ff) dar.

Entscheidungen im pflegerisch/medizinischen Kontext können in der Regel nicht verschoben/hinausgezögert werden [1]. Gemeinsam erörtern Bewohner:in und Pflegefachperson, in welcher Art und Weise die Weiterversorgung unter Berücksichtigung der Lebenswelt und des Willens der zu versorgenden Person durchgeführt werden soll. Kann die pflegebedürftige Person sich situativ nicht mitteilen, übernimmt die Entscheidungsfindung stellvertretend die Pflegefachperson [2]. Dabei wird eine Entscheidung nicht willkürlich durch die Pflegefachperson getroffen, sondern stellt das Ergebnis des Einschätzungs-, Beratungs- und Bewertungsprozesses der akuten Situation dar, unter Berücksichtigung des Willens von Bewohner:innen (vgl. Abbildung 3: Ablaufschema zu Notfallsituationen, S. 7).

Diese pflegerische Entscheidungsfindung wird mit *Problem Solving* beschrieben [3] und unterscheidet sich vom *Decision Making*, bei welchem die Auswahl zwischen bekannten Alternativen erfolgt [1]. Jede pflegerische Entscheidungsfindung besteht aus mehreren Komponenten. Der Expertise der Pflegefachpersonen nebst den Ergebnissen der Pflegeforschung, die Vorstellungen der Pflegebedürftigen und den Umgebungsbedingen bzw. Kontextfaktoren (vgl. Abbildung 1: Komponenten einer pflegerischen Entscheidung (Behrens & Langer 2017), S. 7 und Kapitel 5: Kontextbedingungen, S. 21ff) [1].

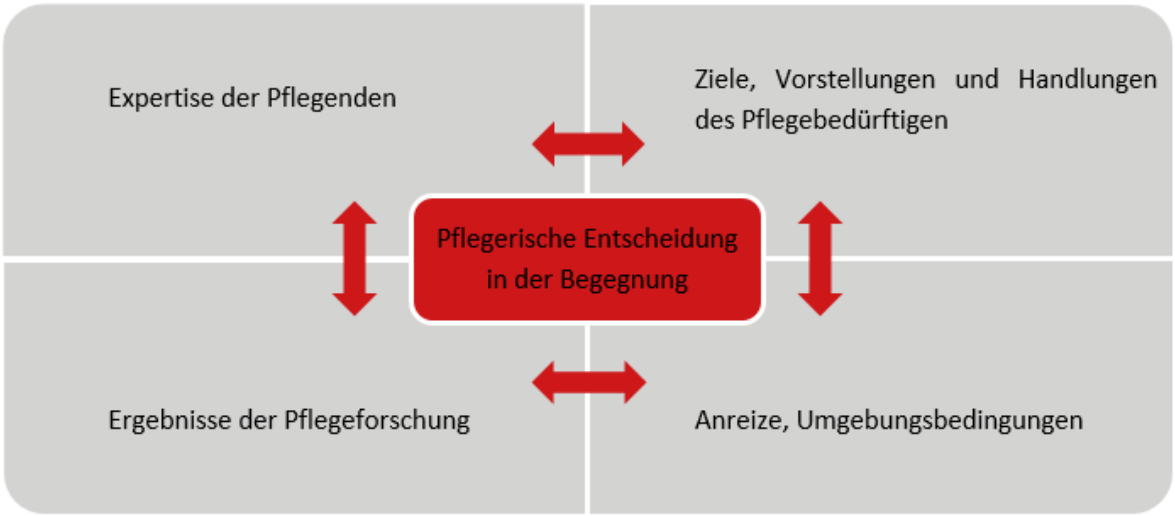


Abbildung 1: Komponenten einer pflegerischen Entscheidung (Behrens & Langer 2017)

Der wissenschaftliche Hintergrund für die Anwendung der Novelle Handlungsempfehlung durch Pflegefachpersonen gründet sich auf den professionstheoretischen Ansatz von Oevermann 1996 [4] und für das pflegepraktische Handeln auf das Konzept des Evidence-based Nursing [1]. Beide wissenschaftlich elaborierten Ansätze beschreiben die Besonderheiten der pflegefachlichen Arbeit und dem Arbeitsbündnis zwischen Pflegefachpersonen und Pflegebedürftigen.

Der Oevermannsche Ansatz erklärt übertragen auf professionell Pflegende die Einzigartigkeit ihres pflegefachlichen Handelns damit, dass Pflegefachpersonen neben der pflegefachlichen Kompetenz, dem Regelwissen über die pflegerischen Versorgung, im Entscheidungsprozess empathisch die Lebenswelt der hilfebedürftigen Person berücksichtigen können.

Diese empathische Leistung bedeutet aus der Perspektive der gepflegten Person, ihre individuelle Lebenssituation, Wünsche und Lebensziele zu erfahren und zu verstehen. Oevermann deklariert diese intersubjektive Interpretationsleistung durch die Pflegefachperson als hermeneutisches Fallverstehen [4]. Die Leistung der Hermeneutik besteht grundsätzlich immer darin, einen Sinnzusammenhang aus einer anderen ‘Welt’ in die eigene zu übertragen“ [5]. Die Dualität beim *Problem Solving,* d.h., die Anwendung des pflegefachlichen/medizinischen Regelwissens und dem Hinzuziehen des hermeneutischen Fallverstehens von Oevermann bezeichnet dieser als doppelte Handlungslogik [3].

Das Evidence-based Nursing Konzept greift diese Ansätze auf und pointiert aber neben den Kontextfaktoren der Versorgungssituation, dass pflegerische Maßnahmen evident sein sollen, also auf pflegewissenschaftliche Erkenntnisse beruhen [1] (siehe auch §5 PflBG [6]). Beide Ansätze sind komplementär und bilden zusammen das theoretische Grundgerüst für das pflegefachliche Handeln von Pflegefachpersonen in Notfallsituationen. Auf zwei grundlegende Gemeinsamkeiten, die in den jeweiligen Ansätzen etwas differenziert dargestellt werden, wird im Folgenden kurz eingegangen.

Damit eine pflegefachliche Maßnahme notwendig ist, muss seitens der pflegebedürftigen Person ein pflegerisch/gesundheitliches Problem entstanden sein, das selbst nicht mehr bewältigt werden kann und folglich professionelle Hilfe gesucht wird. Pflegefachpersonen übernehmen stellvertretend die Problemdeutung und -lösung [6].

Beim Evidence-based Nursing wird eine Dienstleistungstheorie als erklärender Ansatz verfolgt. Der zu versorgenden Person fehlt das notwendige Wissen, die akute Situation selbst zu lösen [1]. Anders als

bei einer sachbezogenen Dienstleistung, bspw. der Reparatur eines Gegenstandes, lösen Pflegefachpersonen gemeinsam mit der zu versorgenden Person das pflegerisch/gesundheitliche Problem. Es entsteht zwischen beiden Akteur:innen eine intersubjektive bzw. stellvertretende Dienstleistung, die bei Oevermann als therapeutisches Arbeitsbündnis bzw. beim Evidence-based Nursing als professionelles Arbeitsbündnis (vgl. Abbildung 2: Darstellung des Evidence-based Nursing im Kontext der NOVELLE Handlungsempfehlungen (Eigene Darstellung in Anlehnung an Behrens & Langer 2017 [1])) beschrieben wird [7; 8].

Es stellt sich nun die Frage, was qualifiziert die professionelle Pflege, in persona die Pflegefachpersonen, gemeinsam respektive stellvertretend in einer Notfallsituation, in der sich die/der Bewohner:in, nicht mehr äußern kann, für sie das Problem zu deuten und zu lösen. Eine weitere Gemeinsamkeit der doppelten Handlungslogik und dem Evidence-based Nursing ist, dass neben den in der pflegefachlichen Ausbildung, im Pflegestudium und im späteren Berufsleben erworbenen nachprüfbarem Regelwissen, der externen Evidenz**,** es obligat ist, sich auf die in Not geratene Person einzulassen. Das hermeneutische Fallverstehen verhilft dabei, die Lebenswelt, die individuelle Situation, die Präferenzen und Ziele zu erfahren und zu verstehen [9]. Diese empathische Handlung, sich Einlassen und aus der Perspektive des anderen seine Lebenswelt zu erfahren und zu verstehen sowie die eigene Berufs- und Lebenserfahrung, wird als interne Evidenz verstanden. Die doppelte Handlungslogik als professionstheoretische Rahmung für pflegefachliches Handeln ist wissenschaftlich fundiert [10–12].

Professionelle Pflegearbeit im Kontext des Evidence-based Nursing Ansatzes erfordert gleichermaßen das Hinzuziehen evidenten Wissens. Das als externe Evidenz bezeichnete Wissen ist das überprüfbare Regelwissen der Profession Pflege. Extern, weil dieses Wissen unabhängig der Pflegefachpersonen existiert. Die interne Evidenz beinhaltet die individual-bibliographische Zielsetzung der Person, ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen an den Aktivitäten des täglichen Lebens partizipieren zu können [1]. Zur internen Evidenz werden auch die Erfahrungen der Pflegefachpersonen gezählt, die zudem durch gesetzliche oder organisationsinterne Vorgaben beeinflusst sein können [1].

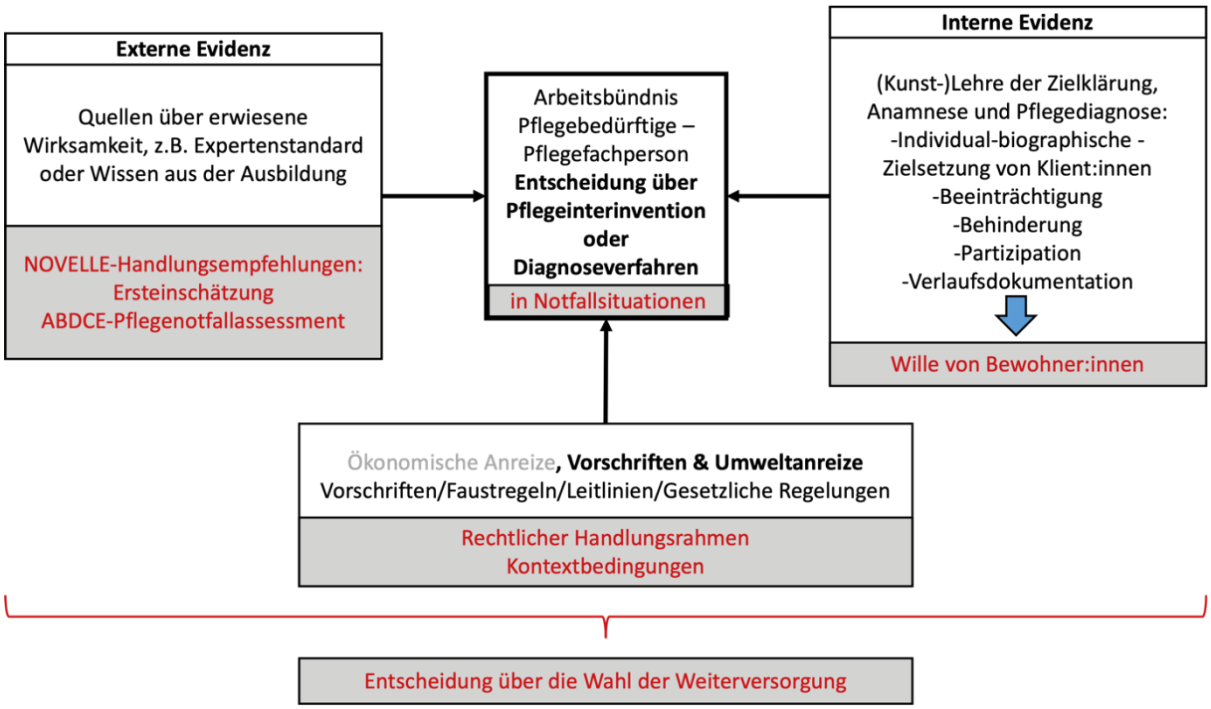


Abbildung 2: Darstellung des Evidence-based Nursing im Kontext der NOVELLE Handlungsempfehlungen (Eigene Darstellung in Anlehnung an Behrens & Langer 2017 [1])

Die hier aufgezeigte Erläuterung des Evidence-based Nursing und des professionstheoretischen Ansatzes der doppelten Handlungslogik nach Oevermann zeigen, dass Pflegearbeit hochgradig situations- und kontextbezogene Beziehungsarbeit ist, die ihre fachliche Begründung in der komplexen, z.B. auch sinnlich mehrschichtigen Wahrnehmung von Gesamtsituationen findet [12; 13]. Beide Ansätze begründen wissenschaftlich das pflegepraktische Handeln nach den hier vorgestellten Handlungsempfehlungen.

Übertragen auf Notfallsituationen bedeutet dies, dass Pflegefachpersonen für dringliche pflegerisch/medizinische Versorgungssituationen mit den strukturierten Bausteinen Ersteinschätzung und ABCDE-Pflegenotfallassessment, eine Einschätzung des Gesundheitszustandes erheben können und diese Einschätzung mit in die pflegefachliche Entscheidung für die Weiterversorgung einbeziehen. Neben den erhobenen pflegerischen und gesundheitlichen Parametern, die den externen Evidenzen zugesprochen werden, ist es unabdingbar die internen Evidenzen v.a. durch das hermeneutische Fallverstehen in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.

Grundsätzlich gilt, dass Pflegefachpersonen auch in Notfallsituationen kommunikativ und kooperativ mit den Bewohner:innen ggf. unter Einbezug gesetzlich bestimmter Betreuer:innen oder stellvertretend für Bewohner:innen, wenn diese ihren Willen nicht mehr äußern können, pflegerische Entscheidungen über die weitere Versorgung treffen müssen. Obwohl die beschriebenen externen und internen Evidenzen in das *Problem solving* einbezogen werden, werden Versorgungsentscheidungen getroffen, deren Wirksamkeit für Pflegefachpersonen a priori nicht bekannt sind. Wissentlich dieser Unbekannten müssen professionell Pflegende Entscheidungen treffen und diese begründen können. Begründet werden Entscheidungen mit Erwartungen. Entscheidungen werden getroffen, weil diese anderen Personen in vergleichbaren Situationen geholfen haben [1].

Für die Erfahrung von Pflegefachpersonen, dass für Entscheidungen bei Notfällen, die mit wenig Informationen sofort getroffen werden mussten, im Nachhinein Begründungen gefordert werden, existiert ebenfalls ein theoretisches Modell. Demnach wird dieser Widerspruch als Entscheidungs- und Begründungsantinomie bezeichnet [14].

Literaturverzeichnis

[1] Behrens, J.; Langer, G. (2016) *Evidence-based nursing and caring – Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“*. 4. Aufl. Bern: Hogrefe.

[2] Hülsken-Giesler, M./Daxberger, S. (2018) *Robotik in der Pflege aus pflegewissenschaftlicher Perspektive* in: Bendel, O. [Hrsg.] *Pflegeroboter*. Wiesbaden, S. 125–139.

[3] Simon, H. A. (1960) *The new science of management decision*. New York: Harper & Brothers.

[4] Oevermann, U. (1996) *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns* in: Combe, A./Helsper, W. [Hrsg.] *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt am Main, S. 70–182.

[5] Rittelmeyer, C./Parmentier, M. (2007) *Einführung in die pädagogische Hermeneutik*. 3. Aufl. Darmstadt.

[6] Bundesminister der Justiz (2021) *Pflegeberufegesetz – PflBG*.

[7] Oevermann, U. (1997) *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns* in: Combe, A./Helsper, W. [Hrsg.] *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. 2. Aufl. Frankfurt am Main, S. 70–182.

[8] Kalkowski, H. (2010) *Klärung der Begriffe Beruflichkeit und Professionalisierung* [online]. https://sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/Publikationen/Kalkowski_Begriffsklaerungen_Beruf.pdf [Zugriff am: 28. Feb. 2022].

[9] Weidner, F. (2004) *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung – Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Pflege*. Frankfurt am Main.

[10] Remmers, H. (2000) *Pflegerisches Handeln – Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft*. Bern.

[11] Hülsken-Giesler, M. (2014) *Professionalisierung der Pflege – Möglichkeiten und Grenzen* in: Becker, S./Brandenburg, H. [Hrsg.] *Lehrbuch Gerontologie: Gerontologisches Fachwissen für Pflege und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe*. Bern, S. 377–408.

[12] Böhle, F./Glaser, J. [Hrsg.] (2006) *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit – Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden.

[13] Dunkel, W./Weihrich, M. (2010) *Arbeit als Interaktion* in: Böhle, F./Voß, G./Wachtler, F. [Hrsg.] *Handbuch Arbeitssoziologie*. Wiesbaden, S. 177–230.

[14] Walter, A. (2015) *Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen – - ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen* [online]. http://www.bwpat.de/spezial10/walter_gesundheitsbereich-2015.pdf [Zugriff am: 28. Feb. 2022].

3 Ablaufschema für Notfallsituationen

Das nachfolgende Ablaufschema für Notfallsituationen veranschaulicht modellhaft das Vorgehen in einer Notfallsituation. Es richtet sich an Pflegefachpersonen und zeigt Prozessschritte auf, die ein begründetes, strukturiertes und sicheres Handeln unterstützen. Dabei ist im Kontext von NOVELLE und dem Arbeitsbündnis der Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden, die Berücksichtigung des Bewohner:innenwillens von zentraler Bedeutung. Deshalb werden im Ablaufschema an entscheidenden Punkten die Frage nach dem Bewohner:innenwillen und ggf. zur Ermittlung der Einwilligungsfähigkeit gestellt.
Der Startpunkt des Ablaufschemas bildet der Notfall. Das Notfallgeschehen führt in der Abbildung zum Entscheidungsfeld der Ersteinschätzung sowie der Feststellung der Reanimationspflichtigkeit. Nach diesem Handlungsschritt und Entscheidungsprozess teilt sich das Ablaufschema in drei weiterführende Pfade.
Auf der rechten Seite befindet sich der JA-Pfad. Dieser spiegelt die ausführliche Darstellung des Bewohner:innenwillens in der Situation des Auffindens eines/r Bewohner:in im nicht ansprechbaren, reanimationspflichtigen Zustand wider. Der mittlere NEIN-Weg führt zu dem Handlungsweg des Auffindens einer toten Person. Auf der linken Seite befindet sich ein weiterer NEIN-Pfad. Diese Handlungsseite stellt die pflegefachliche Beurteilung sowie pflegefachliche Versorgung der Bewohnerin/des Bewohners dar. Hier veranschaulicht das Ablaufschema den Zeitpunkt zur Durchführung des NOVELLE-ABCDE-Pflegenotfallassessments bis hin zur Klärung der Weiterversorgung der Bewohnerin/des Bewohners.
Das Ablaufschema zur Notfallsituation stellt den Pflegefachpersonen dar, welche Prozessschritte im Kontext von NOVELLE durchzuführen, bzw. zu beachten sind. Darüber hinaus verdeutlicht es, dass bei Veränderungen der Notfallsituation ein möglicher Pfadwechsel notwendig ist und ggf. neu mit dem ABCDE-Pflegenotfallassessment begonnen werden muss.

Benutzerhinweise zum Ablaufschema


Start-/ Endpunkt: Dieses Symbol signalisiert das Starten oder Enden eines Prozesses.


Prozess: Dieses Zeichen stellt einen Schritt im Prozess dar.


Entscheidung: Hier findet ein Entscheidungsprozess statt. Das Ergebnis dieser Entscheidung diktiert den nächsten Schritt.


Dokument: Es zeigt einen Prozessschritt an, der ein Dokument oder einen Bericht erzeugt.

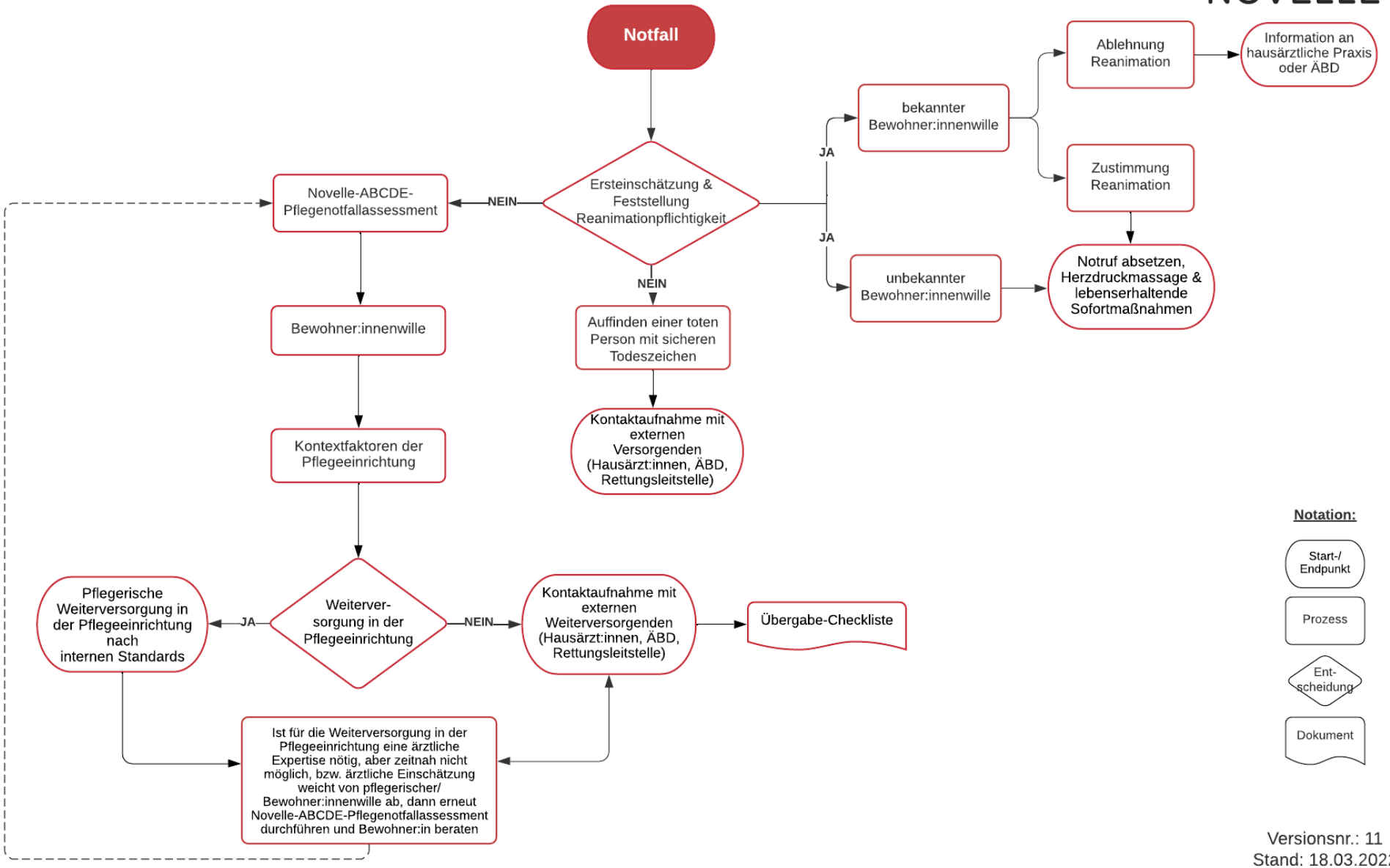


Abbildung 3: Ablaufschema zu Notfallsituationen

4 Baustein: Rechtlicher Handlungsrahmen von Pflegefachpersonen im Kontext des Bewohner:innenwillens

Zuerst werden im folgenden Abschnitt die Pflichten von Pflegefachpersonen dargelegt, warum sie v.a. in dringlichen Situationen und Notfällen handeln müssen. Es werden die Fragen angesprochen, was Pflegefachpersonen tun müssen, was Pflegefachpersonen dürfen und wann Pflegefachpersonen haftbar sind. Die Pflichten von Pflegeeinrichtungen und das Recht der Bewohner:innen auf eine qualifizierte Versorgungen werden zudem skizziert.
Im Weiteren wird aufgezeigt, wie der Bewohner:innenwille in Notfallsituationen zur Geltung kommt. Eckpunkte des personengebundenen Willens sind der freie Wille und damit verbundene spontane Willensäußerungen, der natürliche Wille und der mutmaßliche Wille. Im Anschluss werden die Formen der schriftlichen Willensäußerung thematisiert und was im Kontext des Willens und der gesundheitlichen Versorgung von Bewohner:innen eine gesetzlich angeordnete Betreuung bedeutet. Geklärt werden die Fragen nach einer Hierarchie der Willensäußerung, welcher Wille in einer Notfallsituation eigentlich gilt und wie Pflegefachpersonen in einer Notfallsituation die Einwilligungsfähigkeit eines Bewohners/einer Bewohnerin feststellen kann.
Abschließend wird eine Dilemmasituation beschrieben, in der sich parallel zwei Bewohner:innen in einer kritischen Versorgungssituationen befinden. Eine dieser Personen lehnt zudem jegliche notwendige pflegerische und/oder medizinische Versorgung ab. Können Pflegefachpersonen für ihr Handeln bzw. nicht Handeln juristisch zur Verantwortung gezogen werden?

4.1 Pflichten und Handlungsrahmen von Pflegefachpersonen

Mitarbeiter:innen in Berufen des Gesundheitswesens, im Besonderen den Pflegefachpersonen in der stationären Langzeitpflege, kommt eine gesteigerte Verantwortung zu, pflegebedürftige und vor allem in Not geratene Bewohner:innen, fachlich kompetent zu versorgen. Diese Verantwortung leitet sich einerseits aus dem dienstrechtlichen Verhältnis ab, das die Pflegefachpersonen mit der Pflegeeinrichtung eingegangen sind und andererseits aus dem Pflegeberufegesetz.
Das Pflegeberufegesetz (PflBG) beschreibt in §4 PflBG die Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen. Nur sie dürfen bzw. müssen die in §5 Abs. 3 PflBG beschrieben Aufgaben, abgeleitet von den Ausbildungszielen (s.u.), durchführen. Nicht dreijährig examinierte Pflegefachpersonen oder Mitgliedern anderer Berufsgruppen der gesundheitlichen Versorgung dürfen diese Aufgaben weder übernehmen noch ausführen [1].
Unterlassen es Pflegefachpersonen gemäß §5 PflBG [1] zu handeln, begehen sie zudem ein strafbares Unterlassungsdelikt. Auszugsweise aus dem Strafgesetzbuch (StGB) ist die *Unterlassene Hilfeleistung* nach § 323c StGB zu nennen**.** Wird bewusst bzw. vorsätzlich die notwendige Hilfe nicht geleistet, obwohl es möglich gewesen wäre, also billigend in Kauf genommen, dass die zu betreuende Person schwerste körperliche Schäden erleidet oder sterben könnte, handelt durch Unterlassen §13 StGB. Dieses vorsätzliche Handeln würde der Körperverletzung durch Unterlassen §§223, 13 StGB bzw. bei Todesfolge den Totschlag durch Unterlassen §§212, 13 bedeuten [2].
Pflegefachpersonen müssen nach dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse beruflich handeln. Die Verpflichtung zum evidenzbasierten Arbeiten leitet sich aus §5 Abs. 2 PflBG [1] ab. Als Beispiel für evidenzbasiertes Handeln können die Expertenstandards des DNQP genannt werden.

