

Evaluierung des Pilotprojekts „Acute Community Nursing“

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Notruf NÖ GmbH

Evaluierung des Pilotprojekts „Acute Community Nursing“

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Petra Kozisnik
Sabine Pleschberger

Unter Mitarbeit von:

Regina Aistleithner
Marie-Luise Schmidt
Martin Zuba

Projektassistenz:

Petra Groß

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin wieder.

Wien, im Jänner 2022
Im Auftrag der Notruf NÖ GmbH

Zitervorschlag: Kozisnik, Petra; Pleschberger, Sabine (2022): Evaluierung des Pilotprojekts „Acute Community Nursing“. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P1/4/5228

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Im Pilotprojekt ACN der Notruf NÖ GmbH werden die Berufsbilder des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Notfallsanitäterin / des Notfallsanitäters in Form der Acute Community Nurse zusammengeführt, wodurch für Personen mit akuten Gesundheitsproblemen ein Unterstützungsangebot geschaffen werden soll, welches eine niederschwellige professionelle Hilfe und Einschätzung der akuten Situation ermöglicht. Insbesondere Versorgungslücken – vor allem an Wochen- und Tagesrandzeiten sowie an Sonn- und Feiertagen – sollte mit dem neuen aufsuchenden Angebot für akute Gesundheitsprobleme „rund um die Uhr“ begegnet werden.

Methoden

Die Pilotphase des Projekts sollte evaluiert werden, wobei die Nutzbarkeit der Ergebnisse für die Designerstellung zentral war. Es wurde eine Steuerungsgruppe installiert, mit der Zielsetzungen der Evaluierung und Anliegen an diese konkretisiert wurden. Das Evaluationsdesign umfasste quantitative Datenanalysen sowie qualitative Methoden wie z. B. Workshops mit dem ACN-Team, Case-Studies sowie Interviews mit Stakeholderinnen und Stakeholdern. Die Zusammenführung der Daten und die methodische Triangulation aus den unterschiedlichen Erhebungen erfolgte unter Bezugnahme auf ein theoretisches Modell, das nach dem systemischen Ansatz davon ausgeht, dass sich professionelles Handeln in Situationen vollzieht, und geeignet schien, um das Handeln der ACN umfassend zu verstehen und zu beschreiben.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse wurden zur Einschätzung des Projekterfolgs entlang dreier Wirkungsebenen organisiert, die sich auf die Projektziele bezogen: (1) Versorgungssystem, (2) Nutzer:innen bzw. Patientinnen/Patienten sowie (3) Berufsbild(er). Dabei wurde deutlich, dass das Berufsbild Acute Community Nursing in der Pilotregion eine sinnvolle Ergänzung des Angebotsspektrums darstellt. Es ermöglicht einen Verbleib in der häuslichen Umgebung bei akuten Gesundheitsproblemen, was dabei hilft, „nutzlose“ Ambulanzbesuche bzw. Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Dies kommt insbesondere Nutzergruppen wie z. B. älteren und hochbetagten Menschen entgegen, für die Krankenhausaufenthalte negative Folgen evozieren können. Wesentlich zum Gelingen des Projekts haben wohl das starke Engagement und die hohe Qualifizierung der ACN sowie eine solide Ausstattung beigetragen. Dies sicherzustellen könnte im Falle einer weiteren Ausrollung in Niederösterreich zu einem Schlüsselfaktor werden. Darüber hinaus erscheint es wesentlich, die Vernetzung und Kooperationsbeziehungen zur bestehenden Versorgungslandschaft in den betreffenden Regionen von Beginn an proaktiv und in Form strukturierter Maßnahmen zu betreiben.

Schlüsselwörter

Acute Community Nursing,

Inhalt

| | |
|--|------|
| Kurzfassung | III |
| Abbildungen..... | VII |
| Tabellen | VIII |
| Abkürzungen..... | IX |
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Gegenstand des Auftrags | 1 |
| 1.2 Evaluationsgegenstand | 2 |
| 2 Methodisches Vorgehen..... | 3 |
| 2.1 Evaluationsansatz | 3 |
| 2.2 Ablauf der Evaluation | 6 |
| 2.2.1 Konzeptionsphase..... | 6 |
| 2.2.2 Umsetzungsphase und Erhebung..... | 7 |
| 2.2.3 Synthese der Daten | 9 |
| 2.2.4 Berichtsphase..... | 9 |
| 2.3 Datenbasis und Stichprobe..... | 10 |
| 3 Das Pilotprojekt ACN | 11 |
| 3.1 Pilotregion | 11 |
| 3.2 Qualifikation der ACN | 11 |
| 3.3 Aufgabenfeld | 13 |
| 4 Ergebnisdarstellung | 14 |
| 4.1 Anlässe für Einsätze der ACN | 14 |
| 4.1.1 Zielgruppe | 15 |
| 4.1.2 Einsatzzeitpunkte..... | 16 |
| 4.2 Einsatzfeld der ACN | 17 |
| 4.2.1 Einsatzort | 20 |
| 4.3 Erleben und Verarbeiten der Situation durch Akteursgruppen | 21 |
| 4.3.1 Sicht der ACN..... | 22 |
| 4.3.2 Perspektive der Klientinnen und Klienten | 25 |
| 4.4 Interaktionsstrukturen | 27 |
| 4.5 Dimension der Institution..... | 28 |
| 4.5.1 Qualifikationsprofil der ACN im Pilotprojekt..... | 28 |
| 4.5.2 Ausstattung im Pilotprojekt | 30 |
| 4.5.3 Integration in die Organisation und Sicherheitsgefühl | 32 |
| 4.5.4 Wissensmanagement..... | 34 |
| 4.5.5 Autonomie in der eigenen beruflichen Praxis und Kontrolle über diese..... | 35 |
| 4.6 Ausgestaltung der Einsatzsituationen durch ACN | 38 |
| 4.6.1 Handlungsweisen der ACN, illustriert an Fallbeispielen | 39 |
| 4.6.2 Kompetenzbereiche der ACN..... | 44 |
| 4.6.3 Klinische Entscheidungsfindung | 46 |
| 4.6.4 Interventionen der ACN | 47 |
| 4.6.5 Wirkung des ACN-Angebots..... | 50 |
| 5 Perspektive der Stakeholder:innen auf das Angebot..... | 52 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.1 | Perspektiven auf den Bedarf..... | 52 |
| 5.1.1 | Fehlende aufsuchende Angebote | 52 |
| 5.1.2 | Zeitliche Versorgungslücken..... | 54 |
| 5.1.3 | Mangelnde Ausstattung..... | 54 |
| 5.2 | Dimensionen der Zusammenarbeit..... | 57 |
| 5.3 | Potenzial von ACN | 58 |
| 5.3.1 | Hohe Professionalität als Merkmal | 59 |
| 5.3.2 | Funktion als Türöffnerin..... | 59 |
| 5.3.3 | Lotsinnenfunktion..... | 60 |
| 5.3.4 | Da-Sein als Form der professionellen Beziehung | 60 |
| 5.3.5 | Die Perspektive auf einzelne Nutzergruppen..... | 61 |
| 5.4 | Verbesserungspotenziale | 62 |
| 6 | Zusammenführung und Schlussfolgerungen..... | 64 |
| 6.1 | Wirkungsebene 1: Versorgungssystem | 64 |
| 6.2 | Wirkungsebene 2: Nutzer:innen bzw. Patientinnen/ Patienten..... | 68 |
| 6.3 | Wirkungsebene 3: „Berufsbild(er)“..... | 68 |
| | Quellen | 71 |
| | Anhang | 73 |

Abbildungen

| | | |
|-----------------|---|----|
| Abbildung 2.1: | Konstituierende Merkmale einer Pflegesituation..... | 5 |
| Abbildung 2.2: | Phasen des Evaluationsvorhabens..... | 6 |
| Abbildung 4.1: | ACN-Einsätze nach Altersgruppen | 15 |
| Abbildung 4.2: | ACN-Einsätze nach Geschlecht der Patientinnen/Patienten | 16 |
| Abbildung 4.3: | Einsätze nach Wochentagen | 16 |
| Abbildung 4.4: | ACN-Einsätze nach Tageszeit | 17 |
| Abbildung 4.5: | Einsätze nach Monaten..... | 20 |
| Abbildung 4.6: | Einsatzorte nach Häufigkeit..... | 20 |
| Abbildung 4.7: | Verteilung der Einsätze nach Wohnbezirken | 21 |
| Abbildung 4.8: | Folgeeinsätze nach Altersgruppen..... | 26 |
| Abbildung 4.9: | ACN-Einsätze nach Altersgruppen: Folgeeinsätze im Vergleich zu allen Einsätzen | 26 |
| Abbildung 4.10: | Einsatzdauer: Verteilung in Minuten, alle Einsätze | 36 |
| Abbildung 4.11: | Dauer der Folgeeinsätze in Minuten | 37 |
| Abbildung 4.12: | Häufigkeit durchgeführter Interventionen an/mit Sonden und anderen zu- bzw. ableitenden Systemen | 48 |
| Abbildung 4.13: | Verteilung aller Einsätze nach erhobenem Clinical Frailty Score bei betreuten Personen | 49 |
| Abbildung 4.14: | Clinical Frailty Score bei Personen mit Folgeeinsätzen und Einsätzen gesamt | 50 |

Tabellen

| | | |
|--------------|---|----|
| Tabelle 2.1: | Forschungsansatz, Erhebungsmethoden und Datengrundlage..... | 4 |
| Tabelle 2.2: | Parameter für die quantitative Auswertung aus der elektronischen Dokumentation..... | 7 |
| Tabelle 2.3: | Datengrundlage und Erhebungen pro Case (Klinik/Krankenhaus)..... | 10 |
| Tabelle 3.1: | Qualifikation und Berufserfahrung der ACN | 12 |

Abkürzungen

| | |
|---------|---|
| ACN | Acute Community Nurse/Nursing |
| AZ | Allgemeinzustand |
| ECN | Emergency Communication Nurse |
| EKG | Elektrokardiogramm |
| HKP | Hauskrankenpflege |
| KH | Krankenhaus |
| NSF-NKV | Ausbildung in der allgemeinen Notfallkompetenz – Venenzugang und Infusion (NKV) |
| PAG | Projektarbeitsgruppe |
| RD | Rettungsdienst |
| SOP | Standard Operating Procedures |

1 Einleitung

Unter der Federführung der Notruf NÖ GmbH startete am 18. Mai 2020 das Pilotprojekt Acute Community Nurse (ACN) in der Region Bruck an der Leitha (NÖ). Mit diesem Projekt soll eine zeitnahe Betreuung bei akuten gesundheitlichen Problemen in Ergänzung und nicht in Konkurrenz zu bestehenden Systemen angeboten werden.

Im Pilotprojekt ACN der Notruf NÖ GmbH werden die Berufsbilder des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Notfallsanitäterin / des Notfallsanitäters in Form der Acute Community Nurse zusammengeführt, wodurch für Personen mit akuten Gesundheitsproblemen ein Unterstützungsangebot geschaffen werden soll, welches eine niederschwellige professionelle Hilfe und Einschätzung der akuten Situation ermöglicht. Insbesondere Versorgungslücken – vor allem an Wochen- und Tagesrandzeiten sowie an Sonn- und Feiertagen – sollte mit dem neuen aufsuchenden Angebot für akute Gesundheitsprobleme „rund um die Uhr“ begegnet werden.

Ein Bedarf nach einer Versorgungsalternative für akute Gesundheitsprobleme insbesondere an Tages- und Wochenrandzeiten sowie in der Nacht trat aus Sicht der Notruf NÖ GmbH vor allem für Gebiete mit geringer Infrastruktur in der Gesundheitsversorgung immer deutlicher zutage. Dies umfasst insbesondere geografische Gebiete, in denen keine flächendeckende allgemeinmedizinische Versorgung besteht und große Distanzen für Gesundheits- und Notfallversorgung zu überwinden sind. Im Bezirk Bruck an der Leitha hatten sich, beruhend auf den Erfahrungen der Notruf NÖ GmbH und der Rettungsorganisationen, die o. g. Versorgungsprobleme gezeigt, weshalb diese Region für die Pilotierung des Projekts ausgewählt wurde. Mit der Zusammenführung der Kompetenzen aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege und aus der notfallmedizinischen Versorgung / dem Rettungswesen in der beruflichen Rolle der Acute Community Nurse sollten demnach nicht erforderliche Krankenhausaufenthalte und Rettungstransporte in der Pilotregion vermieden werden, indem es vor Ort zu einer Herbeiführung einer Problemlösung kommen sollte.

Die GÖ FP wurde im Frühjahr 2020 auf Basis eines entsprechenden Designs und Anbots mit der Evaluierung des Pilotprojekts in Bruck an der Leitha beauftragt.

1.1 Gegenstand des Auftrags

Das Konzept des Pilotprojekts verfolgt durch den Einsatz von Acute Community Nurses folgende Zielsetzungen:

- » Verbesserung der Versorgungsqualität durch *trouble shooting*, insbesondere an Tagesrandzeiten, nachts und an Wochenenden bzw. Feiertagen
- » Reduzierung von Ambulanzkontakten und Hospitalisierungen durch Einsatz/Pflege/Behandlung im häuslichen Umfeld in Akutsituationen
- » Unterstützung des niedergelassenen Bereichs / der Primärversorgung durch Übernahme von Hausbesuchen in Akutsituationen durch ACN

- » höhere Lebensqualität chronisch kranker/pflegebedürftiger und alter Menschen durch Verhinderung langer Transportwege und Wartezeiten
 - » Optimierung der Versorgungsqualität durch Nahtstellenmanagement und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen: niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, ambulanten Diensten, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern und anderen in der Region
- » Stärkung der notfallmedizinischen Versorgung / des Rettungswesens durch Zusammenarbeit mit ACN mit erweiterten Kompetenzen für den Rettungseinsatz
- » im Pilotbetrieb Erarbeiten eines zukunftssträchtigen Tätigkeitsprofils für ACN unter Bezugnahme auf die analysierten Leistungsdaten der Pilotierung sowie Erarbeiten rettungsdienstlicher und pflegerischer Versorgungsstandards für „Akutsituationen“ und ihrer Umsetzung samt Evaluation

Der Einsatz der Acute Community Nurse in NÖ fußt des Weiteren auf folgenden NICHT-Zielen:

- » Eingriff in die Regelversorgung durch bestehende Gesundheitsanbieter und -einrichtungen (Fokus nur auf Versorgungslücken [„trouble shooting“])
- » Integration in den operativen Arbeitsprozess der ambulanten Dienste
- » Konkurrenzsituation mit anderen Stakeholderinnen/Stakeholdern
- » wiederkehrende Routinetätigkeiten über längere Zeiträume
- » gewerblicher Einsatz

1.2 Evaluationsgegenstand

Bei der Entwicklung des Evaluationsdesigns wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass mit dem gegenständlichen Vorhaben in Österreich Neuland betreten wurde und einige Aspekte der Umsetzung erst im Prozess entwickelt werden konnten. In der ersten Phase der wissenschaftlichen Begleitung der Implementierung der Acute Community Nurse (ACN) in Bruck an der Leitha erfolgten demnach vorbereitende Arbeiten für die Evaluierung. Die zweite Phase umfasste die wissenschaftliche Evaluierung des Projekts im engeren Sinn mit der Bewertung der Zielerreichung und Wirkung. Ein Mixed-Methods-Design unter Einsatz verschiedener Methoden kam in der Evaluierung zur Anwendung.

Aus Ressourcengründen konnten in der Evaluierung nicht alle relevanten Aspekte aufgegriffen werden: Eine Erfassung der Nutzerperspektive (Zufriedenheit der Kundinnen/Kunden) sowie eine umfassende ökonomische Evaluierung waren nicht Gegenstand der Untersuchung. Letzteres wurde in einer ersten Phase geprüft, und schließlich wurde davon Abstand genommen. Als Basis für die ökonomische Evaluierung wäre ein statistischer Nachweis einer Wirkung der Intervention erforderlich, der aufgrund der geringen Fallzahlen im Pilotprojekt methodisch nicht indiziert war. Über einen qualitativen Ansatz sollten Hinweise auf Wirksamkeit und ggf. auf deren ökonomische Dimensionen explorativ erfasst werden. Im nachfolgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen ausführlicher beschrieben.

2 Methodisches Vorgehen

Evaluationsforschung zeichnet sich durch die systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden aus, die Aussagen über das Funktionieren eines Untersuchungsgegenstands erlauben (Flick 1995). In der Forschungspraxis kommen je nach Untersuchungsgegenstand quantitative und qualitative Methoden zum Einsatz bzw. werden diese miteinander verknüpft. In diesem Kapitel wird der methodische Ansatz für diese Evaluation vorgestellt und begründet.

2.1 Evaluationsansatz

Bei der Implementierung von Acute Community Nurses im Bezirk Bruck an der Leitha stand die Nutzbarkeit der Ergebnisse sowohl für die umsetzenden Personen, die Organisation selbst als auch für die Auftraggeberin im Vordergrund. Deshalb orientiert sich der gewählte Evaluationsansatz an der *utilization-focused evaluation* (Patton 2008), bei der die Nutzbarkeit der Ergebnisse einer Evaluierung zentral ist. Diesem Ansatz folgend, wurde eine Steuerungsgruppe installiert, mit der Zielsetzungen und Anliegen formuliert wurden. In weiterer Folge entwickelte das Forschungsteam, daran orientiert, einzelne methodische Bausteine, mittels deren Daten zur *Überprüfung* der Zielsetzungen gesammelt und ausgewertet wurden.

Die Workshops mit der Steuerungsgruppe dienten im Prozess auch der Validierung des Vorgehens, der Arbeitsprodukte und Ergebnisse.

Die Konkretisierung der Evaluationsziele einschließlich ihrer Priorisierung mit der Steuerungsgruppe („Woran könnte man erkennen, dass das Projekt erfolgreich war?“) ergab folgenden Fokus für das Projekt ACN:

1. Reduktion von Ambulanzkontakten und Hospitalisierungen durch Einsatz/Pflege/Behandlung im häuslichen Umfeld in Akutsituationen
2. höhere Lebensqualität chronisch kranker/pflegebedürftiger und alter Menschen durch Verhinderung langer Transportwege und Wartezeiten
3. Optimierung der Versorgungsqualität durch Nahtstellenmanagement und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen: niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ambulanten Diensten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie anderen in der Region
4. im Pilotbetrieb Erarbeiten eines zukunftssträchtigen Tätigkeitsprofils für ACN unter Bezugnahme auf die analysierten Leistungsdaten der Pilotierung sowie Erarbeiten rettungsdienstlicher und pflegerischer Versorgungsstandards für „Akutsituationen“ und ihrer Umsetzung samt Evaluation

Aus dieser Schwerpunktsetzung resultiert die Anforderung einer interdisziplinären Herangehensweise in der Evaluation. Berufs- und Kompetenzprofil erforderten eine pflegewissenschaftliche Perspektive. Die Fragestellung, auf welchen Versorgungsbedarf das Angebot reagiert und ob mit dem Angebot bestehende Lücken im Versorgungssystem geschlossen werden (können), erforderte

wiederum einen gesundheitswissenschaftlichen Ansatz. Dessen unterschiedlichen Perspektiven und Disziplinen konnte mit einem Mixed- Methods-Ansatz am besten Rechnung getragen werden.

In Tabelle 2.1 werden die verwendeten Ansätze und Erhebungsmethoden für die Überprüfung der Zielsetzungen angeführt.

Tabelle 2.1:
Forschungsansatz, Erhebungsmethoden und Datengrundlage

| Evaluationsziel | Erhebungsmethode |
|---|---|
| 1. Reduktion von Ambulanzkontakten und Hospitalisierungen durch Einsatz/Pflege/Behandlung im häuslichen Umfeld in Akutsituationen 2. höhere Lebensqualität chronisch kranker/pflegebedürftiger und alter Menschen durch Verhinderung langer Transportwege und Wartezeiten 3. im Pilotbetrieb Erarbeiten eines zukunftssträchtigen Tätigkeitsprofils für ACN unter Bezugnahme auf die analysierten Leistungsdaten der Pilotierung sowie Erarbeiten rettungsdienstlicher und pflegerischer Versorgungsstandards für „Akutsituationen“ und ihrer Umsetzung samt Evaluation | quantitative Dokumentenanalyse |
| | Case-Study |
| | Dokumentenanalyse (Protokolle der Projektarbeitsgruppe etc.) |
| | leitfadengestützte Interviews mit der Projektleitung |
| 4. Optimierung der Versorgungsqualität durch Nahtstellenmanagement und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen: niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, ambulanten Diensten, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern und anderen in der Region | leitfadengestützte Interviews mit Stakeholderinnen/Stakeholdern |

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Der **Case-Study-** und Mixed-Methods-Ansatz der Evaluation sollten ...

- » den Kontext und Einflussfaktoren in die Untersuchung einbeziehen,
- » das Einsatzfeld und die Kompetenzen der Acute Community Nurses konkretisieren,
- » die Rolle der Acute Community Nurse im Gesundheitssystem darstellen,
- » das Potenzial, das Leistungsspektrum und die Inanspruchnahme der Acute Community Nurse aufzeigen,
- » eine Basis bzw. Indikatoren für ggf. weitere quantitative Analysen schaffen und
- » eine mögliche Entlastung des Gesundheitssystems aufzeigen.

Die qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch nach Kuckartz (2012) mithilfe der Software MAXQDA ausgewertet.

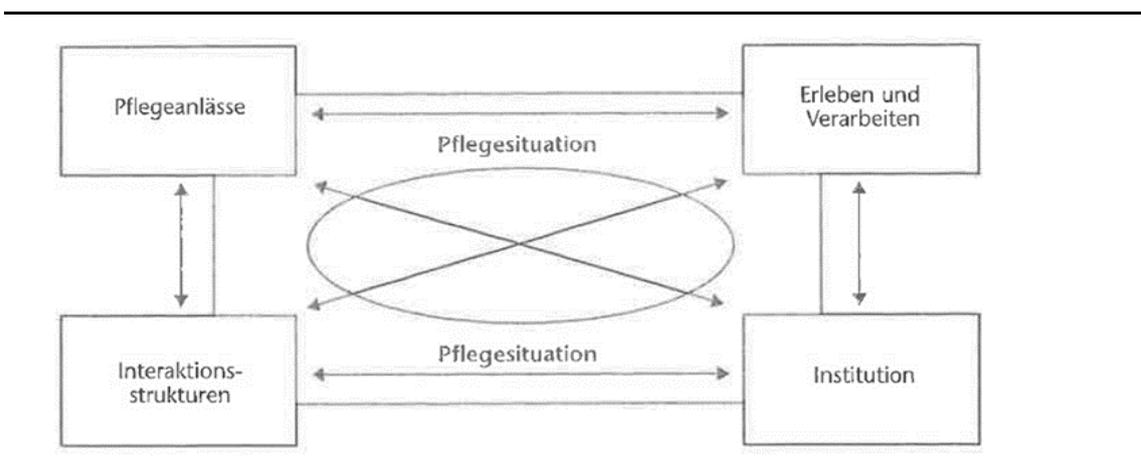
Die Zusammenführung der Daten und die methodische Triangulation aus den unterschiedlichen Erhebungen erfolgte auf Ebene der Ergebnisse. Hierzu wurde als theoretisches Modell der systemische Ansatz zum Handeln in Pflegesituationen nach Hundenborn (2007b) gewählt. Der system-

mische Ansatz geht davon aus, dass sich eine Situation durch gleichbleibende Merkmale konstituiert und sich professionelles Handeln in Situationen vollzieht: *„Das Handeln von Menschen in Situationen ist im hohen Maße davon abhängig, wie sie die Situation deuten.“* (Hundenborn 2007b)

Die Betrachtung und Zusammenführung der erhobenen Daten unter dem systemischen und situationsbezogenen Ansatz ermöglicht die Erfassung der Gesamtsituationen mit objektiven und subjektiven Anteilen sowie eine Deutung und Interpretation der Situation mit einer Sichtbarmachung zugrunde liegender Kompetenzen. Der auf Kaiser (1983) zurückgehende Ansatz geht von einer Vergleichbarkeit von Situationen aus. Er definiert Situationen als *„Orte, an denen menschliche Handlungsfähigkeit eingefordert ist, an denen sie sich äußert, an denen sie sich bewährt oder scheitern kann“*. Hundenborn ergänzt hierzu Folgendes: *„Wenngleich Situationen immer einmalig und einzigartig sind, gibt es dennoch etwas Wiederkehrendes und Gemeinsames, das ermöglicht, Situationen miteinander zu vergleichen.“* (Hundenborn 2007b)

Die Vergleichbarkeit entsteht durch wesentliche Merkmale, die Situationen konstituieren. Diese Merkmale sind, basierend auf Kaiser und dem von Hundenborn/Kreienbaum (1994) weiterentwickelten Verständnis der Pflegesituation, der Pflegeanlass, das Erleben und Verarbeiten, die Interaktionsstrukturen, die Institution und der Pflegeprozess. Sie kommen in jeder Pflegesituation zum Tragen und beeinflussen das pflegerische Handeln und die Handlungsmöglichkeiten. In Bezug auf das Pilotprojekt werden die konstituierenden Merkmale auf die Situationen der ACN übertragen und für die Analyse der Ergebnisse herangezogen. Das Handeln der Acute Community Nurses vollzieht sich ebenfalls in Situationen und ist abhängig von deren Gestaltung. Dabei bringen die Acute Community Nurses sowohl Kompetenzen aus dem Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ein als auch aus dem Berufsbild Notfallsanitäter:in.

Abbildung 2.1:
Konstituierende Merkmale einer Pflegesituation



Quelle: Hundenborn, Kreienbaum und Knigge-Demal in Hundenborn (2007)

Hundenborn und Kreienbaum entwickelten 1994 einen systemischen Ansatz, dem ein situatives Verständnis zugrunde liegt und welcher der Veranschaulichung der Strukturen pflegerischen Handelns dient. Wie in methodischer Hinsicht erläutert, erfolgt die Zusammenführung der Ergebnisse

nach dem systemischen Ansatz mit den konstituierenden Merkmalen einer Pflegesituation wie in Abbildung 2.1 dargestellt. In Übertragung des Modells auf die Situation der ACN wird für den Pflegeanlass der Begriff Anlass gewählt und für die Pflegesituation der Begriff Situation.

2.2 Ablauf der Evaluation

Es gilt vorab festzuhalten, dass die Projektumsetzung zur Implementierung der ACN im Bezirk Bruck an der Leitha und ihre Evaluation in die Zeit der COVID-19-Pandemie fielen. Dies führte teilweise zu Verzögerungen im geplanten Ablauf der Evaluation. In Abbildung 2.2 ist der Ablauf der Evaluation, wie er sich tatsächlich gestaltete, dargestellt. In den nachfolgenden Abschnitten werden die einzelnen Phasen näher beschrieben und wird ggf. auf etwaige zeitliche Verschiebungen eingegangen.

Abbildung 2.2:
Phasen des Evaluationsvorhabens



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

2.2.1 Konzeptionsphase

Die Konzeptionsphase umfasste die Entwicklung des Evaluationsvorgehens und -designs. In dieser Phase wurden Festlegungen für das Evaluationsvorhaben und dessen Umsetzung erarbeitet und präzisiert. Hierfür wurde eine Steuerungsgruppe eingerichtet und in diese Arbeiten einbezogen. Die Steuerungsgruppe setzte sich aus Vertretern der Geschäftsführung, der ärztlichen Leitung, der Projektleitung und Fachexperten der Notruf NÖ GmbH zusammen. Die Konzeptionsphase, in der zwei Steuerungsgruppensitzungen stattfanden, erstreckte sich von Juni 2020 bis Oktober 2020. Für die Validierung erster Ergebnisse und Arbeitsprodukte sowie für die Abstimmung und Information über das Vorgehen und den Fortschritt der Evaluation wurde im Juli 2021 eine 3. Steuerungsgruppensitzung durchgeführt.

2.2.2 Umsetzungsphase und Erhebung

Die Umsetzungsphase der Evaluation ist charakterisiert durch die Abfolge der unterschiedlichen Erhebungsphasen, welche teils parallel, teils fortlaufend und teils nachgereiht erfolgten.

Quantitative Dokumentenanalyse

Der Beobachtungszeitraum für die quantitative Analyse der elektronischen Dokumentation wurde gemeinsam mit der Steuerungsgruppe auf die Zeitspanne von 1. 1. 2021 bis 31. 5. 2021 festgelegt. Die Eingrenzung der Parameter aus der elektronischen Einsatzdokumentation und der spezifischen Dokumentation der ACN erfolgte ebenfalls gemeinsam mit der Steuerungsgruppe.

Die Festlegung der zu untersuchenden Parameter wurden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ACN-Teams kommuniziert, um für den Beobachtungszeitraum eine möglichst vollständige Dokumentation der ausgewählten Parameter herzustellen. Die Daten zu ausgewählten Indikatoren aus der elektronischen Dokumentation für den Beobachtungszeitraum 1. 1. 2021 bis 31. 5. 2021 übermittelte die Notruf NÖ GmbH der Gesundheit Österreich GmbH ohne Personenbezug in einem Excel-Format. Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv, und die Ergebnisse wurden in einer Sitzung mit der Steuerungsgruppe validiert.

Die festgelegten Parameter aus der elektronischen Dokumentation für die quantitative Untersuchung sind unter Tabelle 2.2 angeführt.

Tabelle 2.2:

Parameter für die quantitative Auswertung aus der elektronischen Dokumentation

| |
|--|
| elektronische Transportdokumentation |
| » Geburtsjahr |
| » Geschlecht |
| » Postleitzahl |
| » Einsatzcode |
| elektronische ACN-Dokumentation |
| » Notfallort/Einsatzort |
| » Patientenvorgeschichte (Vorerkrankungen und zurückliegende medizinische Ereignisse nach Prüfung hinsichtlich Dokumentationsqualität) |
| » letzter Krankenhausaufenthalt |
| » Clinical Frailty Scale/Score |
| » Sondeninterventionen: Katheterwechsel, Gefäßzugang etc. |
| » Wohnsituation (alleinlebend etc.) |
| elektronische Einsatzdokumentation |
| » Anzahl der Einsätze |
| » wiederkehrende Einsätze bei Patientinnen/Patienten in den Zeitspannen < 60 h und > 60 h |

Quelle und Darstellung: GÖG

Case-Study-Erhebung

Im Workshop mit der Projektarbeitsgruppe im Dezember 2020 wurden zur Schärfung des Rollenprofils idealtypische Situationen und Erfolgsfaktoren für einen Einsatz der ACN identifiziert. Für die Fallauswahl im Case-Study-Ansatz wurden die aus dem Workshop erarbeiteten Merkmale und Charakteristika für idealtypische Einsätze herangezogen. Ein Template zur Fallbeschreibung, orientiert an der *CARE-Leitlinie für Fallschilderungen in der Pflege* (Gagnier et al. 2014), wurde von den Mitarbeiterinnen der Gesundheit Österreich GmbH entwickelt und mit der Projektarbeitsgruppe abgestimmt. Auf Grundlage des Templates beschrieben die ACN in weiterer Folge sechs idealtypische Fälle sowie einen kontrastierenden Fall, bei dem ein Einsatz aus Sicht der ACN nicht erforderlich gewesen wäre. Die insgesamt sieben Fallschilderungen wurden unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen anonymisiert der Gesundheit Österreich GmbH übermittelt.

Die Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und die Zwischenergebnisse in der Steuerungsgruppe am 16. 7. 2021 vorgestellt, diskutiert und mit dem weiteren Vorgehen in der Evaluation abgestimmt.

Mehrmals über den Evaluationszeitraum hinweg wurde die Projektleitung mittels eines leitfadengestützten Interviews (je Quartal) zu den Rahmenbedingungen sowie Änderungen in der Projektumsetzung befragt. Insgesamt wurden im Zeitraum von Dezember 2020 bis Dezember 2021 vier Interviews geführt.

Qualitative Dokumentenanalyse

Für die Evaluierung des Tätigkeitsprofils wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, indem in den Projektarbeitsgruppen zum Rollenprofil und zum Aufgabenprofil mit den ACN gearbeitet wurde. Es fanden Workshops mit der Projektarbeitsgruppe statt, in denen interaktiv und prozessorientiert an relevanten Themen gearbeitet wurde. Daraus entstanden Protokolle und Dokumente, die in weiterer Folge systematisch für die Evaluation herangezogen und inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

Leitfadengestützte Interviews mit Stakeholderinnen und Stakeholdern

Ergänzend zum ursprünglich geplanten Evaluationsvorhaben wurde im Laufe der Umsetzung die Bewertung des Gelingens des Schnittstellenmanagements und der Einpassung des Angebots der ACN in die regionale Versorgungsstruktur in das Evaluationsvorhaben aufgenommen. Für die Erschließung dieser Perspektive wurden sieben leitfadengestützte Interviews mit Stakeholderinnen und Stakeholdern via Telefon oder Videokonferenz sowie mit Expertinnen und Experten an der Schnittstelle zu anderen Organisationen bzw. Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen via Telefon und Videokonferenzen geführt. Des Weiteren wurden Erkenntnisse aus den Workshops mit der Steuerungsgruppe und der Projektarbeitsgruppe für die Evaluation des Schnittstellenmanagements genutzt.

Die Auswertung der Protokolle, Dokumente, Transkripte der Interviews erfolgte inhaltsanalytisch nach Kuckartz (2012). Die Erstellung des Codierparadigmas orientierte sich an dem zugrunde liegenden Modell zur Gestaltung einer Pflegesituation nach Hundenborn/Knigge-Demal (1996). Die Transkripte der Interviews mit den Stakeholderinnen/ Stakeholdern wurden mit dem Programm MAXQDA offen codiert und werden im Ergebnisbericht gesondert dargestellt.

Aus der Steuerungsgruppe wurden Vertreter:innen nachfolgender Stakeholder:innen für ein Interview vorgeschlagen. Die Gesundheit Österreich GmbH wählte aus dem vorgeschlagenen Personenkreis Interviewpartner:innen aus. Die mündliche Zustimmung der interviewten Personen wurde auf Tonband festgehalten, und die Transkripte wurden anonymisiert. Zitate, Aussagen und Ergebnisse aus den Interviews wurden gleichfalls anonymisiert. Der Notruf NÖ GmbH wurde nicht mitgeteilt, mit welchen Personen schlussendlich die Durchführung der Interviews stattfand. Insgesamt wurden sieben Interviews mit Personen aus den unten angeführten Einrichtungen geführt:

- » Rettungsdienst
- » niedergelassene Allgemeinmediziner:innen
- » Krankenanstalt mit spezieller regionaler Versorgungsfunktion (Landeskrankenhaus Hainburg)
- » Pflege- und Betreuungszentren in der Region
- » Hauskrankenpflegeeinrichtungen
- » Primärversorgungseinrichtung Schwechat
- » mobiles Palliativteam
- » Notruf NÖ GmbH – Akutteam Sozialarbeit
- » Notruf NÖ GmbH – Emergency Medical Dispatcher (Disponenten)
- » Emergency Communication Nurse 1450

2.2.3 Synthese der Daten

Die Datenanalyse und die Interpretation erfolgten analog den einzelnen Erhebungsschritten und zusammenführend im Zeitraum von September 2021 bis Dezember 2022. Auf Basis des systemischen Ansatzes von Hundenborn/Kreienbaum (1994) wurden qualitative und quantitative Daten zusammengeführt und im Lichte der anfangs gesetzten Fragestellungen und Zielsetzungen interpretiert.

2.2.4 Berichtsphase

In der letzten Evaluationsphase wurden die Ergebnisse in Form eines Endberichts aufbereitet. Die Finalisierung verzögerte sich etwas aufgrund des späteren Beginns der Stakeholderinterviews. Der Endbericht soll der Auftraggeberin zur Unterstützung der Berichtspflichten gegenüber dem Fördergeber sowie Letzterem als Entscheidungsgrundlage für weitere Projektentscheidungen in NÖ dienen.

2.3 Datenbasis und Stichprobe

Die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Erhebungsschritte ergeben jene Datenbasis, auf welcher der vorliegende Evaluationsbericht beruht.

Tabelle 2.3:
Datengrundlage und Erhebungen pro Case (Klinik/Krankenhaus)

| Erhebungsmethode | Interview | Interview | Steuerungsgruppen | Projektarbeitsgruppen | Fallbeschreibungen | Dokumentenanalyse |
|------------------------------------|----------------|-------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| Funktion/Perspektive | Projektleitung | Stakeholder:innen | Führungsebene | ACN | ACN | ACN |
| Anzahl Personen/Fallbeschreibungen | 1 | 7 | 4-5 | 4 | 7 | 799 Einsätze |
| Erhebungen/Ereignisse | 4 | 7 | 3 | 3 | | 1 |

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Für das Einholen der Stakeholderperspektive erfolgte die Auswahl der Personen in enger Absprache mit der Auftraggeberin, welche dazu zunächst einen Pool an möglichen Interviewpartnerinnen und -partnern identifizierte, bei denen sie um Teilnahme anfragte. Aus dieser Liste, die der GÖG übermittelt wurde, wählte das Evaluationsteam schließlich die Stichprobe aus und führte nach Zustimmung durch die Interviewpartner:innen die Interviews durch. Es erfolgte keine Rückmeldung oder Information an die Auftraggeberin darüber, wer tatsächlich interviewt worden war.

3 Das Pilotprojekt ACN

Ergänzend zu den Ausführungen in der Einleitung soll in diesem Kapitel das Pilotprojekt ACN in Bruck an der Leitha (NÖ) etwas ausführlicher vorgestellt werden, um den Gegenstand der Evaluierung, darunter auch die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit von ACN, zu beschreiben.

3.1 Pilotregion

Das Projekt war zur Pilotierung im Bezirk Bruck a. d. Leitha (NÖ) angesiedelt. Die Auswahl für diese Pilotregion erfolgte aufgrund der dortigen vergleichsweise geringen Einwohnerdichte, des fehlenden Notarztsystems sowie der Tatsache, dass das nächstgelegene Krankenhaus relativ weit entfernt ist (> 20 km). Diese „periphere Randlage“ schien für den innovativen Einsatz einer ACN in Form eines Pilotprojekts im Vergleich zu anderen Regionen prädestiniert (NÖ 2022).

In Hinblick auf die Tatsache, dass im Bezirk Bruck a. d. Leitha nur jeder neunte Notarzteinsatz auch eine notärztliche Versorgung erfordert, und den Umstand, dass der lokale Rettungsdienst als Transportmittel zur medizinischen Basisversorgung genutzt wird, obwohl diese vor Ort geleistet werden könnte, weist auf einen Optimierungsbedarf in Bezug auf den Einsatz von Ressourcen hin. Ebenso erfolgt der überwiegende Anteil der Rettungseinsätze erfahrungsgemäß bei älteren Personen, diese wiederum reagieren besonders sensibel auf Ortsveränderungen und sind auch speziell dahingehend gefährdet, dass es bei ihnen zu negativen Folgen eines Krankenhausaufenthalts kommt. Solche Folgen (z. B. Drehtüreffekte, Risiko von Delir, nosokomialer Infektionen etc.) fallen sowohl hinsichtlich qualitativer Gesichtspunkte als auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht ins Gewicht. Seitens des Notrufs NÖ wird je nach Berechnungsvariante unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und einer gleichbleibenden Versorgungsstrategie eine Einsatzerhöhung von 10–15 Prozent bis ins Jahr 2020 bzw. 36 Prozent bis ins Jahr 2030 prognostiziert (Redelsteiner et al. 2017). Dies legt nahe, dass zum einen innovative Ansätze für eine patientenorientierte Versorgung und zum anderen die Realisierung eines Best Point of Service durch eine qualitätsvolle Akutversorgung im extramuralen Bereich – die Rolle von ACN erfüllt beide Kriterien – vielversprechend sind. Um dies zu erproben, wurde das Pilotprojekt ACN im Mai 2020 gestartet.

3.2 Qualifikation der ACN

Die Zusammenführung bzw. Verschränkung zweier eigenständiger Berufe – des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und der Notfallsanitäterin / des Notfallsanitäters – zur ACN sollte bewirken, dass die ACN von Erfahrungen, Wissen und Grundhaltung aus beiden Berufsfeldern im Einsatz profitieren kann. In der Kombination beider Berufsbilder wurde das Potenzial verortet, das zu einer Lösung der bestehenden Problematik der Sicherstellung der notfallmedizinischen/rettungsdienstlichen Versorgung beitragen kann (Redelsteiner et al. 2017).

Als Trägerin des Projekts fungierte die Notruf NÖ GmbH. Die örtliche Anbindung und der Stützpunkt der ACN wurden am Rettungstützpunkt des Roten Kreuzes in Bruck an der Leitha situiert, der aufgrund der geografischen Lage in der Mitte der Pilotregion als dafür gut geeignet eingestuft wurde. ACN sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit einer Ausbildung in der besonderen Notfallkompetenz gemäß SanG § 12 mit aufrechter Berufsberechtigung gemäß § 27 GuKG. Seitens des Notrufs NÖ wurden an die Qualifikation der ACN mindestens drei Jahre Berufserfahrung im Bereich der innerklinischen Akutversorgung eingefordert.

Noch im Vorfeld der Evaluierung wurde das Team formiert: Konkret waren im Evaluationszeitraum sieben Personen Teil des ACN-Teams, das entspricht ungefähr sechs VZÄ. Der Leiter des Teams war nicht selbst als ACN tätig, sondern verantwortete die Projektumsetzung und die Integration in die Notruf NÖ GmbH. Die Mitarbeiter:innen des Teams weisen ein breites Spektrum an Qualifikationen auf: Sechs der sieben ACN hatten mehr als drei Jahre Berufserfahrung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege. Bei einer Person kam es zu einer Ausnahme, da sie bereits jahrelange Erfahrung aus dem notfallmedizinischen/rettungsdienstlichen Bereich mitbrachte. Des Weiteren absolvierten drei der ACN eine Spezialisierung in Intensivpflege in der Gesundheits- und Krankenpflege gemäß GuKG § 17, und vier der sieben ACN absolvierten ein Studium im Gesundheitsbereich (siehe Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1:
Qualifikation und Berufserfahrung der ACN

| ACN | Notfallsanitäter:in | DGKP | Spezialisierung GuKG § 17 | Studium im Gesundheitsbereich | Hochschulreife | Sonstiges |
|-------|------------------------|------------------|--------------------------------|---|----------------|------------|
| ACN 1 | NSF-NKV (RD seit 2012) | DGKP (seit 2012) | Intensivpflege | ANP-Studium | Matura | Mag. phil. |
| ACN 2 | NSF-NKV (RD seit 2008) | DGKP (seit 2003) | Intensivpflege | | | |
| ACN 3 | NSF-NKV (RD seit 2007) | DGKP (seit 2013) | | Medizinstudium | Matura | |
| ACN 4 | NSF-NKV (RD seit 2010) | DGKP (seit 2018) | | Engineering-Studium Digital Health Care | Matura | |
| ACN 5 | NSF-NKV (RD seit 2001) | DGKP (seit 2007) | Spezialisierung Intensivpflege | | Matura | |
| ACN 6 | NSF-NKV (RD seit 2011) | DGKP (seit 2016) | | ANP-Studium | Matura | |
| ACN 7 | NSF-NKV (RD seit 2014) | DGKP (seit 2017) | | | Matura | |

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Die als ACN-Beschäftigten Mitarbeiter:innen hatten noch zahlreiche Aus-, Fort- und Weiterbildungen vorzuweisen wie unter anderem in den Bereichen Lehrsanitäter:in, Gutachter:in für Pflegegeldeinstufung, Intensivtransportkurs, Pre Hospital Trauma Life Support (PHTLS), Advanced Medical Life Support (AMLS), Advanced-Life-Support-Provider-Kurs des European Resuscitation Council, European Paediatric Advanced Life Support (EPALS), Emergency Paediatric Care (EPC) etc.

3.3 Aufgabenfeld

Die Inanspruchnahme der Leistung einer ACN gestaltet sich wie folgt: Im Pilotprojekt war es so vorgesehen, dass die ACN nach standardisierter Triage über die Notrufnummern 144, 141 und die Gesundheitshotline 1450 aktiv werde sollte. Die Anrufe wurden von sogenannten Emergency Communication Nurses (ECN) hinsichtlich der Dringlichkeit und Lebensbedrohlichkeit in Versorgungsstufen eingeteilt. Anrufe aus dem Bezirk Bruck/Leitha die eine Begutachtung und Intervention vor Ort benötigten – aber nicht notfallmedizinisch waren – oder eine dringliche Krankenhausaufnahme erforderten, wurden der ACN zugewiesen. Gemäß der „Alarm- und Ausrückordnung“ der Notruf NÖ GmbH sollten die ACN akute pflegerische Interventionen, Ersteinschätzung und Erstversorgung im Bereich der Primärversorgung und auch Notfalleinsätze aus jenem Bereich übernehmen, zu dem bis dato Notfallärztinnen und Notfallärzte entsandt wurden (NÖ 2022).

Darüber hinaus sollte eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den ACN und den Stakeholderinnen/Stakeholdern in der Gesundheits- und Pflegeversorgung durch regelmäßigen Informationsaustausch während oder nach Interventionen und eine dichte Vernetzung mit allen Stakeholderinnen und Stakeholdern forciert werden, um den vorhandenen Bedürfnissen und Versorgungsdefiziten zu begegnen.

In Hinblick auf die institutionellen Rahmenbedingungen und die Anbindung war es Zielsetzung des Projekts, durch flache Hierarchien kleine autonom handelnde Teams zu etablieren, die rasch agieren können. Dabei wurden eine Identifikation mit der Notruf NÖ GmbH und die Integration in diese als wesentlich erachtet und nicht als Widerspruch gesehen.

Schlussendlich sollte die fundierte Ausbildung in präklinischer Notfallmedizin sowie Gesundheits- und Krankenpflege die ACN dazu befähigen, rund um die Uhr akut erforderliche pflegerische und Erstversorgungen zu leisten sowie Dringlichkeitseinschätzungen am Wohnort durchzuführen (NÖ 2022; Redelsteiner et al. 2017)

4 Ergebnisdarstellung

Die Darstellung und Zusammenführung der Ergebnisse folgt, wie im Kapitel 2.1 zu den Methoden beschrieben, dem systemischen Ansatz von Hundenborn/Kreienbaum (1994). Beginnend mit den Anlässen für Einsätze der ACN, erfolgt die weitere Ergebnisbeschreibung entlang den konstituierenden Merkmalen betreffend das Erleben einer Situation, den Rahmenbedingungen und den vorherrschenden Interaktionsstrukturen.

4.1 Anlässe für Einsätze der ACN

Entsprechend den theoretischen Grundlagen sind Anlässe als relevante Einflussgrößen in Bezug auf das Handeln in Situationen zu sehen, die ein berufliches Handeln erforderlich machen und Kompetenzen erfordern (Hundenborn 2007a). In der nachfolgenden Ergebnisdarstellung wird exploriert, welche Anlässe in den Daten identifiziert werden konnten und welche Sichtweisen zu diesen Anlässen bestehen.

Nachfolgend wird die technische Genese der Einsätze kurz erläutert. Als Ausgangspunkt für die Einsätze der ACN konnten bei der Notruf NÖ GmbH ein [ENREF_7](#)gehende Anrufe über die Notruf-, Service- und Beratungsnummern 144, 141, 1450 festgemacht werden. In weiterer Folge kam es zu einer standardisierten Abfrage durch eine sogenannte Emergency Communication Nurse (ECN). Basierend auf der standardisierten Abfrage, erfolgte die Festlegung einer Versorgungsstufe und damit wiederum die Zuweisung eines Einsatzmittels (wie Rettungswagen, Notarztmittel, Ärztedienst, psychosozialer Dienst, ACN etc.) Je nach Versorgungsstufe ist es zu einer Zuweisung an die ACN gekommen oder eben nicht. Eine ECN und Mitarbeiterin des Notrufs NÖ schilderte im Experteninterview der Stakeholder:innen den Ablauf folgendermaßen:

„Grundsätzlich bekommen wir die Anrufe. Wir fragen dann standardisiert ab, und da kommt eine gewisse Versorgungsstufe raus. Innerhalb einer gewissen Versorgungsstufe haben wir die Möglichkeit, die ACN hinzuschicken – jetzt im Moment eben nur für Bruck an der Leitha, also den Bezirk. Da schauen wir dann eben, in welchem Rahmen wir sie hinschicken können, und machen das über das System, also über den Computer. Da geben wir denen die Info, was das Problem ist. Die erhalten das auf einen Pager. Wenn wir noch zusätzliche Informationen haben, rufen wir sie an und sagen ihnen zusätzlich ein paar Informationen“ (INT_1)

Für ein gegenseitiges Verständnis des Aufgabenfelds und die Präzisierung der Zuweisungen von Einsätzen an die ACN wurden während der Projektumsetzung auch Hospitationen von ECN im Team der ACN ermöglicht. Feedbackschleifen zwischen den beteiligten Personen nach den Einsätzen haben zur Qualitätsentwicklung beigetragen und den handelnden Personen Sicherheit gegeben, wie eine ECN im folgenden Zitat anschaulich ausführt:

„Es war nicht unangenehm, und ich habe mich nicht unsicher gefühlt, wenn ich die (ACN) dann doch hingeschickt habe, denn auf der einen Seite habe ich gewusst: Das wird definitiv jetzt gesehen – gerade

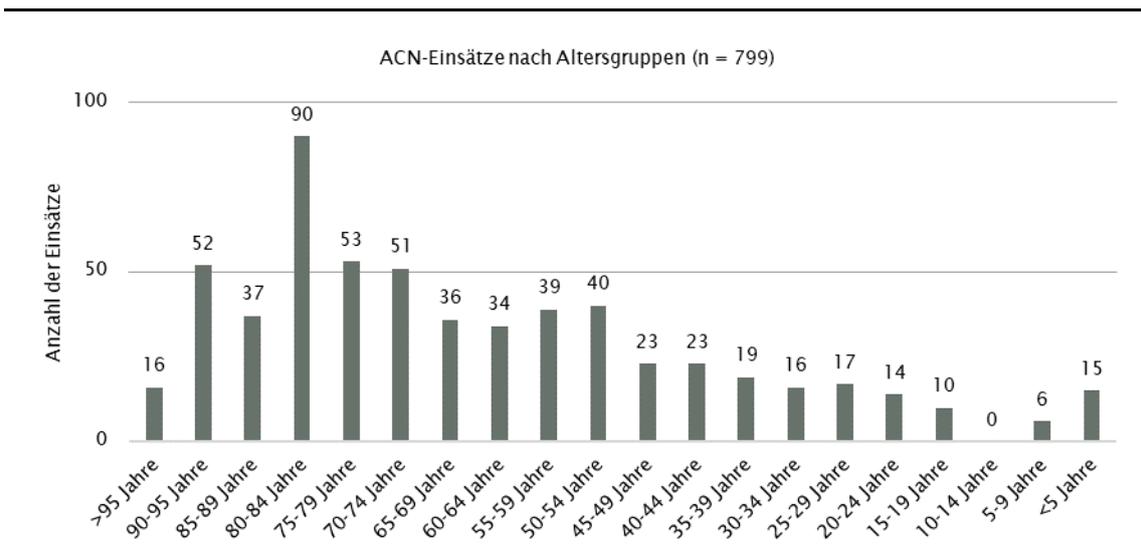
dann, wenn ich keinen Arzt zur Verfügung hatte. Auf der anderen Seite haben wir uns im Anschluss an den Einsatz zusammengerufen und haben nachgefragt, ob das jetzt gepasst hat.“ (INT_1)

Wenn die ACN aufgrund des aktuellen Standorts schnell verfügbar sind, werden sie ebenfalls von Emergency Medical Dispatchern der Notruf NÖ GmbH und/oder von First Respondern von Rettungsorganisationen zu Rettungseinsätzen berufen bzw. hinzugezogen.

4.1.1 Zielgruppe

Die Auswertung der Dokumentation zeigt, dass das Team der ACN überwiegend ältere Menschen mit einer absoluten Häufigkeit von 90 Einsätzen in der Altersgruppe 80–84 Jahre versorgt hat. Jedoch wurde das Angebot, wie in Abbildung 4.1 ersichtlich, von allen Altersgruppen in Anspruch genommen, beginnend vom Kleinkind bis hin zu den hochaltrigen Personen.

Abbildung 4.1:
ACN-Einsätze nach Altersgruppen

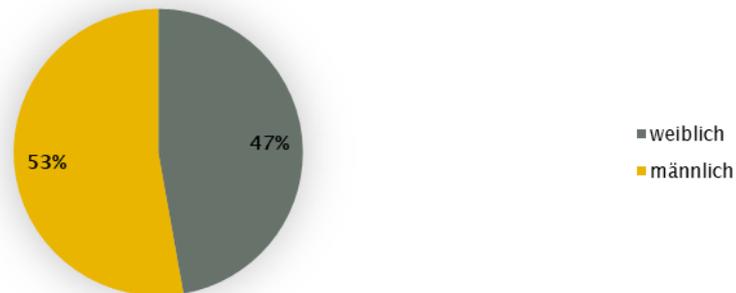


Quelle: GÖG-eigene Auswertung

Die untersuchten Einsätze von ACN im Beobachtungszeitraum erfolgten zu 53 Prozent bei Männern und zu 47 Prozent bei Frauen (siehe Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2:
ACN-Einsätze nach Geschlecht der Patientinnen/Patienten

Geschlechterverteilung bei Einsätzen (n = 720)

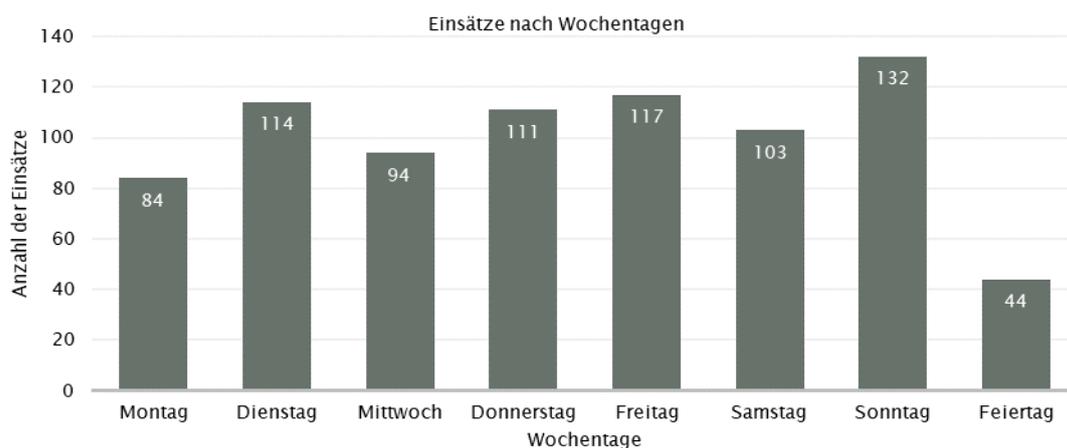


Quelle: GÖG-eigene Auswertung

4.1.2 Einsatzzeitpunkte

Die Analyse der Dokumentation zeigt eine Häufigkeit der Einsätze insbesondere an Wochenenden, Sonn- und Feiertagen wie auch an Tagesrandzeiten. In Abbildung 3.3 wird deutlich, dass von 799 Einsätzen im Beobachtungszeitraum Jänner bis Mai 2021 356 Einsätze auf Wochenrandzeiten und Feiertage entfallen. Dem stehen 403 Einsätze während der Woche (Mo-Do) gegenüber.

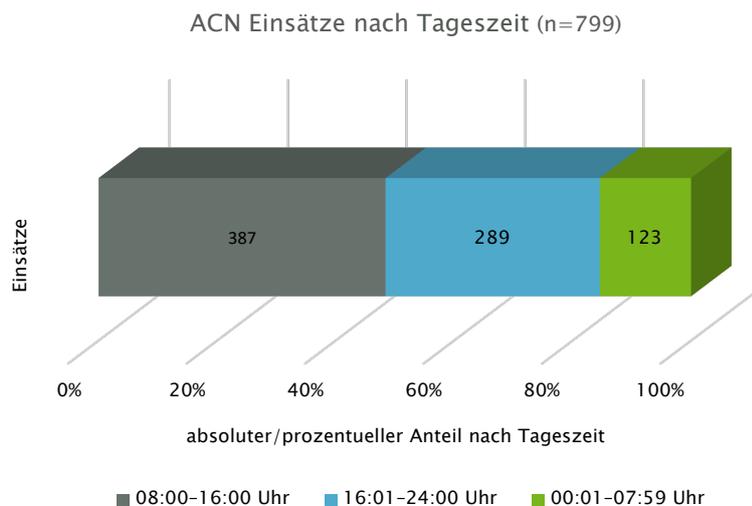
Abbildung 4.3:
Einsätze nach Wochentagen



Quelle: GÖG-eigene Auswertung

Auch hinsichtlich der Tageszeiten zeigt sich ein ähnlicher Trend. Einsätze haben vermehrt an Tagesrandzeiten nach 16 Uhr stattgefunden. In absoluten Zahlen ausgedrückt, wurden im Beobachtungszeitraum Jänner 2021 bis Mai 2021 von 799 Einsätzen 387 zwischen 08.01 und 16.00 Uhr durchgeführt und von 16.01 bis 08.00 Uhr morgens 412 Einsätze.