Pflegeeinrichtungen sind ihrerseits nach §11 SGB IX [3] bei der Leistungserbringung für Pflegebedürftige verpflichtet, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu handeln. Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) unterstreicht zudem in den §§1 u. 7 WBVG die Ansprüche der Bewohner:innen auf die Erbringung der Pflege- und Betreuungsleistungen nach dem anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse [4].
Das Pflegeberufegesetz beschreibt im §5 Abs. 3 [1] unter dem Begriff *Ausbildungsziele* die beruflichen Kompetenzen, die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Ausbildung erwerben. Aus den Kompetenzen leitet sich der Handlungsrahmen ab. Weniger klar ist beschrieben, was Pflegefachpersonen nicht dürfen, wo die Grenzen ihrer Handlungskompetenzen und ihrer Verantwortung liegen. Abgrenzen lassen sich Aufgaben, die anderen Berufsgruppen vorbehalten sind, bspw. das Stellen medizinischer Diagnosen und das Verschreiben von Medikamenten, die nach §1 HeilPrakG [5] der ärztlichen Berufsgruppe vorbehalten ist. Aber auch der ärztliche Handlungsrahmen weist ebenso unscharfe Handlungsgrenzen auf. Für Pflegefachpersonen gilt, dass sie vor allem in Notfällen, die Dringlichkeit und Schwere des jeweiligen Gesundheitszustandes einschätzen und entscheiden müssen, ob dieser noch in den pflegefachlichen Verantwortungs- und Handlungsbereich fällt, bzw. dieser endet und eine ärztliche Expertise bzw. Intervention nötig ist.
Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) beschreibt in §630h Abs. 4 BGB allgemein ein sogenanntes *Übernahmeverschulden*, ohne dabei eine Berufsgruppe klar zu benennen. Wenn eine Pflegefachperson heilkundliche Tätigkeiten durchführt, zu denen sie weder formal bzw. materiell qualifiziert ist, ihr aber die entsprechenden Fähigkeiten und Kenntnisse fehlen, kann sie für die daraus entstehenden Folgen haftbar gemacht werden. Gleiches gilt, wenn sie ihr Unvermögen erkennt aber keine qualifizierte Person hinzuzieht [6].
Pflegefachpersonen arbeiten und kommunizieren interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen, um eine dem Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person entsprechende Versorgung zu ermöglichen. Delegationen von Maßnahmen, die bspw. Ärzt:innen der hausärztlichen Versorgung telefonisch anordnen, sind von den Pflegefachpersonen durchzuführen. Diese Durchführungsverpflichtung gilt nicht, wenn die Maßnahmen dem Kernbereich ärztlichen Wirkens zuzurechnen sind [7]. Pflegefachpersonen können, ebenso wie die anordnenden Ärzt:innen, für die daraus entstehenden Folgen haftbar gemacht werden. Im Wesentlichen fehlen ein dienstrechtliches Verhältnis zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt:innen [8] sowie die Notwendigkeit, bei Problemen unmittelbar ärztlicherseits intervenieren zu können. Im Weiteren müssen Pflegefachpersonen delegierte Maßnahmen ablehnen, wenn diese nicht in ihren pflegfachlichen Kompetenzbereich fallen bzw. sie die Maßnahme nicht sicher durchführen können, bspw. aufgrund unzureichender Routine. Die anordnenden Ärzt:innen sind umgehend darüber zu informieren, wenn eine Maßnahme nicht durchgeführt werden kann.
Zu den Pflichten von Pflegefachpersonen zählt auch den Arbeitgebenden sofort zu informieren, wenn Weisungen durch diesen gegen die Handlungspflichten einer Pflegefachperson gemäß PflBG verstoßen, im Allgemeinen rechtswidrig sind und/oder gegen den freien Willen der Bewohner:innen gerichtet sind. Im Weiteren muss eine Handlungsvorgabe abgelehnt werden, wenn zur Durchführung die nötigen Kenntnisse oder Qualifikationen fehlen. Diese Informations- und Anzeigepflicht gegenüber Arbeitgebende ist die sogenannte **Remonstrationspflicht,** an die sich Pflegefachpersonen halten müssen. Pflegefachpersonen müssen widersprechen, wenn Arbeitgebende oder behandelnde Ärzt:innen bspw. eine veraltete Dekubitustherapie anordnen. Ebenso ist eine Handlungsanweisung

rechtswidrig, wenn von Pflegefachpersonen verlangt wird, Ärzt:innen zu kontaktieren, obwohl es von den Bewohner:innen oder den gesetzlichen Vertretungen ausdrücklich abgelehnt wird.
Erlauben es die allgemeinen Kontext- und Umgebungsfaktoren (z.B. die Personalausstattung, die materielle Ausstattung, etc.) den Pflegefachpersonen nicht, ihre Pflegearbeit fach- und sachgerecht auszuführen, können sie vom Arbeitgebenden verlangen, den Betrieb so zu organisieren, dass die Pflegearbeit fach- und sachgerecht ausgeführt werden kann. Es sind gegebenenfalls wiederholt Überlastungsanzeigen zu schreiben und den Arbeitgebenden auf Missstände hinzuweisen §§ 15, 16 ArbSchG [9].
Kann eine Pflegefachperson nur einen Notfall betreuen, indem sie einen anderen Notfall vernachlässigt, liegt eine rechtfertigende **Pflichtenkollision** vor. Pflegefachpersonen sind in solchen Fällen nicht haftbar. Die Schwere der einzelnen Notfälle müssen die Pflegefachpersonen aufgrund ihrer fachlichen Expertise abwägen. Eine eindeutige Rechtsprechung zur rechtfertigenden Pflichtenkollision existiert nicht. Beispielhaft sei genannt, dass ein vermuteter Herzinfarkt ein dringlicherer Notfall ist als ein angenommener gebrochener Unterarm nach einem Sturz. **Die Versorgung von Notfällen hat immer Vorrang vor der pflegerischen Grundversorgung anderer Bewohner:innen.**

4.2 Bewohner:innenwille

4.2.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes (GG) beschreiben die Würde und Freiheit einer Person sowie das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Diese Persönlichkeitsrechte sind das Fundament des freien Willens und somit auch des Willens einer Bewohnerin/eines Bewohners. Pflegefachpersonen, Ärzt:innen und das Rettungsfachpersonal müssen den zuletzt geäußerten freien Willen, ob mündlich, schriftlich oder nonverbal respektieren, auch wenn die individuelle Entscheidung der Bewohnerin/des Bewohners aus pflegerisch/medizinsicher Perspektive unvernünftig erscheint. Die Freiheitsrechte des Art. 2 GG können durch andere Gesetze eingeschränkt werden (s.u.) [10].
Der Wille eines Menschen und somit seine Willensäußerungen lassen sich vorrangig untergliedern in den freien Willen und in den mutmaßlichen bzw. angenommenen Willen. Der natürliche Wille äußert Absichten, Wünsche, Wertungen und Handlungsintentionen eines Menschen und erlangt u.a. im Rahmen der Geschäftsunfähigkeit eine Bedeutung.
Jeder volljährige Mensch hat einen freien Willen. Daraus folgt, dass der Staat kein Recht hat, seine erwachsenen und zur freien Willensbestimmung fähigen Bürger:innen zu bessern oder sie daran zu hindern, sich selbst zu schädigen [11]. Menschen haben das Recht auf unvernünftige Entscheidungen, denn eine freie Willensbestimmung bedeutet auch, sich der Tragweite und Konsequenzen seiner Entscheidungen bewusst zu sein. Dieser freie Wille eines Menschen kann temporär durch eine Bewusstlosigkeit oder längerfristig bzw. ganz durch psychische Erkrankungen, wie einer Demenz, eingeschränkt sein. Ist der freie Wille bspw. durch eine Bewusstlosigkeit temporär eingeschränkt, muss wenn es aus pflegerischer/medizinischer Sicht vertretbar ist, abgewartet werden, bis die Bewusstlosigkeit vorüber ist.
Der natürliche Wille als weitere Ausdrucksform des Willens eines Menschen, unterscheidet sich vom freien Willen dadurch, dass der Mensch kognitiv eingeschränkt ist. Der Mensch kann sich nicht mehr willentlich äußern, sondern nur noch durch unbewusste körperliche Reaktionen auf Reize. Im Jahr

2013 hat der Bundesgerichtshof in einem Urteil den natürlichen Willen für ein selbstbestimmtes Leben mehr Anerkennung zugebilligt. Das Wegdrehen des Kopfes als Abwehrhaltung, ist als eine Willensäußerung des natürlichen Willens zu verstehen [12].
Der mutmaßliche Wille kommt zum Tragen, wenn weder eine freie Willensäußerung möglich ist noch der natürliche Wille kommuniziert werden kann. Der mutmaßliche oder auch angenommene Wille wird stellvertretend durch eine dritte Person festgestellt. Dieser Wille leitet sich von Äußerungen, Überzeugungen, religiösen Ansichten sowie Wertevorstellungen der Bewohner:innen ab, die in der Vergangenheit verbal bzw. nonverbal gegenüber den Pflegefachpersonen, Angehörigen, Betreuer:innen oder gegenüber situativ beteiligten Dritten gemacht wurden. Ist beispielsweise von Bewohner:innen der eindeutige und aktuelle Wille bekannt, dass z.B. lebensrettende Maßnahmen und/oder intensivmedizinische Behandlungen ausdrücklich abgelehnt werden, so ist diese Willensäußerung verbindlich. Werden nun diese Personen leblos aufgefunden, dürfen keine lebenserhaltenden Maßnahmen begonnen werden. Sind aber der Pflegefachperson die Bewohner:innen unbekannt oder es liegt keine verbindliche Willensäußerung vor, muss vom Wunsch zu leben ausgegangen werden. Lebenserhaltende Maßnahmen müssen gestartet werden.

4.2.2 Schriftliche Willensäußerungen

Schriftliche Willensäußerungen im Rahmen der gesundheitlichen Vorsorgeplanung sind die Patientenverfügung §1901a BGB [6] und die Gesundheitliche Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase nach §132g SGB V [13]. Alle haben für die Behandelnden einen rechtsverbindlichen Charakter. Patient:innen dürfen sich jederzeit anders entscheiden. Gleichfalls verbindlich, aber weniger für den medizinischen Notfall ausgerichtet ist der §1901c BGB [6] schriftliche Betreuungswünsche, Vorsorgevollmacht (s.u.).
Jede volljährige und einwilligungsfähige Person kann eine Patientenverfügung nach §1901a BGB verfassen. Mit dieser schriftlichen Willensäußerung wird vorsorglich für den Fall, dass der eigene Willen nicht mehr geäußert werden kann festgelegt, dass bestimmte medizinische und/oder pflegerische Maßnahmen durchzuführen oder zu unterlassen sind. Treffen die konkreten Festlegungen in der Patientenverfügung auf die Lebens- und Behandlungssituation der Bewohnerin/des Bewohners sowie Patient:in zu, sind Ärzt:innen, Pflegefachpersonen sowie Betreuer:innen und das Rettungsfachpersonal daran gebunden. Stimmen die Angaben in der Patientenverfügung nicht mit der vorgefundenen Situation überein, muss der Bewohner:innenwille anderweitig in Erfahrung gebracht werden. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos durch die einwilligungsfähige Person widerrufen werden [14].
Eine weitere etablierte und rechtssichere Möglichkeit für Bewohner:innen ist die Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase nach §132g SGB V [13]. Durch diese Rechtsnorm wird es vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie anderen Einrichtungen ermöglicht, ihren Bewohner:innen eine gesundheitliche Versorgungsplanung anzubieten. Intendiert wird mit der Möglichkeit der Vorsorgeplanung, dass Bewohner:innen und Patient:innen in ihrer letzten Lebensphase entsprechend ihren Wünschen und Vorstellungen optimal betreut und versorgt werden [15]. Die durch die Vorsorgeplanung entstehenden Kosten für die Pflegeeinrichtung werden von der Krankenkasse der versicherten Person übernommen. Eine Willensäußerung im Sinne der Vereinbarung nach §132g Abs. 3 SGB V [13] ist sowohl ein verbaler oder nonverbaler unmissverständlicher Ausdruck des natürlichen

Willens einer nicht einwilligungsfähigen Person als auch der Ausdruck des Willens einer einwilligungsfähigen Person im Rahmen des Beratungsprozesses [15].
Eine Betreuung nach §1901 BGB bedeutet, dass das Betreuungsgericht eine betreuende Person einsetzt, die stellvertretend für eine/n Bewohner:in nach ihren oder deren Wünschen und Vorstellungen handelt. Eine Betreuung ist nur möglich, wenn die betreffende Person aufgrund einer Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, ihre eigenen Angelegenheiten zu besorgen.
Dabei kommt es nicht auf die Geschäftsfähigkeit an. Willkürliche Entscheidungen seitens der betreuenden Person sind nicht zulässig. Eine gesetzliche Betreuung kann die Freiheitsrechte nach dem Grundgesetz legitim einschränken.

> *§1901 Abs.2 BGB: Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeiten, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.*
> *§1901 Abs.3 BGB: Der Betreuer hat Wünschen des Betreuten zu entsprechen (…). Dies gilt auch für Wünsche, die der Betreute vor der Bestellung des Betreuers geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen Wünschen erkennbar nicht festhalten will. (…)* [6].

Angehörige, Betreuer:innen helfen bei der stellvertretenden Willensbildung. Sie bringen Wertvorstellungen und Lebensmaximen der zu betreuenden Person mit ein, dürfen aber nicht ihre Wünsche und Vorstellungen an die Stelle der betreuten Person setzen.
Hinweis: Die Broschüre Betreuungsrecht des Bundesministeriums der Justiz liefert umfassende Informationen zum Betreuungsrecht und ist über die Internetseite des Ministeriums erhältlich [16].

4.2.3 Hierarchie der Willensäußerungen

Als aktueller Wille gilt der, der bekanntermaßen zuletzt geäußert wurde. Egal ob mündlich, schriftlich oder nonverbal. Dieser zuletzt geäußerte Wille ist grundsätzlich für alle verbindlich, auch wenn dieser im Widerspruch mit zuvor schriftlich gemachten Willensäußerungen (bspw. Patientenverfügung, Vorsorgeplanungen, etc.) steht. Wesentlich ist, dass die letzte Willensäußerung und die aktuelle Situation übereinstimmen. Fehlen jegliche Willensäußerungen der Bewohner:in/des Bewohners gilt, dass sich immer für das Leben entschieden wird und mit lebenserhaltenden Sofortmaßnahmen begonnen werden muss.
Eine freie Willensäußerung von Bewohner:innen steht im direkten Zusammenhang mit der Einwilligungsfähigkeit der Person. Einwilligungsfähigkeit bedeutet im pflegerischen/medizinischen Kontext, dass Bewohner:innen die Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der pflegerischen/medizinischen Maßnahme erfassen und ihren/seinen Willen dementsprechend bestimmen kann [17]. Dazu bedarf es einer gewissen Verstandsreife. Das Ablehnen notwendiger kurativer Maßnahmen bedeutet nicht eine Einwilligungsunfähigkeit [17].
Bei einer dauerhaften Einwilligungs**un**fähigkeit der Bewohner:innen ist die Einwilligung bei einer Person, welche der/dem Bewohner:in eine Vorsorgevollmacht erteilt hat, bzw. bei der/m gesetzlichen Betreuer:in, einzuholen. Der §1901c BGB ‚Schriftliche Betreuungswünsche, Vorsorgevollmacht [6], bedeutet, dass eine Person im Vorfeld und im Zustand der Einwilligungsfähigkeit bestimmt, wer später im Fall der Einwilligungs**un**fähigkeit deren Belange wahrnehmen soll. Bei einer temporären Einwilligungs**un**fähigkeit bspw. einer Bewusstlosigkeit nach einem Sturz, bei Kreislaufversagen oder einer Verwirrtheit aufgrund von Dehydration, muss abgewartet werden, bis die/der Bewohner:in

wieder einwilligungsfähig ist. Im Notfall ist der angenommene, mutmaßliche Bewohner:innenwille handlungsleitend.
In Situationen, die Entscheidungen oder Handeln verlangen, können Pflegefachpersonen die Einwilligungsfähigkeit einer pflegebedürftigen Person selbst feststellen. Dabei muss der zeitliche Aspekt berücksichtigt werden. Notwendige pflegerische/medizinische Versorgungen haben Vorrang. Solange keine Einwilligungs**un**fähigkeit bekannt ist, muss eine Einwilligungsfähigkeit unterstellt werden.

4.3 Überprüfen der Einwilligungsfähigkeit

Voraussetzungen für eine Einwilligungsfähigkeit von Bewohner:innen sind, dass sie oder er:

>> über die Fähigkeit verfügen muss, einen bestimmten Sachverhalt zu verstehen (**Verständnis**),
>> die Fähigkeit besitzen muss, bestimmte Informationen, auch bezüglich der Folgen und Risiken, in angemessener Weise zu verarbeiten (**Verarbeitung**),
>> die Fähigkeit besitzen muss, die Informationen, auch im Hinblick auf Behandlungsalternativen, angemessen zu bewerten (**Bewertung**),
>> die Fähigkeit haben muss, den eigenen Willen auf der Grundlage von Verständnis, Verarbeitung und Bewertung der Situation zu bestimmen (**Bestimmbarkeit des Willens**) [18].

Gleichzeitig stattfindende Notfallsituationen im Kontext des Bewohner:innenwillens

Der Wille von Bewohner:innen ist ein hohes Rechtsgut und ist eng mit dem Grundgesetz verwoben. Verstöße gegen den persönlichen Willen des Einzelnen können juristisch verfolgt werden. Ein grundsätzliches Versorgungsproblem entsteht dann, wenn bspw. zwei Bewohner:innen in kritischen Situationen pflegerisch und/oder medizinisch versorgt werden müssen und es eine Person kategorisch ablehnt, dass ihr durch Pflegefachpersonen oder externe Weiterversorgende geholfen wird. Versorgt nun eine Pflegefachperson die/den Bewohner:in, welche/r die Hilfe zulässt und die ablehnende Person verstirbt z.B. an den Folgen eines Herzinfarktes, ist die Pflegefachperson nicht dafür haftbar, dass sie den Willen der Bewohnerin/des Bewohners respektiert hat und nicht interveniert hat und in der Folge die andere hilfebedürftige Person versorgt hat. Des Weiteren ist sie aber auch nicht dafür haftbar, wenn sie gegen den Willen der Bewohnerin/des Bewohners die ärztliche Versorgung bzw. den Rettungsdienst hinzugezogen hat. Denn durch das Rufen eines Weiterversorgenden entsteht zunächst für Bewohner:innen kein körperlicher Schaden im Sinne einer Körperverletzung. Dies ist auch dann nicht der Fall, wenn Bewohner:innen dadurch ungewollt gerettet werden. Würde aber der gerufene Weiterversorgende gegen den Willen der Bewohner:innen therapeutisch handeln, liegt der

4.4 Kurzfassung: Baustein „Rechtlicher Handlungsrahmen von Pflegefachpersonen im Kontext des Bewohner:innenwillens“

Der freie Wille von Bewohner:innen und zugehörige rechtliche Aspekte

Bewohner:innenwille

- Der freie Wille wird durch Art. 2 Grundgesetz (GG) garantiert.
- Schriftliche wie mündliche Willensäußerungen sind für alle verpflichtend, dazu gehören:
  - Patientenverfügung §1901a BGB
  - Gesundheitliche Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase 132g SGB V
  - Der zuletzt klar verbal, nonverbal geäußerte Wille
- Frühere Willensäußerungen können jederzeit formlos widerrufen werden.
- Ist keine aktuelle Willensäußerung bekannt, gilt der mutmaßliche Wille zu Leben.
- Lebenserhaltenden Maßnahmen müssen begonnen werden.

Feststellung der Einwilligungsfähigkeit

- Das Grundgesetz garantiert auch das Recht auf unvernünftige Entscheidungen (vgl. Art 2 GG).
- Wer sich unvernünftig entscheidet, sinnvolles ablehnt, muss **nicht** einwilligungs**un**fähig sein.
- In Notfällen dürfen/müssen Pflegefachpersonen die Einwilligungsfähigkeit einschätzen:
  - Bewohner:in muss ein Verständnis vom Sachverhalt, den Risiken haben und
  - fähig sein, alternative Behandlungsmöglichkeiten bewerten können sowie
  - in der Lage sein, aufgrund der Informationen einen eindeutigen Willen zu bestimmen.
- Je komplexer die Situation, desto höher sind die Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit.

Gesetzliche Betreuung §1901 BGB

- Kann eine Person wegen Krankheit, Behinderung ihre Angelegenheiten nicht selbst besorgen,
- bestimmt das Amtsgericht eine betreuende Person, die den Vorstellungen und Wünsche der zu betreuenden Person zur Geltung verhilft, willkürlich kann eine Betreuung nicht entscheiden.

Flankierende rechtliche Vorgaben für das pflegefachliche Handeln von Pflegefachpersonen

Grenzen des pflegerischen Handelns

- Ein rechtlich klar definierter pflegefachlicher Handlungsrahmen existiert nicht.
- Pflegefachpersonen müssen allgemein sowie in Notfällen ihr Handeln abwägen, ob dieses noch in den pflegefachlichen Verantwortungs- u. Handlungsbereich fällt oder dies bereits ärztliches Handeln ist.

Handeln oder nicht Handeln

- Wird in kritischen Situationen z.B. zwei Notfälle gleichzeitig gegen den Willen eines Bewohnenden der Rettungsdienst o.Ä. gerufen, kann die Pflegefachperson dafür nicht haftbar gemacht werden.
- Verstirbt die ablehnende Person, weil keine Hilfe organisiert wurde, ist die Pflegefachperson nicht haftbar, da es der ausdrückliche Wunsch der verstorbenen Person war.

Literaturverzeichnis

[1] Bundesminister der Justiz (2021) *Pflegeberufegesetz – PflBG*.

[2] Bundesminister der Justiz (2021) *Strafgesetzbuch – StGB*.

[3] Bundesminister der Justiz (2021) *Sozialgesetzbuch Elftes Buch – SGB XI*.

[4] Bundesminister der Justiz (2019) *Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz*.

[5] Bundesminister der Justiz (2016) *Heilpraktikergesetz – HeilprG*.

[6] Bundesminister der Justiz (2021) *Bürgerliches Gesetzbuch – BGB*.

[7] Laufs, A./Katzenmeier, C./Lipp, V. (2015) *Arztrecht*. 7. Aufl. München.

[8] Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.)/GKV-Spitzenverband (2015) *Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V* [online]. https://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf.

[9] Bundesminister der Justiz (2021) *Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG*.

[10] Bundesminister der Justiz (2020) *Grundgesetz – GG*.

[11] Bundesverfassungsgericht (2015) *1 BvR 665/14* [online]. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2015/01/rk20150120_1bvr066514.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am: 18. Jan. 2022].

[12] Glinski-Kraus, B. (2014) *Was unterscheidet den freien vom natürlichen Willen?* [online]. https://www.my-newsdesk.com/de/ffa/pressreleases/was-unterscheidet-den-freien-vom-naturlichen-willen-1009664 [Zugriff am: 18. Jan. 2022].

[13] Bundesminister der Justiz (2021) *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – SGB V*.

[14] Bundesgesundheitsministerium (2021) *Patientenverfügung* [online]. https://www.bundesgesundheitsmi-nisterium.de/patientenverfuegung.html [Zugriff am: 18. Jan. 2022].

[15] Deutscher Bundestag (2019) *Sachstand – Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase* [online]. https://www.bundestag.de/re-source/blob/662790/391f92e5d35b69291327bcba6678b663/WD-9-064-19-pdf-data.pdf [Zugriff am: 18. Jan. 2022].

[16] Bundesminister der Justiz (2021) *Vorsorge und Patientenrechte – Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung* [online]. https://www.bmj.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Be-treuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html [Zugriff am: 18. Jan. 2022].

[17] Erhard, D. (2012) *Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten* in: Lege Artis 2, H. 5, S. 292–295. https://doi.org/10.1055/s-0032-1330928

[18] Aktion Psychisch Kranke (o.J.) *Positionspapier zum Verständnis und zum Umgang mit dem Begriff der „Einwilligungsfähigkeit“* [online]. https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/170706_Positionspa-pier_Einwilligungsfaehigkeit.pdf [Zugriff am: 18. Jan. 2022].

5 Kontextbedingungen

Beschrieben werden die Kontextfaktoren auch als Herausforderungen, in denen Notfallsituationen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege stattfinden. Die Herausforderungen können in jedem Notfallszenario bestehen. Sie beeinflussen die Notfallsituation und die daraus resultierende Entscheidung des Pflegefachpersonals.

Kontextbedingungen bzw. -faktoren sind definiert als Begleitumstände oder Rahmenbedingungen, die die Notfallsituation beeinflussen. Sie können sowohl vor Auftreten der Notfallsituation, währenddessen als auch danach bestehen. Diese sind individuell für jede Pflegeeinrichtung und jede Notfallsituation.

Die hier dargestellten Herausforderungen können jedoch oft beeinflusst werden, um die Handlungsempfehlungen besser umsetzen zu können und um generell positiv auf den Umgang mit Notfallsituationen positiv einzuwirken. Die Empfehlungen bezüglich des Handlungsspielraumes sind in der Praxis eingeschränkt. Hinzugezogen wird ebenso internationale Literatur. Es sind also auch Empfehlungen aus dem internationalen Raum vorhanden, die so teilweise (noch) nicht in Deutschland angewandt werden können, da die Zuständigkeiten und Qualifikationsniveaus von Pflegefachpersonen verschieden sind und es zudem Unterschiede in politischen Belangen gibt.

Die Kontextfaktoren werden in die folgenden drei Bereiche unterteilt:

- >> organisatorische strukturelle Einflüsse,
- >> ethische Einflüsse und
- >> politisch-rechtliche Einflüsse.

Diese drei Bereiche überschneiden sich und können Krankenhauszuweisungen begünstigen oder diesen entgegenwirken.

Um die Kontextbedingungen aufzuzeigen, wird hier der Indikator „vermeidbare Krankenhauszuweisungen“ verwendet. In der Literatur wird dieser Begriff differenziert verwendet. Viele Krankenhauszuweisungen wären vermeidbar gewesen, wenn eine rechtzeitige und angemessene Pflege zuerst in der Pflegeeinrichtung eingeleitet worden wäre. Weiterhin werden unangemessene Krankenhauszuweisungen bezeichnet als solche, bei denen die Bewohner:innen direkt wieder zurück in die Einrichtung geschickt werden und eine Krankenhausaufnahme als nicht notwendig betrachtet wurde. Weiterhin wird der Begriff „vermeidbare Krankenhauszuweisungen“ verwendet im Zusammenhang mit einer nicht ausreichenden Versorgung und Strategien in der akuten Frühphase von Ereignissen [1].

Von den in Kapitel 2 aufgezeigten Umweltanreizen (vgl. Abbildung 1: Komponenten einer pflegerischen Entscheidung (Behrens & Langer 2017), S. 7) geht eine starke Wirkung aus. Trotz allem sollte die Pflegefachperson das individuelle Arbeitsbündnis zwischen pflegebedürftiger Person und der externen Evidenz als wichtigsten Faktor ansehen und in diesem Sinne handeln. Wenn die Kontextbedingungen jedoch dazu führen, dass bspw. die Versorgung von anderen Bewohner:innen nicht mehr gewährleistet werden kann oder der Gesundheitszustand der Person ein Abwarten nicht mehr möglich macht, so muss dies in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden.