Abbildung 4.4:
ACN-Einsätze nach Tageszeit



Quelle: GÖG-eigene Auswertung

Die Daten aus der Dokumentation decken sich mit den Erfahrungen der ACN aus den Fallbeschreibungen. An Tages- und Wochenrandzeiten und auch insbesondere zu Feiertagen kommt es zu Einsätzen der ACN aufgrund der fehlenden Möglichkeiten, andere niedergelassene Versorgungsstrukturen zu erreichen. In einer Fallschilderung durch eine ACN wurde dies folgendermaßen zum Ausdruck gebracht:

„Aufgrund der Tatsache, dass es Samstagnachmittag ist und der Wochenend- beziehungsweise Feiertags- sprengel das gesamte Osterwochenende über nicht besetzt ist, kann leider keinerlei ärztliches Personal in die Versorgung vor Ort eingebunden werden.“ (Case_A)

4.2 Einsatzfeld der ACN

Das Angebot der ACN stellt neben einer Versorgung im Krankenhaus und dem ärztlichen Dienst über 141 eine weitere Möglichkeit für eine Versorgung rund um die Uhr dar. Die Zuweisung zum Angebot der ACN basiert auf einer standardisierten Einschätzung akuter Gesundheitsprobleme. Leitend für die Zuweisung sind physiologische Kardinalsymptome sowie eine vorliegende Dringlichkeit für eine medizinische Intervention. In den geschilderten sieben Fällen explorierten die ACN

die Anlässe für die Einsätze bei sechs idealtypischen und einem kontrastierenden Fallbeispiel, die nachfolgend zusammenfassend dargestellt werden:

Fallbeispiel A: Ein 81-jähriger Mann wurde nach einer Behandlung einer bestehenden Thrombozytopenie mit liegender Venenverweilkanüle und verschlechtertem Allgemeinzustand kurzfristig aus dem Krankenhaus entlassen. Die Angehörigen wählten eine Notrufnummer, damit ein Transport in das Krankenhaus (ca. 45 min. Fahrt) vermieden werden konnte. Die ACN wurde daraufhin über die Rettungszentrale des Notrufs angefordert. Vor Ort zeigte sich eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des 81-jährigen mit Schläfrigkeit, Mobilitätseinschränkungen und Abnahme der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme. Der Sohn und dessen Frau, die vorübergehend nach dem Krankenhausaufenthalt die Betreuung übernehmen wollten, fühlten sich überfordert und forderten über das verlängerte Wochenende mehrmals die ACN an.

Fallbeispiel B: Hierbei liegt eine Situation vor, in der mit dem Angebot ACN keine Lösung des Problems im häuslichen Umfeld herbeigeführt werden konnte: Es geht darin um einen 80-jährigen Mann, der über einen seit Stunden bestehenden Harnverhalt mit starken Schmerzen klagte. Die ACN wurden vom regionalen Rettungsteam für eine Situationseinschätzung hinzugezogen. In diesem Fall war jedoch eine medizinisch-diagnostische Abklärung in einer urologischen Fachabteilung erforderlich, die dann auch erfolgte. Aus Sicht der ACN hätte in diesem Fall eine sofortige Einweisung wohl „Zeit und Leid“ ersparen können.

Fallbeispiel C: Hier handelt es sich um einen 90-jährigen Mann, der nach einem chirurgischen Eingriff mit Hautdeckung im Halsbereich aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Sonntagabend kam es nach einer ruckartigen Bewegung zu einer punktuellen Nachblutung an der OP-Wunde. Die 24-h-Betreuerin wählte nach Rücksprache mit den Töchtern die Notrufnummer 144, woraufhin die ACN entsandt wurde.

Fallbeispiel D: Eine 54-jährige Frau mit onkologischer Diagnose, bestehenden palliativen medizinisch-therapeutischen Interventionen, großer Symptomlast sowie einer Zunahme von Diarrhö, Übelkeit und Erbrechen wählte aufgrund bestehender Unsicherheit in Betreff der möglichen Medikamenteneinnahme die Telefonnummer 1450 der Gesundheitsberatung.

Fallbeispiel E: Bei einer 40-jährigen Frau mit liegender T-Drain nach chirurgischem Eingriff bei rezidivierenden nekrotisierenden Pankreatitiden kam es im Alltag zu Schwierigkeiten beim Bandwechsel und zu einer versehentlichen Selbstentfernung der Drainage, weshalb die ACN mehrmals angefordert wurde. Es lag bei der 40-jährigen eine Migrationsbiografie mit bestehenden Sprachbarrieren vor.

Fallbeispiel F: Es kam zu einer Alarmierung der ACN wegen einer 28-jährigen als 24-h-Betreuerin tätigen Frau mit akutem Fieberanstieg bei bestehender Infektion der Harnwege mit laufender Antibiotikatherapie. Durch die erforderliche Krankenhausaufnahme der Betreuungskraft kam es zu einem Ausfall der Betreuungsleistung für die ihr anvertraute infolge eines Insults pflegebedürftige Person. Es gab keine nahen Angehörigen, welche die Betreuungsleistung hätten übernehmen können, und die Agentur für 24-h-Betreuung konnte keinen umgehenden Ersatz zur Verfügung stellen. Eine Erwachsenenschutzvertretung lag vor.

Fallbeispiel G: Die ACN wurde durch einen Hausarzt für eine subkutane Flüssigkeitssubstitution bei einer 79-jährigen Frau mit zahlreichen Vorerkrankungen aus dem metabolischen und vaskulären Gebiet und einer aktuellen Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Müdigkeit und kognitiven Einschränkungen angefordert. Die Dame wurde zu Hause von ihrem Ehegatten betreut, der in großer Sorge war.

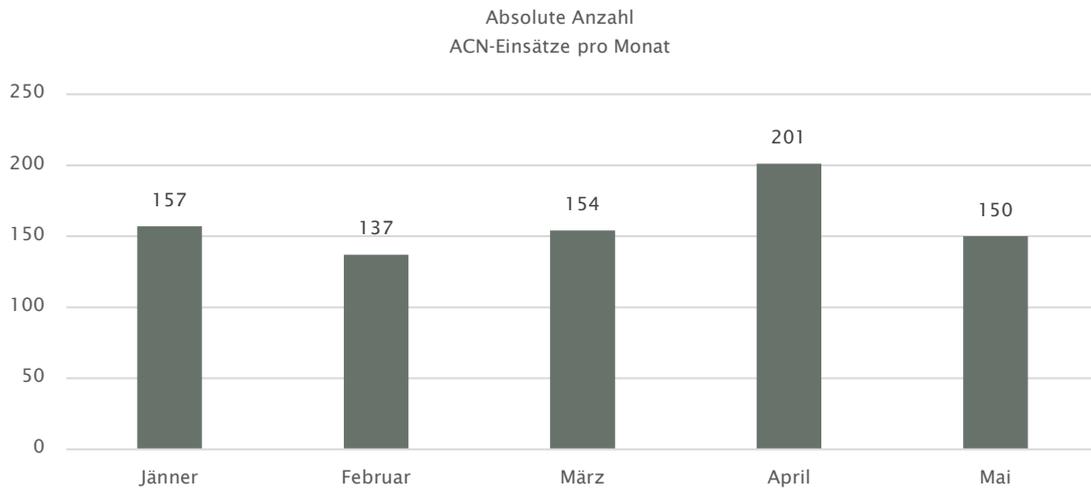
Die Darstellung der Fallbeispiele illustriert, dass seitens der ACN eine erweiterte Perspektive auf „Anlässe“ eingenommen wird. Damit ist gemeint, dass die Versorgungs- und Familiensituation umfasst wird und ein Bezug zu vorangegangenen Ereignissen hergestellt wird. Die Zuweisung von Einsätzen an die ACN erfolgte in den Beispielen zwar durch leitende physiologische und pathologische Parameter, unter Zusammenführung dieser Aspekte können jedoch folgende **Anlässe** differenziert werden, bei denen ACN in den Fallbeispielen zum Einsatz kamen:

- » Überforderung Betroffener und Angehöriger mit einer Situation bei gleichzeitig fehlenden Ansprechpartnerinnen/-partnern nach stationärem Krankenhausaufenthalt (Case_A, Case_E, Case_G)
- » insbesondere bei einer Veränderung des Gesundheitszustands und der Zunahme funktionaler Einschränkungen der betroffenen Personen
- » Wunsch der betroffenen Personen, einen neuerlichen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden, da Krankenhausaufenthalte als belastend und nicht erforderlich eingeschätzt werden
- » Komplikationen bei einer laufenden medizinischen Therapie, insbesondere nach stationären Aufenthalten (Case_C)
- » akuter krankheitsbedingter Ausfall einer Betreuungsperson ohne nahe Angehörige der:des zu Betreuenden (Case_F)
- » fehlende Ansprechpersonen und ungeklärte Zuständigkeiten
- » Durchführung erforderlicher allgemeinmedizinischer Leistungen nach Anordnung (Case_G)

Ergänzende quantitative Darstellung (Dokumentationsanalyse)

Insgesamt kam es im Beobachtungszeitraum von Jänner 2021 bis Mai 2021 zu 799 Einsätzen – mit einem etwas höheren Einsatzaufkommen im April 2021, das auf die COVID-19-Pandemie zurückgeführt wurde. Die ACN hatten unter anderem gehäufte Einsätze bei COVID-19-infizierten Personen und führten dort auch Visiten durch.

Abbildung 4.5:
Einsätze nach Monaten

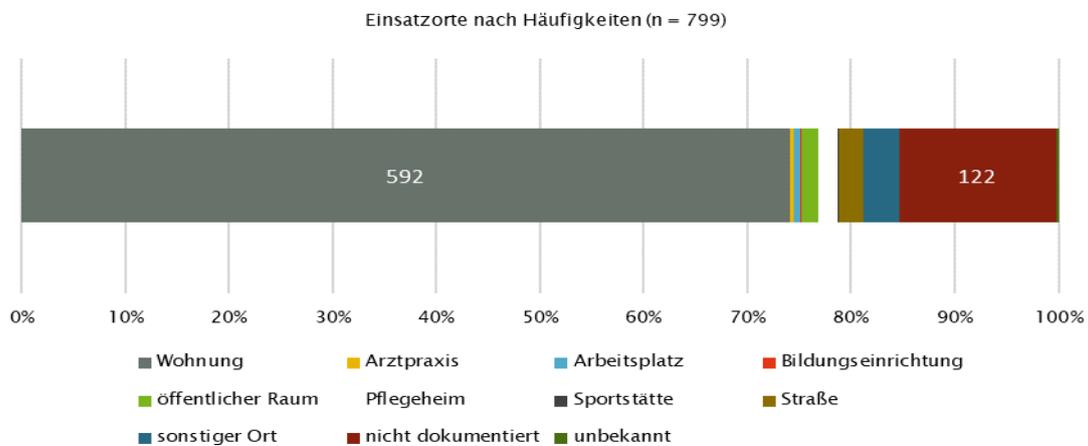


Quelle: GÖG-eigene Auswertung

4.2.1 Einsatzort

Die Daten aus der Einsatzdokumentation zeigen, dass die ACN überwiegend im häuslichen Umfeld der betroffenen Personen tätig werden. Vereinzelt kommt es auch zu Einsätzen in anderen Institutionen oder auch im öffentlichen Raum bei Stürzen oder Unfällen (siehe Abbildung 4.6).

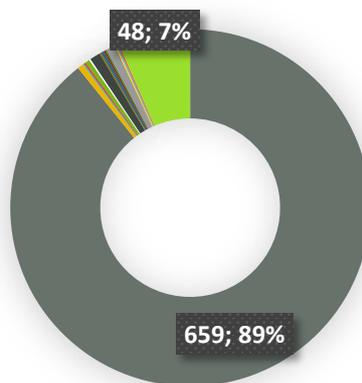
Abbildung 4.6:
Einsatzorte nach Häufigkeit



Quelle: GÖG-eigene Auswertung

Unter Betrachtung der Postleitzahl der von ACN versorgten Personen zeigt sich geografisch ein Schwerpunkt der Einsätze in der festgelegten Projektregion, dem Bezirk Bruck/Leitha. Es kommt jedoch auch zu Einsätzen in umliegenden Bezirken sowie zur Versorgung betroffener Personen mit Wohnsitz in anderen Regionen (siehe Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7:
Verteilung der Einsätze nach Wohnbezirken



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

4.3 Erleben und Verarbeiten der Situation durch Akteursgruppen

Im konstituierenden Merkmal des Erlebens und Verarbeitens einer Situation erfahren subjektive Situationsdeutungen der betroffenen Personen sowie jene der professionellen Akteurinnen/Akteure Berücksichtigung. Für Pflegepersonen ist die hermeneutische Kompetenz wesentlich, um die subjektive Sicht der betroffenen Menschen und von deren Zu- und Angehörigen zu verstehen und das Erleben und die Zuschreibungen in Zusammenhang mit dem Erleben und Verarbeiten von Krankheit und Krisen in den Überlegungen, Entscheidungen und Handlungen zu berücksichtigen (Hundenborn 2007b). Im Gegenzug dazu erfolgt im Rettungsdienst ein Vorgehen im Einsatz, welches stark an Algorithmen und einer standardisierten Erfassung objektiver Parameter orientiert ist. Klare Handlungsvorgaben und -anweisungen sollen zur Erreichung von Mindeststandards die Qualität in einem auf Ehrenamt basierendem System sichern (Peters et al. 2007). Wie die ACN mit

diesen unterschiedlichen Ansätzen im Rahmen der Einsätze umgeht, wird im nachfolgenden Kapitel anhand der erhobenen Daten dargestellt und exploriert.

4.3.1 Sicht der ACN

Das Erleben und Verarbeiten einer Situation ist damit verbunden, wie eine Situation wahrgenommen wird und welche Aspekte dieser Situation registriert werden. Die ACN beschrieben sowohl in den Fallschilderungen als auch in den Workshops zur Projektarbeitsgruppe, wie sie sich den betroffenen Personen und deren An- und Zugehörigen nähern, um die Situation möglichst gesamthaft und aus unterschiedlichen Perspektiven zu erfassen. Dabei wurden unterschiedliche Methoden der Datenerfassung angewandt, die auf die Erfassung sowohl objektiver als auch subjektiver Parameter zur Einschätzung der Situation abzielten.

Erfassen der Situation

Die ACN beschrieben, eingangs eine **körperliche Untersuchung** durchzuführen. Dazu wenden sie zwar einerseits die standardisierten Algorithmen nach dem ABCDE- oder Sampler-Schema gemäß international etablierten Leitlinien an, führen aber je nach Problemlage weitere Untersuchungen wie z. B. in puncto Atmung, Flüssigkeitshaushalt etc. durch.

Fokusassessments werden je nach vorherrschendem Problem ergänzt – unter anderem von spezialisierten Assessments aus dem Pflegebereich wie z. B. dem Nursing Bedside Swallow Screen. Dieser kam in Fall A bei einem älteren Herrn mit ausgeprägter Müdigkeit und Verlangsamung zur Anwendung, da der betroffene Patient während des Krankenhausaufenthalts Gewicht verloren hatte und auch zu Hause kaum essen und trinken wollte:

„Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme des Patienten werden überprüft – der Schluckvorgang kann durch den Patienten unproblematisch durchgeführt werden – er konsumiert im Beisein 1 Glas Saft und bereits vorrätige Breinahrung.“ (Case_A)

Für ein vertieftes Verständnis der Situation führten ACN Erhebungen sekundärer Daten durch. Das umfasste das Lesen vorliegender Befunde, Gespräche mit An- und Zugehörigen und Telefonate mit Vertreterinnen/Vertretern anderer Gesundheitsprofessionen, die sie für die bestehende Problemlage als relevant erachteten. Aus den Interviews/Gesprächen mit Betroffenen und Angehörigen konnten Perspektiven und Sorgen wie unter anderem in Case_C erhoben und berücksichtigt werden:

„Laut der Tochter möchte der Vater nicht gerne auf fremde Hilfe angewiesen sein und neigt dazu, seine Beschwerden zu bagatellisieren.“ (Case_C)

Verantwortung übernehmen

Basierend auf der Einschätzung der Situation mit allen Perspektiven und Daten, leiteten die ACN ihre Aufgaben ab und fühlten sich für die nachfolgend angeführten Aspekte verantwortlich:

In den explorierten Fallbeispielen sahen die ACN ihre Aufgabe unter anderem darin, **Handlungsmöglichkeiten anzubieten und zu eröffnen** oder **aufzuzeigen, wenn sie verdeckt sind** und von den betroffenen Personen und ihren An- und Zugehörigen nicht wahrgenommen werden konnten – wie z. B. im Fall D, in dem die krebserkrankte Frau nicht mehr wusste, was sie gegen ihre Übelkeit und ihr Erbrechen unternehmen konnte:

„... da sie seit mehreren Stunden an Übelkeit und Erbrechen leidet, ist sie wegen der Medikamenteneinnahme bzw. deren Wirkung unsicher“ (Case_D)

Im Fall F wusste die akut erkrankte 24-h-Betreuerin nicht mehr weiter. Einerseits erging es ihr aufgrund starker Schmerzen und Fieber immer schlechter, und andererseits konnte sie aufgrund ihres körperlichen Zustands die Betreuung der ihr anvertrauten pflegebedürftigen Person nicht mehr übernehmen. Für ihre Problemlage hatte sie keine Ansprechpersonen, und die Sprachbarrieren sowie das unbekannte Gesundheitssystem erschwerten die Situation für die 24-h-Betreuerin.

„Die 24-h-Betreuerin war sehr froh, dass ihr jemand half und sie Unterstützung erhielt. Sie gibt an, nicht mehr weitergewusst zu haben, da es ihr immer schlechter ging.“ (Case_F)

Die ACN beschreiben die Wichtigkeit des Umstands, in den vorgefundenen Situationen **Ruhe** und **Kompetenz zu vermitteln**, damit für die betroffenen Personen und deren An- und Zugehörige in einer angstbehafteten Situation das Gefühl von **Sicherheit** in den Vordergrund treten kann. Dies war z. B. bei der Nachblutung des Mannes aus Fallbeispiel C erforderlich, denn die Blutung überforderte nicht nur ihn selbst, sondern auch seine Töchter:

„... die beiden Töchter waren schon alleine vom Blut schon komplett überfordert, und alleine die Tatsache, dass da wer mit Ruhe und Übersicht die Situation von extern bewertet, wurde von beiden sehr dankbar angenommen.“ (Case_C)

Dabei ist es für die ACN wesentlich, die Grenzen ihrer eigenen Kompetenzen zu kennen und mit anderen **Gesundheitsdienstleisterinnen/-leistern zusammenzuarbeiten** bzw. Patientinnen/Patienten zu diesen **weiterzuleiten**. Im kontrastierenden Fall des Mannes aus Fallbeispiel B konnten die ACN die diagnostische Abklärung aufgrund ihrer Qualifikation und auch der fehlenden Gerätschaften nicht vor Ort durchführen.

„Der Patient kann nach körperlicher Untersuchung als nicht kritisch krank eingestuft werden, benötigt jedoch zumindest eine fachärztliche Abklärung.“ (Case_B)

Für die Deutung der Situationen in Einsätzen beschrieben die ACN es als wesentlich, das **häusliche Umfeld** und die An- und Zugehörigen als **Quelle von Informationen** und Teil der Situation wahrzunehmen und zu versuchen, daraus Zusammenhänge mit der vorliegenden Akutsituation zu identifizieren.

„... die fehlende Akzeptanz der Tochter hinsichtlich der palliativen Versorgungssituation stimmte uns etwas nachdenklich.“ (Case_E)

Die ACN beschrieben das Faktum, **da zu sein, wenn es sonst keiner ist**, als wesentlichen Part ihrer Aufgaben. Das Krankenhaus wurde oftmals und insbesondere an Tages- und Wochenrandzeiten als einzige Alternative bei akuten Gesundheitsproblemen angeführt. Die ACN sehen sich als Angebot, das bei akuten Gesundheitsproblemen stets wahrgenommen werden kann, indem sie **professionelle Hilfe** rund um die Uhr und im Zuhause der Patientinnen/Patienten anbieten. Die ACN beschrieben das Ziel, durch ihr Leistungsangebot Krankenhaustransporte, die von den betroffenen Personen nicht erwünscht sind und auch aus fachlicher Sicht nicht als erforderlich angesehen werden, zu vermeiden, wie es sich unter anderem in Fall A darstellte.

„Die Angehörigen wünschen die Betreuung zu Hause, sind sehr bemüht und nehmen die Hilfestellung dankbar an.“ (Case_A)

„Ich will nicht ins Spital zurückgebracht werden – bitte helfen Sie mir!“ (Case_A)

Als wesentliche Aufgabe im Zuge der Einsätze nahmen ACN die Suche nach **individuellen und nachhaltigen Lösungen** wahr. Dies erfordert von ihnen je nach Situation ein Denken innerhalb festgelegter Algorithmen oder ein Denken außerhalb von Mustern und die Nutzung von Erfahrungswissen. Das Erfordernis von Denken außerhalb von Mustern zeigte sich insbesondere im Fall F. Die akute Erkrankung der 24-h-Betreuerin führte zu einer fehlenden Versorgung der ihr anvertrauten zu Pflegenden, Frau W. Hier hieß es für die ACN, Lösungsmöglichkeiten zu finden, die keinem Algorithmus folgen und für die keine etablierten und systematischen Lösungswege vorliegen:

„Die Sicherstellung einer pflegerischen Versorgung war notwendig. [...] Die neu angeforderte 24-h-Betreuerin wurde in der Nacht abgeholt und von Bekannten ins Haus gelassen, um Frau W. am Folgetag aus dem Krankenhaus wieder in häusliche Pflege übernehmen zu können.“ (Case_F)

Die ACN wiesen es für sie selbst als besonders wichtig aus, eingeleitete Interventionen hinsichtlich der Wirkung zu prüfen bzw. zu evaluieren. Die **Prüfung und Evaluierung der Wirkung eingeleiteter Interventionen** trägt dazu bei, dass die ACN mit einem sicheren Gefühl den Einsatzort verlassen können. Für die Evaluation und Prüfung planen die ACN Folgeeinsätze ein und fordern die betroffenen Personen und Familien auf, sich bei weiteren Problemen wieder (über die Rettungsleitstelle der Notruf NÖ GmbH) zu melden wie etwa im Fall D:

„Wir sind durchwegs mit einem guten Gefühl von dort weggefahren, weil wir der Patientin einen klaren „Fahrplan“ mitgegeben haben bzw. sie jederzeit die Option hat, wieder auf uns zurückzukommen, sollten Fragen auftauchen.“ (Case_D)

In den Daten zeigt sich ein **Zusammenhang** zwischen der Evaluierung der Wirkung eingeleiteter Interventionen und dem Anspruch, da zu sein, wenn es sonst keiner ist, sowie der Findung der besten Lösung für die betroffenen Personen und ihre Familien.

4.3.2 Perspektive der Klientinnen und Klienten

Die ACN äußerten, sich dafür verantwortlich zu fühlen, die beste Lösung für die betroffenen Personen und deren Familien anzustreben. Dies beinhaltet, wie in Kapitel 4.3.1 erläutert, die Berücksichtigung der Perspektiven und Wünsche der betroffenen Personen sowie ihrer An- und Zugehörigen sowie die Verfügbarkeit niedergelassener Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere der medizinischen Versorgung, wie im Fall A:

„Aufgrund der Tatsache, dass es Samstagnachmittag ist und der Wochenend- beziehungsweise Feiertags- sprengel das gesamte Osterwochenende über nicht besetzt ist, kann leider keinerlei ärztliches Personal in die Versorgung vor Ort eingebunden werden. Abschließend wird der Venflon belassen und eine ACN Kontrollvisite für Montagnachmittag vereinbart. Sofern sich der Zustand verschlechtern sollte oder akute Probleme auftreten, wird eine jederzeitige Kontaktaufnahme empfohlen.“ (Case_A)

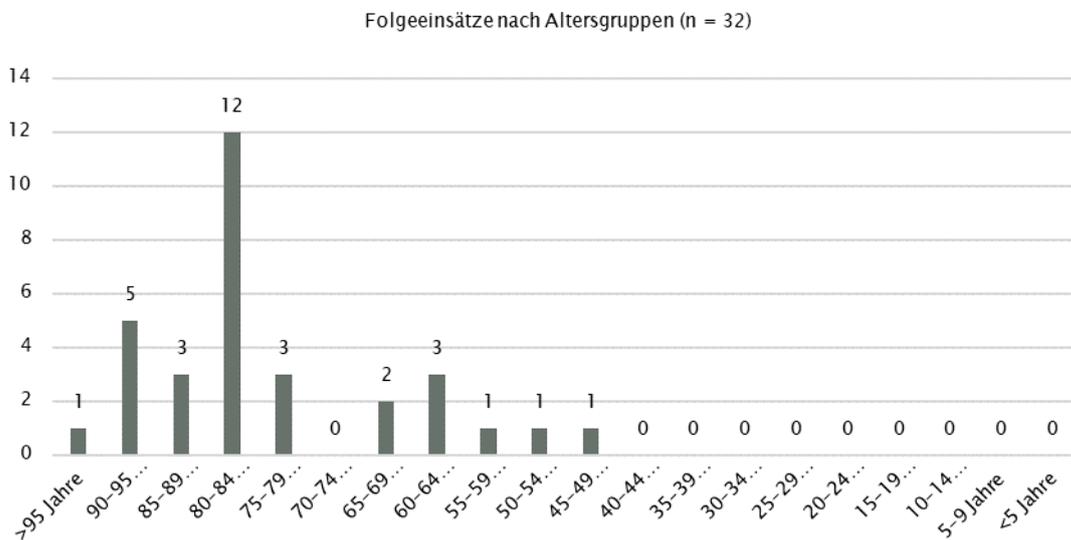
Neben dem Wunsch nach einer Versorgung am Wohnort schilderten die betroffenen Personen und ihre An- und Zugehörigen in den Fallbeschreibungen die nachfolgend angeführten Sorgen, denen die ACN zu begegnen versuchen:

- » Sorgen aufgrund einer Verschlechterung im funktionalen Status insbesondere von An- und Zugehörigen
- » Betroffene sowie An- und Zugehörige fühlten sich überfordert mit therapeutischen Maßnahmen wie z. B. dem Medikamentenmanagement oder dem Umgang mit zu- und ableitenden Systemen und sehen diesbezüglich keine Handlungsmöglichkeiten.
- » starke Symptomlast wie z. B. durch Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen etc., die als beängstigend und nichtkontrollierbar erlebt wurde
- » während einer schwierigen/beängstigenden Situation, die nicht überschaubar und kontrollierbar ist, fühlen sich Betroffene und Angehörige alleingelassen

Folgeeinsätze

Ursprünglich waren in der Projektkonzeption keine Folgeeinsätze geplant. Aufgrund der sich darstellenden Situationen schuf die Notruf NÖ GmbH die Möglichkeit von Folgeeinsätzen. Die Analyse der Dokumentation zeigte, dass es im Beobachtungszeitraum Jänner bis Mai 2021 in 43 Fällen und bei 32 Personen zu Folgeeinsätzen kam. Wie in Abbildung 4.8 dargestellt, geschieht dies überwiegend bei älteren Personen. Jedoch wurden vereinzelt auch bei Personen im mittleren Alter Folgeeinsätze durchgeführt.

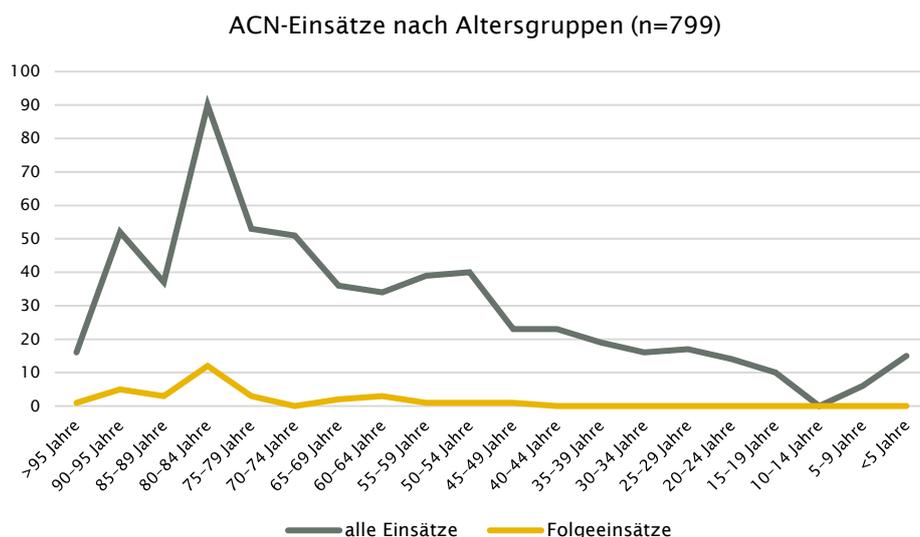
Abbildung 4.8:
Folgeeinsätze nach Altersgruppen



Quelle: GÖG-eigene Auswertung

Im Verhältnis zur Gesamtstichprobe zeigt sich jedoch hinsichtlich des Alters eine ähnliche Verteilung zwischen allen Einsätzen und den Folgeeinsätzen (siehe Abbildung 4.9).

Abbildung 4.9:
ACN-Einsätze nach Altersgruppen: Folgeeinsätze im Vergleich zu allen Einsätzen



Quelle: GÖG-eigene Auswertung

4.4 Interaktionsstrukturen

Den Interaktionskonstellationen in Pflegesituationen wird aufgrund der hohen Beteiligung von Personen eine hohe Komplexität zugeschrieben (Hundenborn 2007a). Unter Interaktionsstrukturen sind sowohl die Einbindung der ACN in das Team als auch die Interaktionsstrukturen in Bezug auf andere Berufsgruppen und insbesondere die Strukturen der Interaktion mit den betroffenen Menschen und ihren An- und Zugehörigen zu verstehen. Die Fallschilderungen zeigen deutlich, dass die Interaktionsstrukturen der ACN deutlich über ein Zweiergespräch zwischen einer betroffenen Person und einer Pflegeperson hinausgehen. Zu den einschlägigen Kommunikationspartnerinnen und -partnern der ACN zählen u. a. folgende Personengruppen:

- » Familienangehörige und Zugehörige (Case A, B, C, D, E, F, G)
- » Erwachsenenschutzvertretung (Case F)
- » niedergelassene Ärztinnen/Ärzte (Case A, G)
- » mobiles Palliativteam (Case D)
- » Rettungsorganisationen (Case B, C, E)
- » Krankenhaus, in dem ein vorangegangener stationärer Aufenthalt erfolgte oder in dem eine bestehende Behandlung existiert (Case A, C)
- » 24-h-Betreuerinnen und Organisationen für 24-h-Betreuung (Case F)
- » Einrichtungen der Hauskrankenpflege (Case E, G)

In den Stakeholderinterviews zeigten sich über die Case-Studies hinaus weitere Interaktionsstrukturen, die für die Problemlösung im Zuge von Einsätzen als relevant beschrieben und von ACN genutzt werden.