Erlauben die Begleitumstände, die pflegefachlich getroffene Entscheidung nicht, so sollten diese dokumentiert werden (vgl. Baustein „Weiterversorgung: Abstimmung der pflegefachlichen Weiterversorgung mit dem Bewohner:innenwillen unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen“, S. 57ff).
Kontextbedingungen sind sehr verschieden und beeinflussen die Notfallsituation, wie in folgendem Beispiel ersichtlich ist:

Fallbeispiel: Herr Knobloch ist mit einer Auszubildenden allein im Spätdienst am Mittwochnachmittag. Frau Siems (83, dement) ist unruhig. Jeder Krankenhausaufenthalt führte bisher zu einer Verschlechterung ihrer Orientierung. Er misst den Blutdruck (180/95 mmHg) und den Puls (96 Schläge/min). Er möchte ihre Hausärztin anrufen, die Praxis ist aber nicht erreichbar. Er versucht es noch zwei Mal, dann gibt er auf und ruft den Rettungsdienst, weil die anderen Bewohner:innen versorgt werden müssen. Er dokumentiert die Parameter, die die pflegefachliche Entscheidung in Abstimmung mit dem Bewohner:innenwillen verhindert haben.

5.1 Organisatorisch strukturelle Einflüsse

5.1.1 Interne organisatorisch strukturelle Begleitumstände

Als interne organisatorisch strukturelle Begleitumstände [2] sind personalseitig Faktoren genannt, welche einen Einfluss auf vermeidbare Krankenhauszuweisungen aufweisen. Personalmangel [2] und die damit verbundene Arbeitsverdichtung [2], auch sichtbar im hohen Workload in Pflegeeinrichtungen, wird als Kontextfaktor beschrieben [3]. Personalmangel und fehlende Zeit werden als Hauptfaktoren für einen Notruf eingeschätzt [4]. Aus internationalen Daten ist schon seit vier Jahrzehnten bekannt, dass mehr professionell Pflegende vermeidbare Krankenhausenweisungen verringern können [5; 6], insbesondere qualifizierte Pflegefachpersonen haben hier einen positiven Einfluss [3; 7]. Auch die Personalqualifikation [2] nimmt Einfluss auf den Umgang mit Notfallsituationen. Bei niedrigem Qualifikationsgrad des Pflegepersonals und hohem Workload ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, den Rettungsdienst zu rufen, um Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen auf das Krankenhaus „abzuwälzen“ [3]. Weniger qualifizierte Pflegefachpersonen führen weiterhin zu weniger Möglichkeiten, schwer kranke Bewohner:innen zu überwachen [6]. Zusätzlich gibt es oft keine Alternativen für Notaufnahmen für relativ einfache Verfahren, bspw. bei notwendigen transurethralen Katheterwechseln [7], weshalb die Pflegefachpersonen auf eine Krankenhauszuweisung zurückgreifen müssen. Fehlendes Wissen und Kompetenzen bei Pflegefachpersonen, um frühe akute Veränderungen festzustellen, haben einen Einfluss auf vermeidbare Krankenhauszuweisungen. Das Kompetenzniveau der Pflegefachpersonen, zusammen mit der Kenntnis über die Bewohner:innen, eine positive Beziehung zu den Bewohner:innen und zu den jeweiligen Hausärzt:innen, fördern die Identifikation von tatsächlich notwendigen Krankenhauszuweisungen [1]. Der Faktor Personalqualifikation kann jedoch beeinflusst werden. International wird davon ausgegangen, dass durch eine bessere Personalqualifikation, die Häufigkeiten von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen verringert werden kann [5; 6]. Höher qualifizierte Pflegefachpersonen können besser auf akute medizinische Herausforderungen reagieren [6]. Weiterhin zeigt sich in Australien ein Einfluss des Skill-Mixes (unterschiedliche Qualifikationsstufen) [8]. Empfohlen wird bspw. das Einstellen von Nurse

Practitioners, Physician Assistants oder Advance Practice Nurses [9] und die Beschäftigung von Pflegefachpersonen, die bspw. Katheter wechseln dürfen [9].

Einfache klinische Maßnahmen, wie das Legen eines Blasenverweilkatheters und neurologische Überwachungen sollten durch Pflegefachpersonen auch tatsächlich durchgeführt und die jeweiligen notwendigen Ressourcen dazu bereitgestellt werden (vgl. politisch-rechtliche Einflussfaktoren, S. 31) [7]. Es wird als problematisch angesehen, dass Pflegefachpersonen diese Tätigkeiten in Pflegeeinrichtungen nicht durchführen dürfen (vgl. politisch-rechtliche Einflussfaktoren, S. 31) [9].
Generell kann durch eine bessere Qualität der Pflege auf vermeidbare Krankenhauszuweisungen Einfluss genommen werden [6; 10]. Zusätzlich führt ein adäquater, strukturierter Einsatz von Advance Care Planning (ACP) zu einer Verringerung von vermeidbaren Aufnahmen und Krankenhauszuweisungen, da die Wünsche der betroffenen Personen so strukturiert aufgenommen und umgesetzt werden können [4; 6; 10]. Auch die Fähigkeit der in der Pflegeeinrichtung tätigen Personen, Pflege am Ende des Lebens zu gewährleisten, hat einen Einfluss auf weniger vermeidbare Krankenhauszuweisungen [6]. Weiterhin führt eine gut organisierte, qualitativ hochwertige Bezugspflege zu einer Verbesserung des Umgangs mit akuten Situationen [6]. Das folgende Fallbeispiel zeigt auf, wie ein Einzug in eine Pflegeeinrichtung ablaufen sollte, um hemmende Kontextbedingungen abzubauen:

Fallbeispiel: Frau Lobach zieht in die Pflegeeinrichtung *Sonnenaufgang* ein. Sie wird von ihrer zukünftigen Bezugspflegefachperson Frau Hilger aufgenommen. Sie führen ein Aufnahmegespräch, in dem es auch über ihre Wünsche im Notfall und bezüglich des Lebensendes geht.

Dem Faktor Berufserfahrung bei Pflegefachpersonen [2] wird in der Literatur wenig Gewichtung beigemessen. Lediglich eine qualitative Studie befindet den Faktor „zu wenig professionelle Erfahrung“ aus Sicht von im Rettungsdienst arbeitenden Personen als ein Grund für Notrufe [9].
Der Unterschied in der Schichtbesetzung bspw. Tag und Nacht wird in der Literatur nicht einheitlich beschrieben. In einer französischen Studie hat der Wochentag keinen Einfluss auf erhöhte Einweisungen in Notaufnahmen [11]. Auch in einer US-amerikanischen Studie zeigen sich keine Unterschiede in Tag und Nacht [12]. Die hier ermittelten Ergebnisse lassen jedoch für Deutschland auf eine erhöhte Aufnahme in Krankenhäusern und vermeidbare Krankenhauszuweisungen bezüglich Nacht- und Wochenendarbeit schließen [2]. Das Rettungsfachpersonal teilt diese Einschätzung [9].
Auch in einem systematischen Review wird insbesondere nachts eine Unterbesetzung in Pflegeeinrichtungen beschrieben [6]. Als positiver Einflussfaktor bezüglich unterschiedlicher Besetzungen in Schichten wird die Verbesserung der kontinuierlichen und dauerhaften Pflege gesehen, bspw. Pflegefachpersonen, die auch in der Nacht ausreichend verfügbar sind [11]. Generell wird der Rettungsdienst oft gerufen, um durch einen zumindest kurzzeitigen Transport von besonders betreuungsintensiven Bewohner:innen in ein Krankenhaus, eine pflegerische Versorgung innerhalb der Pflegeeinrichtungen überhaupt sicherzustellen [13] als auch um eine Unterversorgung zu verhindern [2].

Die Komponenten Schulungen über grundlegende Lebenserhaltung (Herz-Lungen-Wiederbelebung), Ausbildung in der Altenpflege und Pflegepersonal/Bettenratio sind die wichtigsten Faktoren, die eine adäquate Entscheidung von Pflegefachpersonen über eine Krankenhauszuweisung erleichtern [14].
Sind diese drei vorher genannten Komponenten erfüllt, so kann auch für deutsche Pflegeeinrichtungen davon ausgegangen werden, dass Pflegefachpersonen Entscheidungen leichter treffen können.
Ängste und Unsicherheiten des Personals [2] in Bezug auf Notfallsituationen sind ebenfalls als Kontextfaktor zu nennen. Die Angst vor Fehlentscheidungen von Pflegefachpersonen führt zu einem häufigerem Rufen des Rettungsdienstes [3].
Auch kann es zu Überforderung (qualitativ und quantitativ) kommen [2]. Klare und verbindliche pflegeeinrichtungsinterne Vorgaben bzgl. des Umgangs in Notfallsituationen erleichtern Pflegefachpersonen das Handeln in diesen [3; 13].
Ärzt:innen und Pflegefachpersonen müssen akzeptieren, dass manche Verläufe des Sterbens gekennzeichnet sind durch Unsicherheiten, Unvorhersehbarkeit und Unklarheit über die Nähe des Todes [15]. Helfen können hier Schulungen zu den Notfallstandards und zu der Relevanz von Patientenverfügungen [9] sowie eine Informationsbereitstellung bezüglich gesetzlicher und medizinischer Aspekte [9]. Das Fallbeispiel zeigt auf, wie eine Pflegefachperson bei bekanntem Bewohner:innenwillen handeln kann:

Fallbeispiel: Die Pflegefachperson Andrea Bergmann möchte Herrn Guntram (83) morgens wecken. Er reagiert jedoch nicht auf Rütteln. Diese stellt fest, dass Herr Guntram noch warm ist, jedoch keinen Puls hat, zudem ist auch der Blutdruck nicht messbar. Sie kennt seinen zuletzt verbal geäußerten Willen und seine Patientenverfügung, welche von ihrem Team seit der letzten Schulung bezüglich Patientenverfügungen regelmäßig auf Aktualität überprüft wurde. Sie weiß, dass Herr Guntram nicht reanimiert werden möchte. Sie leitet in den hausinternen Standard zur Versorgung Verstorbener über.

Im Rahmen dieses Projektes wurden zusätzlich noch die Faktoren *Abwartendes Offenhalten* als Entscheidungskompetenz wenig gelebt (kein vorheriges Beobachten der Situation), [2], mangelnde Konfliktbereitschaft der Vorgesetzten [2], und Selbstbewusstsein/Selbstverständnis [2] ermittelt, welche einen Einfluss auf vermeidbare Krankenhauszuweisungen haben können.
Weiterhin ist festzuhalten, dass Präventionsmaßnahmen, Immunisierungen und die aktive Behandlung von häufigen Krankheiten zu einer Verringerung von vermeidbaren Krankenhauszuweisungen [6] führen können. Außerdem kann das Vorhalten von speziellen Stationen für Menschen mit Demenz das Risiko für vermeidbare Krankenhauszuweisungen verringern [16].
Auch eine schlechte Ausstattung der Pflegeeinrichtung hat einen Einfluss, beispielsweise fehlende verfügbare Ressourcen, um akute Veränderungen im Gesundheitszustand zu behandeln, inklusive fehlender Diagnostikinstrumente. Nicht ausreichende Ressourcen gelten als starke Barriere, um eine rechtzeitige und qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Dies führt zu einer Nicht-Versorgung in der Pflegeeinrichtung und zu vermeidbaren Krankenhauszuweisungen, da in der Pflegeeinrichtung keine Kapazität für eine Versorgung besteht [1]. Patient:innenseitig werden in der Erhebung von Poeck et al. [2] unbekannte/r Bewohner:in, Unkenntnis des Patient:innenwillens und die fehlende Verfügbarkeit des erklärten Patient:innenwillens genannt. Auf diesen Faktor wird bei den ethischen Begleitumständen weiter eingegangen.

Folgende Herausforderungen und Faktoren sollten durch die Ebene Organisation durch Änderung der Rahmenbedingungen angegangen werden:

- >> Personalmangel
- >> Arbeitsverdichtung
- >> Fehlende Zeit
- >> Zu wenig qualifizierte Pflegefachpersonen
- >> Positive Beziehungsarbeit
- >> Gezielter Skills-Grade-Mix
- >> Einstellen von Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss
- >> Nacht- und Wochenendschichten besser besetzen
- >> Schulungen bezüglich Herz-Lungen-Wiederbelebung anbieten
- >> Präventionsmaßnahmen, Immunisierungen und aktive Behandlungen von Krankheiten
- >> Vorhalten von Wohnbereichen für Menschen mit Demenz
- >> Fehlende Messgeräte anschaffen und entsprechende Schulungen anbieten

5.1.2 Externe organisatorisch strukturelle Begleitumstände

Weiterhin gibt es auch externe organisatorisch strukturelle Begleitumstände, die das Risiko erhöhen, vermeidbare Krankenhauszuweisungen durchzuführen.
Die Kommunikation und mangelnde Informationsweiterleitung zwischen den Berufsgruppen Pflege, Ärzt:innen, Rettungsdienst, Krankenhaus und Angehörigen führt zu Herausforderungen, weil es bspw. zu einem Informationsverlust kommt [2]. Der Faktor Angehörige wird im Kapitel ethische Begleitumstände weiter thematisiert. Beschrieben ist in der Literatur eine nicht ausreichende Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Pflegefachpersonen, welche zu vermeidbaren Notrufen führen kann [4]. Weiterhin wird eine fehlende oder schlechte Kommunikation zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Krankenhaus beschrieben [7]. Es kann zu Konflikten mit Hausärzt:innen kommen, wenn Krankenhauszuweisungen erfolgten, diese jedoch von diesen als nicht indiziert angesehen wurden [1]. Auf den Kontextfaktor der Kommunikation kann jedoch Einfluss genommen werden, (vgl. Kapitel 7.3: Interprofessionalität im Kontext der Notfallversorgung, vgl. S. 62f). Empfohlen wird ein persönlicher Austausch zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Rettungsdienst, um ein gegenseitiges Verständnis aufzubauen [9; 17]. Eine Verbesserung der Kommunikation durch Informationen über Bewohner:innen bezüglich Medikation, kognitiver Funktion, Kommunikationsfähigkeit, Vitalzeichen und Patientenverfügung ist bei der Übergabe an den Rettungsdienst wichtig [9] zudem sollte eine Dokumentation der notwendigen Parameter erfolgen [7]. Siehe hierzu ABCDE-Pflegenotfallassessment.
Es sollte eine direkte Kommunikation zwischen der Notaufnahme und der Pflegeeinrichtung schon vor Krankenhausaufnahmen stattfinden, um eventuell mögliche andere Optionen der Versorgung zu diskutieren [7]. Generell sollte eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Hausärzt:innen, Pflegepersonal und Notaufnahmen angestrebt werden, da dadurch unangemessene Transporte verringert werden können [6]. Als eine Möglichkeit wird auch eine direkte Krankenhausaufnahme vorgeschlagen, um den Weg über die Notaufnahmen zu vermeiden [11]. Für die verbesserte Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und Personen im Rettungsdienst werden spezielle Bildungsangebote und Notfalltrainings vorgeschlagen [9; 17].

Ein weiterer Faktor der externen strukturellen organisatorischen Begleitumstände besteht in der Erreichbarkeit von Hausärzt:innen und dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD), wie bspw. während der Öffnungszeiten der hausärztlichen Versorgung etc. [2]. Sind Ärzt:innen verfügbar, so sinken vermeidbare Krankenhauseinweisungen [1; 6]. Erst wenn Hausärzt:innen erreicht werden, können Pflegefachpersonen durch Anwendung ihres Fachwissens in der Notfallsituation handeln [13]. Bei funktionierender Kommunikation zwischen der Pflegeeinrichtung und Hausärzt:innen kann eine Notfallsituation beispielsweise folgendermaßen ablaufen:

Fallbeispiel: Die Pflegefachperson Frau Zille erhebt die Parameter des ABCDE-Pflegenotfallassessments nach einem Sturz von Frau Schmidt. Sie vermutet, dass der Sturz von Frau Schmidt durch die regelmäßig auftretenden orthostatischen Hypotonien bedingt ist. Laut zeitlicher Einschätzung der NOVELLE Handlungsempfehlungen ist keine Krankenhauszuweisung notwendig und eine ärztliche Entscheidung am nächsten Tag ausreichend. Es sind keine weiteren Beeinträchtigungen nach dem Sturz erkennbar. Frau Zille telefoniert mit der Hausärztin, diese stimmt ihr zu und untersucht Frau Schmidt am nächsten Tag in der Pflegeeinrichtung und bestätigt die pflegefachliche Einschätzung von Frau Zille.

Sind Hausärzt:innen nicht erreichbar, so steigen Aufnahmen in Notaufnahmen. Zusätzlich sinkt die Anzahl der Aufnahmen, wenn Hausärzt:innen zeitnah medizinische Assessments durchführen und eine Diagnose stellen können und die Behandlung in der Pflegeeinrichtung beginnt [6]. Die "relative Abwesenheit" von Hausärzt:innen wird in einem systematischen Review als Herausforderung beschrieben, da ein Besuch bei Bewohner:innen vermeidbare Krankenhauszuweisungen verringern kann [1]. Es zeigt sich jedoch, dass es nicht genug klinische Unterstützung für Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen, vor allem außerhalb der Praxiszeiten gibt [7]. Aber auch Ärzt:innen können aufgrund von Personalnot teilweise keine Pflegeeinrichtungen besuchen, somit sind Pflegefachpersonen gezwungen – wenn keine ärztliche Entscheidung per Telefon oder Videokonsultation herbeigeführt werden kann – einen Notruf zu tätigen. Dies führt zu vermehrten vermeidbaren Notrufen. Weiterhin führt die telefonische Nicht-Erreichbarkeit von Ärzt:innen zu Notrufen ohne Beteiligung dieser [9].
Auch auf den Faktor der Erreichbarkeit von Hausärzt:innen und dem ÄBD kann, wie im Folgenden dargestellt, Einfluss genommen werden, um vermeidbare Krankenhauszuweisungen zu verhindern.
Generell ist festzustellen, dass Krankenhauszuweisungen verringert werden können, wenn Allgemeinmediziner:innen in Entscheidungen zu Krankenhauszuweisungen miteinbezogen werden [3]. Auch ein schneller Kontakt zu Spezialist:innen, vor allem geriatrisch-medizinische Konsultationen [1; 11], können vermeidbare Krankenhauszuweisungen verringern [11]. Diese Ergebnisse könnten auf Deutschland übertragbar sein, weitere Forschung ist dahingehend notwendig. Somit muss eine Verbesserung der kontinuierlichen und dauerhaften Versorgung, bspw. die Sicherstellung der Erreichbarkeit von Allgemeinärzt:innen hergestellt werden [11]. Eine bessere Verfügbarkeit von Hausärzt:innen außerhalb der Sprechzeiten und außerhalb deren Arbeitszeit führt zu einer schnellen und medizinisch adäquaten Versorgung. Dies kann demnach zu adäquaten Zuweisungen führen [6]. Als Instrument genutzt werden könnten hier bspw. Anreize und Schulungen für Allgemeinmediziner:innen für Besuche nach Sprechstundenzeiten [7], zudem kann weiterhin die Nutzung von Telemedizin vermeidbare Krankenhauszuweisungen reduzieren [6].

Ebenso kann auch ein fehlendes gegenseitiges Verständnis zwischen den Berufsgruppen auftreten [2]. Bemängelt werden durch Hausärzt:innen nicht ausreichend objektive Informationen durch Pflegepersonal sowie eine erhöhte Forderung dieser nach Krankenhauszuweisungen [1]. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen führt zu weniger Unsicherheiten bei Pflegefachpersonen [6], eine Verbesserung der Zusammenarbeit kann jedoch auch nur mit ausreichend qualifizierten Pflegefachpersonen stattfinden [6]. Die Fähigkeit von Pflegefachpersonen Assessments durchzuführen, die Ergebnisse zu interpretieren und darzustellen sind signifikant, damit Hausärzt:innen einer Krankenhauszuweisung zustimmen [1]. Auch unterschiedliche Vorgaben zwischen dem Pflege- und dem Rettungsdienst können zu Herausforderungen führen [2].
Weiterhin kann es auf Ebene der Disponent:innen in Rettungsleitstellen zu Fehleinschätzungen bezüglich der Dringlichkeit kommen [9].
Im Anschluss zu Krankenhausaufenthalten wird weiterhin das Problem des mangelhaften Entlassmanagements aus dem Krankenhaus beschrieben, wie bspw. zu Problemen mit Rezepten, der Versorgung mit Sauerstoff und zu Anschlussheilbehandlungen (AHB) [2].
Folgende Herausforderungen und Faktoren sollten durch die Ebene Organisation durch Änderung der Rahmenbedingungen angegangen werden:

- >> Informationsweiterleitung zum Rettungsdienst und Krankenhaus
- >> Nutzung von Strukturen zur direkten Kommunikation zum Krankenhaus, bspw. Arbeitskreise
- >> Gemeinsame Notfalltrainings mit dem Rettungsdienst
- >> Aufbau und/ oder Nutzung von Strukturen zum verbesserten Informationsfluss mit Hausärzt:innen

Folgende Herausforderungen und Faktoren können durch die Pflegefachperson in der Notfallsituation direkt beeinflusst werden:

- >> Kommunikation zu Ärzt:innen
- >> Ausführliche Informationsweitergabe an den Rettungsdienst
- >> Dokumentation der notwendigen Parameter
- >> Objektive Informationsweitergabe

5.2 Ethische Einflüsse

Auch ethische Einflüsse auf vermeidbare Krankenhauszuweisungen werden in der Literatur beschrieben. Bei Inhalten bezüglich einer Patientenverfügung kommt es zu Überschneidungen mit den organisatorisch internen Faktoren. So kann es sein, dass keine Patientenverfügung vorliegt [2], die Selbstbestimmung der Patient:innen nicht ausreichend berücksichtigt wird (Wünsche vs. Notwendigkeiten) [2] und der Patient:innenwille mit der medizinischen Indikation nicht übereinstimmt [2]. Das Vorhandensein von Patientenverfügungen ermöglicht jedoch angemessene Zuweisungen ins Krankenhaus und die Vermeidung von ungewollten Wiederbelebungsmaßnahmen [6]. Konflikte können entstehen, wenn Patientenverfügungen nicht eingehalten werden [1].
So können Schulungen über Patientenverfügungen durchgeführt werden, da diese Schulungen vermeidbare Einweisungen in Notaufnahmen reduzieren können [16].
Entscheidungen über den Wunsch, ob eine mögliche Krankenhauszuweisung zu einer Akutversorgung stattfinden soll, sollte zur Aufnahme in der Pflegeeinrichtung oder kurz danach in einer

Patientenverfügung festgehalten werden [18]. Patientenverfügungen sollen weiterhin beinhalten, ob Wiederbelebungen durchgeführt werden und ob Krankenhauseinweisungen stattfinden sollen, damit der Wille der Bewohner:innen an Pflegepersonen und Hausärzt:innen weitergetragen werden kann [6]. Patientenverfügungen sollen mit den Bewohner:innen und deren Familien diskutiert und von allen beteiligten Personen eingehalten werden [7] **Cave!**: sollte sich der erklärte Wille ändern, so muss dieser neu erklärte Wille eingehalten werden (vgl. Kapitel 4.2: Bewohner:innenwille, S. 15). Werden die Wünsche der Bewohner:innen eingehalten, so sterben ihrem Wunsch entsprechend auch mehr palliative Bewohner:innen in den Pflegeeinrichtungen [6]. Barcley et al. 2014 beschäftigten sich mit den verschiedenen Verläufen des Sterbens in Pflegeeinrichtungen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass es vier verschiedene Verläufe des Sterbens gibt (vgl. Abbildung 4: Verläufe des Sterbens. Eigene Abbildung in Anlehnung an Barclay et al. 2014 [15], S. 28). Die vier „Verläufe des Sterbens“ werden dargestellt:

>> Der erwartete Tod: Tod in der Pflegeeinrichtung, bei erwartetem Tod mit geplanter End-of-Life-Pflege,
>> der unerwartete Tod: Tod in der Pflegeeinrichtung nach unerwarteter Krankheit oder plötzlichem Event,
>> das unsichere Sterben: Tod im Krankenhaus nach Diagnostik und unsicherem oder schwierigem Symptommanagement und
>> das unvorhergesehenes Sterben: Tod im Krankenhaus nach einem unvorhergesehenen Event [15].

Bei sterbenden Bewohner:innen wird empfohlen, Klarheit darüber zu erlangen, in welchem Verlauf des Sterbens sich diese befinden, um schwierige Entscheidungen bei unsicheren Umständen fällen zu können [15]. Auch in Poeck et al. wird bemängelt, dass keine gesundheitliche Vorausplanungen in Pflegeeinrichtungen stattfinden [2].

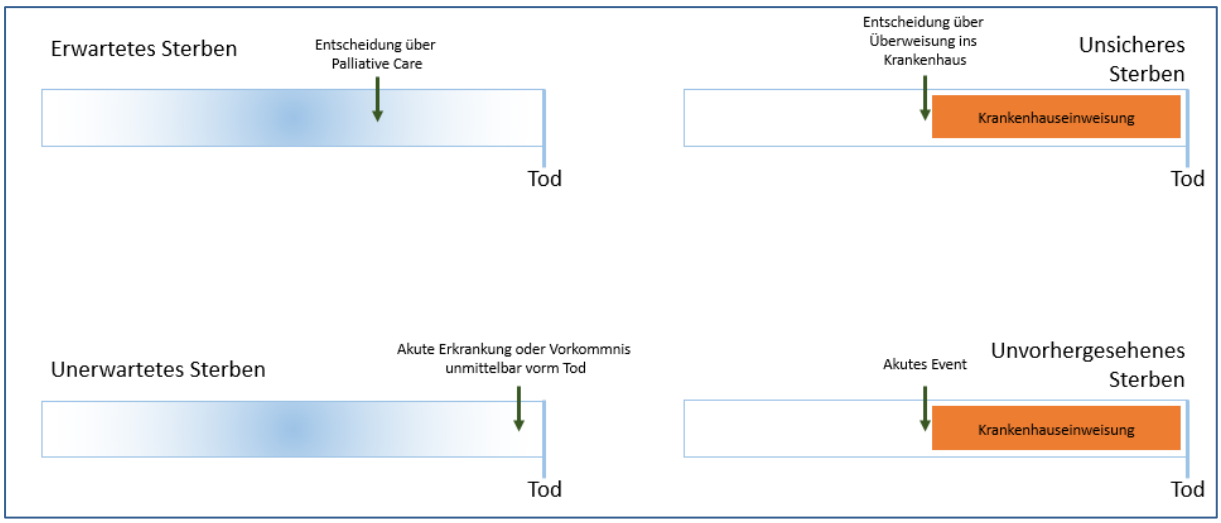


Abbildung 4: Verläufe des Sterbens. Eigene Abbildung in Anlehnung an Barclay et al. 2014 [15]

Eine Einweisung ins Krankenhaus wird insbesondere für sterbende Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen und deren Angehörige als Stress empfunden [6]. Oft werden palliative Patient:innen transportiert, bei denen eigentlich kein Transport notwendig ist [9].