Insbesondere wurde über einen engen Austausch mit dem Akutteam NÖ berichtet. Dabei kommt es zur Kontaktaufnahme der ACN mit dem Akutteam und zu direkten Übergaben, wenn sich im Einsatz ein diesbezüglicher Bedarf zeigt. Im Interview wurde auf die detaillierten Fallbeschreibungen hingewiesen, die zeigen, dass in solchen Fällen das Weitermachen und der Zugang zu den betroffenen Personen und Familien erleichtert werden.

Im Interview mit einem Allgemeinmediziner aus der Pilotregion wurde festgehalten, dass die Kommunikation durch die fehlende direkte Erreichbarkeit der ACN erschwert ist. Die Kommunikation mit dem ACN-Team kann ausschließlich über die Notruf NÖ GmbH erfolgen. Dies wird insbesondere für Anordnungen kritisch gesehen, die über E-Mail oder telefonisch erfolgen, was als nicht ideal erlebt wird. Positiv äußerte sich der Allgemeinmediziner hingegen in folgender Hinsicht:

„Was ich sehr gut gefunden habe, war, dass ich nach einem Einsatz von einer Nurse direkte Rückmeldung über den Patienten erhalten habe, indem sie direkt zu mir in die Ordination kam.“ (INT_Allgemeinmed)

Die ACN selbst erleben die fehlende direkte Erreichbarkeit sowohl als positiv als auch negativ. Im Workshop beschrieben sie, dass die Erreichbarkeit und die telefonische Triage auch einen Schutz vor willkürlichen Zuweisungen bieten, aber andererseits eine direkte Kommunikation und den Austausch mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe erschwert (Protokoll_3.PAG-Workshop).

Auch die ACN erachten die Reflexion über Einsätze sowohl im Team als auch mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Gesundheitsberufe als wertvoll für die professionelle Entwicklung und Qualitätsverbesserung. Sie nutzen für diesen Zweck einen Gruppenchat.

In den Einsätzen selbst haben die ACN immer die Möglichkeit, den ärztlichen Leiter und den direkten Vorgesetzten zu erreichen und mit ihnen sowohl fachlich Rücksprache zu halten als auch eine Abklärung gewisser Lösungswege vorzunehmen, wie unter anderem auch in Fall C beschrieben:

„Wegen der Nachblutung erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem ärztlichen Leiter der Notruf NÖ GmbH, um die lokale Anwendung von Tranexamsäure (im Algorithmus damals nur für Epistaxis vorgesehen) zu besprechen.“ (Case_C)

Die ACN beschrieben, dass dieser Rückhalt Sicherheit für die Bewältigung und Lösung unbestimmter oder kritischer Situationen gebe (Protokoll_2.PAG-Workshop).

4.5 Dimension der Institution

Die Institution stellt die Rahmenbedingungen und Strukturen auf und bestimmt somit den Handlungsrahmen für die Situation. Sie bestimmt durch die Rahmenbedingungen des Weiteren auch die Handlungsalternativen in einer Situation entscheidend mit (Hundenborn, 2007b). Nachfolgend werden die Rahmenbedingungen im Projekt und für die ACN basierend auf Daten der Interviews zu den Rahmenbedingungen mit der Projektleitung, Protokollen aus den Workshops der Projektarbeitsgruppe und den Stakeholderinterviews beschrieben.

4.5.1 Qualifikationsprofil der ACN im Pilotprojekt

Im Interview mit der Projektleitung wurde der Anspruch an hohe Qualifikation der Mitarbeiter:innen angeführt. Als Mindestqualifikation für die ACN legte die Notruf NÖ GmbH drei Jahre Erfahrung als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson im klinischen Bereich (Frontline) wie Intensivstation, Notfallaufnahme oder Notfallambulanz, Aufnahmestation etc. sowie die Ausbildung zum/zur Notfallsanitäter:in mit besonderer Notfallkompetenz fest. Diese Mindestqualifikation erfüllten alle sieben ACN. Eine ACN hatte die klinische Erfahrung nicht als DGKP erworben, sie verfügte jedoch über eine jahrelange Erfahrung als Rettungs- und Notfallsanitäterin, weshalb hier eine Ausnahme gemacht wurde.

Ein Einschulungsprogramm mit Fortbildungen, Trainingstagen und Hospitationen war geplant und wurde zum Teil durchgeführt. Praktika und Hospitationen in Notfallambulanzen und innerklinischen Bereichen waren aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht mehr voll umsetzbar.

„Wir haben am Anfang mit mehr Personen begonnen, da wir ein umfassendes Schulungsprogramm geplant hatten. Mit Corona kam dies jedoch anders, und ein Austausch und Hospitationen sind nun nicht mehr möglich.“ (Int_Rahmenbedingungen_1)

Im Projekt wurde es als wichtig beschrieben, ein Beschäftigungsausmaß von 30 Wochenstunden nicht zu unterschreiten, um Kontinuität und Identität im Team zu fördern.

„Für eine gewisse Kontinuität haben wir auch festgelegt, dass wir ein Mindeststundenausmaß von 30 Wochenstunden haben möchten. Sie sollen nicht noch dort und da arbeiten und dies und das nebenbei machen.“ (Int_Rahmenbedingungen_1)

Als Maßnahme zur Förderung des fachlichen Austausches im Team und auch zur Abdeckung von Spitzenzeiten in den Einsätzen wurde ein zweiter sogenannter V2-Dienst eingeführt. Das bedeutet, dass die ACN von 09.00 bis 17.00 Uhr zu zweit am Stützpunkt sind und Einsätze übernehmen.

„Mehrere Male die Woche gibt es einen V2-Dienst, um Einsätze zu zweit durchzuführen. Dies ermöglicht einen Austausch im Team und soll die Anforderungsspitzen abdecken.“ (Int_Rahmenbedingungen_1)

In den Stakeholderinterviews wurden die ACN aus der Außenperspektive durchwegs als sehr kompetent beschrieben und wurden die hohe Qualifikation und die Kompetenzen als zentrale Erfolgskriterien für das Projekt angeführt:

„Die ACN haben die Sicherheit dadurch, dass sie sehr gut ausgebildet sind, und die Freiheit, mehr Möglichkeiten zu bedenken. [...] Manche Fälle kommen von den ACN an das Akutteam, die von den Sanis nicht gekommen wären!“ (Int_Stakeholder_3)

Die hohe Kompetenz wird auf die Kombination von Notfallsanitäter:in und Diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegeperson zurückgeführt, die sowohl für die Einsätze mit akuten Gesundheitszustandsveränderungen in der stationären Langzeitpflegeeinrichtung wie auch im palliativen Kontext als sehr wertvoll erlebt wurde.

„Die Doppelfunktion mit Ersthelferblick und aus der Pflege kommend und damit einen anderen Blick auf die Situation zu haben. Dann muss man nicht lange erklären, sondern die versteht, worum es geht.“ (Int_Stakeholder_5)

Die Ausbildung der ACN ist genial durch die profunde pflegerische Ausbildung und die Ausbildung aus dem Rettungswesen.“ (Int_Stakeholder_4)

Auch aus ärztlicher Perspektive ist im Zusammenhang mit der Abgrenzung und Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin im niedergelassenen Bereich und ACN die Nutzung der Kompetenz der ACN von Bedeutung:

„Was natürlich toll ist, ist, dass die Pflegepersonen auch Notfallsanitäter sind. Die sind wirklich hochqualifiziert und haben super Kompetenzen. Ich denke, es wäre sehr wichtig, diese Kompetenzen zu nutzen und unter den Hausärzten klar zu kommunizieren, was die können und dürfen, damit wir die Zusammenarbeit verbessern können.“ (Int_Stakeholder_6)

Im Kontext der mobilen Palliativversorgung wurde die Kompetenz der ACN ebenfalls als sehr wertvoll für die direkte Versorgung der Klientinnen/Klienten und ihrer Familien wahrgenommen, jedoch auch für die gegenseitige professionelle Entwicklung.

„Die Stimmung bei Familien mit einem Palliativpatienten ist oft sehr angstvoll. Die ACN können dies gut durch ihre Fähigkeiten zur Deeskalation rausnehmen. Situationen beruhigen und Spannung rausnehmen.“ (Int_Stakeholder_4)

„ACN ist auch für die Professionsentwicklung eine Bereicherung! Neue Medikamente, die wir nicht kannten und die eingesetzt werden können. Wir diskutieren und reflektieren darüber. ACN vermitteln auch Pat. an das Palliativteam, wenn sie feststellen, dass diese eine palliative Unterstützung brauchen.“ (Int_Stakeholder_4)

4.5.2 Ausstattung im Pilotprojekt

Eine gute Ausstattung wird von der Projektleitung als Alleinstellungsmerkmal der ACN und der Notruf NÖ GmbH als wichtig betont (Int_Rahmenbedingungen_1). Nachfolgend werden sowohl die Personalausstattung als auch die materielle Ausstattung näher erläutert.

Personalausstattung

Für die Pilotphase hat sich das Unternehmen entschieden, etwas mehr personelle Ressourcen einzuplanen. Insgesamt wurden acht DGKP mit Notfallsanitäterausbildung mit besonderer Notfallkompetenz sowie zum Teil mit einer Spezialisierung gemäß § 17 GuKG in Intensivpflege und zahlreichen Weiterbildungen eingestellt. Im Laufe des Projekts schieden zwei der Mitarbeiter:innen aus gesundheitlichen Gründen aus.

Aufgrund dieser beiden Abgänge im Personal kann die doppelte Besetzung im Dienst vorübergehend nicht fortgeführt werden. Die Projektleitung erklärte, sehr froh über die Planung eines personellen Puffers zu sein, der dabei hilft, ein plötzliches Ausscheiden, wie dies bei einem Mitarbeiter der Fall war, gut meistern zu können (Notizen_Telefonat_Int_Rahmenbedingungen_4).

Materielle Ausstattung

Die ACN haben ein Einsatzfahrzeug zur Verfügung, das mit zahlreichen Materialien bestückt ist. Unter anderem umfasst das Material die Grundausrüstung für den Rettungsdienst mit Notfallrucksäcken für traumatologische Einsätze sowie zwei Rucksäcke mit Materialien für Pflegeinterventionen. Die ACN hatten die Möglichkeit, die Pflegerucksäcke beliebig zu bestücken und führen unter anderem Verbandmaterialien, Katheter, Stomaplatten und -beutel, Salben etc. mit. Des Weiteren befinden sich im Einsatzfahrzeug eine Kühl- und eine Wärmelade für Arzneimittel.

Die ACN führen im Einsatzfahrzeug zudem auch Materialien zur unmittelbaren Diagnostik vor Ort mit, solche zur grundlegenden Bestimmung körperlicher Parameter wie Blutzuckermessgerät, Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, Pupillenlampe etc. und Gerätschaften wie z. B. den corpus3 mit der Möglichkeit einer Zwölf-Kanal-Ableitung und einem Telemetriemodul.

Für unmittelbare Auswertungen von COVID-19-Antigentests oder Influenza-Nachweisen wird ein Lumira-Handheld-Labor im Auto mitgeführt.

„Wir haben das Lumira-Handheld-Labor im Auto, das eigentlich eher für Ordinationen gedacht ist. Damit können wir den COVID-Antigentest mit hoher Sensitivität durchführen, und nach 15 min. hat man ein Ergebnis. Auch der Influenza-Schnelltest ist damit möglich. Wir werden auch CRP-Schnelltests bekommen, und wir haben das mobil mit.“ (Int_Rahmenbedingungen_1)

Schutzkleidung und -materialien wie etwa eine wiederverwendbare FFP3-Maske sind in der Standardausstattung umfasst. Die Projektleitung beschreibt die materielle Ausstattung als gut.

„Es gab noch keinen Einsatz, bei dem ein Material gebraucht worden wäre, das nicht zur Verfügung stand.“ (Int_Rahmenbedingungen_1)

Auch von den Stakeholderinnen und Stakeholdern wird die gute materielle Ausstattung wahrgenommen und als Mehrwert beschrieben, um eine Versorgung am Wohnort zu ermöglichen.

„Die (ACN) hat viel Material mit sich und kann dadurch Gesundheitsleistungen anbieten, die von anderen nicht angeboten werden.“ (Int_Stakeholder_4)

Dokumentation

Als elektronisches Dokumentationssystem wird LEODOK verwendet, und es besteht eine Verbindung zur elektronischen Alarmierungs-App (ESApp). Die Dokumentation der Einsätze und der gesammelten Daten erfolgt elektronisch und separiert in einen rettungsdienstlichen und einen pflegerischen Teil.

Die Sanitärerdokumentation folgt den Algorithmen des ABCDE- und des SAMPLER-Schemas und sieht die Dokumentation von Daten aus der körperlichen Untersuchung vor. Die ACN-Dokumentation stellt die Pflegedokumentation dar und ist mit Assessment (sowohl physiologisch und psychologisch als auch soziologisch), Pflegediagnosen und Pflegeintervention entlang des Pflegeprozesses aufgebaut. Ergänzend zu objektiven Parametern ist es hier möglich, auch subjektive Daten zu dokumentieren, was für einen gesamthaften Blick als von Vorteil erlebt wird.

Die ACN beschreiben Schwierigkeiten mit der zwischen Rettungseinsatz und pflegerischem Einsatz getrennten Dokumentation. Das erfordere bei jedem Einsatz die Entscheidung, wo dieser dokumentiert werden soll. Dabei wurde angeführt, dass insbesondere die körperbezogenen Daten für beide Dokumentationen relevant seien und doppelt erfasst werden müssten oder zum Teil fehlend seien. Gleichzeitig ist die Pflegedokumentation oftmals zu umfassend, da, ausgehend vom körperlichen Assessment, die weitere Datensammlung sehr auf das akut vorliegende Problem fokussiert stattfindet.

Die Doku lässt es nicht zu, man sieht nur, dass man war dort war. Man behilft sich mit schriftlicher Kommunikation, Falldarstellungen bei schwierigen Situationen (wird in Doku nicht sichtbar!!!) oder

mündlichem Austausch. Das funktioniert gut, nur wird es eben für die Evaluierung in der Doku nicht sichtbar.“ (PAG_Workshop_2)

In der Reflexion dieser Problematik wird jene Schwierigkeit diskutiert, die daraus resultiert, dass gemäß § 14 GuKG der Prozess im Mittelpunkt steht, dieser sich im Einsatz der ACN jedoch sehr kurz darstellt und der Fokus stärker auf der Statuserhebung liegt. Die ACN geben an, eine Dokumentation zu brauchen, *„die hilft, schnell abzubilden, was jetzt notwendig ist, erforderlich ist; und dass mein Handeln gut war, soll schnell sichtbar werden.“* (PAG_Workshop_2)

Die ACN berichteten davon, vor Ort und je nach sich darstellender Situation zu entscheiden, ob sie den Einsatz eher rettungsdienstlichen oder pflegerischen Belangen zuordnen und in welcher Dokumentation sie die gesammelten Daten und gesetzten Maßnahmen festhalten.

„Was ich als Sanitäter mache oder was ich als ACN/Pflege mache, ist oft verschränkt, das lässt sich eben nicht so genau trennen.“ (PAG_Workshop_2)

Die Trennung führt jedoch dazu, dass die Situation und der Einsatz in der Dokumentation¹ nicht gesamthaft abgebildet werden können.

4.5.3 Integration in die Organisation und Sicherheitsgefühl

Die Anbindung an die Organisation stellt einen Rahmen dar, innerhalb dessen die ACN Sicherheit im Handeln erleben kann. Dies wurde in den Interviews zu den Rahmenbedingungen mit der Projektleitung mehrfach thematisiert, ebenfalls spielte das Thema auch in den Workshops mit der PAG eine Rolle. Dabei wird zwischen der persönlichen Sicherheit in Einsätzen und der fachlichen Sicherheit im beruflichen Handeln unterschieden.

Persönliche Sicherheit in Einsätzen

Die Projektleitung betonte in den Interviews mehrmals, dass kommuniziert werde, dass sie bei Problemen jederzeit erreichbar sei. Für die Erreichbarkeit wurden drei Personen nominiert. Dies betrifft einerseits Sicherheitsmaßnahmen für den Einsatz, andererseits die Sicherheit, ein fachliches „Back-up“ zu haben.

„Es gibt keine festgelegten Kommunikationsstrukturen, jeder darf jeden anrufen – auch den Geschäftsführer. Der übliche Dienstweg ist aber über die Projektleitung oder über den ärztlichen Leiter.“ (Int_Rahmenbedingungen_1)

¹

Die Beratung zur Beratung war Teil des Leistungsgegenstands, jedoch nicht Teil des Evaluationsvorhabens, weshalb eine Stellungnahme und Einschätzung zur Führung einer getrennten Dokumentation im Anhang beigefügt wurde.

Die persönliche Sicherheit der ACN in Einsätzen allein und vor allem nachts wird von der Projektleitung angesprochen. Vorkehrungen und Sicherheitsmaßnahmen wurden getroffen und die ACN hinsichtlich der Risiken sensibilisiert. Die ACN selbst gaben an, sich gut vorbereitet zu fühlen und Maßnahmen zur persönlichen Sicherheit automatisch auszuführen:

„Sicherheit gibt, dass der Disponent alles sieht (Standort der ACN). Wir verwenden Türkeile und halten Fluchtwege frei. Das haben wir im Kopf, wenn wir wo alleine hinkommen.“ (PAG_Workshop_2)

Fachliche Sicherheit im beruflichen Handeln

Die Erreichbarkeit in schwierigen oder auch Eskalationssituationen, wie es eine ACN nannte, hat sich in der Umsetzung bestätigt und fördert das Vertrauen.

„In der Eskalationssituation hab' ich den Chef angerufen. XX ist zu jeder Tages-/Nachtzeit erreichbar.“ (PAG_Workshop_2)

„...oder man ist alleine und hat ein unsauberes EKG. Ich habe dann Bauchweh gekriegt. [...] Chef (ärztl. Leitung) loggt sich von daheim aus ein und schaut sich das EKG an. Dann war es okay!“ (PAG_Workshop_2)

Das gute Vertrauensverhältnis zwischen ACN und ärztlicher Leitung wird im Interview zu den Rahmenbedingungen von der Projektleitung angesprochen:

„Da besteht ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen den ACN und dem ärztlichen Leiter, und die sprechen sich im Bedarfsfall eng ab. Der ärztliche Leiter kennt die ACN und vertraut ihnen.“ (Int_Rahmenbedingungen_1)

Des Weiteren haben die ACN in Einsätzen, die eine ärztliche Einschätzung und Kompetenz erfordern, die Möglichkeit, neben dem Anruf bei der ärztlichen Leitung ein notärztliches Rettungsmittel nachzufordern:

„Die ACN können den Notarzt nachalarmieren. Das bedeutet, es ist die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes zu überbrücken. Bei Fragen melden sie sich beim ärztlichen Leiter.“ (Int_Rahmenbedingungen_1)

Die Möglichkeit, mitzugestalten sowie Wünsche und Anliegen einzubringen, wird als sehr positiv erachtet. Es ist möglich, über alles zu diskutieren. Unter anderem betrifft dies den allein zu bestreitenden Einsatz in der Nacht, bei dem die ACN durch geschaffene Strukturen und Rahmenbedingungen Sicherheit erlebt.

„Wir machen alle zwei Wochen eine Stunde Teamsitzung. Jeder darf anlassbezogenen Fragen und Wünsche einbringen.“ (PAG_Workshop_2)

Die direkten Kommunikationswege und flachen Hierarchien wurden in Zusammenhang mit der offenen Fehlerkultur in der Projektarbeitsgruppe betont, und die ACN beschrieben dies als durchaus attraktiv. Die Verankerung des Teams in der Organisation sowie das Teamgefüge selbst und die flachen Hierarchien wurden, wie das nachfolgende Zitat einer ACN verdeutlicht, positiv angeführt:

„Die Einbettung in die Firma ist super, weil wir Zugriff auf verschiedene Angebote haben und relativ unkompliziert etwas in die Wege leiten können.“ (PAG_Workshop_2)

4.5.4 Wissensmanagement

Wissensmanagement im ACN-Team

Eine reflexive Haltung der ACN zeigte sich sowohl im Projektarbeitsgruppenworkshop als auch durch die Anwendung von Strategien im Alltag. So führen die Teammitglieder auf eigene Initiative Fallbesprechungen zu als schwierig erlebten Einsätzen durch. Eine interner Gruppenchat zur schnellen Kommunikation im Team wurde etabliert, mittels dessen auf kurzem Weg Fragen innerhalb des Teams beantwortet werden.

Die ACN suchen in der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen ebenfalls die Kommunikation und Reflexion über die Zusammenarbeit und die erzielten Ergebnisse in den einzelnen Fällen. Hier gehen die ACN aktiv auf die Mitarbeiter:innen der anderen Organisationen zu, was unter anderem auch von diesen als sehr positiv erlebt wird. Ihr hohes Eigenengagement wird auch seitens des Emergency Medical Dispatchers der Notruf NÖ GmbH angeführt. Die ACN melden sich bei ihm, um direkt Rückmeldung zu geben, eine standardisierte Feedbackschleife wurde jedoch nicht installiert:

Keine geplanten Feedbackschleifen es ist eher informell. Es hilft einzuschätzen, in welchen Fällen die ACN hinzuziehen oder anzufordern ist.“ (Int_Stakeholder_2)

Für einen reibungslosen Ablauf im Team der ACN wurden für die nachfolgenden Aufgaben Zuständigkeiten vergeben, welche die ACN im Alltag wahrnehmen:

- » Material
- » Hygiene
- » Kfz (Dienstfahrzeug)
- » Medizinprodukte
- » Aus- und Fortbildung
- » Sanitärerdokumentation und pflegewissenschaftliche Grundlagen und Projektweiterentwicklung
- » Praxisanleitung

Wissenstransfer zwischen dem ACN-Team und der Organisation Notruf NÖ GmbH

Für eine Wissenszirkulation in der Organisation wird ein monatlicher Newsletter mit aktuellen wissenschaftlichen Studien zum Einsatzbereich der ACN herausgegeben, den die ACN im Team gestalten.

Zusätzlich kommt es innerhalb der Organisation zu Hospitationen bei den ACN, durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von 1450 sowie den ECN, die bei den ACN mitfahren, um Sensibilität

dafür zu bekommen, was die ACN tun. Fort- und Weiterbildungen sowie die Teilnahme an internationalen Kongressen werden von der Organisation finanziert und ermöglicht (Int_Rahmenbedingungen_1).

4.5.5 Autonomie in der eigenen beruflichen Praxis und Kontrolle über diese

Zusammenfassend wurde deutlich, dass ACN jedenfalls im Rahmen des Pilotprojekts über viele Handlungs- und Gestaltungsspielräume im Alltag verfügen, was ihre Arbeits- und Berufszufriedenheit in hohem Ausmaß positiv beeinflusst. Da dies auch im Zusammenhang mit einer möglichen weiteren Ausrollung bedeutsam ist und sich hier ggf. auch noch Entwicklungspotenzial verbirgt, wird im nachfolgenden Abschnitt auf die damit verbundenen Dimensionen vertiefend eingegangen.

Ausreichende Zeitressourcen

Die ACN erleben in der Gestaltung der Einsätze und in den Lösungsmöglichkeiten viel Handlungs- und Entscheidungsspielraum, das führen sie sowohl auf die gute personelle und materielle Ausstattung zurück als auch auf die Freiheit, im Einsatz die pflegerischen Kompetenzen und jene aus der rettungsdienstlichen Versorgung maximal ausschöpfen zu können, wie der nachfolgende Auszug bezüglich Fallbeispiel F zeigt:

„Eine Stärke der Acute Community Nurse in diesem Einsatzfall ist die Zeit und Erfahrung der ACN bei Auslotung der Möglichkeiten und Kommunikation mit vielen verschiedenen Beteiligten; Zeit insofern, dass man sich die Zeit nehmen kann, die man braucht. Die Dauer des gesamten Einsatzes war rund 3 Stunden, bis alle Beteiligten in KHs gebracht und alle über den weiteren Verlauf Bescheid wussten.“ (Case_F)

Der Zeitfaktor wurde seitens der ACN im Workshop als Unterscheidungsmerkmal gegenüber anderen Gesundheitsdienstleisterinnen/-leistern angeführt, insbesondere gegenüber den Vertreterinnen und Vertretern der mobilen Hauskrankenpflege (HKP).

„Wir haben Zeit – und können uns länger Zeit nehmen als etwa die HKP; wenn wir eine Stunde brauchen, ist es auch egal.“ (PAG_Workshop_2)

Auch die Stakeholder:innen sprachen den Unterschied hinsichtlich des zeitlichen Drucks an. Eine Mitarbeiterin des mobil und konsiliarisch tätigen Palliativteams in der Pilotregion tat dies ebenfalls, wobei sie den daraus resultierenden Mehrwert betonte:

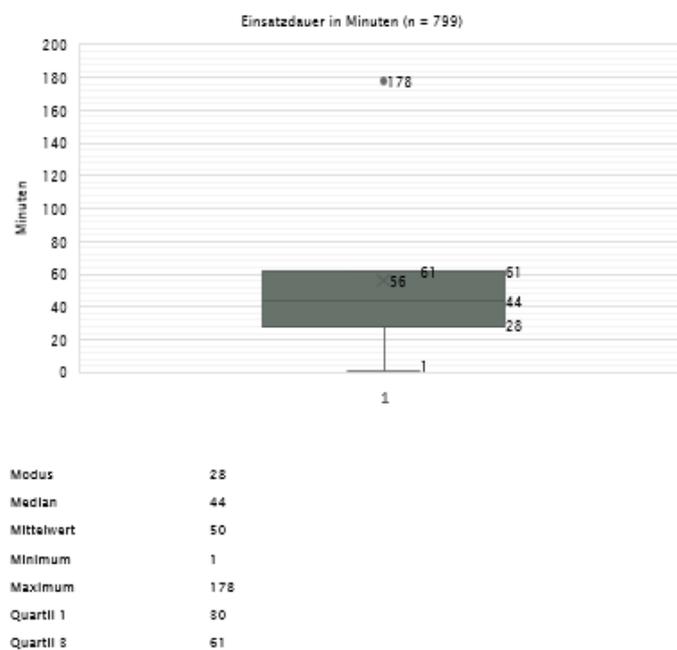
„Die können sich Zeit nehmen und dort bleiben. Sie nehmen Ruhe und viel Erfahrung mit. [...] So wie sie es leben und arbeiten, decken sie die palliative Betreuung für den akuten Fall ab.“ (Int_Stakeholder_4)

Das Agieren-Können ohne zeitlichen Druck und unter vorhandenen materiellen Ressourcen ermöglicht, wie es eine ACN im Workshop der Projektarbeitsgruppe ausdrückte, ein Ausschöpfen der Kompetenzen:

„Diese systemische Kompetenz und das Einnehmen-Können dieser Perspektiven, das macht uns aus.“
(PAG_Workshop_2“)

Die Berechnung der Einsatzdauer im Beobachtungszeitraum Jänner bis Mai 2021 zeigt, wie in Abbildung 4.10 dargestellt, eine durchschnittliche Dauer aller Einsätze von 52 Minuten, wobei der häufigste Wert den Mittelwert um sechs Minuten unterschreitet. Offensichtlich wird in der Darstellung der Dauer der Einsätze, dass es zu großen Ausreißern nach unten und oben kommt. So gibt es Einsätze von einer Minute bis hin zu solchen im Umfang von 178 Minuten.

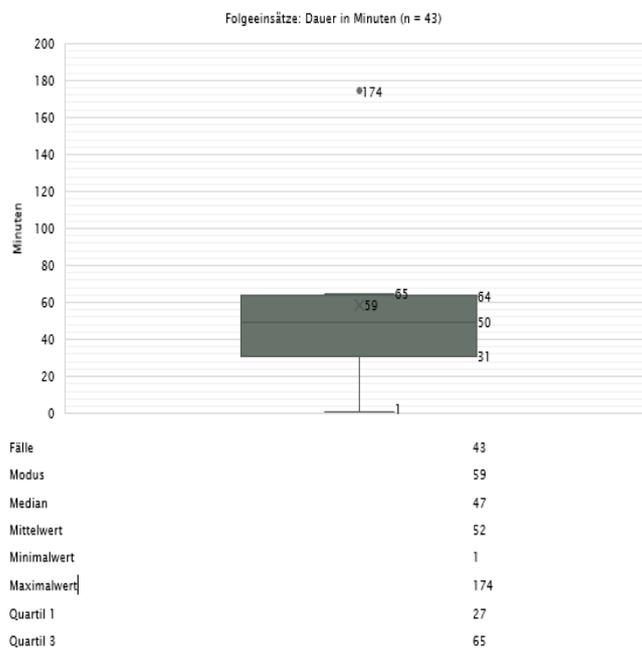
Abbildung 4.10:
Einsatzdauer: Verteilung in Minuten, alle Einsätze



Quelle: GÖG-eigene Auswertung

Bei den 43 Folgeeinsätzen lag die durchschnittliche Dauer ebenfalls bei 52 Minuten. Der Median der Folgeeinsätze ist jedoch mit 47 Minuten leicht höher als jener, den die Berechnung der Einsatzdauer für alle Einsätze ergab. Auch bei den Folgeeinsätzen kam es zu großen Abweichungen: Die geringste Einsatzdauer umfasste eine Minute, und die längste Einsatzdauer ist mit 174 Minuten ähnlich hoch wie im Rahmen aller Einsätze.