Pflegefachpersonen kennen oftmals den Willen der Bewohner:innen nicht [2; 3]. Sofern diese die Bewohner:innen nicht kennen [2], können auch hier Patientenverfügungen gerade bei Unkenntnis über die Bewohner:innen Entscheidungen erleichtern [6].
Bemängelt werden weiterhin fehlende Planungen des Eintretens von unerwünschten klinischen Ereignissen [7] und Notrufe von Pflege(fach)personen, die ohne die Beteiligung von Bewohner:innen getroffen werden [4]. Es werden eher Informationen an die Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen über die zeitnahe Krankenhauseinweisung weitergeleitet, als diese in die Entscheidung miteinzubeziehen [3].
Zusätzlich ist der erklärte Wille nicht immer verfügbar [2], da die Verfügung bspw. nicht gefunden wird [7]. Im Zweifel muss der Patient:innenwille gemutmaßt werden [4], um den mutmaßlichen Willen zu ermitteln, ggf. müssen dazu die Angehörigen befragt werden [13]. Die meisten Angehörigen sind hierbei froh über Empfehlungen zu dem mutmaßlichen Willen durch die Belegschaft der Pflegeeinrichtung. Es kann während der Entscheidungsfindung aber auch zu Konflikten zwischen Pflegefachpersonen und Angehörigen kommen, insbesondere bei der Interpretation des Willens der pflegebedürftigen Person und den unterschiedlichen Perspektiven [4]. Die Entscheidung über möglicherweise vermeidbare Krankenhauszuweisungen basiert meist nur auf medizinischen Diagnosen. Die zahlreichen organisatorischen und systemischen Faktoren werden bisher noch nicht in den Entscheidungsfindungsprozess miteinbezogen, sind aber als relevant einzustufen [1]. Für Mitarbeiter:innen in Pflegeeinrichtungen ist das Abwägen des Willens von Bewohner:innen schwierig, da Druck durch andere besteht: Pflegefachpersonen, Angehörige und Kolleg:innen [4; 6; 13]. Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen werden auch oft dem Krankenhaus zugewiesen, da davon ausgegangen wird, dass das klinische Outcome im Krankenhaus besser wäre und die Lebensqualität höher sei [1]. Besser ist eine vorherige Ermittlung des Willens. Eine zu vorige Kenntniseinholung über gewünschte Krankenhauszuweisungen reduziert vermeidbare Einweisungen. Am besten sollten dabei mehrere Gespräche zwischen Pflegefachpersonen und Bewohner:innen über einen längeren Zeitraum geführt werden. Diese sollen dokumentiert und mit anderen beteiligten Personen geteilt werden [19]. Sollten die Bewohner:innen nicht über ihre Wünsche bezüglich des Sterbens sprechen wollen, so sollte trotzdem ein Angebote dafür gemacht werden, da sich die Bereitschaft dafür auch ändern kann [15]. Allerdings darf dabei kein Zwang ausgeübt werden. Das grundlegende Recht auf Selbstbestimmung umfasst selbstverständlich auch bei Pflegeheimbewohner:innen die Ablehnung einer Vorausplanung für die eigene Gesundheit. Bei proaktiven Angeboten von ACP muss insbesondere in Pflegeeinrichtungen sichergestellt werden, dass in der Praxis alles vermieden wird, was bei den Betroffenen das Gefühl zu einer Verpflichtung zu ACP fördert [20]. Angeboten werden können für Pflegefachpersonen Schulungen bezüglich der Kommunikation mit Bewohner:innen über ihre Wünsche im Notfall [4], ebenso können ethische Fallbesprechungen durchgeführt werden [2].
Weiterhin ist der Kontextfaktor der Angehörigen zu nennen. Diese werden teilweise als „aktivistisch“ beschrieben [2]. Das Pflegepersonal empfindet oft Stress durch den Einfluss von Angehörigen sterbender Bewohner:innen, welche eine Herz-Lungen-Wiederbelebung und Krankenhauszuweisungen einfordern [6]. Der Druck von Angehörigen auf Pflegefachpersonen führt dann zu vermeidbaren Einweisungen entgegen des Willens von Bewohner:innen [4; 10].
Insbesondere bei Menschen mit Demenz wird eine Krankenhauseinweisung als negativ betrachtet [4]. Auch in der Studie von Rubeis et al. zeigt sich ein Einfluss der Angehörigen. Teilweise wiedersprechen Angehörige dem schriftlich festgehaltenen oder kurzfristig geäußerten Willen der Bewohner:innen

[13]. Der Umgang mit dem Tod ist für Angehörige oftmals schwierig, eine Art Tabu und wird verdrängt, weshalb es dann keine Kenntnis über den mutmaßlichen Willen gibt. Weiterhin können sich Angehörige als entscheidungstragende Akteur:innen schwer tun; diese erkennen teilweise nicht, dass die Bewohner:innen Symptome des Lebensendes aufzeigen oder unterdrücken diese Gedanken [4].
Angehörige fühlen sich, oftmals durch fehlendes medizinisches Wissen, unwohl bei Anweisungen von Hausärzt:innen, wenn keine Wiederbelebung durchgeführt werden oder keine Einweisung in das Krankenhaus vorgenommen werden soll [4]. Angehörige wünschen sich jedoch meist Einweisungen bei einem dramatischen Wechsel des Gesundheitszustandes [4]. Insbesondere Angehörige, die in großer Distanz zur Pflegeeinrichtung leben möchten oft, dass alle „notwendigen“ Maßnahmen ergriffen werden. Hier gelingt es oft nicht zu vermitteln, dass bei sterbenden Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen alle notwendigen Maßnahmen häufig auch ohne Krankenhauszuweisung durchgeführt werden können [4]. Haben Angehörige das Gefühl, dass sich die Bewohner:innen wohl fühlen und mit Respekt behandelt werden, ist die Umgebung familiär und die Pflege persönlich, mit einem positiven Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohner:innen, so sinken vermeidbare Einweisungen ins Krankenhaus [4]. Bei fehlendem Vertrauen der Angehörigen oder Bewohner:innen in die Pflegeeinrichtung, kann es zu Konflikten bei Entscheidungen in Notfallsituationen kommen [1].
Haben Angehörige den Eindruck, dass Personalmangel in einer Pflegeeinrichtung herrscht und die dort tätigen Personen nicht ausreichend ausgebildet sind, um auf den Gesundheitszustand ihrer Angehörigen zu achten, so können diese aus Angst um ihre pflegebedürftigen Angehörigen übervorsichtig agieren [4]. Auch bemängeln Angehörige eine zu geringe Erreichbarkeit von Hausärzt:innen [4] und eine oftmals zu schlechte Ausstattung in Pflegeeinrichtungen [4]. Eine gute Ausstattung des nächstgelegenen Krankenhauses erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Angehörige eine Krankenhausbehandlung möchten [4].
Der Umgang mit Angehörigen kann jedoch auch beeinflusst werden. So sollten Angehörige bezüglich Symptomen des Lebensendes aufgeklärt werden [4], eine Absprache über den Umgang in Notfallsituationen sollte stattfinden [13] und sie sollten bezüglich Entscheidungen, die das Lebensende betreffen, informiert sein [6]. Auch Angehörige sind in der Konfrontation mit dem nahenden Tod häufig überfordert. Sie müssen akzeptieren, dass manche Verläufe des Sterbens durch Unsicherheiten, Unvorhersehbarkeit und Unklarheit über die Nähe des Todes gekennzeichnet sind (vgl. Abbildung 4: Verläufe des Sterbens. Eigene Abbildung in Anlehnung an Barclay et al. 2014 [15], S. 28) [15]. Generell ermöglicht Respekt, eine familiäre Umgebung und persönliche Pflege den Umgang mit Angehörigen in Notfallsituationen [4]. Sind mehrere Angehörige als Entscheidungsträger:innen beteiligt [2], so erschwert dies den Prozess, da diese nach ihren persönlichen Präferenzen entscheiden [4], widersprüchliche Wünsche haben und keine Einigkeit zwischen ihnen herrscht [2]. Einige Angehörige möchten die Entscheidung an die Pflegefachpersonen und/oder Hausärzt:innen delegieren [4]. Ist eine Einweisung erfolgt, so wird empfohlen, Angehörige direkt nach einer Einweisung ins Krankenhaus zu kontaktieren [4], sofern dies dem Willen der Patient:innen entspricht.

Weiterhin sind die Faktoren gesetzliche Betreuung und Vollmachten als bedeutend zu nennen [2], welche in der Notfallsituation mit zu beachten sind (vgl. Kapitel 4: Baustein: Rechtlicher Handlungsrahmen von Pflegefachpersonen im Kontext des Bewohner:innenwillens, S. 13ff). Folgendes Fallbeispiel stellt beispielhaft den Umgang mit einer Angehörigen dar:

Fallbeispiel: Die Tochter vom schwer demenziell erkrankten Herrn Tevhs hat für ihn die Vorsorgevollmacht inne. Sie wohnt jedoch 150 km entfernt. Der Sohn von Herrn Tevhs kommt einmal die Woche zu Besuch. Bei einem spätnachmittäglichem Spaziergang mit seinem Sohn wird Herr Tevhs zunehmend kurzatmig. Die Pflegefachperson Özlem Koç entscheidet nach den NOVELLE Handlungsempfehlungen, dass ein Zeitfenster von vier Stunden für eine Entscheidung vorhanden ist. Sie telefoniert mit der Tochter, auch diese hält den Rettungsdienst für angebracht.

Folgende Herausforderungen und Faktoren sollten durch die Ebene Organisation durch Änderung der Rahmenbedingungen angegangen werden:

>> Aufbau und/oder Nutzung von Strukturen zum Vorhalten von Patientenverfügungen
>> Aufbau und/oder Nutzung von Strukturen zum Erkennen des Willens von Bewohner:innen im Notfall
>> Anwendung von ACP
>> Schulungen bezüglich Kommunikation mit Bewohner:innen im Notfall

Folgende Herausforderungen und Faktoren können durch die Pflegefachperson in der Notfallsituation direkt beeinflusst werden:

>> Interpretation des Willens gemeinsam mit den Angehörigen (sofern dies dem Wunsch der Bewohner:innen entspricht)
>> Information von Angehörigen nach einer Krankenhauszuweisung (sofern dies dem Wunsch der Bewohner:innen entspricht)

5.3 Politisch-rechtliche Einflüsse

Die politisch-rechtlichen Kontextfaktoren sind schwerwiegend, da diese die tatsächliche Arbeit in Pflegeeinrichtungen beeinflussen und eine individuelle Einflussnahme durch die Einrichtungen oder die dort tätigen Personen nicht möglich ist. Vorgestellt werden jedoch trotzdem die in der Literatur genannten Einflussmöglichkeiten durch die Politik, welche eine Verbesserung der Situation erzielen könnten.
Es bestehen Faktoren bezüglich Haftung, Verantwortung und Rechtsunsicherheit [2]. Vorgeschlagen wird eine Verbindung der Telefonnummer 112 und 116117 [4], um Notfälle von lediglich telefonsicherer Unterstützung oder anderer notwendiger ärztlicher Behandlung abzugrenzen. Vermeidbare Transporte werden teilweise aufgrund der gesetzlichen Vorgaben in Deutschland durchgeführt [4]. Es wird empfohlen eine Telefonnummer für Rettungsdienste einzurichten, welche bei unklaren Gesetzen helfen kann, um eine Vergewisserung zu ermöglichen, dass eine Nicht-Durchführung eines Transports in Ordnung ist [4]. Weiterhin besteht oft die Annahme, der Rettungsdienst würde nur bei Transport bezahlt [2].
Die ärztliche Verantwortung und die eingeschränkte Kompetenz der Pflege [2] zeigen sich als Einflussfaktor auf vermeidbare Krankenhauszuweisungen.

Empfohlen werden kann hier die Einführung von "elderly care physicians", also Ärzt:innen, die auf ältere Menschen spezialisiert sind, da diese vermeidbare Krankenhauseinweisungen reduzieren können [3]. Weiterhin sollte der Qualifikationsgrad „Nurse Practitioner“, auch in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, eingeführt werden, als Aufgabe der gesetzgebenden Behörden und der Politik [3], da dieser unter anderem den Workload von Hausärzt:innen [6] sowie vermeidbare Krankenhauszuweisungen verringern [9] und vor allem die Qualität der Pflege verbessern kann [21]. Die Gerontologie sollte weiterhin als ein obligatorischer Teil in der Pflegeausbildung integriert sein [6]. Weiterhin zeigt sich, dass durch die Kompetenzeinschränkungen von Pflegefachpersonen und der medizinischen Handhabe Probleme auftreten [2] und die Vorgaben des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK) zu einer Einschränkung des Handlungsspielraumes führen [2]. Empfohlen wird hier die erlaubte Durchführung von einfachen klinischen Prozeduren wie bspw. das Legen eines transurethralem Blasenverweilkatheters und neurologische Überwachungen durch Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen und als politische Forderung die Finanzierung dieser Maßnahmen [7]. Weiterhin bestehen Anwendungsprobleme bei Bedarfs- und Notfallmedikation bspw. durch fehlende ärztliche Anordnungen) [2].

Bisherige Abrechnungssysteme scheinen Anreize für Krankenhauszuweisungen zu bieten [12]. So besteht das pauschalierte Abrechnungsverfahren im Krankenhaus nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG-Abrechnungssystem) [2], das Budget und die Grenzverweildauer im Krankenhaus [2], die Bettenkapazität im Krankenhaus [2], Regularien des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) [2] und ein auf verschiedene Sektoren aufgeteiltes System der Notfallversorgung [22].

Politik und Gesetzgebung nehmen einen Einfluss auf die Art und den Umfang der Tätigkeiten von in Pflegeeinrichtungen tätigen Personen. Bürokratische Hürden beeinflussen die Flexibilität der Pflege und verursachen Druck, Krankenhauszuweisungen durchführen zu müssen, um eine Versorgung überhaupt noch zu gewährleisten [1]. Generell wird empfohlen durch politische Interventionen die Personal-Bettenratio in Pflegeeinrichtungen zu verbessern und mehr Geld zur Verfügung zu stellen [4].

Die Entscheidung über möglicherweise vermeidbare Krankenhauszuweisungen basiert meist nur auf medizinischen Diagnosen. Die zahlreichen organisatorischen und systemischen Faktoren werden bisher noch nicht in den Entscheidungsfindungsprozess miteinbezogen, sind aber als relevant einzustufen [1]. Der Einfluss der Kontextfaktoren und die damit verbundenen Hürden in die Entscheidung, ob Krankenhauszuweisungen stattfinden, um eine rechtzeitige und sichere Versorgung von Bewohner:innen aus Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten, muss als Aufgabe der Gesundheitspolitik gesehen werden, dazu müssen entsprechende Mittel bereitgestellt werden [1].

Eine Einschätzung der Kontextbedingungen in der Notfallsituation kann anhand des im Baustein „Weiterversorgung“ Instrumentes vorgenommen werden (vgl. S. 57ff).

Die aufgezeigten Kontextfaktoren sind dem Baustein „Weiterversorgung: Abstimmung der pflegefachlichen Weiterversorgung mit dem Bewohner:innenwillen unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen“ impliziert (vgl. S. 57). Folgend werden diese erst an späterer Stelle des Dokuments im genannten Zusammenhang als Bestandteil der Kurzfassung aufgezeigt.

Literaturverzeichnis

[1] Trahan, L. M.; Spiers, J. A.; Cummings, G. G. (2016) *Decisions to Transfer Nursing Home Residents to Emergency Departments: A Scoping Review of Contributing Factors and Staff Perspectives* in: Journal of the American Medical Directors Association 17, Nr. 11, pp. 994–1005. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.012

[2] Poeck, J. et al. (2020) *Ergebnisbericht zum Arbeitspaket 3: Bildung einer interdisziplinären und berufsübergreifenden Arbeitsgruppe zur Identifizierung und Priorisierung der relevanten Notfallsituationen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, Langfassung – im Forschungsprojekt NOVELLE Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in der stationären Langzeitpflege* [Zugriff am: 1. Nov. 2021].

[3] Pulst, A.; Fassmer, A. M.; Schmiemann, G. (2021) *Unplanned hospital transfers from nursing homes: who is involved in the transfer decision? Results from the HOMERN study* in: Aging clinical and experimental research 33, Nr. 8, pp. 2231–2241. https://doi.org/10.1007/s40520-020-01751-5

[4] Pulst, A.; Fassmer, A. M.; Schmiemann, G. (2019) *Experiences and involvement of family members in transfer decisions from nursing home to hospital: – a systematic review of qualitative research* in: BMC Geriatrics 19, Nr. 1, p. 155. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1170-7

[5] Bergman, H.; Clarfield, A. M. (1991) *Appropriateness of patient transfer from a nursing home to an acute-care hospital: a study of emergency room visits and hospital admissions* in: Journal of the American Geriatrics Society 39, Nr. 12, pp. 1164–1168. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb03568.x

[6] Lemoyne, S. E. et al. (2019) *Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review* in: BMC geriatrics 19, Nr. 1, p. 17. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1028-z

[7] Finn, J. C. et al. (2006) *Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia* in: The Medical journal of Australia 184, Nr. 9, pp. 432–435. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00313.x

[8] Arendts, G. et al. (2010) *Can transfers from residential aged care facilities to the emergency department be avoided through improved primary care services? Data from qualitative interviews* in: Australasian journal on ageing 29, Nr. 2, pp. 61–65. https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00415.x

[9] Pulst, A./Fassmer, A. M./Hoffmann, F. et al. (2016) *Paramedics' experiences of end-of-life care decision making with regard to nursing home residents: – an exploration of influential issues and factors* in: Emergency medicine journal 33, H. 10, S. 722–726. https://doi.org/10.1136/emermed-2015-205405

[10] Cardona-Morrell, M. et al. (2017) *What is inappropriate hospital use for elderly people near the end of life? A systematic review* in: European journal of internal medicine 42, pp. 39–50. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.04.014

[11] Manckoundia, P. et al. (2016) *Analysis of Inappropriate Admissions of Residents of Medicalized Nursing Homes to Emergency Departments: A Prospective Multicenter Study in Burgundy* in: Journal of the American Medical Directors Association 17, Nr. 7, 671.e1-7. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.04.017

[12] Saliba, D. et al. (2000) *Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital* in: Journal of the American Geriatrics Society 48, Nr. 2, pp. 154–163. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03906.x

[13] Rubeis, G./Hatziavramidis, S./Primc, N. (2021) *Ergebnisbericht zum Arbeitspaket AP 1.2: – Ethische Fragen des sektorenübergreifenden Notfall- und Verfügungsmanagements* [online].

[14] Chen, B.-A. et al. (2021) *Decision difficulties of long-term-care facility nurses in transferring residents to the emergency department: A cross-sectional nationwide study* in: Journal of advanced nursing 77, Nr. 6, pp. 2728–2738. https://doi.org/10.1111/jan.14802

[15] Barclay, S. et al. (2014) *Living in uncertain times: trajectories to death in residential care homes* in: The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners 64, Nr. 626, e576-83. https://doi.org/10.3399/bjgp14X681397

[16] Rolland, Y. et al. (2021) *Factors Associated with Potentially Inappropriate Transfer to the Emergency Department among Nursing Home Residents* in: Journal of the American Medical Directors Association. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.04.002

[17] Primc, N./Rubeis, G./Poeck, J. et al. (2021) *Rettungsdienst im Pflegeheim – – die Perspektive der Pflegefachkräfte stärken* in: Notfall + Rettungsmedizin 24, H. 2, S. 105–106. https://doi.org/10.1007/s10049-020-00800-w

[18] Bentley, D. W. et al. (2001) *Practice guideline for evaluation of fever and infection in long-term care facilities* in: Journal of the American Geriatrics Society 49, Nr. 2, pp. 210–222. https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49999.x

[19] Allers, K.; Hoffmann, F. (2018) *Mortality and hospitalization at the end of life in newly admitted nursing home residents with and without dementia* in: Social psychiatry and psychiatric epidemiology 53, Nr. 8, pp. 833–839. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1523-0

[20] Zentrale Ethikkommission (2019) *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) der Bundesärztekammer: „Advance Care Planning (ACP)“* in: Deutsches Ärzteblatt 116, H. 50, A-2372. https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.zeko_sn_acp_01

[21] American Association of Nurse Practitioners (2021) *Quality of Nurse Practitioner Practice* [online]. www.aanp.org/advocacy/advocacy-resource/position-statements/quality-of-nurse-practitioner-prac-tice [Zugriff am: 18. Nov. 2021].

[22] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018*. Bonn.

6 Pflegenotfallassessment

6.1 Baustein „Ersteinschätzung“

Elementardiagnostik:

Bei jeder bewusstlosen Person ohne oder mit abnormaler Atmung und ohne sichere Todeszeichen wird sofort mit einer Herzdruckmassage begonnen [1]. Ein Notruf wird abgesetzt.

>> Bewusstlos, wenn keine Reaktion auf Berührung oder Schütteln gezeigt wird

>> Beurteilung der Atmung: Kopf nach hinten überstrecken (ggf. Esmarch-Handgriff), Beurteilung dauert max. 10 Sekunden [2]

Baustein Ersteinschätzung	
Bewusstlos: ja/nein	Bewusstlos, wenn keine Reaktion auf Berührung und ggf. Schütteln kommt.
A: Atemweg frei oder freigemacht oder verlegt	Ist die Belüftung/Atmung nach Überstrecken des Kopfes, Vorziehen des Kinns und maximal 10s dauernder Beurteilung abnormal oder fehlend? [1; 2]
B: Belüftung/Breathing/Atmung fehlend oder abnormal	Relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson, denn bei jeder bewusstlosen Person ohne oder mit abnormaler Atmung im Sinne einer Schnappatmung sollte sofort der Rettungsdienst alarmiert werden und es sollte so früh wie möglich eine qualitativ hochwertige Herzdruckmassage begonnen werden. [1; 2]

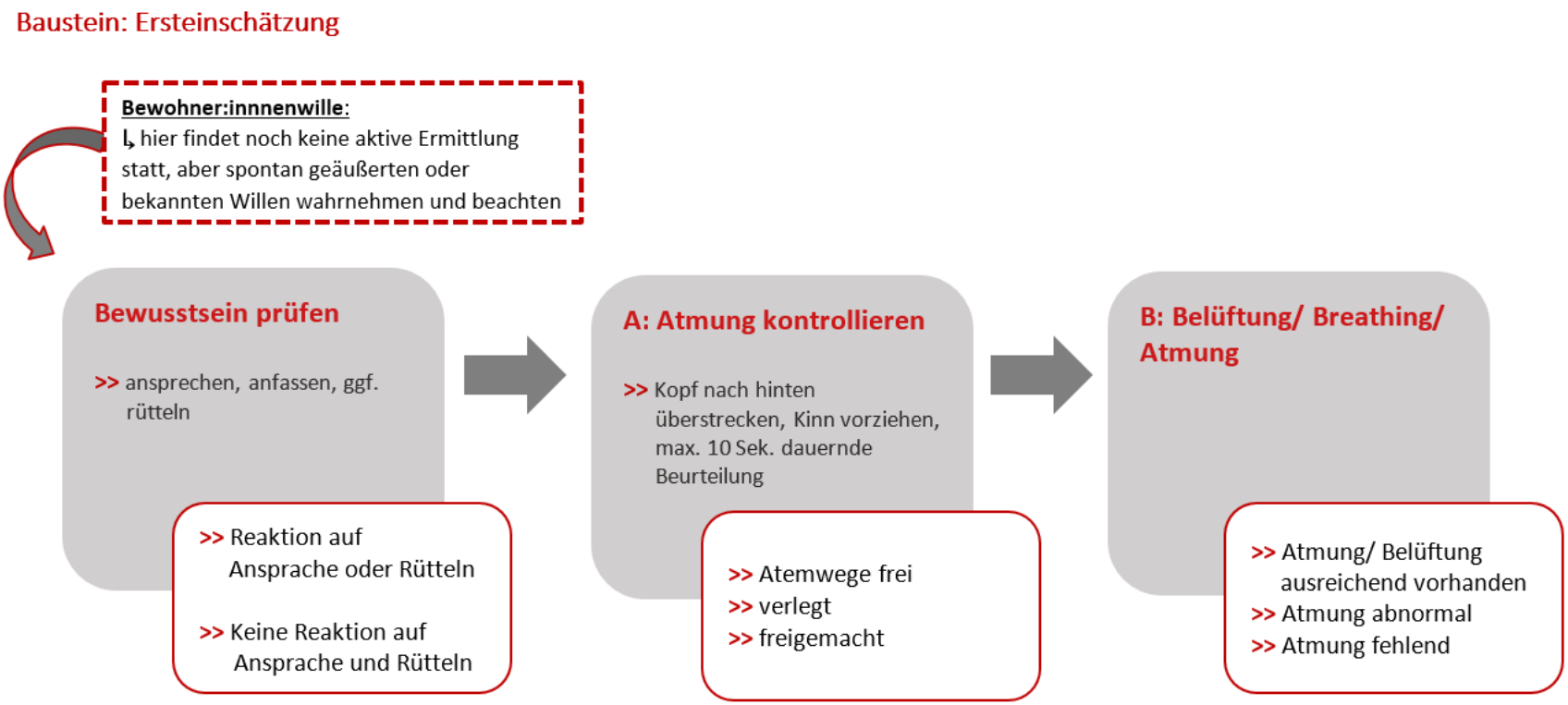
Bewohner:innenwille:

Unmittelbar nach der Elementardiagnostik stellt sich erstmals die Frage des Patient:innenwillens (interne Evidenz). Der Patient:innenwille kann zu diesem Zeitpunkt nur so weit berücksichtigt werden, wie er den Pflegefachpersonen eindeutig bekannt ist. Bekannt, aus schriftlichen Dokumenten oder zuletzt mündlichen Äußerungen. Diese bekannte Willensäußerung muss respektiert werden. Fehlt eine klare Willensäußerung, müssen lebenserhaltene Sofortmaßnahmen gestartet werden.

Wenn eine Herzdruckmassage effektiv durchgeführt wird, ein Notruf abgesetzt wurde und weiteres Personal zur Verfügung steht, muss bei unbekannten Willen mit der aktiven Ermittlung des Patient:innenwillens begonnen werden. Dabei haben die lebenserhaltenden Maßnahmen weiterhin absolute Priorität. Die aktive Ermittlung des Patient:innenwillens bei bewusstlosen Bewohner:innen beginnt in der Regel mit der Durchsicht der Bewohner:innenakten.

Werden keine lebenserhaltenden Sofortmaßnahmen durchgeführt, schließt sich die Einschätzung der Dringlichkeit und Schwere der Notfallsituation mit Hilfe des chronologisch durchzuführenden ABCDE-Pflegenotfallassessment an.

6.2 Kurzfassung: Baustein „Ersteinschätzung“



>> Bewohner:in reagiert und atmet → pflegefachliche Einschätzung anhand des ABCDE-Pflegenotfallassessments

>> Bewohner:in ohne oder mit abnormaler Atmung → Notruf absetzen und sofortige Herzdruck-Massage!

6.3 Baustein „ABCDE-Pflegenotfallassessment“

Ein für alle Notfallpatient:innen geeignetes Assessmentinstrument, um den Gesundheitszustand der betroffenen Person zu beurteilen, ist das aus der Traumatologie stammende und im Rettungsdienst und Notaufnahmen etablierte ABCDE-Schema [3; 4]. Diese intersektorale Übertragbarkeit und komplementäre Anwendbarkeit [5; 6] zeichnet das ABCDE-Schema aus. Die Anlehnung der NOVELLE-Handlungsempfehlungen an das ABCDE-Schema ermöglicht ein strukturiertes Vorgehen, um den Gesundheitszustand von in Not geratenen Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen pflegefachlich zu beurteilen. So kann eine Entscheidung im Arbeitsbündnis zwischen Pflegbedürftigen und professionell Pflegenden in Abwägung der externen und internen Evidenz herbeigeführt werden (vgl. Kapitel 2: Basis pflegefachlicher Entscheidungen in Notfallsituationen). Eine vollständige Übertragbarkeit des ABCDE-Schemas in die pflegerische Versorgung ist im Kontext des Projektes NOVELLE aus pflegefachlicher und notfallmedizinscher Perspektive nicht notwendig und zielführend.
Das in die Novelle-Handlungsempfehlungen integrierte NOVELLE-ABCDE-Pflegenotfallassessment (kurz: Notfallassessment) empfiehlt eine Reihenfolge in deren Verlauf Pflegefachpersonen (notfall-) medizinische Parameter erheben und ggf. Maßnahmen durchführen. Es beginnt mit der Ersteinschätzung (vgl. S. 35f), ob eine lebensbedrohliche Situation vorliegt und mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen begonnen werden muss. Besteht keine unmittelbare Lebensgefahr, ermöglicht das gesamte Assessment eine detaillierte Einschätzung des Gesundheitszustandes von Bewohner:innen. Die Reihenfolge der zu erhebenden Parameter im NOVELLE-ABCDE-Pflegenotfallassessment ermöglicht die schnelle Erfassung der gesundheitlichen Situation bzw. des Gesundheitszustandes der Bewohnerin/des Bewohners und den sicheren Ausschluss von zeitkritischen Behandlungsbedarf.



Abbildung 5: ABCDE-Schema

Damit die Notfallsituation vollständig beurteilt werden kann, wird aus notfallmedizinischer Perspektive empfohlen, **grundsätzlich alle** aufgeführten Parameter aus dem NOVELLE-ABCDE-Pflegenotfallassessment zu erheben. Dadurch können Fehlannahmen bei der Ersteinschätzung sicherer erkannt und ggf. korrigiert werden. Bei bestimmten, eindeutigen Situationen kann u.U. auf die Erhebung bestimmter Parameter verzichtet werden.

Fallbeispiel: Ein gestürzter Bewohner liegt schreiend auf den Boden mit Eigenbewegungen und schildert sofort, was passiert ist. Der Unterarm zeigt eine abnorme Lage an, die deutlich auf einen Knochenbruch hinweist.
Obwohl nicht gezielt Atmung, Kreislauf und Bewusstsein beurteilt wurden, zeigt das Verhalten des gestürzten Bewohners, dass er im Moment einen stabilen Herz-Lungen-Kreislauf hat. Natürlich muss dieser weiter beobachtet werden. Die Aspekte Atemweg, Belüftung und Zirkulation des Novelle-ABCDE-Pflegenotfallassessment haben eine erste Beurteilung erfahren.
Die Frage, ob ein Schlaganfall, eine Unterzuckerung oder ein anderes lebensbedrohliches Ereignis zum Sturz geführt hat, kann mit einer vollständigen Beurteilung nach dem ABCDE-Pflegenotfallassessment beantwortet werden.

Sofortmaßnahmen sind solche Maßnahmen, die ohne jeden Zeitverzug durchgeführt werden müssen, bspw. eine Herzdruckmassage sowie die Alarmierung des Rettungsdienstes bei einem Kreislaufstillstand. Erst nach Abschluss des chronologisch durchgeführten vollständigen Notfallassessments kann unter Berücksichtigung des Willens der Bewohnerin/des Bewohners eine **Empfehlung für eine Weiterversorgung** ausgesprochen werden. Bei der Empfehlung der Weiterversorgung werden die Kontextbedingungen noch nicht mitberücksichtigt, da die Ebene externe Evidenz (fachlich bewertete Faktoren) und interne Evidenz (Wille von Bewohner:innen) als wichtiger eingeordnet werden. Ein vollständiges Assessment ist anzustreben, da die Versorgung hochbetagter Notfallpatient:innen als komplex gilt [7; 8]. Ein weiterer Vorzug durch die Anwendung des NOVELLE-ABCDE-Pflegenotfallassessment besteht in der Lieferung von Basisinformationen für eine intersektorale Kommunikation und eine Erleichterung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Schnittstellen [5]. Die Weiterversorgenden erhalten weiterhin zügig alle relevanten Informationen, die sie für ihre Entscheidungsfindung benötigen. Dazu wurde die Kurzfassung zum NOVELLE-ABCDE-Pflegenotfallassessment (vgl. S. 52f) mit der Seite 1 der NOVELLE-Übergabe-Checkliste (vgl. Kapitel: 7.3.4: Baustein „NOVELLE-Übergabe-Checkliste“, S. 65ff) abgeglichen. In die Übergabe-Checkliste werden alle relevanten und empfohlenen (notfall-)medizinischen Parameter entsprechend der Chronologie als Vorbereitung der interprofessionellen Abstimmung der Weiterversorgung durch die zuständige Pflegefachperson notiert. Im Anschluss kann die Übergabe-Checkliste als Merkhilfe im Rahmen des intersektoralen Informationsaustauschs genutzt werden.
Bestimmte Messgeräte sollten zur Erhebung der Parameter in den Einrichtungen verfügbar sein, bspw. Pulsoxymeter und bei Verfügbarkeit von Pflegefachpersonen angewendet werden. Das Pflegefachpersonal muss in der Handhabung geschult sein.

Die in Tabelle 1: ABCDE-Pflegenotfallassessment angeführten Parameter sollten erhoben werden:

Tabelle 1: ABCDE-Pflegenotfallassessment

Baustein: Assessment	
Parameter	**Grenzwerte und dessen Relevanz**
A: Bestehen Heiserkeit, Stridor (Atemnebengeräusch) oder andere Hinweise auf Fremdkörperaspiration oder Atemwegsprobleme? Ja/Nein	Das Vorliegen derartiger Symptome kann weitere Diagnostik erforderlich machen. [9; 10] **>>** relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson **>>** relevant für Kommunikation mit Weiterversorgenden
B: Besteht eine Sprechdyspnoe? Ja/Nein	Sie liegt vor, wenn das Sprechen eines Satzes zum Luftholen unterbrochen werden muss und ist ein Zeichen für eine schwere Beeinträchtigung. [9; 10] **>>** relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson **>>** relevant für Kommunikation mit Weiterversorgenden
B: Hautzustand besteht eine (neu aufgetretene) Zyanose? Ja/Nein	Das wäre ein Hinweis auf ein bedrohliches Geschehen. [6; 9–12] **>>** relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson **>>** relevant für Kommunikation mit Weiterversorgenden
B: Atemfrequenz (AF) /min oder >= 22/min Ja/nein	Die Bestimmung der AF ist für die initiale Einschätzung und zur Verlaufsbeurteilung einer Luftnot von grundsätzlicher Bedeutung. [9; 10] Der CRB65-Score nutzt bei einer Pneumonie den Grenzwert von 30/min als einen von vier Parametern für die ärztliche Einschätzung des Schweregrades. [9; 10] Ferner ist die AF zur Ermittlung des qSOFA-Score notwendig. [13] Der qSOFA-Score kann auch außerhalb von Krankenhäusern und in Pflegeheimen zur Früherkennung der Sepsis verwendet werden. [14; 15] Beim Nachweis oder dem dringenden Verdacht auf eine Infektion benötigt er die Parameter; (1) AF >= 22/min Ja/Nein; (2) Wesensveränderung Ja/Nein; (3) systolischer Blutdruck <=100 mmHg. **>>** für Entscheidungen der Pflegefachperson ist im Rahmen des Sepsis-Screening mit den qSofa-Score relevant, ob mindestens zwei der o.g. drei Parameter positiv sind. Entscheidend ist also, ob eine Atemfrequenz >= 22/min“ vorliegt.

Baustein: Assessment	
Parameter	**Grenzwerte und dessen Relevanz**
	>> Ferner ist die Atemfrequenz /min relevant für die Kommunikation mit Hausärzt:innen oder ÄBD und deren Entscheidungen. [16; 17]
B: periphere Sauerstoffsättigung in %	Direkte Empfehlungen bei bestimmten SpO2-Grenzwerten können nicht ausgesprochen werden, denn in verschiedenen Empfehlungen und Leitlinien unterscheiden sich derartige Grenzwerte stark. Konsequenzen für pflegefachliche und für ärztliche Entscheidungen können aus dem Gesamtbild und dem Verlauf der Sauerstoffsättigung resultieren. [16; 18; 19] >> relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson >> relevant für Kommunikation mit Weiterversorgenden
B: Rasselatmung Ja/Nein	Zu den häufigsten Symptomen des sterbenden Menschen gehört eine geräuschvolle Atmung, die Rasselatmung genannt wird und oft bei Bewusstseinstrübung oder Bewusstlosigkeit auftritt. Eine nichtmedikamentöse Therapie wird als erste Wahl empfohlen. [20; 21] >> relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson bei Patient:innen im Finalstadium, von denen bekannt ist, dass sie ohne lebensrettende Therapie sterben (z.B. Palliativpatient:innen). NICHT tauglich, um eine Finalphase zu identifizieren und eine Unterlassung von lebensrettender Therapie zu begründen. >> relevant für Kommunikation mit Weiterversorgenden
C: Hautzustand: >> neu aufgetretene Blässe Ja/Nein >> Kaltschweissigkeit Ja/Nein >> Hauttemperatur normal/kalt/warm >> stehende Hautfalten Ja/Nein >> Ödeme Ja/Nein	Die Beurteilung der Haut kann Informationen über die Kreislaufsituation beitragen. [6; 11; 12] (siehe auch unter B: Zyanose) >> relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson >> relevant für Kommunikation mit Weiterversorgenden
C: Puls >> Neu aufgetretene Arrhythmie Ja/Nein >> Schläge/min	Die Beurteilung des Pulses trägt wichtige Informationen über die Kreislaufsituation bei. [6; 11; 12] Außer bei fehlendem Puls und Kreislaufstillstand (s.o. Ersteinschätzung) besteht kein Grenzwert, der zwingend vor Abschluss des „Assessment“ zur Alarmierung des Rettungsdienstes führen sollte.

Baustein: Assessment	
Parameter	**Grenzwerte und dessen Relevanz**
	Bei einer neu aufgetretenen Arrhythmie sollte immer eine ärztliche Beurteilung veranlasst werden. Ältere Patient:innen präsentieren sich bei Infektionserkrankungen häufig ohne das Leitsymptom Fieber, sondern mit atypischen Befunden, z. B. Vorhofflimmern. [7; 22] Pauschale Grenzwerte für die Pulsfrequenz, ab denen immer eine ärztliche Beurteilung erfolgen soll, können nicht definiert werden. Die Frage, ob eine ärztliche Entscheidung notwendig ist, das akzeptable Zeitfenster bis dahin und die Frage, ob der Rettungsdienst alarmiert wird, hängt von den Begleitsymptomen ab. >> relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson >> der Puls ist relevant für die Kommunikation mit Hausärzt:innen oder ÄBD. [16; 17]
C: Blutdruck in mmHg	Die Beurteilung des Blutdrucks trägt wichtige Informationen über die Kreislaufsituation bei. [6; 11; 12] Es besteht kein Grenzwert, der zwingend vor Abschluss des „Assessment“ zur Alarmierung des Rettungsdienstes führen sollte. Grenzwerte, ab denen eine ärztliche Beurteilung erfolgen soll, können nicht definiert werden. Zur Entscheidung ist ggf. eine zweite Messung im Intervall erforderlich. [23] Bei Nachweis oder Verdacht auf eine Infektion ist 100 mmHg als unterer Grenzwert zur Bestimmung des qSOFA-Score relevant. [14; 15] Das Zeitfenster bis zur ärztlichen Entscheidung und die Frage, ob der Rettungsdienst alarmiert wird, hängt von der Zusammenschau aller Ergebnisse des ABCDE-Assessments ab. >> relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson >> der Blutdruck nach RR ist relevant für die Kommunikation mit Hausärzt:innen oder ÄBD. [16; 17]
D: Bewusstseins- oder Wesensveränderung Ja/Nein ggf. welcher Art	Neurokognitive Probleme können chronisch z.B. durch eine Demenz oder akut z.B. durch ein Delir bedingt sein. Die Differenzierung ist schwierig und eine erste und schnelle Blickdiagnose kann irreführend sein. Wichtig ist deshalb die sorgfältige Bewertung kurzfristiger Veränderungen einzelner Symptome sowie der Dynamik des Allgemeinzustands. [7] Bislang mangelt es an Wissen für das Erkennen und den Umgang mit einem Delir. Deshalb soll eine transsektoral umsetzbare Leitlinie für Delirprävention, -diagnostik und -

Baustein: Assessment	
Parameter	**Grenzwerte und dessen Relevanz**
	management im höheren Lebensalter erarbeitet werden. [24] In vielen Fällen ist beim älteren Patient:innen z. B. eine Einschränkung der Funktionalität bzw. das Vorliegen eines deliranten Syndroms der einzige Hinweis auf eine akute Infektion. [13] Bei Bewohner:innen mit dem Nachweis oder dem dringenden Verdacht auf eine Infektion soll der qSOFA-Score bestimmt werden. Dafür ist relevant, ob der mentale Status verändert ist, also eine Bewusstseins- oder Wesensveränderung vorliegt. [13] >> relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson >> relevant für Kommunikation mit Weiterversorgenden Für die Entscheidungsfindung bei der Erstversorgung ist die Beurteilung, ob auf Ansprache eine Reaktion erfolgt, nicht ausreichend. Notfallmedizinisch relevant ist die Frage, ob auf Ansprache oder nur auf mechanische Reize wie z.B. Rütteln reagiert wird. [2; 6] Die Bezeichnung „nicht ansprechbar“ ist in der Praxis zwar üblich, aber insbesondere in Zusammenarbeit mit Weiterversorgenden zu unspezifisch. Deshalb sollten vier Stufen unterschieden werden: >> wach >> reagiert auf Ansprache >> reagiert auf Rütteln >> keine Reaktion=bewusstlos
D: neu aufgetretene Neurologische Ausfälle Ja/Nein ggf. welcher Art	Vorbestehende neurologische Ausfälle sind auch bei guter Anamnesetechnik gelegentlich nur schwer von den typischen Symptomen einer akuten zerebralen Ischämie abzugrenzen. [7] Neu aufgetretene neurologische Ausfälle können Zeichen für einen akuten Schlaganfall sein. In jedem Verdachtsfall soll unverzüglich der Rettungsdienst alarmiert werden. Jeder andere Versuch, medizinische Hilfe zu besorgen, führt unweigerlich zu einer potenziell lebensbedrohlichen Verzögerung der Abläufe. [25] Im Kontext der Novelle-Empfehlung sollte „unverzüglich“ dahingehend interpretiert werden, dass der Bewohner:innenwille aktiv ermittelt wird, bevor die Pflegefachperson im Sinne der Patientenautonomie über die Weiterversorgung entscheidet.

Baustein: Assessment	
Parameter	**Grenzwerte und dessen Relevanz**
	>> relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson >> relevant für Kommunikation mit Weiterversorgenden
D: weitere Ergebnisse der körperlichen Untersuchung >> Hinweise auf ein mögliches oder sicheres Schädelhirntrauma Ja/Nein >> Neu aufgetretene Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen oder sichere Frakturzeichen	Schädel-Hirn-Traumata bei geriatrischen Patient:innen werden häufig aufgrund der geringen initialen Symptome unterschätzt und zeigen bei geriatrischen Patient:innen eine hohe Mortalität. [26; 27] Frakturen der Halswirbelsäule nach Kopfanprall sind häufig und teils asymptomatisch. [27] Besonders bei Schmerzen und Bewegungseinschränkung sollten Bewegungen der Halswirbelsäule möglichst vermieden werden. Hüftfrakturen in Pflegeeinrichtungen sind besonders relevant. [28] Zu den Folgen von Verzögerungen bis zur operativen Versorgung sind die Aussagen uneinheitlich. Zusammenfassend ist bei einer mehrtägigen Verzögerung von einer Verschlechterung der Prognose auszugehen. Ein mehrstündiges Zeitfenster zur Einbeziehung eines Hausarztes ist aus notfallmedizinischer Sicht akzeptabel. [29; 30] Voraussetzung für die Empfehlung einer ärztlichen Konsultation vor Einbindung des Rettungsdienstes, ist die Abwesenheit sicherer Frakturzeichen und starker Schmerzen. Bei neu aufgetretenen Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen oder sicheren Frakturzeichen im Thoraxbereich ist die Zusammenschau des Geschehens und sämtlicher Parameter, insbesondere B: Atmung und E: Schmerzen, entscheidend. Die Ruhigstellung im Oberarm-Schulter-Bereich erfolgt mittels Dreiecktuch oder anderen Hilfsmitteln in Neutralstellung mit im Ellenbogen 90° gebeugtem Arm und Fixierung vor dem Körper. Dieses stellt den wichtigsten Aspekt der Schmerztherapie dar. Schienungen des Oberarms sind nicht zielführend. [27] >> relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson >> relevant für Kommunikation mit Weiterversorgenden
D: Blutglukose in mmol/l oder in mg/dl	Die Beurteilung der Blutglukose bringt besonders bei Diabetiker:innen wichtige Informationen. Die Frage, ob der Rettungsdienst alarmiert wird, hängt von der Zusammenschau aller Ergebnisse des ABCDE-Assessments

Baustein: Assessment	
Parameter	**Grenzwerte und dessen Relevanz**
	ab. Besondere Gefahren resultieren aus unbemerkten Hypoglykämien. Als pauschale Werte, bei denen auch bei Symptomfreiheit früher oder später immer eine ärztliche Entscheidung erfolgen soll, können kleiner als 3,9 mmol/l (70 mg/dl) oder größer 14 mmol/l (250mg/dl) genannt werden. [31; 32] >> relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson >> relevant für Kommunikation mit Weiterversorgenden
E: Temperatur in °C rektal, axillär, oral oder aurikulär gemessen	Ältere Patient:innen präsentieren sich bei Infektionserkrankungen häufig ohne das Leitsymptom Fieber. An Infektionserkrankungen muss auch bei fehlendem Fieber frühzeitig gedacht werden. [22; 32] >> relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson >> die Temperatur ist relevant für die Kommunikation mit Hausärzt:innen oder ÄBD. [16; 17]
E: Besteht eine Antikoagulation Ja/Nein	Geriatrische Patient:innen unter Antikoagulation haben auch bei Niedrigenergietraumata ein höheres Risiko für intrakranielle Blutungen. [27] Für alle Menschen mit potenzieller oraler Antikoagulation (Vitamin-K-Antagonisten, NOAK) wird bei möglichem oder sicherem Schädel-Hirn-Trauma (SHT) eine craniale Computertomographie empfohlen. [26] >> relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson >> relevant für Kommunikation mit Weiterversorgenden
E: Schmerzintensität, -lokalisation und -charakter	Laut dem Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ verfügt die Pflegefachperson über die Kompetenz zur systematischen Schmerzeinschätzung [33]. Bei der interprofessionalen Zusammenarbeit mit der Notfallmedizin ist die Schmerzintensität anhand einer numerischen Skala von 0 bis 10 etabliert. Eine derartige Skala wird im Projekt HOMERN empfohlen. [16] Für Pflegeheimbewohner:innen existieren verschiedene Skalen. [34] >> Informationen zu Schmerzen sind relevant für Entscheidungen der Pflegefachperson und >> relevant für die Kommunikation mit Hausärzt:innen [16] und dem ÄBD.

6.3.1 Messwerte für die Abstimmung der Weiterversorgung

Für die ärztliche Entscheidungsfindung können verschiedene Parameter relevant sein. Folgende Messwerte sollten möglichst erhoben werden, um sie ggf. auf Nachfrage bei der Abstimmung der Weiterversorgung Hausärztinnen, dem ÄBD oder der Rettungsleitstelle nennen zu können:

- >> Atemfrequenz in Atemzügen/min
- >> periphere Sauerstoffsättigung in %
- >> Puls in Schlägen/min
- >> Pulsrhythmus regelmäßig?
- >> Blutdruck in mmHg
- >> Blutglukose in mmol/l oder mg/dl
- >> Temperatur in °C rektal, axillär, oral oder aurikulär

Die oben aufgeführten Messwerte sind der Seite 1 der Übergabe-Checkliste impliziert (vgl. Kapitel 7.3.4: Baustein „NOVELLE-Übergabe-Checkliste“, S. 65ff). Zur Vorbereitung der Abstimmung der Weiterversorgung mit Hausärzt:innen, dem ÄBD bzw. der Rettungsleitstelle besteht die Möglichkeit, die empfohlenen zu erhebenden Parameter in der Übergabe-Checkliste zu vermerken. Im Rahmen des Informationsaustauschs kann die ausgefüllte Checkliste folgend als eine Merkhilfe für das Gespräch angewandt werden.

6.3.2 Notfallmedizinische Bedingungen für die pflegefachliche Bewertung der Ergebnisse des ABCDE-Pflegenotfallassessments

Wie in Kapitel 2 dargestellt, bilden neben weiteren Faktoren, die interne und die externe Evidenz die Basis für pflegefachliche Entscheidungen in Notfallsituationen (vgl. Kapitel 2: Basis pflegefachlicher Entscheidungen in Notfallsituationen, vgl. S. 6ff). Bei der Entscheidung über die indizierte Weiterversorgung sind, neben dem Bewohner:innenwillen (interne Evidenz) der sich jederzeit ändern kann, von der Pflegefachperson bei ihren pflegefachlichen Bewertungen auch notfallmedizinische Kriterien (externe Evidenz) zu beachten. Diese beeinflussen die Auswahl von Weiterversorgenden und das Zeitfenster, in dem die Einbindung erfolgen sollte. Die resultierenden Optionen zur Weiterversorgung werden wie folgt gegliedert:

- >> Einbindung des Rettungsdienstes ohne vorherigen Kontakt zu Ärzt:innen.

- >> Ärztliche Entscheidung innerhalb von vier Stunden; in diesem Zeitfenster müssen Hausärzt:innen oder der ÄBD erreicht und das weitere Vorgehen festgelegt worden sein (z.B. die Ankündigung eines späteren Hausbesuches). Die Abstimmung dieser Weiterversorgung kann telefonisch und zunehmend häufiger auch mit telemedizinischer Unterstützung erfolgen. Wenn im vorgesehenen Zeitfenster keine ärztliche Entscheidung erreicht werden konnte, erfolgt ein erneutes Notfallassessment und ggf. ist die Einbindung des Rettungsdienstes ohne vorherigen Kontakt zu Ärzt:innen indiziert.

- >> Ärztliche Entscheidung spätestens am nächsten Werktag; in diesem längeren Zeitfenster sind ggf. wiederholte ABCDE-Assessments durchzuführen. Wenn nach Ablauf dieses Zeitfensters keine ärztliche Entscheidung erreicht werden konnte, ist bei unveränderter Situation eine Abstimmung mit dem ÄBD oder die Einbindung des Rettungsdienstes ohne vorherigen Kontakt zu Ärzt:innen indiziert.

>> Weiterversorgung in der Pflegeeinrichtung ohne externe Abstimmung, ggf. mit Information eines Weiterversorgenden, ohne eine Rückmeldung einzufordern (z.B. Information einer Hausärztin per Fax über folgenlosen Sturz).

Die pflegefachliche Entscheidung über die indizierte Weiterversorgung basiert regelmäßig auf einer gemeinsamen Bewertung aller Ergebnisse des Notfallassessments, sie kann nur selten aus einem einzelnen Parameter abgeleitet werden. Bei dieser Zusammenschau der Resultate am Abschluss des Notfallassessments erfolgt die Wahl der Weiterversorgung auch nach Kriterien, die für bestimmte Notfallsituationen konkretisiert werden können. Diese Notfallsituationen sind Sturz, entgleiste Vitalwerte, auffälliges Verhalten, neurologische Symptome, Leblosigkeit, Luftnot und Schmerzen.
Für die pflegefachliche Wahl einer Option zur Weiterversorgung im entsprechendem Zeitfenster gelten folgende in der Tabelle dargestellten notfallmedizinische Empfehlungen.