Abbildung 4.11:
Dauer der Folgeeinsätze in Minuten



Quelle: GÖG-eigene Auswertung

Handlungsalternativen

Die Projektleitung betont die Wichtigkeit der Qualität in den Einsätzen, bringt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Vertrauen entgegen und räumt ihnen in der Gestaltung des Dienstes und des beruflichen Alltags sehr viele Möglichkeiten ein. Es werden, wie das nachfolgend angeführte Zitat aufzeigt, kaum Vorgaben gemacht:

„Die ACN ist in der Gestaltung des Arbeitstages sehr frei. Sie übernehmen und übergeben morgens das Dienstauto, und dazwischen machen sie mit bestem Wissen und Gewissen die Einsätze. Mir ist wichtig, dass sie die gut machen.“ (Int_Rahmenbedingungen_1)

Die ACN beschrieben, dass es für die Gestaltung des Dienstes wenig konkrete Vorgaben gebe und sie selbst sehr viel entscheiden könnten. Sie geben die Informationen an die Vorgesetzten weiter und besprechen sie mit ihnen, erleben dies jedoch nicht als Kontrolle oder hierarchische Instanz. Eine ACN drückt dies sehr pragmatisch aus, indem sie Folgendes anführt:

„Man geht zum Chef und sagt Bescheid. Wir machen das untereinander.“ (PAG_Workshop_2)

Diese Freiräume im Handeln ermöglichen viel Spielraum, der es den ACN erlaubt, auch ethischen und moralischen Anforderungen ihres Berufsbilds nachkommen zu können. So beschrieb z. B. eine ACN folgendes Vorgehen: „... wenn ein Patient mit dem Hubschrauber abtransportiert wird, fahr

ich nachher zu den Angehörigen hin und informiere sie im Bereich des Möglichen, damit sie sich nicht zu große Sorgen machen.“ (PAG_Workshop_2)

Eine andere ACN führte an, dies ebenfalls zu tun. Sie beschrieb einen Einsatz rund um Mangelernährung, bei dem es zu einer Krankenhausaufnahme gekommen war:

„... ich bin nochmals zum Sohn und hab angeklopft, dass es nicht so schlimm ist, damit er sich nicht zu große Sorgen macht.“ (PAG_Workshop_2)

Potenziale und Grenzen der rechtlichen Rahmenbedingungen

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und das Sanitätsgesetz stecken den gesetzlichen Rahmen für das Handlungsfeld der ACN ab.

In den pflegerischen Kernaufgaben agieren die ACN gemäß dem § 14 GuKG eigenverantwortlich, und die Dokumentation erfolgt, wie bereits in Kapitel 4.2 angeführt, über das System LEODOK. Bei Aufgaben aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie agieren DGKP unter ärztlicher Anordnung oder gemäß dem Sanitätsgesetz nach den vorgesehenen Algorithmen.

Die Anordnung erfolgt einerseits gemäß GuKG § 15 Abs. 4 Z 20 betreffend Standard Operating Procedures (SOP) innerhalb der Organisation und über telefonische und/oder schriftliche Anordnung in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten des niedergelassenen Bereichs oder dem mobilen und konsiliarischen Palliativteam. Seitens der Organisation wurden über Schulungen die gesetzlichen Rahmenbedingungen nochmals erläutert. Hinsichtlich der SOP gemäß GuKG § 15 Abs. 4 Z 20 zeigen sich aufgrund der Heterogenität der Klientel Schwierigkeiten in der konkreten Formulierung, weshalb oftmals auf die Algorithmen aus dem Tätigkeitsbereich der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters gemäß § 10 Sanitätsgesetz zurückgegriffen wird. Dazu wird seitens der Projektleitung angemerkt, dass es hinsichtlich der gesetzlichen Bestimmungen im GuKG zu hinterfragen gilt, ob nicht auch hier ähnlich den §§ 10 und 11 des Sanitätsgesetzes Freigaben von Algorithmen möglich wären. Dies entspräche aus den Erfahrungen im Pilotprojekt den Kompetenzen der DGKP.

4.6 Ausgestaltung der Einsatzsituationen durch ACN

Im folgenden Kapitel wird konkret auf die Ausgestaltung der Einsatzsituationen durch ACN eingegangen. Zur Veranschaulichung werden zunächst ausgewählte Fallbeispiele ausführlicher dargestellt und wird im Anschluss daran auf Kompetenzbereiche, Interventionen und Wirkung eingegangen. Auf die klinische Entscheidungsfindung in der „Notfallsituation“ aus einer erweiterten pflegerischen Perspektive wird explizit in einem eigenen Abschnitt eingegangen, weil dies ein zentrales Moment in der Einsatzsituationen darstellt.

4.6.1 Handlungsweisen der ACN, illustriert an Fallbeispielen

Für die Illustration der „Ausgestaltung der Einsatzsituation“, mit der das (pflegerische und rettungsdienstliche) Handeln der ACN veranschaulicht werden soll (vgl. Kap. 4.2), wurden aus dem Sample vier sehr unterschiedliche Fallbeispiele ausgewählt: Den Cases A, F und G ist gemeinsam, dass das Handeln der ACN jeweils als erfolgreich gesehen wurde, d. h. aus Sicht der ACN für die Betroffenen „gute Lösungen“ herbeigeführt hatte. Der kontrastierende Fall B wurde aufgenommen, da es hier aus Sicht der ACN kaum Handlungsmöglichkeiten gab, von denen der Patient hätte profitieren können.

Ausgestaltung der Situation in Fallbeispiel A

In diesem Beispiel kam die ACN zu einem Patienten, Herrn F., weil dieser am Freitag vor dem Osterwochenende aus einem Krankenhaus entlassen worden war, wobei die Venenverweilkanüle jedoch nicht entfernt worden war. Nach Rücksprache mit dem Krankenhaus entfernte die ACN beim Erstkontakt nach einer Begutachtung der Einstichstelle die Kanüle, in der Dokumentation wurde das so vermerkt:

„[...] die Einstichstelle sowie die Wundumgebung imponieren bland, der Patient gibt an, keinerlei Schmerzen im Bereich der linken Ellenbeuge zu verspüren.“

Die ACN wurde unerwartet am Folgetag erneut aufgrund einer Alarmierung zu diesem Patienten gerufen. Er wurde mit einem deutlich veränderten Zustandsbild mit Anzeichen einer Dehydratation vorgefunden, bei bestehender Diarrhö, kognitiven Einschränkungen und Verlust der körperlichen Mobilität. Des Weiteren zeigte sich im Bedside Swallow Test ein deutliches Aspirationsrisiko. Die Angehörigen schilderten ausführlich die Problemlagen, äußerten aber den Wunsch, den Patienten nicht wieder ins Krankenhaus zu überstellen, auch Herr F. selbst wollte unbedingt zu Hause bleiben. Unter Berücksichtigung dieser Zielsetzungen und aufgrund der körperlichen Untersuchung sowie der o. g. Assessments wählte die ACN folgende Interventionen aus und führte sie durch:

- » Beratung Selbstversorgungsunterstützung für die Angehörigen
- » Aspirationsprävention: Fokusassessment im Rahmen der körperlichen Untersuchung, Beratung der Angehörigen und des Patienten hinsichtlich Aspirationsprophylaxe
- » aktives Zuhören (ACN hören allen Beteiligten aktiv zu)
- » Copingverbesserung: Strategiebesprechung durch ACN zur Situationsbewältigung für die Angehörigen
- » Edukation: Angehörige erhalten durch ACN das notwendige Wissen zur Situationsbewältigung
- » emotionale Unterstützung: Entlastungsgespräch für Angehörige durch ACN
- » Ernährungsberatung: Beratung der Ernährung bei Diarrhö
- » Gesundheitssystemorientierung: Erklärung des ärztlichen Wochenendbereitschaftsdienstes, Feiertagsdienstes, des Systems ACN, des Systems Rettungsdienst, der Struktur der Landeskliniken für Angehörige sowie Bekanntgabe von Telefonnummern für den Akutfall
- » Risikoabschätzung – dahingehend, ob Betreuung zu Hause möglich erscheint

- » Flüssigkeitshaushaltsmanagement: durch ACN während der Kontakte direkt mit Patient
- » Hypovolämiemanagement: durch ACN während der Kontakte direkt mit Patient
- » intravenöse Flüssigkeitstherapie: durch ACN während der Kontakte direkt mit Patient
- » Vitalzeichenüberwachung: durch ACN während der Kontakte direkt mit Patient
- » Sturzprävention: Präventionsgespräch mit den Angehörigen sowie dem Patienten, Kontrolle der Verwendung des Rollators, Entfernung sturzfördernder Utensilien wie z. B. von Teppichen, Kontrolle des korrekten Schuhwerks
- » Hautassessment: Erhebung möglicher Hautschäden aufgrund bestehender Diarrhö
- » Medikationsmanagement: Beratung für die Angehörigen über die ärztlich verordnete Medikation des Patienten sowie Hilfestellung bei deren Einnahme

Die Vitalzeichen besserten sich nach den gesetzten Interventionen deutlich, und die Angehörigen zeigten sich sehr erleichtert. Für sie war das Angebot, dass ACN rund um die Uhr erreichbar sind und auch am Sonntag und Montag zur Hilfestellung zur Verfügung stehen, wesentlich, um die Betreuung zu Hause zu übernehmen. Sie zeigten sich besonders bemüht, Herrn F. zur Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zu motivieren.

Am Ostermontag wurde die ACN von den Angehörigen des Patienten, wie angeboten, neuerlich angefordert. Die Evaluation der Situation zeigte ein deutlich verbessertes Zustandsbild von Herrn F. Die von der ACN angeordnete Dokumentation der Flüssigkeitszufuhr wurde von den Angehörigen durchgeführt und wies eine Flüssigkeitsaufnahme von nahezu 1000 ml inkl. Suppe sowie oraler Breinahrung aus. Da der Patient aber an diesem Tag noch nichts getrunken hatte und es wärmer war, verabreichte die ACN neuerlich eine Infusion von 1000 ml Elo-Mel. Auch die Problematik des Schluckvorgangs wurde nochmals evaluiert, aufgrund der verbesserten Vigilanz fiel dies positiv aus. Der Durchfall des Patienten hat sich ebenfalls gebessert. Der Blutdruck betrug nach Kontrolle 120/70 mmHg. Herr F. äußerte Wohlbefinden und Dankbarkeit, dass ihm die erneute Hospitalisierung erspart werden konnte. Die Venenverweilkanüle (rosa) wurde mit einem Schutzverband versehen und auf Wunsch des Patienten belassen, da er, wie vereinbart, am Folgetag (Dienstag) einen Termin bei seinem Hausarzt wahrnehmen würde und dort ggf. noch eine Infusion erhalten möchte. Seit längerem war für Mittwoch ein Termin beim betreuenden niedergelassenen Facharzt für Neurologie vereinbart, welchen der Patient ebenfalls wahrnehmen wollte. Herr F. zeigte gegenüber dem Zweitkontakt einen deutlich verbesserten Allgemeinzustand und konnte daher zu Hause bleiben. Die ACN gab die Telefonnummer der NÖ Pflegehotline bekannt, um die ggf. erforderliche pflegerische Beratung und die Organisation der Betreuung des Patienten im häuslichen Umfeld sicherzustellen.

Die ACN merkten an, dass ohne ACN-Einsatz eine Hospitalisierung aufgrund der Nichtverfügbarkeit anderer Versorgungsstrukturen im extramuralen Bereich unvermeidbar gewesen wäre (Case_A)

Ausgestaltung der Situation in Fallbeispiel F

Beim Eintreffen am Einsatzort wurde zuerst die aktuelle Lage hinsichtlich der Lebensbedrohlichkeit und eines zeitkritischen Ereignisses bei Frau R., die zu diesem Zeitpunkt als 24-h-Betreuerin im Haushalt von Frau W. arbeitete und nun akut erkrankt war, eruiert. Die ACN führte eine körperliche

Untersuchung und eine Anamnese durch. Des Weiteren maß sie Vitalparameter, um eine Gesamtsituation / ein Gesamtbild zu erlangen. Als Hauptproblem wurden das anhaltende Fieber $> 39^{\circ}\text{C}$ und die körperliche Schwäche angeführt, wodurch eine Versorgung bzw. Ausübung der Begleitung von Frau W. im Rahmen der 24-h-Betreuung nicht ausreichend gewährleistet war. Um eine mögliche COVID-19-Infektion auszuschließen, wurde die 24-h-Betreuerin einem entsprechenden Schnelltest unterzogen. Weiters sollten Fieber und Schmerzen mittels einer medikamentösen Therapie nach vorgegebenem Algorithmus gemildert werden. Diese Maßnahme blieb jedoch ohne Erfolg.

Die sprachlichen Barrieren von Frau R. stellten eine Herausforderung dar, sie konnte zwar ein wenig Deutsch sprechen, aber offensichtlich nicht alles klar verstehen. Die aufgrund der Coronapandemie erforderliche Schutzausrüstung erschwerte die Kommunikation zusätzlich. Aufgrund der bestehenden Kommunikationsprobleme konnte nicht geklärt werden, was Frau R. bisher unternommen hatte, um ihren Zustand zu verbessern. Es wurde dennoch alles versucht, um mögliche Behandlungsalternativen zu identifizieren, die eine Therapie von Fr. R im niedergelassenen Bereich ermöglichen würden, schon deshalb, damit die von einer Abwesenheit von Frau R. betroffene Frau W., zu Hause bleiben konnte, da diese eben eine kontinuierliche 24-h-Betreuung benötigte.

Die 86-jährige Frau W. hatte einen bestehenden Pflegebedarf aufgrund einer Hemiplegie rechts nach einem Insult. Aufgrund einer Aphasie war keine verbale Kommunikation mit Frau W. möglich. Ihre Betreuung wurde über eine Erwachsenenschutzvertretung organisiert, welche die Hilfestellung in allen Aktivitäten des täglichen Lebens übernahm. Bei der Familienanamnese von Frau W. zeigte sich, dass es keine Familienangehörigen gab, die beiden näheren Bekannten im Ort konnten aufgrund eigener Berufstätigkeit die Betreuung von Frau W. nicht übernehmen. Gesundheitlich zeigte sich gegenüber den vorliegenden Befunden von Frau W. keine Verschlechterung. Im Vordergrund der Problemsituation stand klar die Sicherstellung der Versorgung. Ein Telefonat mit der 24-h-Betreuungsagentur ergab, dass eine Ersatzperson frühestens in der Nacht in Österreich hätte sein können und bis dahin keine Versorgung über die Agentur möglich gewesen wäre. Frau W. wurde während der gesamten Situation darüber informiert, was geplant wird, jedoch war ihrerseits keine gezielte Reaktion erkennbar.

Primär führte die ACN vor Ort viele Telefonate mit der Hausärztin, um den aktuellen Status der 24-h-Betreuerin zu hinterfragen und Therapieoptionen abzuklären. Es zeigte sich dabei, dass eine Aufnahme in einer urologischen Fachabteilung unumgänglich war, weshalb Frau R. mit der Rettung in die nächste Fachabteilung gebracht wurde. Die ACN trat mit den Bekannten/Angehörigen der zu betreuenden Person, der 24-h-Betreuungsagentur bzw. der Erwachsenenschutzvertretung in Kontakt, um die Versorgungslage zu klären. Einen Ersatz für die 24-h-Betreuung konnte die Agentur für den nächsten Tag zusagen. Mit umliegenden Krankenhäusern wurde ebenfalls Rücksprache gehalten, um eine zwischenzeitliche Versorgung durch eine Aufnahme von Frau W. zu ermöglichen. Dabei wurde Frau W. von drei Krankenhäusern abgelehnt. Schließlich sagte eines eine Aufnahme unter Versicherung eines Rücktransports am nächsten Tag zu.

Angehörige/Bekannte und Erwachsenenschutzvertretung wurden über den weiteren Verlauf und gesetzte Maßnahmen informiert. Sie zeigten sich sehr dankbar und kooperativ in der Zusammenarbeit. Die zwei Bekannten von Frau W. sorgten unter anderem dafür, dass die neu angeforderte 24-h-Betreuerin in der Nacht abgeholt, ins Haus gelassen sowie dort eingeführt wurde und standen

auch für den Empfang von Frau W. im Haus zur Verfügung. Für weitere Fragen oder Unklarheiten wurde die Nummer der Gesundheitsberatung 1450 als Rückrufmöglichkeit hinterlassen (Case_F).

Ausgestaltung der Situation in Fallbeispiel G

Die betroffene Person in diesem Fallbeispiel ist die 79-jährige Frau G. Sie wurde vor einer Woche von der Hausärztin besucht, die eine Reduktion des Allgemeinzustands aufgrund einer Exsikkose festgestellt hatte. Um eine weitere Versorgung sicherzustellen, hatte die Hausärztin die ACN zur subkutanen Flüssigkeitssubstitution angefordert.

Vor Ort nahm die ACN zuerst eine Einschätzung der vorliegenden Situation vor: Frau G. klagte über Müdigkeit und anhaltende Schwäche. Ihr Gatte berichtete von einem in den letzten Wochen schnell voranschreitenden kognitiven Abbau. Die pflegerische Versorgung übernahm vorwiegend der Gatte, Sohn und Schwiegertochter halfen ebenfalls mit. In den vorliegenden Befunden zeigten sich zahlreiche Vorerkrankungen wie Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Herzrhythmusstörungen/Vorhofflimmern, Demenz (diese jedoch nicht fachärztlich diagnostiziert), Niereninsuffizienz, Panzytopenie; Anämie und Polyarthrit.

Die körperliche Untersuchung zeigte eine deutliche Schwäche, wobei die Vitalparameter durchaus im Normalbereich lagen. Die Clinical Frailty Scale wies mit einem Wert von 5–6 eine deutliche Gebrechlichkeit aus. Die örtliche/zeitliche/situative Orientierung waren nur zum Teil gegeben, und die Denkleistung schien deutlich verlangsamt. Bisher war Frau G. im Wohnraum mit dem Rollstuhl oder Rollator noch mobil gewesen. Entsprechend der vordiagnostizierten Exsikkose zeigte sich eine stehende Hautfalte und ein kachektisches Körperbild. Der Gatte gab an, dass Frau G.s Appetit deutlich gemindert sei. Des Weiteren bestand eine Harn- und Stuhlinkontinenz, und am linken Fuß/Außenknöchel befand sich ein Ulcus cruris. Dieses wurde von der medizinischen Hauskrankenpflege zweimal pro Woche versorgt. Die Hände konnte Frau G. aufgrund der bestehenden Arthrose/Arthritis in den Fingergelenken nicht zielgerichtet einsetzen. In beiden Leisten hatte Frau G. ein Exanthem. Sie gab an, keine Schmerzen zu haben.

Die hausärztlich angeforderte subkutane Gabe von 500 ml Elo-Mel wurde nach der körperlichen Untersuchung am 1. 2. gegen 8.30 Uhr über einen subkutanen Katheter durch die Bauchdecke verabreicht. Der Gatte wurde auf mögliche Komplikationen hingewiesen, und Kontaktmöglichkeiten wurden hinterlegt. Ein Beratungsgespräch mit dem Gatten von Frau W. über die weitere pflegerische Versorgung wurde durchgeführt. Die Tochter hatte die Ausweitung der mobilen Hauskrankenpflege sowie die Beschaffung eines Pflegebetts bereits in die Wege geleitet, doch konnte beides noch nicht bereitgestellt werden. Drei Stunden nach der Infusionsgabe erfolgte ein neuerlicher Kontakt zur Evaluation der Wirkung der Maßnahme und zur Entfernung des subkutanen Katheters. Der Zustand von Frau W. wirkte gleichbleibend, weshalb eine neuerliche Kontrollvisite in vier Tagen vereinbart wurde.

Bei der Kontrollvisite durch die ACN am 5. 2. hatte die Schwäche deutlich zugenommen, und der Allgemeinzustand war stark reduziert. Die Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr waren deutlich eingeschränkt. Die medizinische Hauskrankenpflege hatte am 4. 2. eine Flüssigkeitssubstitution subkutan durchgeführt, die ACN tat dies neuerlich am 5. 2. Frau G. befand sich erkennbar in der

Terminalphase des Sterbeprozesses. Eine Hospitalisierung wurde von allen Beteiligten abgelehnt und ein neuerlicher Kontakt für den 6. 2. vereinbart.

Am 6. 2. wurde Frau G. in einem zunehmend schwächeren Allgemeinzustand vorgefunden. Ihre Hautfarbe war blass, sie gab an, ein zunehmendes Kältegefühl zu verspüren, aber keine Schmerzen. Die ACN führt mit Frau G. und deren Familie ein ausführliches Beratungsgespräch, bei dem auch das Sterben und der zu erwartende Verlauf angesprochen wurden. Die Angehörigen wollten den Sterbeprozess zu Hause begleiten. Die ACN organisierte daher für Montag, den 8. 2. 2021 eine Visite durch die Casemanagerin der mobilen Hauskrankenpflege zur Erweiterung der pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten. Ebenfalls wurde der Aufbau eines Pflegebetts im Wohnzimmer für die nächsten Tage vereinbart. Eine ärztliche Visite der Hausärztin wurde für den 9. 2. angesetzt. Frau G. konnte in der häuslichen Umgebung bleiben und verstarb am 11. 2. ebendort im Beisein der Familie (Case_G).

Ausgestaltung der Situation im kontrastierenden Fallbeispiel B

Um zirka 20 Uhr erfolgte durch die Besetzung eines Rettungswagens eine telefonische Anforderung der ACN für einen Patienten mit Harnverhalt. Die ACN gab Auskunft, dass dies keine ACN-Indikation darstelle und der Patient auf jeden Fall zur weiteren urologischen Abklärung in ein Krankenhaus mit urologischer Fachabteilung transportiert werden müsste. Seitens des Rettungsteams wurde dennoch auf eine Dringlichkeitseinschätzung durch die ACN bestanden. Die Besetzung des Rettungswagens war bei Ankunft der ACN bereits wieder weggefahren, und es wurden keine Unterlagen über ihre Einschätzung hinterlegt.

Der in Schwechat wohnhafte 80-jährige Herr B. wurde stehend, wach und ansprechbar angetroffen. Er befand sich mit seiner Gattin in der Wohnung und berichtete über Harnverhalt, der seit etwa 17 Uhr (knapp drei Stunden lang) bestand. Laut Beschreibung von Herrn B. konnte er nur tröpfchenweise und unter starken Schmerzen Harn lassen. Herr B. gab an, vor drei Wochen beim urologischen Facharzt gewesen zu sein, der ihm versicherte, es wäre alles in Ordnung, und es bestünde lediglich eine geringgradige Prostatahyperplasie. Es waren keine weiteren Befunde vorhanden und keine Vorerkrankungen bekannt. Es bestand keine laufende Medikationstherapie, und Allergien waren ebenfalls nicht bekannt.

Herr B. konnte nach rettungsdienstlichem Assessment und körperlicher Untersuchung als nicht kritisch krank eingestuft werden, benötigte jedoch zumindest eine fachärztliche urologische Abklärung. Seine Blase war stark gefüllt und druckdolent. Auf der numerischen Schmerzskala stuft Herr B. die Schmerzintensität mit fünf von zehn Punkten (maximaler Schmerz) ein. Die Vitalparameter waren im Normbereich: Herzfrequenz 90/min.; Sauerstoffsättigung 98 Prozent; Atemfrequenz 15/min. Ess- und Trinkverhalten erwiesen sich als normal, Harn- und Stuhlausscheidung waren bis zum Zeitpunkt des Harnverhalts ebenfalls ohne Beschwerden.

Das Setzen eines transurethralen Dauerkatheters zur Ableitung ohne diagnostischen Hintergrund und bildgebendes Verfahren wurde als kontraindiziert eingeschätzt, bzw. lag keine diesbezügliche ärztliche Anordnung vor. Eine diagnostische Abklärung im Krankenhaus erachtete die ACN als

unumgänglich. Herrn B. wurde zur akuten Schmerzreduktion eine Tablette Buscopan 10 mg gemäß Algorithmus und Arzneimittelliste angeboten. Er lehnte dies jedoch ab, da er nur noch auf schnellstem Weg ins Krankenhaus gebracht werden wollte.

Die erneute Anforderung eines Rettungstransports, der nun aus Traiskirchen kam und eine Anfahrtszeit von etwa 30 Minuten benötigte, führte dazu, dass Herr B. schließlich nach über 3,5 Stunden nach der Alarmierung der Rettung im Krankenhaus ankam.

4.6.2 Kompetenzbereiche der ACN

Die oben angeführten Fallschilderungen sowie Ergebnisse aus den Workshops mit der Projektarbeitsgruppe zeigen vergleichbare Muster im Vorgehen in der Situation: Es erfolgen eine umfassende Einschätzung der Situation, eine Datenerfassung sowie eine Interaktion sowohl mit den betroffenen Personen als auch deren An- und Zugehörigen unter Berücksichtigung ihrer Umgebung und Erfahrungen. Die Planung und die Umsetzung der Interventionen werden – unter Rückgriff auf rettungs-, notfallmedizinische und pflegerische Kompetenzen – auf die individuelle Situation abstimmt.

„Was ich als Sanitäter mache, was ich als ACN/Pflege mache, ist oft verschränkt, das lässt sich eben nicht so genau treffen.“ (PAG_Workshop_2)

Dabei ist entsprechend den Anlässen für Einsätze das Aufgabenfeld sehr weit. ACN beschreiben dies selbst folgendermaßen:

Von der einen Ecke zum anderen Extrem es ist unfassbar breit, zum Beispiel vom Autobahnunfall, wo ein Auto raucht und wir mitalarmiert werden, und wir kommen zu einem brennenden Auto – also gefährlicher Verkehrsunfall, wo nicht alle Personen abgesichert sind. Zu allem, wo es komplexer wird, werden wir dazugeholt. (PAG_Workshop_2)

Die ACN setzen zur Problemlösung sowohl die pflegerischen Kernkompetenzen aus dem § 14 GuKG ein als auch Kompetenzen aus dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG. Ergänzend kommen auch Kompetenzen aus der multiprofessionellen Zusammenarbeit gemäß § 16 GuKG hinzu. Die umfassende Einschätzung stellt dabei den Ausgangspunkt zur Erfassung der Situation dar. Dabei greift die ACN sowohl auf die Instrumente des Rettungsdienstes (z. B. das SAMPLER- oder ABCDE-Schema) zurück als auch auf pflegerische Methoden zur körperlichen Untersuchung (Beobachtung und Assessmentgespräch) einschließlich dazugehöriger standardisierter Instrumente (z. B. Clinical Frailty Scale) – wobei sich das SAMPLER- oder ABCDE-Schema von der pflegerischen körperlichen Untersuchung lediglich durch die Struktur unterscheiden und nicht durch den Inhalt. Daher erachten es die ACN als nicht sinnvoll, die beruflichen Rollen im Einsatzgeschehen und in der Situation zu differenzieren (Protokoll_3.PAG-Workshop).

Gemäß GuKG § 14a Abs. 1 umfassen die Kompetenzen der DGKP bei Notfällen folgende Punkte:

1. Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und

2. eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht; die unverzügliche Verständigung eines Arztes ist zu veranlassen.

Dabei werden in § 14a Abs. 2 lebensrettende Sofortmaßnahmen spezifiziert, die insbesondere Folgendes umfassen:

1. Herzdruckmassage und Beatmung,
2. Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus sowie
3. Verabreichung von Sauerstoff (Weiss/Lust 2017)

Die Kompetenzen der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters sind im Sanitätergesetz (SanG) unter § 10 Abs. 1 geregelt und umfassen

1. die Tätigkeiten (des Rettungssanitäters) gemäß § 9,
2. die Unterstützung des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transports von Notfallpatienten,
3. die Verabreichung von für die Tätigkeit als Notfallsanitäter erforderlichen Arzneimitteln, soweit diese zuvor durch den für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter der jeweiligen Einrichtung gemäß § 23 Abs. 1 schriftlich zur Anwendung freigegeben wurden (Arzneimittelliste 1),
4. die eigenverantwortliche Betreuung der berufsspezifischen Geräte, Materialien und Arzneimittel und
5. die Mitarbeit in der Forschung. [_ENREF_15](#)

Im Einsatz schöpft die ACN Möglichkeiten aus allen o. g. Kompetenzbereichen aus. Überwiegend sind die für den Einsatz erforderlichen Kompetenzen und Handlungen durch das GuKG umfasst. Beim Einsatz von Arzneimitteln in Einsätzen stößt der gesetzliche Rahmen allerdings an Grenzen. So wird in Bezug auf diese Tätigkeiten überwiegend auf die Möglichkeit der Arzneimittelliste gemäß SanG § 23 Abs. 1 zurückgegriffen. Demnach dürfen Arzneimittel nach einem festgelegten Algorithmus angewandt werden. Stellt sich in einer Situation die Arzneimittelliste als nicht ausreichend heraus, kann auf telefonischem Weg vom ärztlichen Leiter der Notruf NÖ GmbH eine Anordnung eingeholt werden; alternativ dazu kann im Fall einer Zusammenarbeit mit anderen Stakeholderinnen/Stakeholdern wie dem mobilen Palliativteam oder den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen auf eine schriftlich übermittelte Anordnung zurückgegriffen werden.