Tabelle 2: Optionen zur Weiterversorgung im Kontext der ausgewählten Notfallsituationen (Eigene Darstellung)

Notfall-situation	***Rettungsdienst ohne vorherigen Arztkontakt, wenn Lebensbedrohung*** besteht oder schwere gesundheitliche Schäden drohen. Konkretisiert:	***Ärztliche Entscheidung innerhalb von vier Stunden***, wenn keine unmittelbare vitale Gefährdung angezeigt wird, aber die Entwicklung von Lebensbedrohung oder schweren gesundheitlichen Schäden möglich erscheint. Konkretisiert:	***Ärztliche Entscheidung spätestens am nächsten Werktag***, wenn ärztliche Entscheidungen angebracht sind, aber dabei kein Zeitdruck besteht. Konkretisiert:	**Weiterversorgung in der Pflegeeinrichtung ohne externe medizinische Abstimmung**, wenn eine ärztliche Beurteilung verzichtbar oder im Rahmen der ohnehin geplanten Versorgung aus-reichend ist. Konkretisiert:
Sturz	>> wenn ein Schädelhirntrauma vorliegt; bei Bewohner:innen mit Antikoagulation (Vitamin-K-Antagonisten oder NOAK) oder Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern schon, wenn ein mögliches Schädelhirntrauma vorliegt >> wenn sichere Frakturzeichen bestehen (z.B. eine eindeutige Fehlstellung) >> wenn starke, sturzbedingte Schmerzen vorliegen, die durch Lagerung oder andere Maßnahmen nicht reduziert werden können >> wenn Vitalfunktionen bedrohlich beeinträchtigt sind (z.B. Kreislaufdepression durch starken Blutverlust oder Luftnot bei Verletzung des Brustkorbes)	>> wenn bei Bewohner:innenn ohne Antikoagulation oder Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern ein mögliches Schädelhirntrauma vorliegt >> wenn in Ruhe keine oder geringe sturzbedingte Schmerzen vorliegen und eine Fraktur unwahrscheinlich erscheint	>> wenn sturzbedingte Schmerzen oder anderen Folgen vorliegen, die keine zusätzliche Immobilisierung der betroffenen Person zur Folge haben.	>> wenn der Sturz keine feststellbaren Folgen hat (nach einrichtungsinterner Vorgabe ggf. mit Information nach extern)

Notfall-situation	***Rettungsdienst <u>ohne vorherigen Arztkontakt</u>, wenn Lebensbedrohung*** besteht oder schwere gesundheitliche Schäden drohen. Konkretisiert:	***Ärztliche Entscheidung <u>innerhalb von vier Stunden</u>***, wenn keine unmittelbare vitale Gefährdung angezeigt wird, aber die Entwicklung von Lebensbedrohung oder schweren gesundheitlichen Schäden möglich erscheint. Konkretisiert:	***Ärztliche Entscheidung <u>spätestens am nächsten Werktag</u>***, wenn ärztliche Entscheidungen angebracht sind, aber dabei kein Zeitdruck besteht. Konkretisiert:	**<u>Weiterversorgung in der Pflegeeinrichtung ohne externe medizinische Abstimmung</u>**, wenn eine ärztliche Beurteilung verzichtbar oder im Rahmen der ohnehin geplanten Versorgung aus-reichend ist. Konkretisiert:
Entgleiste Vitalwerte	>> wenn zusätzlich zum entgleisten Vitalwert Begleitsymptome bestehen, die auf unmittelbar drohende Lebensgefahr oder schwere gesundheitliche Schäden hinweisen.	>> wenn zusätzlich zum entgleisten Vitalwert Begleitsymptome bestehen, die keine vitale Gefährdung anzeigen	>> wenn zusätzlich zum entgleisten Vitalwert keine Begleitsymptome bestehen >> wenn keine Begleitsymptome bestehen bei einem Blutglukosewert unter 3,9 mmol/l (70 mg/dl) oder über 14 mmol/l (250mg/dl). Bei anhaltender Symptomfreiheit kann der Zeitraum bis zu einer ärztlichen Entscheidung auf drei Tage ausgedehnt werden.	>> wenn sich die Werte anhaltend normalisiert haben und dabei durchgehend keine Begleitsymptome bestanden
Auffälliges Verhalten	>> wenn sich eine Bewusstseins- oder Wesensveränderung in zeitlichem Zusammenhang nach einem Sturz entwickelt >> wenn die Vitalparameter darauf hinweisen, dass Lebensbedrohung besteht oder schwere gesundheitliche Schäden drohen	>> wenn die Verhaltensänderung schnell voranschreitet >> wenn parallel zur Verhaltensänderung der Nachweis oder der Verdacht auf eine Infektion besteht und die Atemfrequenz >= 22/min oder der systolische Blut-druck unter 100 mmHg liegt (Sepsis-Screening per qSofa-Score)	>> wenn die Verhaltensänderung nicht weiter voranschreitet und sich aus der Zusammenschau aller Ergebnisse des ABCDE-Assessments kein Zeitdruck ergibt	/

Notfall-situation	***Rettungsdienst <u>ohne vorherigen Arztkontakt</u>, wenn Lebensbedrohung*** besteht oder schwere gesundheitliche Schäden drohen. Konkretisiert:	***Ärztliche Entscheidung <u>innerhalb von vier Stunden</u>***, wenn keine unmittelbare vitale Gefährdung angezeigt wird, aber die Entwicklung von Lebensbedrohung oder schweren gesundheitlichen Schäden möglich erscheint. Konkretisiert:	***Ärztliche Entscheidung <u>spätestens am nächsten Werktag</u>***, wenn ärztliche Entscheidungen angebracht sind, aber dabei kein Zeitdruck besteht. Konkretisiert:	**<u>Weiterversorgung in der Pflegeeinrichtung ohne externe medizinische Abstimmung</u>**, wenn eine ärztliche Beurteilung verzichtbar oder im Rahmen der ohnehin geplanten Versorgung aus-reichend ist. Konkretisiert:
Neuro-logische Symptome	>> wenn sich die neurologischen Symptome in zeitlichem Zusammenhang nach einem Sturz entwickeln >> wenn neu aufgetretene neurologische Ausfälle als Zeichen für einen akuten Schlaganfall zu werten sind	/	/	/
Leblosigkeit	>> wenn während des ABCDE-Assessments Leblosigkeit oder Bewusstseinsverlust in Verbindung mit Atemstillstand oder Schnappatmung auftritt. In diesen Fällen soll nach dem Bau-stein Ersteinschätzung verfahren werden.	>> wenn eine Todesfeststellung erfolgen soll, also nach dem Bau-stein „Ersteinschätzung“ entweder sichere Todeszeichen vorliegen oder der Bewohner:innenwillen lebenserhaltende Sofortmaßnahmen untersagt	/	/

Notfall-situation	***Rettungsdienst <u>ohne vorherigen Arztkontakt</u>, wenn Lebensbedrohung*** besteht oder schwere gesundheitliche Schäden drohen. Konkretisiert:	***Ärztliche Entscheidung <u>innerhalb von vier Stunden</u>***, wenn keine unmittelbare vitale Gefährdung angezeigt wird, aber die Entwicklung von Lebensbedrohung oder schweren gesundheitlichen Schäden möglich erscheint. Konkretisiert:	***Ärztliche Entscheidung <u>spätestens am nächsten Werktag</u>***, wenn ärztliche Entscheidungen angebracht sind, aber dabei kein Zeitdruck besteht. Konkretisiert:	**<u>Weiterversorgung in der Pflegeeinrichtung ohne externe medizinische Abstimmung</u>**, wenn eine ärztliche Beurteilung verzichtbar oder im Rahmen der ohnehin geplanten Versorgung aus-reichend ist. Konkretisiert:
Luftnot	>> wenn auf Grund der Luftnot keine ganzen Sätze oder überhaupt nicht mehr gesprochen werden kann >> wenn eine (neu aufgetretene) Zyanose besteht >> wenn die Luftnot in Ruhe besteht und die Betroffene dadurch deutlich beeinträchtigt ist >> wenn Hinweise auf eine (Fremdkörper)aspiration bestehen und die Betroffene dadurch deutlich beeinträchtigt ist	>> wenn eine leichte Atemnot von der Patientin / vom Patienten toleriert wird und die weiteren Vitalfunktionen keine Lebensbedrohung anzeigen	/	/
Schmerzen	>> wenn die Schmerzen Lebensbedrohung anzeigen >> wenn massive Schmerzen vorliegen, die sofort reduziert werden müssen und die verfügbaren Maßnahmen dafür nicht ausreichend sind	>> wenn die Schmerzen auf eine bedrohliche Situation hinweisen können >> wenn Schmerzen vorliegen, die am gleichen Tage reduziert werden müssen und die verfügbaren Maßnahmen dafür nicht ausreichend sind	>> wenn die Schmerzen nicht auf eine bedrohliche Situation hinweisen, sie mit den verfügbaren Maßnahmen beherrscht werden können und ihre Ursache unklar ist.	>> wenn die Schmerzen nicht auf eine bedrohliche Situation hinweisen, sie mit den verfügbaren Maßnahmen beherrscht werden können und ihre Ursache bekannt ist.

Zwischenergebnis: Pflegefachlich indizierte Weiterversorgung

Im nächsten Schritt ist die pflegefachlich indizierte Weiterversorgung, die unter Berücksichtigung der notfallmedizinischen Bedingungen ausgewählt wurde, mit dem aktiv ermittelten Bewohner:innenwillen für die konkrete Notfallsituation abzustimmen.

6.3.3 Bewohner:innenwille für die konkrete Notfallsituation

Der Bewohner:innenwille ist auch in einer konkreten Notfallsituation zu beachten. Der Wille von Bewohner:innen ist individuell und durch die individuell-biographische Zielsetzung und die Diagnose mit ihren Teilhabemöglichkeiten, den Einschränkungen und der Partizipation beeinflusst. Er ist situativ und muss, soweit der aktuelle Bewohner:innenwille nicht bekannt ist oder direkt geäußert werden kann, aktiv in Erfahrung gebracht werden. Vorsorgliche Regelungen wie eine Patientenverfügung, die Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase, auch sog. Notfallausweise geben über den verschriftlichen Bewohner:innenwillen Auskunft. Besteht eine gesetzliche Betreuung so ist diese, wenn situativ möglich, hinzuzuziehen. Besteht in gesundheitlichen Angelegenheiten zudem ein Einwilligungsvorbehalt, entscheidet bindend die gesetzliche Betreuung.

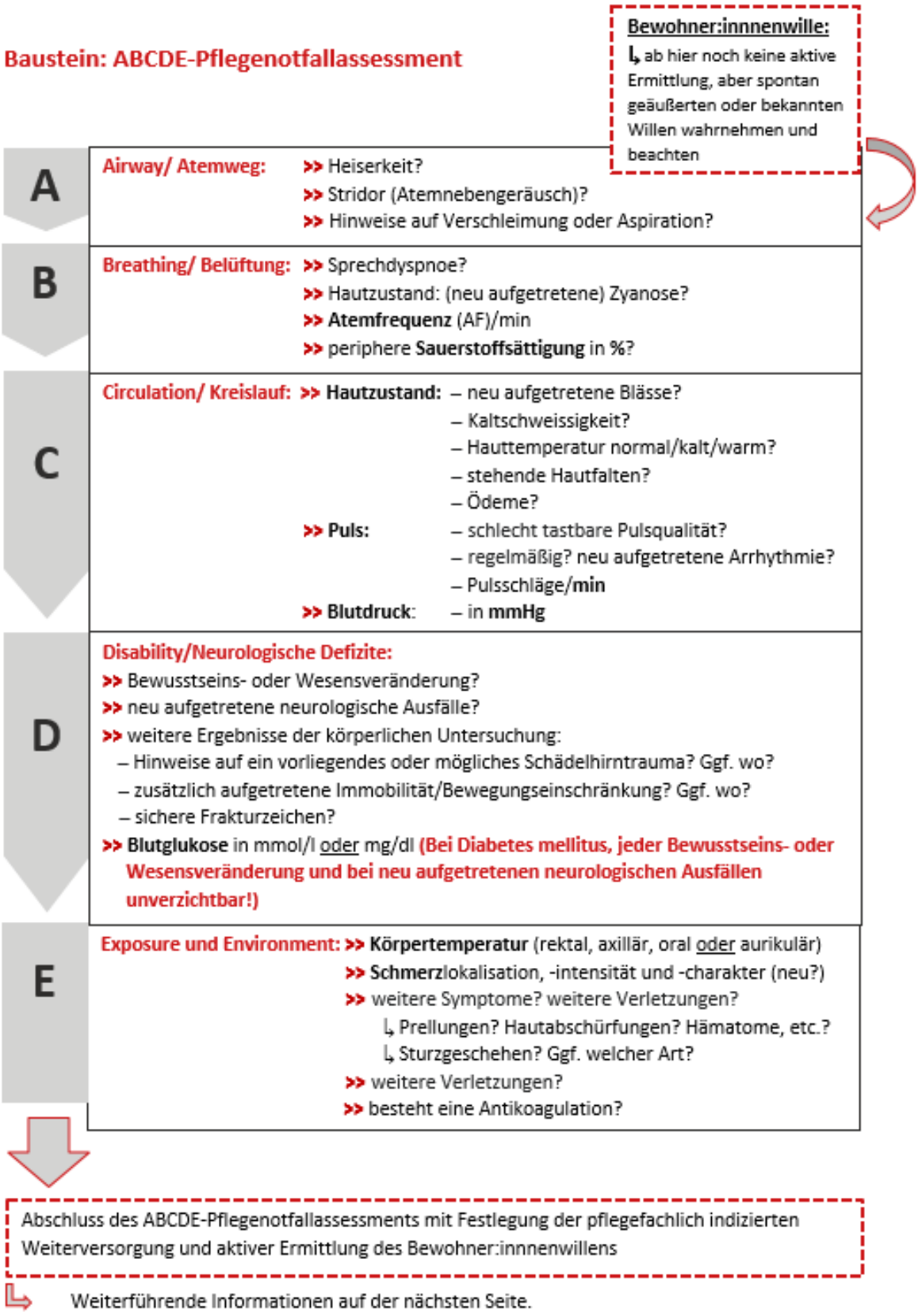
In der Verbindlichkeit des geäußerten Bewohner:innenwillen gilt, dass der letzte, aktuell geäußerte Wille, ob mündlich oder schriftlich (Patientenverfügung etc.) gilt. Auch wenn dieser im Widerspruch zu vorherigen schriftlichen Dokumenten steht. Im Zweifel muss die Einwilligungsfähigkeit der Bewohnerin/des Bewohners überprüft werden (s.o.). Erinnert werden soll an dieser Stelle, dass Bewohner:innen das Recht auf medizinisch unvernünftige Entscheidungen haben, sofern keine gesundheitlichen Einwilligungsvorbehalte seitens einer Betreuung bestehen.

Erlaubt der Bewohner:innenwillen die Umsetzung der pflegefachlich indizierten Weiterversorgung?

>> **Nein:** Konkretisierung der Folgen des Bewohner:innenwillens mit dem/der Bewohner:in und ggf. ihrer/seinen Bevollmächtigten.

>> **Ja:** Umsetzung der pflegefachlich indizierten Weiterversorgung bzw. Abstimmung mit dem gewählten Weiterversorgenden.

6.3.4 Kurzfassung: Baustein „ABCDE-Pflegenotfallassessment“ (Seite 1-2)



Bewertung und Ergebnis bezüglich der pflegefachlich indizierten Weiterversorgung:

- → Einbindung des Rettungsdienstes ohne vorherigen Kontakt zu Ärzt:innen.
- → Ärztliche Entscheidung innerhalb von 4 Stunden; in diesem Zeitfenster muss eine Hausärztin/ein Hausarzt oder der ÄBD erreicht und das weitere Vorgehen festgelegt worden sein. Wenn im vorgesehenen Zeitfenster keine ärztliche Entscheidung erreicht werden konnte, erfolgt ein erneutes ABCDE-Assessment und ggf. ist die Einbindung des Rettungsdienstes ohne vorherigen Kontakt zu Ärzt:innen indiziert.
- → Ärztliche Entscheidung spätestens am nächsten Werktag; in diesem Zeitfenster ggf. ABCDE-Assessment wiederholen. Wenn nach Ablauf dieses Zeitfensters keine ärztliche Entscheidung erreicht werden konnte, ist bei unveränderter Situation eine Abstimmung mit dem ÄBD oder die Einbindung des Rettungsdienstes ohne vorherigen Kontakt zu Ärzt:innen indiziert.
- → Weiterversorgung in der Pflegeeinrichtung ohne externe Abstimmung, ggf. mit Information eines Weiterversorgenden ohne eine Rückmeldung einzufordern.

In der Tabelle „Optionen zur Weiterversorgung im Kontext der ausgewählten Notfallsituationen" (S. 3 bis 6 in dieser Kurzfassung) sind die Möglichkeiten für die Weiterversorgung hinsichtlich der folgenden Notfallsituationen dargestellt: ‚Sturz', ‚Entgleiste Vitalwerte', ‚Auffälliges Verhalten', ‚Neurologische Symptome', ‚Leblosigkeit', ‚Luftnot' und ‚Schmerzen'.

Aktive Ermittlung Bewohner:innenwillen bzgl. der pflegefachlich indizierten Weiterversorgung:

Erlaubt der Bewohner:innenwillen die Umsetzung der pflegefachlich indizierten Weiterversorgung?

- → **Nein**: Konkretisierung der Folgen des Bewohner:innenwillens mit der Bewohnerin/dem Bewohner und ggf. seinen Bevollmächtigten
- → **Ja**: Umsetzung der pflegefachlich indizierten Weiterversorgung → Baustein „Weiterversorgung"

Literaturverzeichnis

[1] Perkins, G.D./Graesner, J.-T./Semeraro, F. et al. (2021) *European Resuscitation Council Guidelines 2021: – Executive summary* in: Resuscitation 161, S. 1–60. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003

[2] Olasveengen, T.M./Semeraro, F./Ristagno, G. et al. (2021) *European Resuscitation Council Guidelines 2021: – Basic Life Support* in: Resuscitation 161, S. 98–114. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009

[3] Scholz B./Gliwitzky B./Bouillon B et al. (2010) *Mit einer Sprache sprechen* in: Notfall + Rettungsmedizin 13, H. 1, S. 58–64. https://doi.org/10.1007/s10049-009-1246-6

[4] NAEMT (2017) *AMLS German: Ein Beurteilungsbasierter Ansatz*. 2. Aufl. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

[5] Rossi, R. (2020) *Konzepte für eine strukturierte Patientenübergabe* in: Notfall + Rettungsmedizin 23, H. 2, S. 93–98. https://doi.org/10.1007/s10049-019-0599-8

[6] Dönitz, S. (2017) *Das Alphabet der Notfallpflege* in: intensiv 25, H. 6, S. 299–303. https://doi.org/10.1055/s-0043-118992

[7] Zimmer, I./Schlechtriemen, T./Groesdonk H et al. (2016) *Fallstricke bei der Versorgung hochbetagter Notfallpatienten* in: Der Notarzt 32, H. 4, S. 161–167. https://doi.org/10.1055/s-0041-108189

[8] Schuster, S./Singler, K./Dormann, H. (2016) *Geriatrische Notfallpatienten* in: Notfall + Rettungsmedizin 19, H. 8, S. 657–665. https://doi.org/10.1007/s10049-016-0232-z

[9] Berliner, D./Schneider, N./Welte, T. et al. (2016) *The Differential Diagnosis of Dyspnea* in: Deutsches Ärzteblatt International 113, H. 49, S. 834–845. https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0834

[10] Schmid, B./Fink, K./Kron, J. et al. (2017) *Dyspnoe in präklinischer und klinischer Notfallmedizin* in: Notfall + Rettungsmedizin 20, H. 5, S. 443–456. https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0834

[11] Landesverband ÄLRD Niedersachsen/Bremen (2021) *NUN - Algorithmen zur Aus- und Fortbildung und als Grundlage zur Tätigkeit von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in Niedersachsen – (NUN = Niedersächsische Umsetzung Notfallsanitätergesetz)* [online]. https://lard-nds.de/download/nun-algorithmen-2021.

[12] Smith, D. T. (2017) *Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient* in: Nursing standard 32, H. 14, S. 51–63. https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11030

[13] Deutsche Sepsis Gesellschaft (2018) *S3-Leitlinie Sepsis. Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge* [online]. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001l_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf.

[14] Gerlach, H. (2017) *Die neue Sepsis-3-Definition – ein mutiger Ansatz* in: Notfall + Rettungsmedizin 20, H. 5, S. 385–389. https://doi.org/10.1007/s10049-017-0311-9

[15] Singer, M./Deutschman, C.S./Seymour, C.W. et al. (2016) *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)* in: JAMA 315, H. 8, S. 801–810. https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287

[16] Projekt HOMERN/Carl von Ossietzky Universität Oldenburg/Universität Bremen (2020) *Soll ich den Rettungsdienst alarmieren?* 2020 03 20 Handreichung_ProjektHOMERN_V2.pdf.

[17] Stillfried, D./Czihal, T./Meer, A. (2019) *Sachstandsbericht: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED)* in: Notfall + Rettungsmedizin 22, H. 7, S. 578–588. https://doi.org/10.1007/s10049-019-0627-8

[18] Robert Koch Institut (2022) *Prävention und Management von COVID-19 in Alten und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen – Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst*. Berlin.

[19] Kluge, S./Janssens, U./Welte, T./Weber-Carstens, T. et al. (2021) *S3-Leitlinie - Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19* [online]. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001LGl_S3_Empfehlungen-zur-stationaeren-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2022-03.pdf [Zugriff am: 30. Mrz. 2022].

[20] Thöns, M. (2017) *Assure That Diagnosis Is Useful to Therapy Goal* in: Deutsches Ärzteblatt International 114, H. 15, S. 271. https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0271a

[21] Pastrana, T./Reineke-Bracke, H./Elsner, F. (2012) *Empfehlung bei Rasselatmung (Recommendations for death rattle)* in: Der Schmerz 26, H. 5, S. 600–607. https://doi.org/10.1007/s00482-012-1215-8

[22] Hortmann, M./Singler, K./Geier, F. et al. (2015) *Erkennen von Infektionen beim älteren Notfallpatienten (Recognition of infections in elderly emergency patients)* in: Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie 48, H. 7, S. 601–607. https://doi.org/10.1007/s00391-015-0903-2

[23] Hrsg. (2019) *Therapieempfehlungen für die Notfallmedizin* [online]. http://agnn-therapie.de/ [Zugriff am: 2. Jul. 2021].

[24] Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie/Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2021) *Angemeldetes Leitlinienvorhaben (geplant 2024) Delir im höheren Lebensalter – Eine transsektoral umsetzbare, interdisziplinär-interprofessionelle Leitlinie zu Delir-Prävention, -Diagnostik und –Therapie beim alten Menschen* [online]. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/109-001.html.

[25] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (2020) *Schlaganfall: S3-Leitlinie – AWMF-Register-Nr. 053-011 DEGAM-Leitlinie Nr. 8* [online]. 053-011l_S3_Schlaganfall_2021-03.pdf [Zugriff am: 1. Jul. 2021].

[26] Wiegele, M./Schöchl, H./Haushofer, A. et al. (2019) *Diagnostic and therapeutic approach in adult patients with traumatic brain injury receiving oral anticoagulant therapy: – an Austrian interdisciplinary consensus statement* in: Critical Care 23, H. 1, S. 62. https://doi.org/10.1186/s13054-019-2352-6

[27] Schütze, K./Gebhard, F./Richter, P.H. (2021) *Der geriatrische Traumapatient* in: Der Notarzt 37, H. 1, S. 30–46. https://doi.org/10.1055/a-1040-1355

[28] Rapp, K./Büchele, G./Dreinhöfer, K. et al. (2019) *Epidemiology of hip fractures: – Systematic literature review of German data and an overview of the international literature* in: Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie 51, H. 1, S. 10–16. https://doi.org/10.1007/s00391-018-1382-z

[29] Geimer, M./Schell, B./Luiz, T. et al. (2009) *Zum Problem des unbemerkten häuslichen Sturzes – – Verzögertes Auffinden hat keinen Einfluss auf das peri-operative Outcome bei hüftnahen Frakturen* in: Notfall + Rettungsmedizin 12, H. 7, S. 1–17. https://doi.org/10.1007/s10049-009-1153-x

[30] Smektala, R./Grams, A./Pientka, L. et al. (2008) *Leitlinie oder Landrecht bei der Versorgung der Schenkelhalsfraktur? – Eine Analyse der Versorgungssituation in Nordrhein-Westfalen* in: Deutsches Ärzteblatt 105, H. 16, S. 297–302. https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0295

[31] DEGAM/DGP (2018) *Sondervoten DEGAM/Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) Stoffwechselziele* in: Deutsche Diabetes Gesellschaft [Hrsg.] *S2k-Leitlinie Diagnostik: Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter*. 2. Aufl. Berlin, S. 14–15.

[32] Bahrmann, A./Wörz, E./Specht-Leible, N./Oster, P. et al. (2014) *Behandlungsqualität des Diabetes mellitus und Inzidenz schwerer Hypoglykämien in stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen. – Heidelberger Diabetesstudie* in: Zeitschrift für Gerontologie 48, H. 3, S. 246–254.

[33] Hrsg. (2020) *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege – Aktualisierung 2020*. Osnabrück.

[34] Sirsch, E./Laekeman, M. -A./Gnass, I. et al. (2017) *Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe – Langversion der multiprofessionellen S3-Leitlinie* [online]. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-001l_S3_Schmerzassessment-bei-aelteren-Menschen_in-der-vollstationaeren_Altenhilfe_2018-02_1_01.pdf [Zugriff am: 1. Jul. 2021].

7 Organisation der Weiterversorgung

7.1 Baustein „Weiterversorgung: Abstimmung der pflegefachlichen Weiterversorgung mit dem Bewohner:innenwillen unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen“

Im vorherigen Baustein ABCDE-Pflegenotfallassessment wurde eine Weiterversorgung gewählt, die pflegefachlich indiziert ist und mit dem Bewohner:innenwillen abgestimmt wurde. Im Baustein „Weiterversorgung**:** Abstimmung der pflegefachlichen Weiterversorgung mit dem Bewohner:innenwillen unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen“ wird nun diese gewählte Weiterversorgung zwischen Pflegefachperson(en) und den gewählten Weiterversorgenden abgestimmt und organisiert. Wenn die gewählte Weiterversorgung einen externen Versorger einbindet, wird dieser ggf. kontaktiert und das weitere Vorgehen besprochen. Danach wird die Umsetzbarkeit der gewählten Weiterversorgung abgeschätzt. Falls die Kontextbedingungen bzw. Begleitumstände (ethisch, politisch-rechtlich, organisatorisch-strukturell, vgl. Kapitel 5: Kontextbedingungen, S. 21ff) die Umsetzung verhindern, werden diese dokumentiert.
Für die Abstimmung mit der Hausarztpraxis, dem ÄBD oder der Rettungsleitstelle sollten neben einer kurzen Beschreibung der Notfallsituation auch die oben unter „Messwerte für die Abstimmung der Weiterversorgung“ genannten Parameter auf Nachfrage angegeben werden können (vgl. Seite 37ff). Zur Vorbereitung der Abstimmung können die erhobenen Messwerte auf der Übergabe-Checkliste notiert werden. Die Übergabe-Checkliste ist folgend im Rahmen des Informationsaustauschs als eine Merkhilfe nutzbar (vgl. Kapitel 7.3.4: Baustein „NOVELLE-Übergabe-Checkliste“, S. 65ff).
Wenn der gewählte Weiterversorgende nicht im vorgesehenen Zeitfenster erreichbar ist, erfolgt eine erneute Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bewohnerin/des Bewohners ab dem Baustein Ersteinschätzung (vgl. Kapitel 6.1: Baustein „Ersteinschätzung“, S. 35f). Das Notfallassessment dieser erneuten Beurteilung endet mit der aktiven Ermittlung des Bewohner:innenwillens für die nun veränderte Notfallsituation. In der Konsequenz ist es möglich, dass der ÄBD oder auch der Rettungsdienst verständigt wird, obwohl dieses ursprünglich weder pflegefachlich indiziert war oder von der/dem Bewohner:in gewollt wurde. Eine derartige Einbindung von ÄBD oder Rettungsdienst wäre durch die jeweiligen Kontextfaktoren begründet (vgl. Kapitel 5: Kontextbedingungen, S. 21ff).

Fallbeispiel: Neu aufgetretene Desorientierung, trüber Urin im Urinbeutel, Körpertemperatur 37,2°C aurikulär, Atemfrequenz 24/min, RR 90mmHg → Verdacht auf Harnwegsinfektion, Sepsis-Screening per qSofa-Score positiv! Der Hausarzt ist nicht innerhalb von vier Stunden erreichbar. Erneute Beurteilung: unverändert. Kontakt zum ÄBD, dieser empfiehlt Verständigung des Rettungsdienstes zwecks Krankenhauszuweisung. Der Rettungsdienst wird verständigt.

Wenn der gewählte Weiterversorgende bei der Abstimmung die Indikation zu einer anderen Weiterversorgung feststellt, ist ebenfalls eine erneute Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bewohnerin/des Bewohners ab dem Baustein Ersteinschätzung empfohlen (vgl. Kapitel XY). Diese umfasst eine aktive Ermittlung des Bewohner:innenwillens für die pflegefachlich nun anders zu beurteilende Notfallsituation. Wenn die/der Bewohner:in diese veränderte Weiterversorgung akzeptiert, wird diese umgesetzt.

Fallbeispiel: Neu aufgetretene Desorientierung, trüber Urin im Urinbeutel, Körpertemperatur 37,2°C aurikulär, Atemfrequenz 24/min, RR 90mmHg → Verdacht auf Harnwegsinfektion, Sepsis-Screening per qSofa-Score positiv! Der Hausarzt ist erreichbar, dieser stellt eine Indikation für eine Krankenhauszuweisung. Bei erneuter Beurteilung durch die Pflegefachperson ist die medizinische Situation unverändert. Die aktive Ermittlung des Bewohner:innenwillens erfolgt unter Einbeziehung des Bevollmächtigten. Dieser stimmt einer Krankenhauszuweisung zu. Der Rettungsdienst transportiert ins Krankenhaus.

Wenn Bewohner:innen diese veränderte Weiterversorgung nicht akzeptieren und die Lebensgefahr verstehen und akzeptieren, wird die durch Hausärzt:innen indizierte Weiterversorgung nicht umgesetzt. In diesen Fällen muss der Weiterversorgende über die Ablehnung der indizierten Krankenhauszuweisung informiert werden (vgl. Kapitel 4: Baustein: Rechtlicher Handlungsrahmen von Pflegefachpersonen im Kontext des Bewohner:innenwillens, S. 13ff).

Fallbeispiel: Neu aufgetretene Desorientierung, trüber Urin im Urinbeutel, Körpertemperatur 37,2°C aurikulär, Atemfrequenz 24/min, RR 90mmHg → Verdacht auf Harnwegsinfektion, Sepsis-Screening per qSofa-Score positiv! Der Hausarzt ist erreichbar, dieser stellt eine Indikation für eine Krankenhauszuweisung. Bei erneuter Beurteilung ist die medizinische Situation unverändert. Die aktive Ermittlung des Bewohner:innenwillens erfolgt unter Einbeziehung des Bevollmächtigten. Dieser lehnt eine Krankenhauszuweisung ab, weil der Patient lieber in Ruhe in seiner Einrichtung versterben wolle, als erneut ins Krankenhaus zu kommen. Der Bewohner/Patient wird weiter in der Einrichtung versorgt und der Hausarzt über die rechtsverbindliche Ablehnung der Krankenhauszuweisung informiert.

In Fällen, in denen diese oder andere Begleitumstände die pflegefachlich indizierte und mit dem Willen der Bewohnerin/des Bewohners abgestimmte Weiterversorgung verhindern, können diese für die interne Dokumentation verwendet werden. Diese Dokumentation dient als Defizitfeststellung und kann für zukünftige günstige Änderungen der Rahmenbedingung in der Organisation genutzt werden.

Pflegeeinrichtungsintern		**Persönlich** (freiwillige Angabe!)	
☐	Personalmangel	☐	Angst und Unsicherheit bezüglich der Notfallsituation
☐	Hohe Arbeitsbelastung	☐	Überforderung
☐	Fehlende Zeit		
☐	Zu geringe Personalqualifikation		
☐	Herausforderungen bei der Schichtbesetzung (Nacht oder Wochenende)		
☐	Nicht ausreichende Ausstattung in der Pflegeeinrichtung (bspw. fehlende Diagnosegeräte)		
☐	Sonstiges _____	☐	Sonstiges _____

Bewohner:innen oder ihre Angehörige betreffend		**Extern**	
☐	Unbekannte Bewohner:in	☐	Informationsverlust durch mangelnde Kommunikation mit Ärzt:innen, Rettungsdienst, Krankenhaus
☐	Wille nicht verfügbar (bspw. Patientenverfügung nicht gefunden)	☐	Hausärzt:in oder ärztlicher Bereitschaftsdienst nicht erreichbar
☐	Druck durch Angehörige	☐	Hausärzt:in oder ÄBD widerspricht pflegefachlicher Einschätzung
		☐	Nicht ausreichende medizinische Unterstützung außerhalb von Praxiszeiten
		☐	Personalmangel in ärztlichen Praxen
		☐	Mangelhaftes Entlassmanagement aus dem Krankenhaus
☐	Sonstiges _____		Sonstiges _____

7.2 Kurzfassung: Baustein „Weiterversorgung: Abstimmung der pflegefachlichen Weiterversorgung mit dem Bewohner:innenwillen unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen“



NOVELLE

Folgende Faktoren können Sie in der Notfallsituation konkret beeinflussen:
• Direkte Kommunikation zu Ärzt:innen • Ausführliche Informationsweitergabe an den Rettungsdienst • Dokumentation der notwendigen Parameter • Objektive Informationsweitergabe • Interpretation des Willens gemeinsam mit den Angehörigen (sofern dies dem Wunsch der Bewohner:innen entspricht) • Information von Angehörigen nach einer Krankenhauszuweisung (sofern dies dem Wunsch der Bewohner:innen entspricht

Begleitumstände, die pflegefachlich indizierte und mit dem Willen des/der Bewohner:in abgestimmte Weiterversorgung verhindern, können für die interne Dokumentation verwendet werden. Diese Dokumentation dient als Defizitfeststellung und kann für zukünftige günstige Änderungen der Rahmenbedingung in der Organisation genutzt werden. Dazu wird folgende Klassifizierung vorgeschlagen:

Pflegeeinrichtungsintern	Persönlich (freiwillige Angabe!)
☐ Personalmangel	☐ Angst und Unsicherheit bezüglich der Notfallsituation
☐ Hohe Arbeitsbelastung	
☐ Fehlende Zeit	
☐ Zu geringe Personalqualifikation	☐ Überforderung
☐ Herausforderungen bei der Schichtbesetzung (Nacht oder Wochenende)	
☐ Nicht ausreichende Ausstattung in der Pflegeeinrichtung (bspw. fehlende Diagnosegeräte)	
☐ Sonstiges _____	☐ Sonstiges _____

Bewohner:innen oder ihre Angehörig betreffend	Extern
☐ Unbekannte Bewohner:in	☐ Informationsverlust durch mangelnde Kommunikation mit Ärzt:innen, Rettungsdienst, Krankenhaus
☐ Wille nicht verfügbar (bspw. Patient:innenverfügung nicht gefunden)	☐ Hausärzt:in oder ärztlicher Bereitschaftsdienst nicht erreichbar
☐ Druck durch Angehörige	☐ Hausärzt:in oder ÄBD widerspricht pflegefachlicher Einschätzung
	☐ Nicht ausreichende medizinische Unterstützung außerhalb von Praxiszeiten
	☐ Personalmangel in ärztlichen Praxen
	☐ Mangelhaftes Entlassmanagement aus dem Krankenhaus
☐ Sonstiges _____	☐ Sonstiges _____

7.3 Interprofessionalität im Kontext der Notfallversorgung

Interprofessionalität im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung bezeichnet eine koordinierte Zusammenarbeit von mindestens zwei unterschiedlichen Berufsgruppen, bei der die Vertreter:innen unterschiedliche Kompetenzen einbringen, die Sichtweisen untereinander berücksichtigen, voneinander lernen und sich ergänzen, um ein gemeinsam definiertes Ziel, wie die Verbesserung der Notfallversorgung von Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen, zu erreichen [1]. Im Kontext der Notfallversorgung stellt die interprofessionelle Zusammenarbeit einen Ansatz dar, um den Herausforderungen in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen zu begegnen. Diese Interaktion ist erforderlich, um die Versorgung von Bewohner:innen unter Wahrung des Bewohner:innenwillens sicherzustellen und die prozessbezogene Kooperation der verschiedenen Akteur:innen zu verbessern [2].
Die folgend erarbeitete theoretische Grundlage sowie die daraus resultierenden Empfehlungen für die Praxis beziehen sich maßgeblich auf nationale Literatur. Zudem fließen Erkenntnisse aus projektinternen Datenerhebungen ein, welche thematisch das interprofessionelle Handeln aus multidisziplinärer Perspektive in Notfallsituationen fokussierten.

7.3.1 Bedeutung der Interprofessionalität im Kontext der Abstimmung mit externen Weiterversorgenden

Ein relevanter Aspekt der vorliegenden Handlungsempfehlungen bildet die Förderung und Sicherstellung der Interprofessionalität. Das Kernelement ist dabei die Steuerung, bzw. die Ermöglichung einer interprofessionellen Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen Pflegefachpersonen und externen Weiterversorgenden. Der interprofessionelle Informationsfluss zu Vorerkrankungen, Vitalwerten, dem Vorhandensein einer Patientenverfügung und sonstigen Auffälligkeiten von Bewohner:innen ist in einer Notfallsituation entscheidend, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen, die Bewohner:innensicherheit zu gewährleisten und den Bewohner:innenwillen zu wahren [3]. Daraus folgt, dass eine strukturierte Kommunikation zwischen allen an der Versorgung beteiligten internen und externen Berufsgruppen sichergestellt sein muss.
Im Rahmen des Projekts NOVELLE erfolgte zur Ermittlung ethischer Aspekte in Notfallsituationen eine qualitative Erhebung der Sichtweisen von Pflegefachpersonen u.a. zu Herausforderungen im Bereich der Kommunikation bzw. Kooperation mit weiteren Akteur:innen in Notfallsituationen. Die Pflegefachpersonen gaben an, dass sie sich insbesondere vom Rettungsfachpersonal in der Notfallversorgung nicht ernst genommen fühlen. Es wird häufig von dem Rettungsfachpersonal die pflegefachliche Kompetenz während der Informationsweitergabe in Frage gestellt und die Entscheidungen des Pflegefachpersonals kritisiert. Zudem gaben die Pflegefachpersonen an, dass Mitarbeiter: innen der Rettungsleitstelle oftmals kritisieren, dass vorschnell ein Notruf abgesetzt wurde [4,5]. Des Weiteren äußerten die befragten Pflegefachpersonen, dass es hilfreich wäre, die Perspektive von Mitarbeiter:innen des Rettungsdienstes, bzw. die von Ärzt:innen in Bezug auf deren Notfallwahrnehmung zu kennen. Ferner besteht beim Pflegefachpersonal der Wunsch nach mehr Anerkennung hinsichtlich pflegerischer und fachlicher Einschätzungen [5]. Diese Aspekte zeigen auf, dass die intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit in Notfallsituationen ein wichtiger Faktor für eine bewohner:innenorientierte Versorgung darstellt [5].

Eine quantitative Befragung zu strukturellen Daten der an NOVELLE teilnehmenden Pflegeeinrichtungen ergab, dass in sechs von 14 Einrichtungen[1], Pflegefachpersonen aus der Arbeitnehmerüberlassung (ANÜ) bzw. aus der Zeitarbeit für die pflegerische Versorgung der Bewohner:innen beschäftigt sind. Dies verdeutlicht eine unsichere Personaldichte und stellt einen herausfordernden Aspekt im Rahmen des Kontextfaktors Abstimmung mit externen Weiterversorgenden dar (vgl. Kapitel 7.1: Baustein „Weiterversorgung: Abstimmung der pflegefachlichen Weiterversorgung mit dem Bewohner:innenwillen unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen“, S. 57f). In Notfallsituationen muss die Versorgung von Bewohner:innen sowie der Informationsfluss zwischen den verschiedenen Akteur:innen sichergestellt sein, um die Bewohner:innensicherheit zu gewährleisten. Daher ist die intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit für die bewohner:innenorientierte Versorgung ein wichtiger Faktor [5,6].
In NOVELLE erfolgten zudem interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Workshops mit Expert:innen aus dem Bereich Pflege, Medizin und Wissenschaft zur Identifikation und Priorisierung relevanter Notfallsituationen. In den Expert:innenworkshops zeigte sich eine unterschiedliche Wahrnehmung von/auf Notfallsituationen zwischen Ärzt:innen, dem Pflegefachpersonal und dem Rettungsfachpersonal. Während Ärzt:innen sowie das Rettungsfachpersonal in der Notfallwahrnehmung den Fokus auf medizinische Gründe und Diagnosen setzen, beziehen Pflegefachpersonen weitere Kontextfaktoren bzw. Begleitumstände ein, die für diese eine Notfallsituation ausmachen. Dieser Umstand verdeutlicht die Vielschichtigkeit bzw. Komplexität von Notfallszenarien bei Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen, sodass das Verständnis der Notfallwahrnehmung der jeweils anderen Berufsgruppe gefördert werden sollte [4,7,8].
Ferner ist die Interprofessionalität hinsichtlich der berufsgruppenübergreifenden Kommunikation und Kooperation im Pflegeberufegesetz (PflBRefG) verankert. Laut PflBRefG § 5 Ausbildungsziel Abs. 3 Satz 3, soll die Ausbildung von Pflegefachpersonen dazu befähigen, interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten sowie individuelle multidisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden zu entwickeln und teamorientiert umzusetzen [9].

7.3.2 Bisherige Konzepte der interprofessionellen Kommunikation in Notfallsituationen

Die bisherig aufgeführten Aspekte verdeutlichen, dass eine Verbesserung der Notfallversorgung in Pflegeeinrichtungen beim fachlichen Austausch zwischen allen beteiligten Berufsgruppen ansetzen sollte. Bereits im Jahr 2008 forderte die WHO in ihrem globalen Aktionsplan zur Patient:innensicherheit die prioritäre Entwicklung von standardisierten Vorgehensweisen zur Kommunikation an allen Schnittstellen der Notfallversorgung [10]. Kernbestandteil der interprofessionellen Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen, Ärzt:innen und Rettungsfachpersonal ist der Übergabeprozess. Gesammelte amerikanische Gesundheitsdaten aus den Jahren 1995 bis2006 belegen, dass die häufigste Ursache für Sentinel-Ereignisse die inadäquate Kommunikation ist. Daher besteht die Notwendigkeit einer interprofessionellen standardisierten Übergabe in Notfallsituationen [11].

[1] 14 an NOVELLE teilnehmende Pflegeeinrichtungen zum Stand 2021

Die *Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V.* (DGINA) entwickelte im Rahmen eines Forschungsprojektes Qualitätsindikatoren für die Versorgung von geriatrischen Notfallpatient: innen, da diese oft atypische Beschwerdebilder, kognitive Einschränkungen und vielschichtige Pflegesituationen aufzeigen (GeriQ-ED©). Der Hintergrund für diese Entwicklung ist die gesetzlich geforderte Qualitätssicherung für Einrichtungen im Gesundheitswesen. Diese zeigen sich in Bestrebungen zur Qualitätssicherung und -verbesserung hin zu einer höheren Sicherheit von geriatrischen Notfallpatient:innen. Die Erarbeitung der Qualitätsindikatoren erfolgte auf Basis der Gütekriterien Wissenschaftlichkeit, Relevanz und Praktikabilität. Zudem flossen u.a. die Evidenzen aus den *Geriatric Emergency Departement Guidelines* in die Erarbeitung der Qualitätsindikatoren ein. Ein entwickelter Qualitätsindikator bezieht sich auf die Kommunikation sowie darauf, welche Informationen in einer Notfallsituation zur Verfügung stehen müssen und gleichzeitig die intersektorale Zusammenarbeit fördern [3,12,13]. Überdies entwickelte die DGINA e.V. mit weiteren 16 Fachgesellschaften und Organisationen, wie u.a. mit dem Malteser Hilfsdienst (MHD e.V.), dem Deutschen Roten Kreuz (DRK e.V.), dem Arbeiter-Samariter-Bund (ASB e.V.) ein Konsensuspapier. Dieses bildet im Kern den Inhalt und die Struktur eines interprofessionellen Übergabeprozesses in Notfallsituationen ab und kann auf alle Schnittstellen übertragen werden. Das Konsensuspapier inkludiert konkrete Empfehlungen für den Prozess der Übergabe an weitere an der Notfallversorgung beteiligte Akteur:innen [11].

Des Weiteren existieren Merkhilfen zur Verbesserung der Kommunikation und des Übergabeprozesses in Notfallsituationen. Die WHO empfiehlt in Bezug auf eine Übergabemerkhilfe die Nutzung des SBAR-Schemas (Situation, Background, Assessment, Recommendation). Bisher liegen in Deutschland nur in einzelnen Fachbereichen Vorgaben und Konzepte für eine strukturierte Übergabe vor. Allerdings wird derzeit in einem zweistufigen Verfahren eine neu entwickelte Merkhilfe validiert, welche bundesweit einheitlich angewandt werden soll [11].

Der European Trauma Course (ECT) lehrt in der Traumatologie neben der Anwendung des schnell strukturieren ABCDE-Schemas zur Erfassung von bedrohlichen Verletzungen und Störungen der Vitalfunktionen das SAMPLER-Schema (symptoms, allergies, medication, past medical history, last oral intake, events, risk factors) für eine strukturierte Anamneseerhebung (symptoms, allergies, medication, past medical history, last oral intake, events, risk factors) heranzuziehen. Es ist als Ergänzung zu dem ABCDE-Schema zu sehen (vgl. Kapitel 6.3: Baustein „ABCDE-Pflegenotfallassessment“, S. 37ff). Das Konzept dient der strukturierten Erarbeitung weiterer relevanter Informationen an die Weiterversorgenden, die grundsätzlich vor Ort erfragt werden. Es gibt Informationen vor, welche für die (Notfall-)Versorgung von Wichtigkeit sind, wie zu Symptomen, Allergien, der Medikation, der Patientengeschichte, der letzten Nahrungsaufnahme, dem letzten Ereignis (welches zum Notfall führte) sowie zu Risikofaktoren (Diabetes mellitus, Hypertonie, etc.) [11].

Im Rahmen erfolgter Gespräche mit Leitungspersonal sowie Pflegefachpersonal der an NOVELLE teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wurde seitens dieser ein Pflegeüberleitungsbogen thematisiert. Dieser Pflegeüberleitungsbogen gibt einrichtungsindividuell persönliche, pflegefachliche, medizinische, zustandsbezogene als auch betreuungsrechtliche Informationen zu den Bewohner:innen in Notfallsituationen an das Rettungsfachpersonal sowie an weitere Weiterversorgende, wie an das Krankenhaus weiter. Dem Projekt NOVELLE liegen inhaltliche Informationen zu verschiedenen Ausführungen von Pflegeüberleitungsbögen vor. Diese zeigen Unterschiede hinsichtlich des Umfangs und des jeweiligen Fokus an Informationen auf.

7.3.3 Integration eines Leitfadens zur Übergabe an Weiterversorgende

Alle bisherig aufgeführten Aspekte verdeutlichen die Notwendigkeit einer interprofessionellen standardisierten Übergabe in Notfallsituationen zur Förderung und Sicherstellung der Bewohner:innensicherheit sowie der intersektoralen und interprofessionalen Zusammenarbeit. Im Rahmen des Projektes NOVELLE erfolgt die Implikation einer einheitlichen Übergabe-Checkliste zur standardisierten Informationsweitergabe im Rahmen der Notfallversorgung von Bewohner:innen von der Pflegeeinrichtung zum Weiterversorgenden. Bei der Übergabe-Checkliste handelt es sich um eine reine Checkliste, welche die Pflegefachpersonen dabei unterstützt, erhobene und gesammelte Parameter des Notfallgeschehens für eine lückenlose Informationsübermittlung an die Weiterversorgenden festzuhalten. Wichtig ist die klare Abgrenzung zu einem Protokoll o.ä., da ein umfangreicher Dokumentationsaufwand durch die Anwendung der Übergabe-Checkliste vermieden werden soll.
Für die Übergabe-Checkliste wurden die Anforderungen und Ziele von Gräff et al. 2020 herangezogen. An der interprofessionellen Übergabe sind mindestens zwei Berufsgruppen beteiligt und es treffen unterschiedliche Fachkompetenzen aufeinander [11]. Damit keine unterschiedlichen Wahrnehmungen und Informationsflüsse entstehen, soll die Übergabe-Checkliste einheitlich nutzbar durch die Gruppe der Pflegefachpersonen, aber auch durch weitere an der Notfallversorgung beteiligter Berufsgruppen sein. Die Übergabe-Checkliste sollte bei Veränderungen des Gesundheitszustands als auch bei medizinischen Notfällen anwendbar sein. Die Checkliste erlaubt u.a. die Integration des ABCDE-Pflegenotfallassessments auf Seite 1 (vgl. Abbildung 6, S. 66) sowie der Ergebnisse der pflegefachlich indizierten Weiterversorgung und der aktiven Ermittlung des Bewohner:innenwillens als auch zusätzlicher Angaben basierend dem SAMPLER-Schema auf Seite 2 (vgl. Abbildung 7, S. 66). Von Wichtigkeit ist, dass die Übergabe-Checkliste Orientierung an Prioritäten findet und demnach zeitsparend aufgebaut ist. Dazu soll diese eine geringe Anfälligkeitsrate von Störfaktoren aufweisen, wie z.B. fehlinterpretierbare Abschnitte.

7.3.4 Baustein „NOVELLE-Übergabe-Checkliste“

Wie im zu vorigen Kapitel aufgeführt, resultieren aus den genannten Anforderungen ausgewählte Ziele formeller und inhaltlicher Art für die NOVELLE-Übergabe-Checkliste. Diese sind:

- >> ein strukturierter Aufbau,
- >> die Erhöhung der Effizienz in Bezug auf die Informationsweitergabe,
- >> die Erleichterung der Weitergabe relevanter Informationen und
- >> die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen beteiligten Akteur:innen in der Notfallversorgung.

Ein relevantes Ziel der Übergabe-Checkliste ist es, eine strukturierte Kommunikation mit weiteren an der Notfallversorgung beteiligten Akteur:innen zu erreichen.
Folgend sind die Vorderseite/Seite 1 (vgl. Abbildung 6: Übergabe-Checkliste zur Abstimmung der Weiterversorgung, Seite 1, S. 66) sowie die Rückseite/Seite 2 (vgl. Abbildung 7: Übergabe-Checkliste zur Abstimmung der Weiterversorgung, Seite 2, S. 67) der Übergabe-Checkliste dargestellt:

Abstimmung mit Weiterversorgenden - Anruf

Bewohner: innendaten	Vorname: Nachname:	
	Alter:	
	Wohnbereich, ggf. Zimmernummer:	
Airway/ Atemweg	• Heiserkeit	☐
	• Stridor (Atemnebengeräusch)	☐
	• Verschleimung/Aspiration	☐
Breathing/ Belüftung	• Sprechdyspnoe	☐
	• Hautzustand (neu aufgetretene) Zyanose	☐
	• Atemfrequenz (AF) /min:	
	• periphere Sauerstoffsättigung in %:	
Circulation/ Kreislauf	• Hautzustand: >> neu aufgetretene Blässe >> Kaltschweissigkeit >> stehende Hautfalten >> Ödeme	 ☐ ☐ ☐ ☐
	>> Hauttemperatur ☐ normal ☐ kalt ☐ warm	
	• Puls: >> schlecht tastbare Pulsqualität >> neu aufgetretene Arrhythmie	 ☐ ☐
	>> Pulsschläge /min:	
	• Blutdruck in mmHg:	
Disability/ (Neurologische) Defizite	• Bewusstseins- oder Wesensveränderung	☐
	• neu aufgetretene neurologische Ausfälle	☐
	• vorliegendes Schädelhirntrauma	☐
	• mögliches Schädelhirntrauma	☐
	• zusätzlich aufgetretene Immobilität nach Sturz	☐
	• sichere Frakturzeichen	☐
	>> sofern ja, folgender Art:	
	• Blutglukose in mmol/l oder mg/dl:	
Exposure und Environment/ Umwelteinflüsse	• Körpertemperatur (rektal, axillär, oral oder aurikulär) in C°:	
	• neu aufgetretene Schmerzen	☐
	>> Lokalisation: >> Intensität nach Schmerzskala: >> Charakter:	
	• weitere Symptome (Prellungen, Hautabschürfungen, Hämatome, etc.)	☐
	>> sofern ja, folgender Art	
	• Sturzgeschehen	☐
	>> sofern ja, welcher Art:	
	• weitere Verletzungen	☐
	>> sofern ja, welcher Art:	
	• Antikoagulation	☐
	>> sofern ja, welche:	

Abbildung 6: Übergabe-Checkliste zur Abstimmung der Weiterversorgung, Seite 1

Ergebnis der pflegefachlich indizierten Weiterversorgung

>> direkte Einbindung des Rettungsdienstes ohne vorigen Arztkontakt	☐
>> Einholung einer ärztlichen Entscheidung innerhalb von 4 Stunden	☐
>> Einholung einer ärztlichen Entscheidung spätestens am nächsten Werktag	☐
>> Weiterversorgung in der Pflegeeinrichtung ohne externe medizinische Abstimmung	☐

Ermittelter Bewohner:innenwille

Aktive Ermittlung	>> Bewohner:in stimmt pflegefachlich indizierter Weiterversorgung zu	☐
	>> Bewohner:in stimmt pflegefachlich indizierter Weiterversorgung nicht zu	☐
Bewohner:innenwille bei Einwilligungsunfähigkeit	• bestehende gesetzliche Betreuung >> sofern ja, Kontaktinformationen weitergegeben	☐
	• vorliegende Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht >> sofern ja, Kopie weitergegeben	☐
	• vorliegende ärztliche Anweisungen/Anordnungen (z.B. ÄNO, PALMA, medizinische Entscheidungshilfe für den Notfall) >> sofern ja, Kopie weitergegeben	☐
	• andere vorliegende Dokumentationen >> sofern ja, welche: >> sofern ja, Kopie weitergegeben	☐

Zusatzinformationen - Übergabesituation an Weiterversorgenden vor Ort

Allergien	• Allergien >> sofern ja, in Übergabe benannt	☐
	• Überempfindlichkeiten >> sofern ja, in Übergabe benannt	☐
Medikation	• aktueller Medikamentenplan ausgedruckt >> Dauermedikation >> Bedarfsmedikation	☐
Patienten-geschichte	• aktueller Arztbrief ausgedruckt >> Vorerkrankungen >> Infektionen und Keimbesiedlungen (z.B. MRSA, etc.) >> sofern ja, in Übergabe benannt	☐
Letzte/r	• letzte Nahrungsaufnahme (Datum, Uhrzeit):	
	• letzter Stuhlgang (Datum, Uhrzeit):	
	• letzter Harn (Datum, Uhrzeit):	
Risikofaktoren/ erweiterte Informationen	• Diabetes	☐
	• Hypertonie	☐
	• zuständige/r Hausärztin/Hausarzt >> Kontaktdaten weitergegeben	☐

Datum/Uhrzeit

zuständige Pflegefachperson (Hdz.)