Seitens der ACN und der Projektleitung wurde eine Änderung im Berufsgesetz angeregt, welche die Möglichkeit zur Verabreichung von Medikamenten nach einer freigegebenen Arzneimittelliste am Beispiel des Sanitätergesetzes auch für die DGKP vorsieht. Angesichts der wesentlich umfassenderen Ausbildung der DGKP gegenüber jener der Notfallsanitäter:innen wäre dies wohl naheliegend, insbesondere für jene Berufsangehörigen, die zusätzlich eine Spezialisierung gemäß § 17 GuKG absolviert haben.

„Ich möchte schon als Überlegung mitgeben, ob die Notfallbehandlung gemäß Sanitätergesetz nicht auf das GuKG übertragen werden kann.“ (Int_Rahmenbedingungen_3)

Mit dem Pilotprojekt sollte die Notwendigkeit berufsrechtlicher Änderungen dahingehend aufgezeigt werden, dass die Dokumentation in einen rettungsdienstlichen und einen pflegerischen Teil getrennt wird. So kann nachgewiesen werden, wann ACN aufgrund welcher Ausgangssituation auf welches Berufsrecht zurückgegriffen haben.

4.6.3 Klinische Entscheidungsfindung

In den übermittelten Fallbeschreibungen erfolgte die klinische Entscheidungsfindung (Clinical Reasoning) anhand objektiver und subjektiver Faktoren und unter Einbezug externer Expertisen und Daten wie z. B. jener des behandelnden Krankenhauses wie bei der Dame aus Fall E, die sich unabsichtlich die Drainage entfernt hatte:

„Bei der zweiten, durch den Rettungsdienst übergebenen Versorgung ist das Hauptproblem der Patientin, dass die Drainage unabsichtlich entfernt wurde und sie nun nicht weiß, wie sie weiter vorgehen soll. Die Wunde sieht zu diesem Zeitpunkt bland aus. Lediglich etwas putrides Sekret läuft aus der Wundhöhle heraus. Es wird Kontakt mit dem behandelnden Krankenhaus aufgenommen. Die diensthabende Ärztin am Telefon kennt die Geschichte der Patientin und kann der ACN gut Auskunft geben. Da sich laut Ärztin bereits ein Fistelgang gebildet haben muss und die Patientin den nächsten Kontrolltermin schon in wenigen Tagen hat, bittet die Ärztin, die offene Wunde bloß zu reinigen und zu verbinden. Dieser Bitte wird nachgekommen, und die Wunde wird, wie schon beim ersten Event (oben beschrieben) gereinigt und verbunden.“ (Case_E)

In der geschilderten Situation geht die ACN prozesshaft vor, und die Schlussfolgerungen wurden auf Basis subjektiver und objektiver Daten aus der körperlichen Untersuchung, der Beobachtung und dem Erleben der Betroffenen und ihrer Angehörigen getroffen. Eine Sequenz aus dem Fallbeispiel A illustriert das prozesshafte Vorgehen und die Überlegungen zum Clinical Reasoning:

„Der Einsatz war zeitlich dreigeteilt. Im Rahmen des ersten Kontakts war die sich entwickelnde Problematik noch nicht abschätzbar, da der Patient, frisch entlassen, in einem deutlich besseren Zustandsbild vorgefunden wurde als beim Zweitkontakt. Im Rahmen des Gespräches und der Untersuchung haben sich keine Hinweise auf eine gesteigerte Betreuungsnotwendigkeit erahnen lassen. Der Patient war kognitiv nicht eingeschränkt, mittels Rollator im Raum mobil und äußerte Wohlbefinden. Dementsprechend überraschend war die Alarmierung zum zweiten Kontakt nur einen Tag später und die imposante Zustandsveränderung. Die Interventionen wurden aufgrund der körperlichen Untersuchung und der Schilderung der Problemstellung durch die Angehörigen ausgewählt. Erleichternd war die Beobachtung, dass die Infusionstherapie unmittelbar zu einer deutlichen Kraftsteigerung des Patienten geführt hat und er seine räumliche Mobilität sofort wiedererlangt hat, seine Vitalzeichen eine deutliche Besserung erfahren haben und die Angehörigen die Situation gut annehmen konnten. Insbesondere das Angebot, rund um die Uhr erreichbar zu sein und auch am Sonntag und Montag zur Hilfestellung zur Verfügung zu stehen, hat die Angehörigen sehr erleichtert. Spürbar war die Bemühung der Angehörigen durch den Erfolg der gelungenen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhrmotivation. Der Patient wurde beim Drittkontakt am Montag in stabil gutem AZ vorgefunden.“ (Case_A)

In den oben beschriebenen Beispielen wurden pflegediagnostische Überlegungen angestellt und wurde das Flüssigkeitsdefizit als Pflegediagnose gestellt. Sowohl der Betroffene als auch die Angehörigen wurden in dieser Situation hinsichtlich der individuell bestehenden Ursachen und Risiken aufgeklärt und zur Prävention angeleitet. Das akute Problem wurde mit einer Flüssigkeitssubstitution intravenös gelöst, jedoch kam es durch die Beratung auch zu einer längerfristigen Problemlösung oder -vermeidung, wie die nachfolgende Sequenz aus der Fallschilderung aufzeigt. Die ACN beschreibt den Mehrwert durch ihre Leistungen vor Ort folgendermaßen:

„Ohne ACN-Einsatz wäre eine Hospitalisierung aufgrund der Nichtverfügbarkeit anderer Versorgungsstrukturen im extramuralen Bereich unvermeidbar gewesen. Dieser Fall generiert bei mir als hauptbeteiligtem ACN-Mitarbeiter ein enorm positives Gefühl, da das gemeinsam gesetzte Ziel erreicht und einem Menschen vor Ort extrem suffizient geholfen werden konnte.“ (Perspektive einer ACN)

4.6.4 Interventionen der ACN

Die ACN führen die Wirkung durch ihren Einsatz auf die Tatsache zurück, dass sie mehr wahrnehmen und diese Wahrnehmungen besser in Bezug zur aktuellen Problemsituation setzen könnten als andere Berufsgruppen (z. B. Rettungssanitäter:innen).

„Mir fallen dann vor Ort „geschwollene Beine“ auf, und daraus ergibt sich dann ein weiteres Fragen und Tun. Es geht um das vernetzte Denken, das wir mitbringen und das bei den Zielgruppen so wichtig ist.“ (PAG_Workshop_2)

Die nachfolgende Aufzählung zeigt ein breites Portfolio an Interventionen, welche die ACN in den übermittelten Fallschilderungen durchführten.

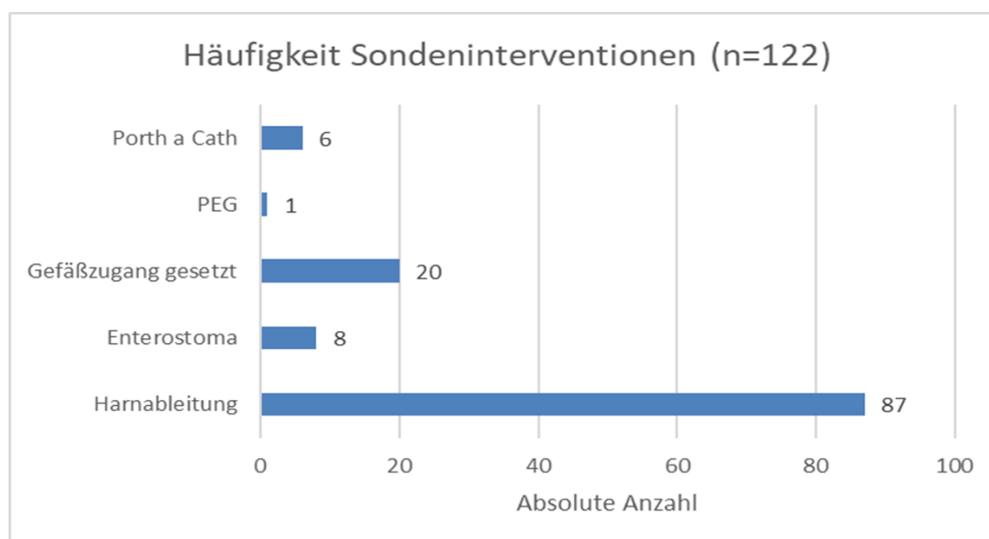
- » Infektionsprävention
- » Sicherstellung der pflegerischen Versorgung
- » Elektrolyt- und Flüssigkeitssubstitution
- » Fiebersenkung
- » Blutstillung
- » Interventionen an und mit Sonden
- » Schmerzmanagement
- » Entlastungsgespräche
- » Beratung zu bestehenden Risiken
- » Beratung im Handling
- » Beratung zu Unterstützungsangeboten
- » Beratung zur Umfeldgestaltung
- » interprofessionelle Zusammenarbeit

Eine konkrete Zuordnung der Interventionen zur Pflege oder dem rettungsdienstlichen Aufgabenbereich ist dabei nicht möglich und wird aufgrund der Überschneidungen als nicht sinnvoll erachtet.

Interventionen an und mit Sonden und anderen zu- bzw. ableitenden Systemen

Die Auswertung der Dokumentation zeigt, dass die ACN im Beobachtungszeitraum Jänner bis Mai 2021 häufig Interventionen an und mit Sonden durchführten. So kam es bei 122 Einsätzen von insgesamt 799 zu einer Intervention an und mit Sonden. Der überwiegende Anteil betrifft den Umgang mit einer Harnableitung. Diese Leistung wurde auch in den Anlässen für einen Einsatz der ACN als idealtypisch angemerkt (PAG_Workshop_1).

Abbildung 4.12:
Häufigkeit durchgeführter Interventionen an/mit Sonden und anderen zu- bzw. ableitenden Systemen



Quelle: GÖG-eigene Auswertung

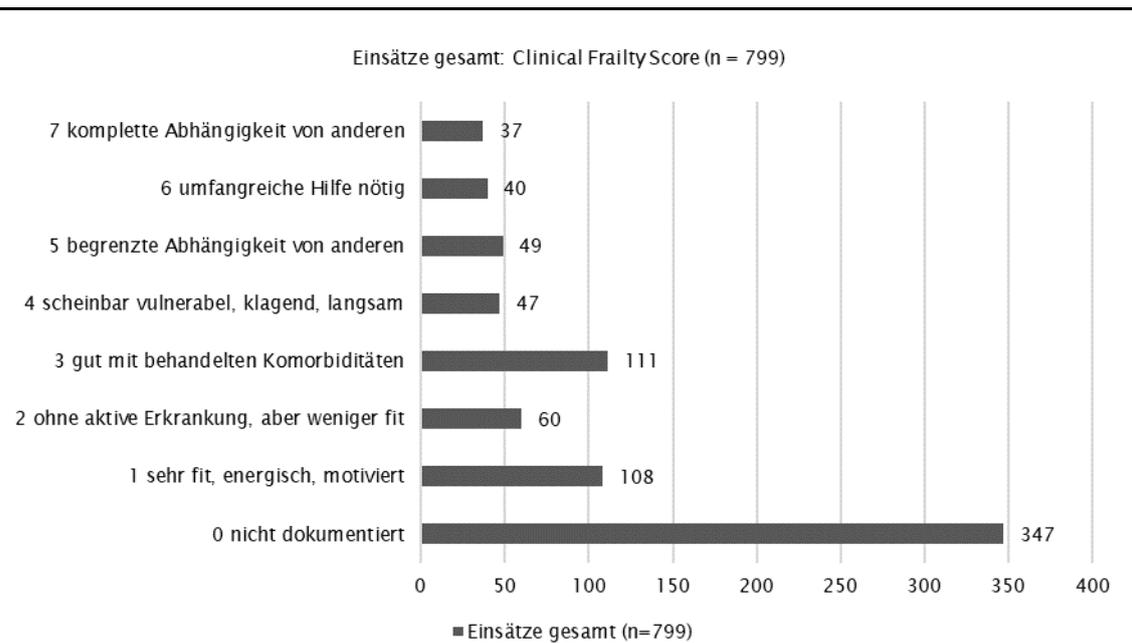
Frailty-Assessment bei älteren Personen

Hinsichtlich der Interventionen zur Beratung bezüglich bestehender Risiken ist anzumerken, dass die ACN bei älteren Personen eine Einschätzung zum Frailty-Syndrom (Gebrechlichkeitssyndrom) mit dem standardisierten Assessment der Clinical Frailty Scale durchführen. Dadurch erfassen sie einerseits gebrechliche und vulnerable Personen, und eine Abwägung der Interventionen erfolgt unter diesen Gesichtspunkten, andererseits ermöglicht die systematische Erhebung eine Aussage zur Zielgruppe der ACN.

Wie die nachfolgende Abbildung 4.13 zeigt, wurde bei 452 Einsätzen ein Assessment zum Frailty-Syndrom durchgeführt. Unter Betrachtung aller Einsätze mit dokumentiertem Clinical Frailty Score zeigt sich ein Gipfel bei Score 3 – der mit „*gut mit behandelten Komorbiditäten*“ definiert ist.

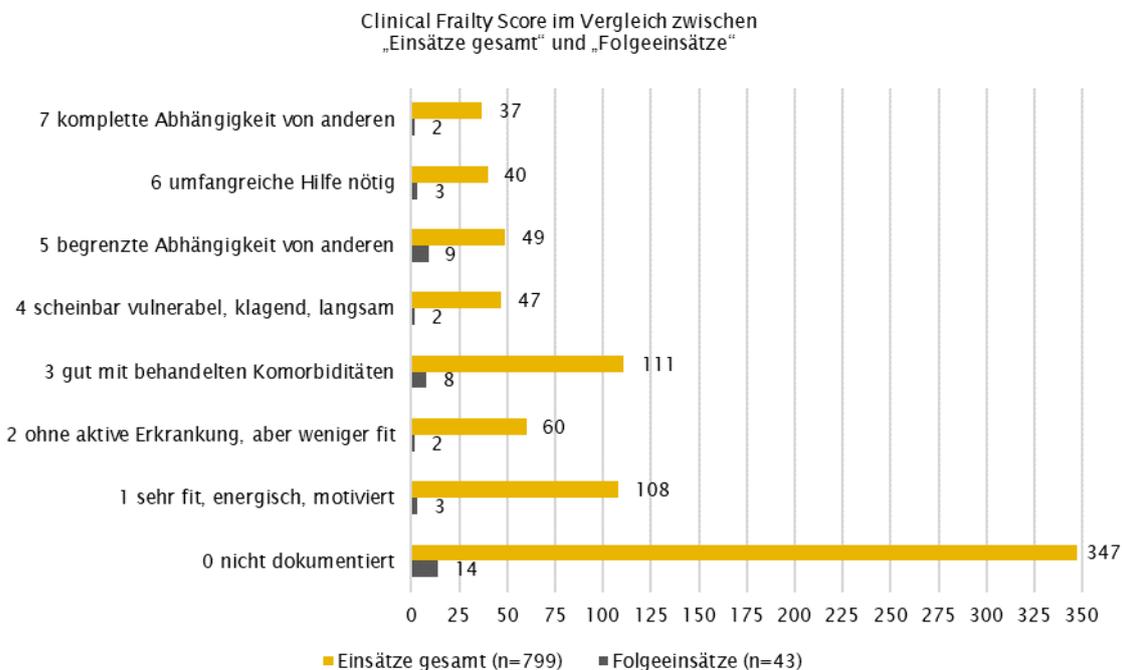
Bei Folgeeinsätzen (siehe Abbildung 4.14) sind sowohl Personen, die ebenfalls Score 3 erreichen, häufig vertreten als auch solche mit dem Score 5, welcher eine „begrenzte Abhängigkeit von anderen“ bedeutet. Eine leichte Tendenz zu einem höheren Clinical Frailty Score kann bei der Personengruppe mit Folgeeinsätzen beobachtet werden. Eine Interpretation für die gesamte Zielgruppe ist aufgrund der geringen Anzahl dokumentierter Clinical Frailty Scores (56 %) vorsichtig anzustellen.

Abbildung 4.13:
Verteilung aller Einsätze nach erhobenem Clinical Frailty Score bei betreuten Personen



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Abbildung 4.14:
Clinical Frailty Score bei Personen mit Folgeeinsätzen und Einsätzen gesamt



Quelle: GÖG-eigene Auswertung

4.6.5 Wirkung des ACN-Angebots

In den Fallbeispielen wurde exemplarisch deutlich, wie durch das Handeln und Verhalten der ACN bei Personen in deren häuslicher Umgebung fragile Situationen stabilisiert werden konnten. In diesen Fällen konnten so Krankenhausaufenthalte bzw. -wiederaufnahmen oder Rettungstransporte in ein Krankenhaus oder eine dort angesiedelte Ambulanz verhindert werden (siehe Abschnitt 4.6).

Aus den Daten der Fallbeschreibungen, ergänzt durch PAG-Workshop-Protokolle, wurden schließlich Indikatoren identifiziert, mit denen positive Wirkungen der Interventionen durch ACN beschrieben werden können:

- » Hilfe und Unterstützung zu Hause ist sichergestellt.
- » Lange Wartezeiten im Zusammenhang mit alternativen bzw. nachfolgenden Einsätzen, Konsultationen, Besuchen in Ambulanzen o. Ä. wurden vermieden.
- » Eine Krankenhaus(wieder)aufnahme konnte vermieden werden.
- » Eine Verbesserung der Symptomlast ist eingetreten.
- » Komplikationen sind behoben oder wurden vermieden.
- » Betroffene können zu Hause bleiben.
- » Organisierte Unterstützungssysteme wirken.

Schließlich ist aus Sicht der ACN noch ein weiterer Indikator wichtig, nämlich dass sie selbst nach einem Einsatz „mit einem guten Gefühl wegfahren können“.

5 Perspektive der Stakeholder:innen auf das Angebot

Mit einer qualitativen explorativen Befragung von Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens, die Berührungspunkte zum ACN-Angebot haben, sollte der Stellenwert dieses Angebots in der Versorgungslandschaft eruiert werden. Das Augenmerk richtete sich dabei auf Schnittmengen oder Überlappungen mit bzw. zu anderen Angeboten bzw. auf die Fragen, auf welchen konkreten Bedarf mit dem Angebot reagiert würde und ob es sich dabei um Lücken im Versorgungssystem handelt. Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt, im letzten Teil dieses Abschnitts wird abseits des Aspekts des „Bedarfs“ – auf eine Einschätzung des Potenzials von ACN eingegangen.

5.1 Perspektiven auf den Bedarf

Welche Aspekte des Bedarfs nach einem Angebot wie ACN wurden in den Interviews mit Stakeholderinnen und Stakeholdern erkennbar, und wie schätzen diese ACN vor dem Hintergrund des bestehenden regionalen Versorgungssystems ein?

5.1.1 Fehlende aufsuchende Angebote

Auf die Frage nach dem Bedarf, auf den mit dem ACN-Pilotprojekt reagiert wird, befanden die interviewten Stakeholder:innen nahezu einhellig, dass mit den ACN auf die mangelnden Möglichkeiten aufsuchender Angebote im Gesundheitssystem, die akuten Situationen gelten, Bezug genommen werde. Im folgenden Zitat wird auf die Möglichkeit für Hilfe bei akuten Gesundheitsproblemen vor Ort und zu Hause durch ACN hingewiesen:

„Menschen können in ihrem gewohnten Umfeld behandelt werden und müssen nicht rausgerissen werden. Das Risiko des Transportes kann minimiert werden. Es ist auch eine schnelle Versorgung vor Ort, denn es ist ein Unterschied, ob ich eine Stunde ins nächste Krankenhaus fahren muss.“ (Int_Stakeholder_7)

Diese Rolle wurde in einem anderen Interview als „Anker für Betroffene und ihre Familien“ bezeichnet:

Es (ACN) ist ein Anker, eine weitere Quelle, wo ich anrufen kann – im Gegensatz zu einem First-Responder-Team, die anders ausgerichtet sind, oder der Allgemeinmedizin, die kaum am Wochenende erreichbar sind. Für uns die erste Nummer, die wir weitergeben. Das ist hilfreich für die Familien und sicherer Boden, auf den sie zurückgreifen können. (Int_Stakeholder_4)

Angesprochen wurde auch die Problematik, dass viele Rettungseinsätze keine Notfälle darstellen würden, sondern vielmehr akuten Ereignissen gölten, die grundsätzlich keines Krankentransports oder keiner -aufnahme bedürften. Für diese Gruppe stünden kaum Versorgungsangebote

zur Verfügung. Das Krankenhaus würde nach Alarmierung eines Rettungsdienstes oftmals die einzig verfügbare Option darstellen – eine Problematik, der mit dem Angebot der ACN sinnvoll begegnet werde, wie das nachfolgende Zitat illustriert:

„Der Klassiker: Am Samstagabend werden wir alarmiert mit durchnässtem Wundverband. Wir hatten nur die Möglichkeit, den Pat. ins Krankenhaus zu bringen. Diese Stellenwert- und Selbstwertthematiken vom Anfang haben sich aufgelöst. Wir alarmieren regelmäßig die ACN nach.“ (Int_Stakeholder_7)

Die ECN der Notruf NÖ GmbH, welche für die Triage von Anrufen der Bevölkerung über die Notfallnummern und die Gesundheitshotline verantwortlich sind, sehen die Problematik ähnlich wie der Rettungsdienst. Viele der Probleme der Anrufer:innen würden keine Behandlung in einem Krankenhaus erfordern. *„Es benötige jedoch jemanden, der sich das vor Ort ansieht.“* Bei Entsendung eines Rettungsmittels komme es jedoch unweigerlich zu einem Transport in das Krankenhaus, weil das Rettungsteam keine Handlungsmöglichkeiten vor Ort habe. Ähnlich sieht dies ein niedergelassener Allgemeinmediziner aus der Pilotregion, der unterstreicht, dass durch das Angebot der ACN mehr Handlungsmöglichkeiten vor Ort zur Verfügung stünden.

„Sie haben mehr Handlungsmöglichkeiten, wodurch es möglich ist, dass Patienten zu Hause belassen werden können.“ (Int_Stakeholder_6)

Der Mehrwert der ACN liege in der Möglichkeit, Menschen mit akuten Gesundheitsproblemen am Einsatzort zu versorgen. Die Stakeholder:innen des Rettungsdienstes, der ECN und des Disponenten der Notruf NÖ GmbH sowie der niedergelassenen Allgemeinmedizin, des Akutteams NÖ und des Palliativteams halten fest, dass die ACN ein Beitrag dazu seien, nicht unbedingt erforderliche Transporte ins Krankenhaus und nicht zwangsläufig notwendige dortige Behandlungen und Aufnahmen zu vermeiden. Die Rettungsdienststellenleitung beschreibt ihre Erfahrungen dazu folgendermaßen:

„Wir haben sehr oft Transporte, weil keine Belassungen möglich sind, d. h. wir müssen viele Pat. ins Krankenhaus bringen. Das heißt, wir bringen die Katastrophe von der Straße in die Klinik. Wir haben viele Herrschaften in das Krankenhaus gebracht, und sehr, sehr viele Menschen sind für 30 Sekunden Arbeit beteiligt.“ (Int_Stakeholder_7)

Der interviewte Disponent der Notruf NÖ GmbH beschrieb das ergänzende Angebot einer aufsuchenden Leistung als Entlastung und wünschte sich mehr Alternativen zur Entsendung von Einsatzmitteln für Menschen in gesundheitlichen Situationen, die zwar Unterstützung brauchen, jedoch keinen Notfall darstellen und/oder aber eine Behandlung oder Abklärung im Krankenhaus benötigen.

„Das ist eine super Sache, weil die ACN Rettungs- und Pflegeausbildung haben und mehr Kompetenzen haben.“ (Int_Stakeholder_2)

5.1.2 Zeitliche Versorgungslücken

In Zusammenhang mit den erforderlichen aufsuchenden Leistungen sprachen die interviewten Stakeholder:innen immer wieder für die Versorgung problematische Zeiten an, in denen Angebote der etablierten Versorgungsstrukturen nicht oder nicht bedarfsdeckend zur Verfügung stehen. So führte unter anderem der Interviewpartner aus dem Rettungsteam die Tagesrandzeiten und Wochenenden als problematische Zeitfenster an.

„Wochenende und Tagesrandzeiten, wenn keiner erreichbar und verfügbar ist“ (Int_Stakeholder_7)

Mehrere Stakeholderinnen erwähnten in den Interviews, dass die Verfügbarkeit der ACN rund um die Uhr ein gewinnbringendes Merkmal darstellen würde und damit Lücken in der Versorgung der Pilotregion geschlossen werden könnten, wie unter anderem seitens der Rettungsdienststellenleitung angemerkt wurde:

„Jetzt haben wir ein Drittel weniger Einsätze von jenen, wo wir Pat. nach wenigen Sekunden Klinikaufenthalt wieder nach Hause bringen. Wir haben auch weniger Einsätze rund um Schmerzen insbesondere in der Nacht so gegen 3 Uhr. Das Einsatzaufkommen konnte auf Zeitpunkte verschoben werden, wo mehr Rettungsmittel und Einsatzkräfte zur Verfügung stehen, also auf den Tag und unter die Woche.“ (Int_Stakeholder_7)

Eine interviewte Pflegedienstleiterin beschrieb ebenfalls die Problematik der Erreichbarkeit niedergelassener und aufsuchender Gesundheitsdienstleister:innen für akute Ereignisse insbesondere an Wochenenden:

„Wir haben Notrufe, und da kommt auch die ACN. Wir erreichen am Wochenende kaum Ärzte, und da ist eben die ACN eine Ansprechperson.“ (Int_Stakeholder_5)

In einer zusammenfassenden Betrachtung der Aussagen der interviewten Stakeholder:innen stellt das Angebot der ACN eine Möglichkeit der Schließung von Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich für aufsuchende Angebote in der Pilotregion an Tagesrandzeiten, Wochenenden und Feiertagen dar.

5.1.3 Mangelnde Ausstattung

Die Daten aus den Interviews weisen darauf hin, dass die ACN zum Einsatz kommen, wenn in den bestehenden Versorgungsangeboten die personelle sowie materielle Ausstattung nicht in ausreichendem Maße für den wahrgenommenen Bedarf zur Verfügung steht. Eine Interviewpartnerin aus dem Palliativteam beschrieb die **personelle Ausstattung** im Palliativteam als nicht ausreichend, um eine Rufbereitschaft am Wochenende oder nach 17.00 Uhr abzudecken, bzw. sei dieses Angebot nicht dementsprechend konzipiert worden. Die ACN wird von der Interviewpartnerin des Palliativ-

teams als eine Ergänzung zu den bestehenden Leistungen der mobilen Palliativversorgung gesehen, so dass eine gezielte Zusammenarbeit für Einsätze nach 17.00 Uhr und am Wochenende sowie an Feiertagen aufgebaut wurde.

„Wir haben einfach nicht das Personal, um die Rufbereitschaft an Wochenenden, Wochenrandzeiten und zu Sonn- und Feiertagen zu ermöglichen, und wir wissen auch nicht, ob dies je kommen wird.“ (Int_Stakeholder_4)

Die Interviewpartnerin aus der stationären Langzeitpflege erklärte, die ACN auch anzufordern, wenn personelle Strukturen für bestehende Anforderungen nicht ausreichen würden.

„Ein Bewohner mit Demenz wollte in der Nacht nicht in das KH. Die ACN blieb bei dem akut verwirrten Bewohner, und die DGKP konnte dadurch die anderen Bewohnerinnen und Bewohner versorgen, und der Bewohner konnte bleiben.“ (Int_Stakeholder_5)

Eine vergleichbare Situation wird seitens des Interviewpartners der Allgemeinmedizin angeführt. Auch hier stoßen wie das nachfolgende Zitat verdeutlicht, personelle Verfügbarkeiten an Tagesrandzeiten, Wochenenden und Feiertagen an ihre Grenzen:

„Eine Problematik ist, dass Wochenend- und Bereitschaftsdienste von Ärzten im Sprengel nicht besetzt werden können. Wir haben seit 1–2 Jahren die Situation, dass 1–2 Wochenendtage kein Arzt im Sprengel verfügbar ist und kein Arzt erreichbar ist. Die Patienten haben dann nur noch die Wahl, ins Krankenhaus zu fahren oder durchzutauchen. Das betrifft doch eine Einwohnerzahl von rund 10.000. Die können vielleicht im Nachbarsprengel schauen, ob da jemand Dienst macht. Da ist das Angebot der ACN doch eine gute Alternative. Da ist es doch eine Möglichkeit, die Notruf NÖ GmbH zu kontaktieren oder die Gesundheitshotline, die dann die ACN entsenden.“ (Int_Stakeholder_6)

Insbesondere die COVID-19-Pandemie stellte die Gesundheitsdienstleister:innen vor besonders herausfordernde Situationen. Die ACN stellte in diesen Situationen ein flexibles, kompetentes und niederschwellig einsetzbares Unterstützungsangebot für die stationäre Langzeitpflegeeinrichtung und die Allgemeinmedizin dar, wenn dort Personalressourcen zusätzlich deutlich reduziert vorhanden waren.

„Berührungspunkte hatten wir mit der ACN im Zuge der COVID-19-Pandemie. Wir hatten auch einen Cluster im Pflgewohnheim. Wir haben bei den Blutabnahmen zusammengeholfen. Aufgrund Personalmangels wurden wir von der Notruf NÖ GmbH unterstützt.“ (Int_Stakeholder_5)

Hinsichtlich der Belastungssituation für die Krankenhäuser während der COVID-19-Pandemie bezeichnete der allgemeinmedizinische Interviewpartner die ACN als positives Unterstützungsangebot:

„Die Spitäler sind in der Coronapandemie noch mehr überlastet, und da ist es noch besser, die ACN als Angebot zur Verfügung zu haben.“ (Int_Stakeholder_6)

Die Pflegedienstleitung aus der stationären Langzeitpflegeeinrichtung unterstrich das Erfordernis, in der Krisensituation aufgrund ausfallender personeller Ressourcen zusammenzuarbeiten, damit die Herausforderungen bewältigbar sind. Hier wurde die ACN als unterstützendes Angebot erlebt,

welches auf unkompliziertem Weg zur Verfügung gestellt wurde. Dabei merkte die Interviewpartnerin an, dass sie die ACN in diesem Zusammenhang nicht als Lückenbüßerinnen sehe, sondern als Notwendigkeit, um die Krisensituation zu bewältigen:

„Sie (ACN) sollten kein Lückenbüßer sein. Corona ist eben eine Ausnahmesituation, das ist eine Situation wie im Krieg an der Front. Wenn gar nichts anderes mehr geht, dann muss man halt – so haben wir das erlebt ..., weil wenn man hier im Langzeitpflegebereich erlebt hat, dass 70 Bewohnerinnen und Bewohner erkrankt sind und man kein Personal mehr hat, dann muss man eben zusammenhalten. Wenn die Pflegedienstleitung am Sonntag dann unten steht und im Lagerraum Kittel wäscht und aufhängt, dann, glaube ich, ist das eine Ausnahmesituation, und dann müssen wir alle zusammenhalten. Das war eine Ausnahmesituation. Wenn keine Ausnahmesituation vorliegt, muss die ACN nicht zu mir ins Haus kommen.“ (Int_Stakeholder_5)

Die **materielle Ausstattung** beschrieben die Interviewpartner:innen als einen für die Leistungserbringung vor Ort wesentlichen Faktor. Die materielle Ausstattung der ACN ermöglicht ihnen die Erbringung von Leistungen direkt vor Ort. Andere aufsuchende Gesundheitsdienstleister:innen können nicht auf solche materiellen Ressourcen zurückgreifen, weshalb in diesen Fällen eine Abklärung und Behandlung im Krankenhaus erforderlich wird. So beschreibt eine Interviewpartnerin ihre Erfahrungen mit der Auswirkung der materiellen Ausstattung auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern folgenderweise:

„Die ACNs haben mehr Ausrüstung und können z. B. ein EKG schreiben und haben das umfassendere Equipment. Im Haus gibt es das nicht. Wir haben keinen Defibrillator oder kein EKG-Gerät. Wir sind eine private Institution, und wir sind schon schlechter aufgestellt. Die Menschen wohnen ja hier, und man ist dann auch nicht so gut gerüstet.“ (Int_Stakeholder_5)

Auch aus Sicht der Interviewpartnerin aus der mobilen Palliativversorgung führt die materielle Ausstattung der ACN zu einem Leistungsangebot, dessen Erbringung sie sonst nicht als schwierig beurteilen würde:

„Sie haben viel Material mit sich und können dadurch Gesundheitsleistungen anbieten, die von anderen nicht angeboten werden. Dies betrifft auch den einfachen Wechsel des Dauerkatheters, wofür sonst ein Transport ins Krankenhaus erforderlich wäre, und wer führt schon Dauerkatheter mit sich?“ (Int_Stakeholder_4)

Aus Perspektive der ECN zeigt sich der Vorteil des ACN-Angebots gegenüber anderen Gesundheitsdienstleistungen in der vorhandenen Mobilität und der Verfügbarkeit von Materialien:

„Sie sind definitiv mobil. Es gibt zwar schon Ärzte, die Hausbesuche machen, aber das hält sich sehr in Grenzen. Sie sind vor Ort – das ist der große Unterschied zu 1450 – und können sich damit vor Ort ein Bild machen. Sie sind total breitgefächert: von einfachen Dingen wie Katheter-Wechseln und -Spülen bis hin zu kardialen Problemstellungen, Trauma, Verletzungen. Sie sind auch besser ausgestattet als ein Visitenarzt in der Nacht.“ (Int_Stakeholder_1)

Wie oben ausgeführt, kann die materielle Ausstattung aus Sicht der interviewten Stakeholder:innen dazu beitragen, Leistungen bei akuten Gesundheitsproblemen direkt am Wohnort anzubieten. Für

die betroffenen Personen kann dadurch ein nicht unbedingt erforderlicher Krankentransport und/oder Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Die ACN kann somit durch die Anwendung der zur Verfügung gestellten Materialien bei Menschen mit akuten Gesundheitsproblemen zur Schließung dieser Lücke in der niedergelassenen Versorgung beitragen.

Die erhobenen Perspektiven der Stakeholder:innen weisen darauf hin, dass die ACN insbesondere Lücken betreffend die Verfügbarkeit eines aufsuchenden Angebots, zeitlich bedingte Lücken und Lücken aufgrund der Nichtverfügbarkeit von Materialien schließen kann.

5.2 Dimensionen der Zusammenarbeit

In den Daten wurden zwei unterschiedliche Dimensionen der Zusammenarbeit sichtbar: (A) einerseits jene zu Erreichung eines gemeinsamen Zieles und (B) andererseits Zusammenarbeit im Sinne einer Inanspruchnahme vorrangig bei ungedecktem Bedarf, etwa zu Randzeiten o. Ä.

Ad A): Der Mehrwert einer Zusammenarbeit im Sinne einer gemeinsamen Zielerreichung wurde seitens des Akutteams NÖ sowie von rettungsdienstlicher Seite angeführt. Damit nichterforderliche Krankentransporte oder -behandlungen vermieden werden können, wird eine gezielte Zusammenarbeit zwischen den Angeboten forciert. Dies kann sich so gestalten, wie im nachfolgenden Zitat geschildert:

„Wir reden im WIR, und wir wollen auch kommunizieren, dass die ACN zu uns gehören und nicht „du machst das, und wir machen das“. Wenn man kein WIR ist, ist man immer ein Appendix. Die Unterschiedlichkeit der Organisation stört das WIR nicht. Sie haben nur die besseren Hosen. Das WIR und der Austausch mit der ACN fördern die Professionalität ungemein – ganz besonders bei den jungen Sanitätern. Die Sanitäter, die mit ACN zusammenarbeiten, werden besser. Aber auch die Nurses lernen von uns. Wir sind in der Bezirksstelle Bruck/Leitha sehr gut im Traugeschehen. Wenn ich als junger Rettungssanitäter mit einer Ausbildung mit knapp 300 Stunden zu einem Notfall und zu einem Einsatz komme: Die Jungen können sich an der ACN anhalten.“ (Int_Stakeholder_7)

Das Zitat drückt unter anderem den Mehrwert der Zusammenarbeit im Sinne eines „Voneinander-Lernens“ aus. Ähnlich wird in Aussagen wie in den folgenden ein Mehrwert erkennbar, in unterschiedlichen sich ergänzenden Ansätzen in der Herangehensweise an Klientinnen und Klienten:

„Ausgehend von der Fallbeschreibung, bilden sich die Mitarbeiter des Akutteams ein eigenes Bild und priorisieren die Fälle auf Basis der ausführlichen Beschreibung der ACN. Die Mitarbeiter arbeiten dann dort weiter, wo die ACN übergibt, und das funktioniert gut, denn die ACN haben meist einen eher defizitorientierten Blick und die soziale Arbeit einen ressourcenorientierten Blick.“ (Int_Stakeholder_3)

„Für uns ist die ACN ein Nutzen, weil sie auch räumlich so nahe ist. Sie sind wahnsinnig schnell da. Wenn wir jemanden brauchen, sind sie (ACN) die ersten, die da sind. Mittlerweile ist auch durch die Fortbildungen eine Vertrauensbasis geschaffen. Wir können uns aufeinander verlassen.“ (Int_Stakeholder_5)

Ad B): Die andere Gruppe unter den interviewten Stakeholderinnen/Stakeholdern gab an, die Zusammenarbeit vor allem dann anzustreben, wenn ihre Versorgungsangebote nicht erreichbar seien oder fehlende Ressourcen bestünden, um dem auftretenden Bedarf zu begegnen.

„Wenn wir wissen, dass wir einen Pat. haben, wo es durch einen exulzierenden Tumor zu Blutungen kommen kann, dann schreiben Palliativärzte einen palliativen Behandlungsplan mit Medikation und Dosierung für Notfälle, der an die Angehörigen ergeht. Dieser geht aber auch an die Notruf NÖ GmbH, wo dies an das Team weitergegeben wird – mit den erforderlichen Hintergrundinformationen.“ (Int_Stakeholder_4)

Vor diesem Hintergrund würden etwa Maßnahmen wie eine vorausschauende Planung gesetzt, die sich auf Akutereignisse und Komplikationen in der Abwesenheit der Versorgungspartner:innen beschränken.

Abgrenzung als Erfordernis für gute Zusammenarbeit

Zentral ging es in den Interviews um das Erfordernis einer guten und klaren Abgrenzung. So betrachteten die interviewten Stakeholder:innen die Abgrenzung der Aufgaben- und Kompetenzbereiche als wesentlich für die Zusammenarbeit, da diese sich nicht gegenseitig ersetzen sollen, wie nachfolgende Perspektiven aufzeigen:

„Ich glaube nicht, dass die „Nurses“ einen Notarzt ersetzen können. Sie haben vielleicht die Möglichkeit, wenn eine Rettung gerufen wird, so zu handeln, dass der Patient nicht in das Krankenhaus gebracht werden muss. Da ist der Einsatz der ACN begrüßenswert.“ (Int_Stakeholder_6)

„So wie sie (ACN) es leben und arbeiten, decken sie die palliative Betreuung für den akuten Fall ab, also Trouble-Shooter für akute Phasen. Die kontinuierliche Betreuung und Behandlung braucht weitere Expertisen. Die Begleitung im palliativen Prozess braucht mehr Expertise und Erfahrung. Es ist keine Konkurrenz. Es sind zwei unterschiedliche Bereiche.“(Int_Stakeholder_4)

In Regionen mit einer guten Ausstattung an sog. First Respondern würden Anforderungen von ACN durch Disponenten bzw. Disponentinnen allerdings storniert werden – mit dem Argument, dass mit dem Angebot First Responder der Bedarf bereits gedeckt sei.

5.3 Potenzial von ACN

Wenn als Zusammenarbeit mit ACN von einer Gruppe der Stakeholder:innen in erster Linie die Übernahme von Leistungen, die (zum gegebenen Zeitpunkt) nicht von einem anderen Angebot abgedeckt werden können, gesehen wird, eröffnet sich die Frage, ob sich das Potenzial von ACN aus Sicht dieser Stakeholder:innen tatsächlich darin erschöpft. Welche anderen Aspekte wurden in den Interviews sichtbar?

5.3.1 Hohe Professionalität als Merkmal

Als wesentliches Kriterium und Merkmal der ACN werden von den interviewten Personen ihre hohen Kompetenzen angeführt. Die Verbindung der Qualifikationen aus der Gesundheits- und Krankenpflege mit jenen der Notfallsanitäterin / des Notfallsanitäters erachteten die interviewten Stakeholder:innen als wertvoll für die bestehenden Versorgungslücken. Dies entspricht, wie im nachfolgenden Zitat ersichtlich, etwa der Auffassung der mobilen Palliativversorgung:

„Besondere und wertvolle Expertise durch 2 Ausbildungen. Sie (ACN) kann viele Krankenhauseinweisungen verhindern oder rauszögern und auch eine fachlich korrekte Triage durchführen.“
(Int_Stakeholder_4)

Im Interview mit der ECN wurde auch von Rückmeldungen der Klientinnen/Klienten berichtet, die gezielt wieder nach der ACN fragen.

„Also lustigerweise kommt von den Anrufern oft: ‚Die Community Nurse war ja schon mal bei uns, können Sie die uns wieder schicken?‘ Also wenn sie einmal dort waren, ist ganz viel Feedback, dass sie sie wieder möchten.“ (Int_Stakeholder_1)

Aus der Perspektive eines Interviewpartners gilt es diese hohe Kompetenz besonders durch die Verbindung zweier Ausbildungs- und Berufsprofile zu nutzen und die Zusammenarbeit weiter zu fördern.

„Was natürlich toll ist, ist, dass die Pflegepersonen auch Notfallsanitäter sind. Die sind wirklich hochqualifiziert und haben super Kompetenzen. Ich denke, es wäre sehr wichtig, diese Kompetenzen zu nutzen und unter den Hausärzten klar zu kommunizieren, was die können und dürfen, damit wir die Zusammenarbeit verbessern können.“ (Int_Stakeholder_6)

In den Interviews wird auch darauf verwiesen, dass es für den Projekterfolg auch in Zukunft wichtig wäre, nicht an der Qualifikation zu rütteln, sondern diese auf dem hohen Level zu belassen.

„Nicht an der Qualifikation rütteln!“ (Int_Stakeholder_5)

Die Verbindung der Berufsbilder der DGKP und der Notfallsanitäterin / des Notfallsanitäters mit den hohen Anforderungen des Qualifikationsprofils für ACN der Notruf NÖ GmbH wird als Erfolgsfaktor für die Schließung der angesprochenen Lücken in der Versorgung angesehen, damit dem vorhandenen Bedarf mit Kompetenz begegnet werden kann.

5.3.2 Funktion als Türöffnerin

Als Mehrwert der ACN, der über die Schließung bestehenden Lücken hinausgeht, erachten die Stakeholder:innen die Rolle der „Türöffnerin“. Durch den Zugang der ACN in das private Umfeld bei akuten Gesundheitsproblemen kann die vorliegende Problemsituation umfassend eingeschätzt

werden, Risiken können so frühzeitig erkannt werden und nachhaltige Lösungsansätze unter anderem in Zusammenarbeit mit den Stakeholderinnen/Stakeholdern der Region entwickelt werden.

„Die ACN haben durch ihren Einsatz die Möglichkeit, in den Haushalt zu kommen und einzugreifen, zu hinterfragen und lösungsorientiert vorzugehen. Die ACN kann das Problem frühzeitig und umfassender erkennen. Sie sieht Dinge, die andere nicht wahrnehmen.“ (Int_Stakeholder_3)

5.3.3 Lotsinnenfunktion

Seitens des mobilen Palliativteams und des Akutteams NÖ wurde die Rolle der ACN als Vermittlerin und Lotsin für Klientinnen und Klienten angeführt, die nicht wissen, wo sie Unterstützung und Hilfe in Anspruch nehmen können bzw. was in der individuellen Situation die geeignete Unterstützung wäre. Die ACN könnten hier durch ihre erweiterte Perspektive und den umfassenden Blick auf die Situation gezielt vermitteln und Unterstützungsleistungen einleiten. In diesem Zusammenhang würde die ACN Klientinnen/Klienten an das Palliativ- oder auch das Akutteam NÖ übermitteln.

ACN vermitteln auch Pat. an das Palliativteam, wenn sie feststellen, dass diese eine palliative Unterstützung brauchen. (Int_Stakeholder_4)

Im ACN-Angebot wurde keine Parallelstruktur hinsichtlich der mobilen Hauskrankenpflege oder niedergelassenener Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin gesehen. Durch die aufsuchende Tätigkeit könnten ACN Fälle identifizieren, die sonst verborgen blieben und ein Risiko für Drehtüreffekte mit Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus bürden:

„Ich sehe keine Parallelstruktur. Es fehlt an einem konkreten Verweisen, das wird von der ACN abgedeckt. Sie ist der rote Faden. Die Lotsenfunktion, die aufgrund der aufsuchenden Arbeit möglich wird und für die die mobile Hauskrankenpflege keine Zeitressourcen hat. Die ACN sieht Möglichkeiten, anders zu agieren.“ (Int_Stakeholder_3)

Zudem können ACN durch den erweiterten Blick auf die Situation, die vorhandene Kompetenz und durch die aufsuchende Tätigkeit eine Position zur Vermittlung individueller und nachhaltiger Unterstützungssysteme und zur Schließung angesprochener Lücken einnehmen, so eine weitere Perspektive zweier Stakeholder.

5.3.4 Da-Sein als Form der professionellen Beziehung

Durch die Gestaltung des Pilotprojekts sei es der ACN besser möglich, in den Haushalten zeitlich länger präsent zu sein, als dies bei den meisten anderen Angeboten der Fall sei. Dieses *Da-sein-Können* sei, wie dies die interviewten Stakeholder:innen mehrfach ausdrückten, in der Versorgung jedoch sehr wichtig. Es bezieht sich nicht nur auf die Zeit sondern auch auf die professionelle Art und Weise, wie ACN akute Situationen gestalten und darin mit hoher Fachlichkeit und ethischen Wertvorstellungen agieren.

Bemerkenswert ist, dass *Da-Sein* auch im Sinne eines *Für-den-Fall-der-Fälle-da-Seins*“ verstanden wurde, welches wiederum die interviewten Stakeholder:innen in ihrer empfundenen moralischen Verpflichtung gegenüber den Klientinnen/Klienten entlastet.

„Es ist schon hilfreich zu wissen: „Da gibt es noch wen, der da ist. Ich kann mich darauf verlassen, und das entlastet in der Situation.“ (Int_Stakeholder_5)

„Es ist gut, zu wissen, dass jemand da ist, wenn ich nicht da bin. Es stehen kompetente Strukturen zur Verfügung, wenn ich nicht da bin. Zum Beispiel beim Katheterwechsel bei einer Person mit Demenz. Das ist für den Arzt eine Beruhigung, weil ich zu den Patienten sagen kann, wenn ich nicht da bin: Macht euch keine Sorgen, es ist jemand da!“ (Int_Stakeholder_6)

„ACN ist mehr Beruhigung, wenn wir nicht da sind. Es beruhigt, sagen zu können, dass jemand da ist. Wir haben zwei Bezirke und bei dem einen können wir darauf zurückgreifen und beim anderen eben nicht.“ (Int_Stakeholder_4)

Die oben angeführten Zitate aus den Stakeholderinterviews weisen auf Belastungen vieler Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen hin, wenn es diesen nicht möglich ist, für ihre Klientinnen bzw. Klienten da sein zu können. Sie zeigen damit jedoch auch direkt den Beitrag des Pilotprojekts zur Entlastung dieser Situationen auf.

5.3.5 Die Perspektive auf einzelne Nutzergruppen

Ergänzend zu den bisher angeführten Perspektiven auf den Nutzen wurden in den Interviews auch konkret mit Blick auf Gruppen von Klientinnen und Klienten Aussagen getroffen, mit denen die Bedeutung des neuen Angebots illustriert werden kann, z. B. für

- » Menschen mit chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen,
- » Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz,
- » informelle außerfamiliäre Helfer:innen (z. B. Nachbarinnen/Nachbarn),
- » Menschen mit Sorgeaufgaben für pflegebedürftige Familienmitglieder,
- » Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf, insbesondere mit Einschränkungen in der Mobilität.

In folgendem Zitat werden diese Zielgruppen nochmals angeführt:

„Menschen, die nicht mehr mobil sind – in jeder Form, also wurscht, warum. Menschen die ein doppeltes Problem haben: wenn die Person, die man wegführen muss, ein Loch zu Hause hinterlässt wie z. B. eine pflegebedürftige, demente Person, die es zu Hause zu versorgen gilt, oder Menschen, die am Ende ihres Lebens sind, palliativ sind. Menschen, die ein onkologisches Problem haben und denen schlecht ist, profitieren davon, wenn die Versorgung zu Hause erfolgt und sie nicht ins Krankenhaus müssen.“ (Int_Stakeholder_7)

Unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer der obengenannten Gruppen stellt das Angebot ACN für all jene Personen einen großen Nutzen dar, die an Tagen- und Wochenrandzeiten ein akutes

gesundheitliches Problem haben. In diesem Zusammenhang nannten die interviewten Stakeholder:innen insbesondere ältere Menschen und deren Familien im Kontext einer palliativen Situation. Im folgenden Beispiel wird dies am Unterschied zwischen der Versorgung im Bezirk Gänserndorf und jener im Bezirk Bruck an der Leitha deutlich gemacht:

„Es gibt keinen Bereitschaftsdienst, obwohl das die Patienten brauchen. Aber auch das Team (Palliativteam) würde es brauchen, weil Lücken in der Versorgung an Wochenenden und Feiertagen entstehen. Da entsteht der Gedanke: „Hoffentlich geht das alles gut. Hoffentlich schaffen sie das über das Wochenende oder die Feiertage!“ Mit einer vorausschauenden Planung lässt sich einiges entschärfen und vermeiden, aber es können trotzdem nicht alle Situationen abgefangen werden. Die Angehörigen und Betroffenen brauchen einen professionellen Rückhalt, jemand an den sie sich wenden können, wenn sie nicht mehr weiterwissen.“ (Int_Stakeholder_4)

„In Gänserndorf sind die alten, kranken, palliativen Menschen in der Nacht wirklich hilflos, und im Bezirk Bruck/Leitha haben sie eine Alternative. Sie (ACN) kann viele Krankenhauseinweisungen verhindern oder rauszögern und auch eine fachlich korrekte Triage durchführen.“ (Int_Stakeholder_4)

Gut auf den Punkt bringt schließlich auch der Umkehrschluss, den ein Interviewpartner vornimmt, wenn er anführt, was anders wäre, wenn es keine ACN in der Region gäbe:

„Mehr Krankentransporte, längere Wartezeiten, mehr Notarzteinsätze, die unnötig sind.“ (Int_Stakeholder_2)

Die interviewten Stakeholder:innen beschrieben insgesamt eine gute Zusammenarbeit mit den ACN und betonten den Mehrwert durch das Pilotprojekt. Limitierend muss hier angeführt werden, dass die interviewten Stakeholder:innen dem Projekt grundsätzlich sehr wohlwollend gegenüberstanden.

5.4 Verbesserungspotenziale

Einen Bedarf an kritischer Reflexion konstatierten alle Stakeholder:innen betreffend die Benennung „Acute Community Nurse“. Dieser Name sei für die Zielgruppen schwer verständlich. Eine Ableitung der Kompetenzen und des Handlungsfelds vom Namen sei nur schwer möglich und sei demnach zu hinterfragen. Festzuhalten gilt es, dass die Schwierigkeit der Benennung seitens der Stakeholder:innen zugestanden wurde, da sie selbst keine besseren Alternativen benennen konnten.

Möglichkeiten zur Verbesserung werden aber hinsichtlich standardisierter Kommunikationsstrukturen verortet:

„Die Kommunikation zwischen Hausarzt und den Nurses selbst. Diese ist teilweise schwierig, weil es keine Möglichkeit der direkten Erreichbarkeit gibt.“ (Int_Stakeholder_6)

Die fehlenden standardisierten Kommunikationsstrukturen erschweren die konkrete Zusammenarbeit, was sich aus Sicht des interviewten Allgemeinmediziners insbesondere bei Anordnungen und Rückmeldungen mitunter als schwierig erweist.

Des Weiteren wird eine klare Abgrenzung und Beschreibung der Kompetenzbereiche der ACN für deren Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft als wichtig erachtet, um Gerüchten entgegenzuwirken.

„Es ist klar, festzuhalten, was die Nurse darf und was sie auch dürfen soll. Wie sind die Algorithmen, und wie gehen sie vor, das wäre für die Ärzteschaft wichtig und hilfreich zu wissen. Das ist hilfreich auch für die Ärzteschaft, um Gerüchten zu entgegnen, dass Hausärzte abgeschafft werden sollen, und damit die Zusammenarbeit verbessert werden kann.“ (Int_Stakeholder_6)

6 Zusammenführung und Schlussfolgerungen

Zusammenfassend soll die Wirkung des Angebots der ACN entlang dreier Dimensionen, sog. Wirkungsebenen, strukturiert werden, die sich in den Zielsetzungen des Projekts erkennen lassen:

1. Wirkungsebene: Versorgungssystem
2. Wirkungsebene: Nutzer:innen bzw. Patientinnen/Patienten
3. Wirkungsebene: Berufsbild(er)

Nachfolgend werden die Wirkungsebenen mit den zentralen Schlussfolgerungen entlang der Zielsetzungen erläutert.

6.1 Wirkungsebene 1: Versorgungssystem

Der Begriff Versorgungssystem umfasst in gegenständlicher Verwendung die unterschiedlichen Anbieter:innen von Leistungen zur Krankenversorgung und Gesunderhaltung im österreichischen Gesundheitswesen. Die nachfolgend angeführten Projektziele konnten der Wirkungsebene Versorgungssystem zugeordnet werden:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität durch „Trouble-Shooting“, insbesondere an Tagesrandzeiten, nachts und wochenends bzw. feiertags
2. Reduzierung von Ambulanzkontakten und Hospitalisierungen durch Einsatz/Pflege/Behandlung im häuslichen Umfeld in Akutsituationen
3. Optimierung der Versorgungsqualität durch Nahtstellenmanagement und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen: niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ambulanten Diensten, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern und anderen in der Region
4. Unterstützung des niedergelassenen Bereichs / der Primärversorgung durch Übernahme von Hausbesuchen in Akutsituationen durch ACN

Ad 1) „Trouble-Shooting“ insbesondere an Tagesrandzeiten, nachts und wochenends bzw. feiertags

Mit dem Angebot der ACN in Bruck an der Leitha sollten gemäß Ziel 1, der Verbesserung der Versorgungsqualität durch ein sogenanntes Trouble-Shooting – insbesondere an Tagesrandzeiten, in der Nacht und an Wochenenden bzw. Feiertagen – die Qualität und Effizienz der Versorgung gesteigert werden.

Die Integration der ACN in die Notruf NÖ GmbH ermöglicht es, ein aufsuchendes Angebot und eine fachliche Ansprechperson vor Ort in Akutsituationen in Anspruch zu nehmen. Die nach dem Case-Study-Ansatz geschilderten Beispiele in Kapitel 4.1 zeigen das breitgefächerte Einsatzgebiet der ACN in der zugehenden Primärversorgung auf. Ebenso reicht das Spektrum der Personengruppen, die vom Angebot umfasst werden, vom Kleinkind bis zum hochaltrigen Menschen. Die ACN können aufgrund ihrer Kompetenz eine systemische Perspektive einnehmen und die Situation umfassend einschätzen, was zu einer nachhaltigen Problemlösung führt. Für die Problemlösung in

der primären Versorgung erscheint die umfassende Ausstattung der ACN (wie z. B. Materialien zur Stoma- und Wundversorgung, transurethrale Dauer- und Einmalkatheter, diagnostische Gerätschaften wie etwa ein telemetrisches EKG-Gerät etc.) als wesentlich.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen einen Anteil der Einsätze der ACN zu ≈ 60 Prozent an Tagesrandzeiten und zu ≈ 45 Prozent an Wochenenden sowie Feiertagen. Es mag auf den ersten Blick überraschen, dass so viele Einsätze während der Tageszeiten erfolgen, obwohl das erklärte Projektziel ja ein gewisser Lückenschluss in puncto Tagesrandzeiten bzw. Wochenenden und Feiertagen war. Es hat sich im Pilotprojekt gezeigt, dass während des Tages deutlich mehr Einsätze eingetreten waren, als ursprünglich gedacht, und sich dadurch die Verhältnisse der beiden Anteile etwas verschoben haben, wiewohl das Ziel dennoch erreicht werden konnte.²

Ad 2: Reduktion von Ambulanzkontakten und Hospitalisierungen durch Einsatz/Pflege/Behandlung im häuslichen Umfeld in Akutsituationen

Bezüglich Ziel 2 auf der Wirkungsebene des Versorgungssystems, der Reduzierung von Ambulanzkontakten und Hospitalisierungen durch Einsatz/Pflege/Behandlung im häuslichen Umfeld in Akutsituationen, zeigt sich, dass durch die alleinige Möglichkeit der ACN, eine Behandlung vor Ort aktiv einzuleiten – eine Möglichkeit, welche die Rettungsteams nicht zur Verfügung haben –, die gewünschte Reduzierung erzielt werden kann. Rettungssanitäter:innen hingegen können zu diesem Ziel nicht beitragen, weil sie aufgrund ihrer rechtlichen Voraussetzungen die Situation zwar anhand vorgegebener standardisierter Algorithmen einschätzen, die betroffenen Personen auf Basis dieser Einschätzung aber nur in das nächstgelegene Krankenhaus transportieren können.