Abbildung 7: Übergabe-Checkliste zur Abstimmung der Weiterversorgung, Seite 2

7.3.5 Resultierende Empfehlungen für die Organisations- und Handlungsebene

Angliedernd an den theoretischen Rahmen sowie an projektbezogenen Erkenntnissen schließen sich Empfehlungen für die pflegerische Praxis an, welche folgend getrennt für die Organisations- und Handlungsebene aufgezeigt werden.
Folgende Herausforderungen und Faktoren sollten durch die Organisationsebene durch Änderung der Rahmenbedingungen angegangen werden:

>> Personalmangel
>> Pflegefachpersonal mit geringeren Kenntnissen zu Bewohner:innen (Arbeitnehmerüberlassung)
>> Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit
>> Sicherstellung der Informationsweiterleitung an Weiterversorgende
>> Einführung und Förderung der Nutzung der Übergabe-Checkliste
>> Gemeinsame Fortbildungen mit dem Rettungsfachpersonal zur Sensibilisierung der jeweiligen Perspektiven zu Notfallsituationen
>> Gemeinsamer multidisziplinärer Austausch, um die Perspektiven/ Wahrnehmung aller am Notfallmanagement von Bewohner:innen beteiligten Berufsgruppen zu kennen, bspw. Arbeitskreise

Folgende Herausforderungen und Faktoren können durch Pflegefachpersonen in der Notfallsituation im Rahmen der Verständigung bzw. Abstimmung der Weiterversorgung direkt beeinflusst werden:

>> Kommunikation zu Weiterversorgenden
>> Informationsweitergabe durch zuständige Pflegefachperson
>> Nutzung der Übergabe-Checkliste zur strukturierten, objektiven Informationsweitergabe
- Dokumentation der notwendigen Parameter
- Priorisierung der Informationen mithilfe des ABCDE-Pflegenotfallassessments

Eine irrelevante Informationsweitergabe oder unstrukturierte Übergabe kann zu einer falschen Interpretation des Gesundheitszustands führen, was wiederrum ein Risiko einer Schädigung des Zustands zur Folge haben kann. In Anlehnung an Gräff et al. 2020 können folgende Empfehlungen für den Informations- bzw. Übergabeprozess gegeben werden, welche durch die Pflegefachpersonen in der Notfallsituation direkt beeinflusst sind:
Der Weiterversorgende ist vor Ort und es erfolgt eine Weitergabe relevanter Informationen durch die zuständige Pflegefachperson:

>> Kommunikation und Informationsweitergabe an Weiterversorgende
>> Nutzung der Übergabe-Checkliste zur strukturierten, objektiven Informationsweitergabe
- Dokumentation der notwendigen Parameter
- Priorisierung der Informationen mithilfe des ABCDE-Pflegenotfallassessments
- Anamnese sollte sich am SAMPLER-Schema orientieren

>> Crew-Ressource-Management-Prinzipien (CRM) können das Kernelement der Übergabesituation bilden:

- Name/-Alter der Bewohner:in/des Bewohners
- Weitergabe der Informationen zum Notfallereignis erfolgt nach den 4-W-Fragen:
  - Was? (Leitsymptom)
  - Wie? (Beschreibung des Ereignisses)
  - Wo? (Ort des Ereignisses)
  - Wann? (Zeit des Ereignisses)

>> Sicherstellung der Anwesenheit aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen

>> Gewährleistung von Ruhe während der Informationsweitergabe bzw. Übergabe

- Die kurze Übernahme der Versorgung der weiteren Bewohner:innen durch das anwesende Pflegehilfspersonal oder Pflegefachpersonal anderer Bereiche sicherstellen.

Sicherung einer gegenseitigen wertschätzenden Atmosphäre [11].

Literaturverzeichnis

[1] World Health Organization (2010) *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Switzerland.

[2] Poggenburg, S./ Rabady, S./ Bitschnau-Friedl, A. et al. (2019) *Interprofessionalität richtig denken* in: Ärzte Krone 23, S. 25–28.

[3] Schuster, S. (2019) *An der Schnittstelle zwischen Primär- und Notfallversorgung – Besserer Informationsfluss erhöht Sicherheit geriatrischer Patienten* in: Geriatrie-Report 14, H. 1, S. 32–36.

[4] Primc, N./Rubeis, G./Poeck, J. et al. (2021) *Rettungsdienst im Pflegeheim – – die Perspektive der Pflegefachkräfte stärken* in: Notfall + Rettungsmedizin 24, H. 2, S. 105–106. https://doi.org/10.1007/s10049-020-00800-w

[5] Projekt NOVELLE (o.J.) *Ergebnisbericht zum Arbeitspaket AP 1.2: – Ethische Fragen des sektorenübergreifenden Notfall- und Verfügungsmanagements*.

[6] Projekt NOVELLE (2020) *Präsentation NOVELLE – Strukturfragebogen. Ergebnisse. Vorstellung ausgewählter Items, für AP 4 besonders relevant* [online].

[7] Projekt NOVELLE (o.J.) *Ergebnisbericht zum Arbeitspaket 3: – Bildung einer interdisziplinären und berufsübergreifenden Arbeitsgruppe zur Identifizierung und Priorisierung der relevanten Notfallsituationen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, Langfassung* [online].

[8] Schwabe, S./Bleidorn, J./Bretschneider, C. et al. (2021) *„…ärztlich betrachtet ist das ein Bagatellfall“ – Wahrnehmungsunterschiede zwischen Ärzt*innen und Pflegekräften auf Notfallszenarien in Pfle-geeinrichtungen* in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 97, H. 3, S. 108–113. https://doi.org/10.3238/zfa.2021.0108–0113

[9] (Pflegeberufegesetz (PflBG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), zuletzt geändert durch Artikel 9a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754), [10] World Health Organization (2008) *Global priorities for research in patient safety – The Research Priority Setting Working Group* [online]. https://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf?ua=1.

[11] Gräff, I./Pin, M./Seidel, M. et al. (2020) *Empfehlungen zum strukturierten Übergabeprozess in der zentralen Notaufnahme – Konsensuspapier von DGINA, DIVI, BAND, BV-AELRD, VDF, AGBF, DBRD, DRK, MHD, JUH, ASB, FALCK, APS, ABNP, DRF, ADAC* [online]. https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10049-020-00810-8.

[12] Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (2017) *GeriQ - Quality Indicators for Geriatric Emergency Care - – Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Versorgung von geriatrischen Notfallpatienten* [online]. https://www.dgina.de/news/geriq-c-quality-indicators-for-geriatric-emergency-care-entwicklung-von-qualitatsindikatoren-fur-die-versorgung-von-geriatrischen-notfallpatienten_63.

[13] Schuster, S./Singler, K./Dormann, H. (2017) *GeriQ - Quality Indicators for Geriatric Emergency Care – Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Versorgung von geriatrischen Notfallpatienten* [online]. https://www.dgina.de/downloads/geriq_final.pdf.

8 Glossar

ABCDE-Schema	Konzept, welches auf die 1980er Jahre zurückzuführen ist, ursprünglich für die Traumaversorgung geschaffen wurde, mittlerweile in Deutschland jedoch professionsübergreifend bei der Versorgung von Notfallpatient:innen Anwendung findet. Dabei werden notfallmedizinische Parameter innerhalb der Bausteine „Ersteinschätzung“ und „Assessment“ erhoben, deren Abläufe ihrerseits detailliert ausgestaltet sind. [1]
Ärztliche Notfallanordnung	Festlegung von in Notfallsituationen zu ergreifenden medizinischen Maßnahmen, die auf im Vorhinein ermittelten Therapiezielen basieren. „Da der Notfallbogen Anordnungen für konkrete Situationen enthält, stellt er durch die Unterschrift der Patientin/des Patienten über eine ärztliche Anordnung hinaus auch eine vorsorgliche Willensbekundung der Patientin/des Patienten dar. Die/Der behandelnde Ärztin/Arzt bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die/der Betroffene einwilligungsfähig ist und die Tragweite ihrer/seiner Verfügungen verstanden hat. Dies soll das Rettungsfachpersonal und die Pflege(fach)personen im Notfall dazu anhalten, die auch für sie rechtlich verbindlichen Festlegungen, die die Patientin/der Patient zusammen mit ihrem/seinem Arzt getroffen hat, umzusetzen.“ [2]
Anamnese	„Sie ist das Kernstück der Pflegeplanung […] und ein wichtiges Element im Assessment. Die Pflegeanamnese/Informationssammlung ist ein umfassender Akt, innerhalb dessen beobachtet, erfragt, gedeutet, eingeschätzt und informiert wird. Die Pflegeanamnese besteht aus einer guten Gesprächsführung, einer beginnenden Beziehung zur Klientin/zum Klienten und ihren/seinen Bezugspersonen, der Erhebung von Gewohnheiten, Fähigkeiten und Bedürfnissen, Einschränkungen, Erwartungen und Wünschen sowie einer Betrachtung der Gesamtsituation.“ [3]
Antikoagulation	„*(Gerinnungshemmer):* Medikamente, die die Gerinnungsfähigkeit des Blutes herabsetzen. [Sie werden] verabreicht, um eine Thrombose oder Embolie zu behandeln oder bei Risikopatient:innen zu verhindern. Sehr wichtige Medikamente für die Antikoagulation: **Heparin**, **Cumarinderivate**, und die **neuen oralen Antikoagulanzien**.“ [4]
Arrhythmie	„Unregelmäßiger Pulsrhythmus, Herzrhythmusstörung mit unregelmäßigen Zeitabständen zwischen den einzelnen Herzmuskelkontraktionen. Auch in Verbindung mit zu schneller *(Tachyarrhythmie)* oder zu langsamer *(Bradyarrhyhmie)* Herzfrequenz.“ [5]

Betreuungsgericht	Dem Amtsgericht zugeordnet. „Es hat im Bedarfsfall den Betreuer zu bestellen und diesen zu kontrollieren. In Gesundheitsangelegenheiten trifft das Betreuungsgericht zudem auch eine Überwachungspflicht gegenüber dem Bevollmächtigten.“ [6]
Cave	Dabei handelt es sich um eine Redewendung bzw. einen feststehenden Begriff „Achtung, nicht verwenden bei …, auf … achten!“ [7]
Computertomographie	„Eines der wichtigsten, nicht invasiven bildgebenden Verfahren in der Medizin. Sie ermöglicht die überlagerungsfreie Darstellung axialer Schnittbilder des menschlichen Körpers.“ [8]
CRB-65-Score	Dient der ärztlichen Einschätzung des Schweregrads einer Pneumonie mittels folgender Parameter: Vorliegen von Verwirrtheit, einer Atemfrequenz mit einem Grenzwert von 30/Minute, eines diastolischen Blutdruckwerts (≤ 60mm Hg) oder eines systolischen Werts (<90 mm Hg) sowie eines Alters ab 65 Jahren. [9]
Crew Resource Management	„[I]st eine Sammlung von Prinzipien, Methoden und Techniken, um die menschliche Zuverlässigkeit in kritischen Situationen und unter ungünstigen Bedingungen zu erhöhen. CRM dient der Prävention von Fehlern im menschlichen Bereich, sowohl bei Individuen wie in Teams.“ [10]
Dehydration	Störung des Wasserhaushaltes infolge einer mangelnden Flüssigkeitszufuhr oder aufgrund von Flüssigkeitsverlust [11]
Dekubitus	Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften.“ [12]
Delegation	„Bei der Delegation handelt es sich um die Übertragung ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliches Personal, wobei die Ärztin/der Arzt in der ärztlichen und juristischen Verantwortung bleibt.“ [13]
Delir	Ist eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung mit einer Letalität von über 30 % und tritt mit zunehmendem Lebensalter immer häufiger auf. Ein Delir bedarf umgehender Diagnostik und Therapie zur Vermeidung sekundär verbleibender kognitiver Einschränkungen. Das Delir ist klinisch v.a. definiert als akut und fluktuierend auftretende Verwirrtheit, Vorhandensein von Aufmerksamkeitsstörungen und einer vorliegenden organischen Genese, also keiner psychiatrischen Grunderkrankung. [14] Eine transsektoral umsetzbare, interdisziplinär-interprofessionelle Leitlinie zu Delir-Prävention,

	-Diagnostik und –Therapie beim alten Menschen ist in Erarbeitung. [15]
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Entwickelt z.B. die Expertenstandards [16]
Esmarch-Handgriff	„Erlaubt das Vorziehen des Unterkiefers und Öffnen des Mundes beim Bewusstlosen, z.B. um den Mund-Rachen-Raum zu inspizieren und Sekrete, Blut oder Erbrochenes zu entfernen.“ [17]
Expertenstandard	„[E]videnzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patient:innen bzw. Bewohner:innen sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten. Sie stellen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege einschließt.“ [18]
Fremdkörperaspiration	„Teilweise oder kompletter Verschluss der oberen Luftwege durch flüssige oder feste Fremdkörper.“ [19]
Fraktur	„*(Knochenbruch)*: Kontinuitätsunterbrechung eines Knochens unter Bildung von mindestens zwei Bruchstücken **(Fragmenten)**, die durch einen **Bruchspalt** voneinander getrennt werden.“ [20]
Konsensuspapier	„[E]in von mehreren Fachgesellschaften getragenes Statement.“ [21]
Neue orale Antikoagulanzien (NOAK)	Oral einzunehmende Medikamente, die der Antikoagulation (s.o.) dienen. Anders als bei älteren Vitamin-K-Antagonisten sind bei NOAK keine Laborkontrollen notwendig. NOAK sind zur Prophylaxe von Schlaganfällen bei Patient:innen mit Vorhofflimmern, bei der Therapie tiefer Venenthrombosen und pulmonaler Embolien etwa gleich effektiv wie Vitamin-K-Antagonisten. [22]
Notfallsanitäter:in	Die Ausbildung umfasst gemäß §§ 4, 5 NotSanG drei Jahre und befähigt dazu, soziale und personale sowie methodische und fachliche Kompetenzen zu erwerben, um eigenverantwortliches und teamorientiertes Handeln nicht nur bei der Notfallversorgung, sondern auch bei dem Transport von Patient:innen zu gewährleisten. Mit der Einführung diesen Berufsbildes zum 01.01.2014 wurde dasjenige der Rettungsassistent:innen abgelöst (§ 30 NotSanG). [23]
Ödem	„*(Wassersucht):* Flüssigkeitsvermehrung im interstitiellen Raum zwischen den Zellen. Ödeme entstehen durch gesteigerten Austritt von Flüssigkeit aus den Blutgefäßen bzw. verminderten

	Rückfluss in die Gefäße. Sie können lokal (örtlich begrenzt) oder generalisiert (am ganzen Körper) vorhanden sein. Ödeme sind rückbildungsfähig.“ [24]
Patientenwille	„Jede medizinische Maßnahme erfordert eine Einwilligung, in der der Patientenwille zum Ausdruck kommt. […] Sowohl für die Therapiezielplanung als auch die darauf basierende Indikationsstellung ist die Einbeziehung des Patientenwillens notwendig […].“ [25]
qSOFA-Score	Der qSOFA-Score („quick sequential [sepsis-related] organ failure assessment score“) ist ein Screening-Tool für das frühe Erkennen einer Sepsis. Er soll in Rettungsstellen, peripheren Stationen, Pflegeheimen u.a. angewendet werden. Bei Nachweis oder dringenden Verdacht auf eine Infektion und einen qSOFA von mindestens 2 erfüllten der insgesamt 3 möglichen Kriterien (mentale Veränderungen, Atemfrequenz ≥22/min, systolischer Blutdruck ≤100 mm Hg) soll umgehend eine ärztliche Beurteilung und Entscheidung erfolgen. [26]
Rasselatmung	„Ein rasselndes, meist ex-, evtl. auch inspiratorisches Atemgeräusch, hervorgerufen durch Sekretion in Hypopharynx oder Trachea, die vom [Patienten] aufgrund seiner Schwäche und fehlender Reflexe nicht mehr abgeräuspert werden. Obwohl dieses Symptom nicht pathognomisch für den nahen Todeseintritt ist, wird es i.d.R. bei [Patienten] beobachtet, die sich in der Sterbephase befinden.“ [27] Eine Rasselatmung ist also kein diagnostisches Kriterium, das den nahen Todeseintritt anzeigt, sondern ein mögliches Begleitsymptom, das bei Menschen, von denen bekannt ist, dass sie sich in der Sterbephase befinden, auftreten kann.
Remonstration	„[D]as Recht und die Pflicht, eine gefahrengeneigte Versorgung schriftlich und damit nachweislich anzuzeigen. Kann eine Pflegeperson eine ihr angewiesene Maßnahme nicht ausführen, weil sie nicht ausreichend qualifiziert ist oder die Versorgungsqualität nicht für gewährleistet hält, so ist sie verpflichtet, die Umsetzung der Anordnung zu verweigern.“ [28]
Rettungsassistent:in	Nach der in den §§ 3, 4, 7 RettAssG geregelten zweijährigen Ausbildung von Rettungsassisten:innen umfasst deren Aufgabenspektrum lebensrettende Maßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin/des Arztes durchzuführen, die Transportfähigkeit von Notfallpatient:innen sicherzustellen, deren überlebenswichtige Vitalparameter zu prüfen und aufrechtzuerhalten sowie sonstige verletzte bzw. hilfsbedürftige Personen sachgerecht betreut zu befördern. [29]

Rettungsfachpersonal	Oberbegriff, der die Berufsbilder Notfallsanitäter:in und Rettungsassistent:in sowie die Ausbildung Rettungssanitäter:in umfasst. [23] Eine Vollerhebung aus dem Jahr 2016 in der Stadt Braunschweig ergab, dass Notfalleinsätze in Pflegeheimen zumeist ohne die Hinzuziehung notärztlichen Personals abgewickelt werden.
Rettungssanitäter:in	Bei der 520 Stunden umfassenden Ausbildung von Rettungssanitäter:innen handelt es sich um eine Qualifizierung anstelle eines eigenständigen Berufsbildes zu deren Aufgabenspektrum der allgemeine Transport von Patient:innen, der qualifizierte Krankentransport und die Notfallrettung gehören (§§ 1,2 APVO-RettSan). [30]
SAMPLER-Schema	(Kurzanamnese): „(S)ymptome, (A)llergien), (M)edikamenteneinnahme), (P)ersönliche Geschichte), (L)etzte Nahrungsaufnahme), (E)reignisse in Bezug auf das Unfallgeschehen oder die Erkrankung, (R)isikofaktoren […]. Macht es möglich, die wichtigsten Informationen in Notfallsituationen zu erhalten.“ [31]
Schmerztherapie	Eine Schmerztherapie kann auch nicht-medikamentös erfolgen (z.B. durch Lagerung). Eine medikamentöse Schmerztherapie wird grundsätzlich von den behandelnden Ärzt:innen vorgenommen bzw. angeordnet. Deren Voraussetzungen sind die Schmerzeinschätzung und -dokumentation. Eine medikamentöse und nicht medikamentöse Schmerztherapie können sich gegenseitig ergänzen. [32]
Sentinel-Ereignisse	„[E]in unerwartetes Auftreten eines Ereignisses bezeichnet, welches den Tod oder schwere physische oder psychische Schäden der Patientin/des Patienten oder Mitarbeiter:in zur Folge hat. Sentinel events können z. B. durch Medikamentenverwechslung oder deren fehlerhaften Applikationsweg, Transfusionszwischenfälle, Patientenverwechslungen, Operation der falschen Seite, belassene Fremdkörper, durch physische Gewalt an einer/m Mitarbeiter:in, erhöhte kumulative Strahlendosis, Bestrahlung einer falschen Region bzw. Seite, Feuer – Rauch oder Stromschlag im Rahmen der Patientenversorgung auftreten. Jeder Sentinel event sollte zeitnah einer Risikoanalyse zugeführt werden.“ [33]
Sepsis	„Sepsis ist eine lebensbedrohliche Organdysfunktion, verursacht durch eine dysregulierte Wirtsantwort auf eine Infektion.“ [26]
Sprechdyspnoe	„Dyspnoe […] bezeichnet die subjektive Erfahrung von Atembeschwerden wechselnder Qualität und Stärke. […]

	Sprechdyspnoe: durch Dyspnoe eingeschränkter bzw. unterbrochener Sprechfluss (Satzfragmente, einzelne Worte).“ [34]
Überlastungsanzeigen	„Recht und die Pflicht des Arbeitnehmers [.], eine gefahrengeneigte Versorgung schriftlich und damit nachweislich anzuzeigen. […] Durch die Anzeige des Überlastung bei Arbeitsbedingungen, die eine ordnungsgemäße Arbeitsleistung gefährden, wird die Verantwortung der Pflegekraft weitestgehend an die Betriebs-/Einrichtungsleitung weitergeleitet.“ [35]
Validation	„[B]ezeichnet in der professionellen geriatrischen Pflege eine konkrete Methodik, wertschätzend und bestätigend mit älteren, desorientierten oder demenziell erkrankten Personen zu kommunizieren und zu interagieren.“ [36]
Vorbehaltsaufgaben	„In § 4 PflBG werden vorbehaltene Tätigkeiten der beruflich sowie hochschulisch ausgebildeten Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen benannt. Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachkräfte nach § 4 PflBG sind: Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege, Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses, Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.“ [37]
Zyanose	„Blaufärbung der Haut oder der Schleimhaut, verursacht durch einen erhöhten Gehalt an reduziertem (nicht mit Sauerstoff beladenem) Hämoglobin im Blut (über 4-5 g/dl).“ [38]

Literaturverzeichnis

[1] Scholz B./Gliwitzky B./Bouillon B et al. (2010) *Mit einer Sprache sprechen* in: Notfall + Rettungsmedizin 13, H. 1, S. 58–64. https://doi.org/10.1007/s10049-009-1246-6

[2] Zentrale Ethikkommission (2019) *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) der Bundesärztekammer: „Advance Care Planning (ACP)“* in: Deutsches Ärzteblatt 116, H. 50, A-2372. https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.zeko_sn_acp_01

[3] Messer, B. (2012) *100 Tipps für die Pflegeplanung in der stationären Altenpflege*. 2. Aufl. Hannover.

[4] Menche, N. (2017) *Pflegen. Biologie. Anatomie. Physiologie*. München.

[5] Röhm-Kleine, S. (2019) *Herz-Kreislauf-System* in: Menche, N. [Hrsg.] *PflegeHeute*. 7. Aufl. München, S. 67.

[6] Brauer, D. (2013) *Autonomie und Familie. Behandlungsentscheidungen bei geschäfts- und einwilligungsunfähigen Volljährigen*. Berlin/Heidelberg.

[7] Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin (2015) *Medizinische Fachsprache. Skript zum Kurs im Modellstudiengang Humanmedizin*. Berlin.

[8] Oehler, M. (2014) *Interpolations-basierte Sinogrammrestauration zur Metallartefaktreduktion in der Computertomographie*. Wiesbaden.

[9] Schmid, B./Fink, K./Kron, J. et al. (2017) *Dyspnoe in präklinischer und klinischer Notfallmedizin* in: Notfall + Rettungsmedizin 20, H. 5, S. 443–456. https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0834

[10] Rall, M./Dieckmann, P./Hackstein, A. (2020) *Crew Resource Management in der Leitstelle. – Leitsätze für die Arbeit von Disponenten*. 2. Aufl. Edewecht.

[11] Hinkelbein, J./Genzwürker, H. (2011) *Notfallmedizin Kompakt*. 2. Aufl. Stuttgart.

[12] NPIAP/EPUAP/PPPIA (2014) *Prävention und Behandlung von Dekubitus: Kurzfassung der Leitlinie*. 2. Aufl. Australia.

[13] Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (2010) *Position des DBfK zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus* [online]. https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-zu-Delegation-im-Krankenhaus_2010-03-29.pdf [Zugriff am: 16. Feb. 2022].

[14] Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2020) *Delir und Verwirrtheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir*. 5. Aufl. Berlin.

[15] Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie/Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2021) *Angemeldetes Leitlinienvorhaben (geplant 2024) Delir im höheren Lebensalter – Eine transsektoral umsetzbare, interdisziplinär-interprofessionelle Leitlinie zu Delir-Prävention, -Diagnostik und –Therapie beim alten Menschen* [online]. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/109-001.html.

[16] Hochschule Osnabrück (2022) *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – Informationen zum DNQP* [online]. https://www.dnqp.de/informationen-zum-dnqp/ [Zugriff am: 16. Feb. 2022].

[17] Müller, S. (2007) *Memorix Notfallmedizin*. 8. Aufl. Stuttgart.

[18] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2019) *Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards*. Osnabrück.

[19] Flake, F./Hoffmann, B. A. (2018) *Pocket Guide Rettungsdienst*. München.

[20] Menche, N./Keller, C. (2019) *Pflege bei orthopädischen und traumatologischen Erkrankungen* in: Menche, N. [Hrsg.] *PflegeHeute*. 7. Aufl. München, S. 781.

[21] Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (2021) *Konsensuspapier* [online]. https://leitlinien.dgk.org/leitlinien/konsensuspapier/ [Zugriff am: 1. Nov. 2021].

[22] Der Arzneimittelbrief (2014) *Verordnung von NOAK – Nachdenken und abwägen!* in: Der Arzneimittelbrief, H. 12, Art. 96DB01.

[23] *Notfallsanitätergesetz (NotSanG) vom 22.05.2013 (BGBl. I S. 1348), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274)*.

[24] Menche, N. (2021) *Grundlagen der Krankheitslehre* in: Borgiel, U. [Hrsg.] *Altenpflege Heute. Alle Kompetenzbereiche der generalistischen Pflegeausbildung*. 4. Aufl. München.

[25] Birklbauer, A. (2019) *Das Thema Sterben und Tod in Dokumenten der Bioethikkommission* in: Likar, R./Kada, O./Pinter, G./Janig, H. et al. [Hrsg.] *Ethische Herausforderungen des Alters. Ein interdisziplinäres, fallorientiertes Praxisbuch für Medizin, Pflege und Gesundheitsberufe*. Stuttgart, S. 241.

[26] Gerlach, H. (2017) *Die neue Sepsis-3-Definition – ein mutiger Ansatz* in: Notfall + Rettungsmedizin 20, H. 5, S. 385–389. https://doi.org/10.1007/s10049-017-0311-9

[27] Albrecht, E. (2021) *Symptome in der Sterbephase* in: Bausewein, C./Roller, S./Voltz, R. [Hrsg.] *Leitfaden Palliative Care: Palliativmedizin und Hospizbegleitung*. 7. Aufl. München.

[28] Höfert, R. (2011) *Von Fall zu Fall – Pflege im Recht. Rechtsfragen in der Pflege von A – Z*. 3. Aufl. Berlin/Heidelberg.

[29] *Rettungsassistentengesetz (RettAssG) vom 10.07.1989 (BGBl. I S. 1384), zuletzt geändert durch Artikel 19 des Gesetzes vom 02.12.2007 (BGBl. I S. 2686)*.

[30] *Verordnung über die Ausbildung und Prüfung für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter vom vom 2. Oktober 2007 (Nds. GVBl. S. 473), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. März(APVO-RettSan)*.

[31] Semmel, T. (2020) *ABCDE – die strukturierte Beurteilung von Notfallpatienten* in: Elsevier Emergency, H. 1, S. 60–61.

[32] Böhmer-Breuer, R. (2021) *Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen* in: Böhmer-Breuer, R./Herrmann, E. [Hrsg.] *Pflegen.: Fokus Alter Mensch*. München, S. 102.

[33] Mutschler, W./Euteneier, A. (2020) *Klinisches Schaden- und Risikomanagement* in: Der Unfallchirurg 123, H. 1, S. 5. https://doi.org/10.1007/s00113-019-00745-x

[34] Kroegel, C. (2014) *Leitsymptome und Leitbefunde* in: Kroegel, C./Costabel, U. [Hrsg.] *Klinische Pneumologie: Das Referenzwerk für Klinik und Praxis*. Stuttgart, S. 209.

[35] Kahla-Witzsch, H. A./Platzer, O. (2018) *Risikomanagement für die Pflege – Ein praktischer Leitfaden*. 2. Aufl. Stuttgart.

[36] Schraut, V. (2020) *Validation* in: Schraut, V./Trögner, J. [Hrsg.] *PflegeHeute: Geriatrische Pflege*. München, S. 198.

[37] Kriesten, U. (2021) *Praxisanleitung – gesetzeskonform, methodenstark & innovativ – So setzen Sie das Pflegeberufegesetz praktisch um*. Hannover.

[38] Fley, G. (2019) *Pflege bei Atemwegs- und Lungenerkrankungen* in: Fley, G./Schneider, F. [Hrsg.] *PflegeHeute: Pädiatrische Pflege*. München, S. 108.