Im qualitativen Ansatz konnten Hinweise auf folgende Outcome-Indikatoren herausgearbeitet werden:

- » Reduzierung von Ambulanzkontakten
- » Reduzierung vermeidbarer und unerwünschter Krankenhausaufnahmen
- » Reduzierung von Wartezeiten im Zusammenhang mit alternativen bzw. nachfolgenden Einsätzen

In den Analysen der Fallbeschreibungen wurde die Vermeidung von Krankenhaustransporten und -aufenthalten als zentraler Outcomefaktor für die Wirkung des Angebots der ACN beschrieben. Die Anbindung an die Gesundheitsberatung 1450 und die Alarmierungs- und Notrufsysteme ermöglicht die Identifikation von Fällen, für die durch die ACN eine Lösung vor Ort erzielt werden kann.

2

Einen weiteren Einfluss auf diese Kennzahlen könnte hier eine Umstrukturierung des internen Datenflusses haben: So wurde die Abwicklung bei den Notrufnummern verändert: Im Konkreten erfolgt bei 141 und 1450 die gleiche standardisierte Triage. Diese Umstrukturierung erfolgte nicht in Zusammenhang mit dem ACN-Projekt, hat aber möglicherweise Auswirkungen darauf, weil die Datenströme verändert wurden und sich deshalb Unterschiede zwischen herkömmlichen Zeiten und Randzeiten nicht mehr so eindeutig herausarbeiten lassen.

Für einen signifikanten Nachweis der Wirkung des ACN-Angebots auf Ebene des Gesundheitssystems erwies sich die Reichweite im ersten Pilotprojekt als zu klein. Für den statistischen Nachweis der Wirkung in Bezug auf eine Verringerung von Krankenhausaufnahmen (oder Kontakten mit Ambulanzen) hätten 110 Einsätze zu Nacht- und Tagesrandzeiten verhindert werden müssen. Im alternativ gewählten Mixed-Method-Ansatz konnten Outcome-Indikatoren für die Wirkung des Angebots der ACN qualitativ auf Ebene der Klientinnen und Klienten, des Gesundheitssystems sowie im subjektiven Erleben der ACN selbst erschlossen werden.

Im Zusammenhang mit einer möglichen weiteren Ausrollung des ACN-Angebots wären dafür ins Auge gefassten Regionen hinsichtlich der Ermöglichung einer statistischen Erfassung der Wirkung kritisch zu prüfen.

Ad 3: Nahtstellenmanagement und Vernetzung

Als weiteres Ziel, das der Wirkungsebene Versorgungssystem zugeordnet werden kann, gilt die Optimierung der Versorgungsqualität durch ein verbessertes Nahtstellenmanagement und die Vernetzung mit anderen Berufsgruppen.

Die Ergebnisse der Evaluierung – insbesondere die Interviews mit Stakeholderinnen und Stakeholdern – weisen auf eine hohe Akzeptanz des ACN-Angebots in der Pilotregion hin, weil hier ein „Mehrwert“ im Verhältnis zu den bisherigen Strukturen wahrgenommen wird. Von dem Angebot profitieren demnach Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten ebenso wie die professionellen Dienstleister:innen (Stakeholder:innen) im niedergelassenen Bereich, und zwar hinsichtlich folgender Aspekte (vgl. Kap. 5.2):

- » ersetzende und entlastende Funktion bei fehlender Verfügbarkeit oder mangelnden Kapazitäten etablierter Angebote bzw. Gesundheitsdienstleister:innen (eine Abgrenzung zwischen deren Berufsbildern und jenem der ACN wird jedoch insbesondere von den Ärztinnen und Ärzten gefordert)
- » erweiterte Zusammenarbeit mit gemeinsamer Zielsetzung (z. B. mit dem Akutteam NÖ)

Dass dieser Mehrwert erzielt werden konnte, liegt wohl nicht zuletzt auch darin begründet, dass die Notruf NÖ GmbH hohe Anforderungen in Hinblick auf die erforderliche(n) Qualifikation(en) der tätigen ACN stellte. Die Verbindung der Berufsbilder Notfallsanitäter:in und DGKP, welche das Tätigkeitsfeld der ACN charakterisiert, sowie eine Fülle zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen stellen ein breites Kompetenzprofil des ACN-Teams in der Pilotregion sicher. So überrascht es nicht, dass den ACN auch von den Stakeholderinnen und Stakeholdern insbesondere eine hohe Professionalität und Kompetenz bescheinigt wurde, welche diese als Erfolgsfaktor für die Zusammenarbeit betrachten. Zudem bestimmten von Beginn an ein hohes Engagement und Pioniergeist sowie Freude am Tun die Kultur der Zusammenarbeit im Pilotprojekt.

Es ist zudem gelungen, dass durch den spezifischen Zugang zum Angebot auch die Zielgruppe für das Angebot passgenau erreicht werden konnte. Die Anrufe bei der Gesundheitsberatung 1450 und/oder das Wählen der Notrufnummern 144 und 141 konnten von der ACN als Türöffner genutzt werden. Dadurch konnten verdeckte Probleme, die unter anderem zu wiederkehrenden

Krankenhausaufnahmen führten, identifiziert werden. Mit der Funktion einer Lotsin konnte die ACN einerseits zur Erschließung verdeckter Bedarfe beitragen und andererseits gezielt eine Weitervermittlung einleiten. Damit kann sie wesentlich zur **Optimierung der Nahtstellen** zwischen den Berufsgruppen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, der ambulanten und mobilen Dienste sowie der sozialen Arbeit beitragen. Im Pilotprojekt trug insbesondere die Zusammenarbeit zwischen dem Akutteam NÖ, dem mobilen Palliativteam und der ACN zu einer umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten bei. Lücken in der Versorgung konnten sowohl hinsichtlich zeitlicher Aspekte mit der Rund-um-Uhr-Verfügbarkeit der ACN als Ansprechpersonen geschlossen werden als auch durch die sehr gezielte Übermittlung von Fällen, die das Weiterarbeiten erleichtert und somit zu einer Optimierung der Nahtstellen beiträgt (vgl. Kap. 5.3).

Als Verbesserungspotenzial in der Zusammenarbeit kann die Entwicklung standardisierter Kommunikationsstrukturen zwischen Stakeholderinnen/Stakeholdern und ACN angeführt werden; sie zu etablieren war nicht zuletzt aufgrund der COVID-19-Pandemie während der Pilotphase erschwert.

Ad 4: Unterstützung des niedergelassenen Bereichs – Übernahme von Hausbesuchen in Akutsituationen

Das vierte Ziel der Wirkungsebene Versorgungssystem war nicht Bestandteil des Evaluationsvorhabens. Im Zuge der Analyse der Daten konnten hierzu dennoch Hinweise für diesen Aspekt gefunden werden, die nachfolgend zusammenfassend angeführt werden:

- » Mit dem Angebot der ACN wurde ein „aufsuchendes Angebot im häuslichen Umfeld für Menschen in Akutsituationen geschaffen“, das partielle Aufgaben abdeckt, die sonst vom niedergelassenen Bereich und der Primärversorgung erfüllt werden, die allerdings nicht immer erreichbar sind oder an Kapazitätsgrenzen stoßen. In solchen Fällen spielt die ACN eine wesentliche Rolle. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Stakeholder:innen von der Möglichkeit, in ihrer Abwesenheit auf die ACN verweisen zu können oder diese in Abwesenheit gezielt heranzuziehen, Gebrauch machen und dies als Entlastung wahrnehmen.
- » Die ACN wird von den Stakeholderinnen/Stakeholdern in Hinblick auf die **Übernahme von Leistungen aus der Primärversorgung** durchwegs als kompetente Ansprechperson beschrieben. Aus Sicht der interviewten Stakeholder:innen ist dies gelungen, jedoch wurde angemerkt, dass Ressentiments seitens der niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen gegenüber der ACN weiter abgebaut werden müssten und hierfür auch eine Klarstellung des Profils der ACN erforderlich wäre. Niedergelassene Allgemeinmediziner:innen würden einen Ersatz ihrer Berufsgruppe durch die ACN befürchten. Hier wurde ein weiterer Bedarf an Maßnahmen zur Sensibilisierung hinsichtlich der Aufgaben der ACN geortet.

Abschließend sei für die Wirkungsebene 1, Versorgungssystem, noch angeführt, dass strukturierte Möglichkeiten zur Kommunikation mit der ACN über Einzelfälle als sinnvoll für eine Verbesserung der weiteren Zusammenarbeit zwischen den Stakeholderinnen/Stakeholdern und den ACN erachtet würden bzw. dass das Nichtvorhandensein solcher Möglichkeiten als Hindernis beschrieben wurde, das es in der Zusammenarbeit zu überwinden gelte.

6.2 Wirkungsebene 2: Nutzer:innen bzw. Patientinnen/ Patienten

Die Anzahl älterer Personen, die einen Rettungsdienst in Anspruch nehmen, nimmt stetig zu, und beim Großteil aller Aufnahmen in Krankenhausnotaufnahmen handelt es sich um alte und hochbetagte Menschen. Durch die Implementierung der ACN in der Pilotregion sollte die Lebensqualität chronisch kranker/pflegebedürftiger und alter Menschen durch Verhinderung langer Transportwege und Wartezeiten erhöht werden.

Die von den Stakeholderinnen und Stakeholdern berichteten Vorteile durch das Angebot der ACN im Pilotprojekt schließen an die Studienergebnisse aus Schweden von Melby/Ryan (2005) an. Unter anderem wurden diese Vorteile durch den Umkehrschluss beschrieben: Was wäre, wenn es das Angebot nicht gäbe? Menschen in der Versorgungsregion müssen für Hilfe bei akuten Gesundheitsproblemen lange Wege in ein Krankenhaus zurücklegen – verbunden mit langen Wartezeiten für Interventionen, die auch im privaten Umfeld erbracht werden könnten, dort jedoch nicht zur Verfügung stehen. Besonders für ältere und vulnerable Menschen wurden die Wege und Wartezeiten als ein Risiko für Komplikationen eingestuft bzw. als Faktor, der zu einer Verstärkung von Problemen und Symptomen beiträgt. Hinzu kommt, dass aus Sicht der älteren Menschen und ihrer Angehörigen Rettungssanitäter:innen mit Einschränkungen in der Mobilität, Verlangsamung oder kognitiven Schwierigkeiten nicht adäquat umgehen können, was auch nicht als ihre Aufgabe wahrgenommen wird (Melby/Ryan 2005).

Vom Angebot ACN profitieren all jene Personen, die an Tages- und Wochenrandzeiten ein akutes gesundheitliches Problem haben. Insbesondere für ältere Menschen und ihre Familien sowie Personen mit hoher Symptomlast erscheint das aufsuchende Angebot der ACN gegenüber einer Fahrt oder einem Rettungstransport ins Krankenhaus als vorteilhaft. Für Menschen im Kontext einer palliativen Situation wurde das Angebot der ACN ebenfalls als gewinnbringend und Erleichterung verschaffend beschrieben.

Der Mixed-Method-Ansatz ermöglichte über die Fallbeschreibungen einen Einblick ins Erleben der Klientinnen und Klienten der ACN und durch die Stakeholder-Interviews eine Beschreibung des Nutzens des ACN-Angebots für die Klientinnen und Klienten aus verschiedenen Perspektiven. Der Einfluss der ACN auf die Lebensqualität ihrer Zielgruppen, die als Konstrukt mit mehreren Dimensionen vielfältigen Einflussfaktoren unterliegt, konnte in der gegenständlichen Evaluierung nicht untersucht werden.

6.3 Wirkungsebene 3: „Berufsbild(er)“

Eine Zielsetzung des Projekts ist es unter anderem, im Pilotbetrieb ein zukunftssträchtiges Tätigkeitsprofil für ACN zu erarbeiten. Dabei soll auf die analysierten Leistungsdaten aus der Pilotierung zurückgegriffen werden und sollen rettungsdienstliche und pflegerische Versorgungsstandards für „Akutsituationen“ erarbeitet werden.

Der Diskurs über den Beitrag von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der notfallmedizinischen Versorgung bzw. im Rettungswesen wird international geführt. Zentral ist dabei die Fragestellung, ob es durch speziell ausgebildete Pflegepersonen möglich ist, der steigenden Anzahl von Rettungseinsätzen insbesondere mit älteren Personen und nichtnotfallmedizinischem Charakter zu begegnen (Melby/Ryan 2005). Ein ähnliches Ziel verfolgte auch das Pilotprojekt ACN der Notruf NÖ GmbH. Auch wenn es nicht gelungen ist, die Erreichung dieses Zieles statistisch zu überprüfen und nachzuweisen, zeigte der mehrperspektivische qualitative Zugang, dass ACN den speziellen Bedürfnissen und Anforderungen der älteren und chronisch kranken Menschen im rettungsdienstlichen Kontext mit hoher Kompetenz begegnen und auch Einsätze übernehmen, die vor Implementierung der ACN an ein Notarztmittel gebunden waren:

- » Hinsichtlich einer patientenorientierten Versorgung kann die ACN auf Grundlage ihrer pflegerischen Kompetenzbereiche gemäß GuKG §§ 14, 14a, 15 und 16 Probleme fachlich fundiert identifizieren und im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten lösen.
- » Bei Problemlagen, die nach Einhaltung festgelegter Algorithmen eine Medikamentengabe erfordern, greifen die ACN auf den gesetzlichen Kompetenzbereich der Notfallsanitäterin bzw. des Notfallsanitäters gemäß § 23 Abs. 1 SanG zurück. Ist eine darüber hinausgehende Maßnahme erforderlich, holt die ACN eine ärztliche Anordnung gemäß § 15 GuKG ein. Standard Operating Procedures erscheinen aus Sicht der Qualitätssicherung als wesentlich, erweisen sich jedoch in der Umsetzung in Akutsituationen in der Primärversorgung als schwierig. Insgesamt betrachtet, ermöglicht die Verschränkung der Erfahrungen aus dem Notfallwesen, der Gesundheits- und Krankenpflege ein professionelles und rasches Vorgehen in Situationen, die von akuten Gesundheitsproblemen gekennzeichnet sind.

Schließlich wurde die ACN als kompetente und hochqualifizierte Ansprechperson für gesundheitliche Akutsituationen wahrgenommen, für die sich viele **Einsatzfelder** eröffnen. Beim Einsatz der ACN in der zugehenden Primärversorgung zeigte sich, verglichen mit dem Spektrum an Möglichkeiten in der Literatur (Forsell et al. 2020), ein relativ homogenes Berufsverständnis: So verstehen sich die ACN als Angebot professioneller Pflege, die alle pflegerischen und notfallmedizinischen Kompetenzbereiche nützt und bei akuten Gesundheitsproblemen auf Basis von Erfahrung und wissenschaftlichen Grundlagen handelt. Mit diesem Selbstverständnis tragen ACN zweifelsohne zu einer patientenorientierten Versorgung in der primären Gesundheitsversorgung bei.

Resümee

Zusammenfassend betrachtet, hat das Pilotprojekt in der Region Bruck an der Leitha in Hinblick auf die gesetzten Ziele eine deutlich positive Bilanz aufzuweisen – auch wenn es aufgrund seiner Dimension nach sorgfältiger Prüfung nicht möglich war, eine Wirkung des ACN-Angebots statistisch nachzuweisen. Mit dem gewählten Evaluationsdesign konnte anhand mehrerer Perspektiven relevanten Aspekten der Zielerreichung nachgegangen werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Berufsfeld Acute Community Nursing eine sinnvolle Ergänzung im Angebotsspektrum darstellt, indem ACN in vielen Situationen trotz akuter Gesundheitsprobleme aufseiten ihrer Patientinnen und Patienten deren Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglichen und so „sinnlose“ Ambulanzbesuche bzw. Krankenhauseinweisungen vermeiden, was insbesondere für Nutzergruppen wie z. B. ältere und hochbetagte Menschen eine wichtige Maßnahme auch im Kontext der

Gesundheitsförderung und Prävention darstellt. Dass dies gelungen ist, hat wohl auch mit den Rahmenbedingungen im Pilotprojekt zu tun, konkret mit der örtlichen Anbindung der ACN an den Rettungstützpunkt und deren Integration in die Notruf NÖ GmbH sowie mit dem hohen Engagement hochqualifizierter Fachkräfte. Solche Rahmenbedingungen sicherzustellen könnte im Falle einer weiteren Ausrollung in Niederösterreich durchaus eine Herausforderung darstellen. Darüber hinaus erscheint es wesentlich, die Vernetzung und die Kooperationsbeziehungen mit der bestehenden Versorgungslandschaft in den betreffenden Regionen von Beginn an proaktiv und in Form strukturierter Maßnahmen zu betreiben.

Quellen

- Flick, Uwe (1995): Qualitative Forschung : Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Rowohlt's Enzyklopädie. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Forsell, Lena; Forsberg, Anna; Kisch, Annika; Rantala, Andreas (2020): Specialist Ambulance Nurses' Perceptions of Nursing: A Phenomenographic Study. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 17/14:5018
- Gagnier, Joel J.; Kienle, Gunver; Altman, Douglas G.; Moher, David; Sox, Harold; Riley, David (2014): The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. In: Journal of Medical Case Reports 67/1:46–51
- Hundenborn, Gertrud (2007a): Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. Abschnitt 5.2: Die Fallmethode als Lehr- und Lernverfahren. 1. Aufl., Urban & Fischer, München Jena
- Hundenborn, Gertrud (2007b): Fallorientierte Didaktik in der Pflege: Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. Elsevier, Urban&FischerVerlag,
- Hundenborn, Gertrud; Knigge-Demal, Barbara (1996): Beschreibung von Berufssituationen und Qualifikationen in der Kranken- und Kinderkrankenpflege sowie Darstellung der Konsequenzen für die Integration der einzelnen Elemente in die Ausbildungsrichtlinie. In: Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW Düsseldorf:
- Hundenborn, Gertrud; Kreienbaum, Alois (1994): Der systemische Ansatz von Pflege. In: Köln (unveröffentlichte Seminarunterlagen):
- Kaiser, Franz Josef (1983): Die Fallstudie. Klinkhardt, Heilbrunn
- Kuckartz, Udo (2012): Qualitative inhaltsanalyse. Beltz Juventa,
- Melby, Vidar; Ryan, Assumpta (2005): Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference? In: Journal of clinical nursing 14/9:1141–1150
- NÖ (2022): „Acute Community Nurse“: Das Pilotprojekt zeigt erste Erfolge. [Online]. https://www.noel.gv.at/noel/_Acute_Community_Nurse_Das_Pilotprojekt_zeigt_erste_Erfolge.html [Zugriff am 20.01.2022]
- Patton, Michael Quinn (2008): Utilization-focused evaluation. 4th edition. Sage publications, Thousand Oaks
- Peters, O.; Runggaldier, K.; Schlechtriemen, T. (2007): Algorithmen im Rettungsdienst: Ein System zur Effizienzsteigerung im Rettungsdienst. In: Notfall & Rettungsmedizin 10/:236

Redelsteiner, Christoph; Fohringer, Christian; Ganaus, Petra; Rottensteiner, Stefan; Hochsteger, Rudolf; Weinert, Siegfried; Ottendorfer, Susanne; Dallinger, Markus (2017):
"Rettungspfleger": Modell einer interdisziplinären Berufsausbildung. In: Rettungsdienst
40/7:46–50

SanG, Sanitätäergesetz: Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter
(Sanitätäergesetz – SanG) BGBl. I Nr. 253/2021

Weiss, Susanne; Lust, Alexandra (2017): GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 8 Aufl.,
Manz, Wien

Anhang

Anhang: Überlegungen zur Dokumentation aus berufsrechtlicher Sicht

Dokumentation der „Acute Community Nurse“

1 Fragestellung

Für den niedergelassenen, präklinischen Bereich werden das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) und jenes der Notfallsanitäterin / des Notfallsanitäters in Form der Acute Community Nurse (ACN) zusammengeführt.¹ Dafür wird der Einsatz von ACN begleitend evaluiert und ihr Tätigkeitsfeld kontinuierlich angepasst. Voraussetzung für die Funktion als ACN sind die Berufsberechtigung als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (§ 27 GuKG) und die Berufs- und Tätigkeitsberechtigung als Rettungs- oder Notfallsanitäter:in mit allgemeiner und/oder besonderer Notfallkompetenz (§§ 8 bis 12 i. V. m. 4. Abschnitt SanG).

Bei dieser Zusammenführung der Berufsbilder in unterschiedlichen Gesetzen geregelter Gesundheitsberufe stellt sich die Frage, ob auch die Dokumentation zusammengeführt werden darf:

Darf für die Aufgaben einer ACN mit Berufsberechtigung als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) gemäß § 27 GuKG und als Rettungs- und/oder Notfallsanitäter:in mit allgemeiner und/oder besonderer Notfallkompetenz (§§ 8 bis 12 SanG) die „Pflegedokumentation“ mit der Dokumentation von Rettungs- und Notfallsanitäter:innen zu *einer* Dokumentation für Einsätze der Notruf NÖ GmbH im niedergelassenen, präklinischen Bereich nach standardisierter Triage zusammengeführt werden?

Die nachfolgenden Ausführungen behandeln dieses Thema allgemein, ohne detailliert auf die Überschneidungen der Berufsbilder einzugehen. Dies bleibt der weiteren inhaltlichen Arbeit im Rahmen der Zusammenführung der Berufsbilder überlassen.

2 Grundlegendes zur Dokumentationspflicht für Angehörige gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe²

Dokumentationspflichten im Gesundheitswesen beruhen auf vielfältigen Rechtsgrundlagen wie z. B. auf den Berufsrechten der Gesundheitsberufe³, den gesetzlichen Bestimmungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens und bundes- und landeskrankenanstaltenrechtlichen Regelungen. Regelungen über die Dokumentation enthalten zudem Spezialgesetze wie das Arzneimittel- oder

¹
siehe <https://notrufnoe.com/acn> (Abruf am 30. 1. 2022).

²
Zum Begriff der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe siehe Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hrsg.), Gesundheitsberufe in Österreich 2020

³
siehe dazu Punkt 3

Suchtmittelgesetz etc. Darüber hinaus ist die Dokumentationspflicht eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag.⁴

Zwecke der Dokumentation sind Therapie- und Beweissicherung sowie Rechenschaftslegung.⁵ In diesem Sinn dient die Dokumentation nicht nur den Angehörigen gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe, sondern in besonderem Maß dem Interesse der Patientin bzw. des Patienten.

Inhalt und Umfang der konkreten Dokumentation hängen von mehreren Faktoren ab, und zwar von

- » zu berücksichtigenden Rechtsgrundlagen, z. B. des konkreten Gesundheitsberufs bzw. der konkreten Gesundheitsberufe,
- » der Art der Einrichtung (z. B. Krankenanstalt, Pflegeheim),
- » den jeweils zu berücksichtigenden sondergesetzlichen Regelungen,
- » konkreten Aufgaben⁶ und der
- » Berücksichtigung des jeweiligen Zwecks.

In einer arbeitsteiligen Organisation kann eine gemeinsame bzw. interprofessionelle Dokumentation durch alle beteiligten Berufsgruppen zweckmäßig und im Sinne der Nachvollziehbarkeit geboten sein.

Allfällige Formvorlagen und Standards müssen all diese Faktoren berücksichtigen und den einzelnen Berufsangehörigen ermöglichen, entsprechend den zu erwartenden Fallkonstellationen im individuell-konkreten Fall die relevanten Informationen festzuhalten. Welche Informationen relevant sind, hängt von den konkreten Umständen des Einzelfalls ab und ist fachlich zu beurteilen. Zu ergänzen ist, dass auch ärztliche Anordnungen, Röntgenbilder, Ergebnisse von Laboruntersuchungen etc. Teile der Dokumentation sind. In einer arbeitsteiligen Organisation wie einem Krankenhaus besteht die Dokumentation aus der Summe der Dokumentationen durch Angehörige verschiedenster Berufe.⁷ Dabei verantwortet jeder Beruf mit einer berufsrechtlich normierten Pflicht seinen Teil im Rahmen seiner Aufgaben.

Es ist die Aufgabe von Führungskräften, aus den unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und den vielfältigen Anforderungen in einer Organisation, die sowohl die fachlichen Aspekte der Dienstleistungen als auch die Aspekte der Kostenträger zu berücksichtigen hat, einschlägige Vorlagen –

4

siehe auch Rappold/Aistleithner, Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017, 2, 2017, 3. überarbeitete Aufl., Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

5

Kletečka-Pulker, Dokumentation und Datenschutz, in: Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, 2021, I/157

6

siehe unten

7

Kletečka-Pulker, in: Handbuch Medizinrecht, 1/158; siehe z. B. für u. a. pflegerische Leistungen § 10 Abs. 1 Z 2 lit. b KAKuG

in Form von Formularen – und Dokumente, sei es in gedruckter und/oder elektronischer Form, zu gestalten.⁸

3 Berufsrechtliche Dokumentationspflichten der Gesundheitsberufe, insbesondere der Berufe und Tätigkeiten gemäß GuKG und SanG

3.1 Umfang der Dokumentationspflicht gemäß GuKG sowie SanG

Die berufsrechtlichen Dokumentationspflichten der Gesundheitsberufe sind Teil der Berufspflichten, siehe § 5 GuKG für Berufe gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) und § 5 SanG für Tätigkeiten und Berufe gemäß Sanitätergesetz (SanG). Berufspflichten korrespondieren ihrerseits mit Patientenrechten. Dies findet hier z. B. Ausdruck im Recht auf Einsichtnahme und Ausfertigung von Kopien, aber auch auf Verschwiegenheit. Die allgemeinen Berufspflichten wie die Dokumentationspflicht beruhen auf der beruflichen Ethik aller Gesundheitsberufe. Aufgrund ihrer Berufstätigkeit übernehmen sie eine besondere Verantwortung für Menschen.

Wie unter Punkt 2 ausgeführt, umfasst die berufsrechtliche Dokumentation der Gesundheitsberufe nur Teilaspekte einer umfassenden Dokumentationspflicht, die – wie eingangs erwähnt – auf vielfältigen Rechtsgrundlagen auch außerhalb der Berufsrechte fußt.

Die Bestimmung gemäß § 5 Abs. 1 und 2 GuKG, wonach „Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bei Ausübung ihres Berufs die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren haben“, greift dabei nur scheinbar zu kurz. Betont wird, dass „die Dokumentation insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten hat.“ Mit dieser 1997 erstmals für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe normierten Pflicht wird nicht nur deren Professionalisierung Rechnung getragen, sondern auch der o. a. besonderen Verantwortung aller Gesundheitsberufe bei der Berufsausübung. Das Wort „insbesondere“ weist darauf hin, dass die „Pflegedokumentation“ nicht nur – wie manchmal vermutet – die o. a. Schritte im Zusammenhang mit Aufgaben gemäß § 14 GuKG zu enthalten hat, sondern sämtliche Aufgaben und Tätigkeiten von DGKP.⁹

Auch für die Dokumentationspflicht von Sanitärerinnen und Sanitätern greift die Formulierung des § 5 Abs. 1 SanG, wonach sie „bei Ausübung ihrer Tätigkeit die von ihnen gesetzten sanitätsdienstlichen Maßnahmen zu dokumentieren haben“, zu kurz. Sinngemäß gilt hier, soweit zutreffend, dasselbe wie für Berufsangehörige gemäß GuKG.

Nicht enthalten in der konkreten Formulierung dieser berufsrechtlichen Bestimmungen sind bspw. allgemein erforderliche Inhalte einer patientenbezogenen Dokumentation wie etwa Personalien,

⁸
Rappold/Aistleithner, Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017, 3

⁹
siehe Abbildung 4.1: Schematische Darstellung der Patienten-/Klienten-, Bewohnerdokumentation in Rappold/Aistleithner, Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017, 7, 2017

Aufklärung etc.¹⁰ Diese Inhalte betreffen, soweit zutreffend, alle Gesundheitsberufe gleichermaßen und beschränken sich nicht auf einen Beruf. Es obliegt aber einem Arbeit- oder Auftraggeber für den Fall, dass Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe dieselbe Patientin bzw. denselben Patienten betreuen, Vorgaben für eine Dokumentation so zu gestalten, dass allgemeine Daten wie Personalien etc. nur einmal erhoben werden, soweit es besondere berufliche Verschwiegenheitspflichten zulassen.

3.2 Zusammenhang zwischen Dokumentationspflicht und Berufsbildern

Die rechtlichen Regelungen der Dokumentationspflicht sind dabei immer in Zusammenhang mit den jeweiligen Berufsbildern und Tätigkeitsbereichen zu setzen, d. h. für DGKP mit §§ 12 bis 16 GuKG; im Falle einer Spezialisierung – für die Aufgaben einer ACN vermutlich im Bereich Intensivpflege, Anästhesiepflege gemäß § 20 GuKG – sind diese Aufgabenbereiche ebenfalls zu berücksichtigen.

Für Rettungsanitäter:innen ist der Berechtigungsumfang gemäß § 9 SanG, für Notfallsanitäter:innen jener gemäß § 10 SanG sowie §§ 11 und 12 SanG je nach vorhandenen allgemeinen oder zusätzlich besonderen Notfallkompetenzen für die Dokumentationspflicht zu beachten. Konkret bedeutet das, dass die jeweiligen Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche den zulässigen Berechtigungsumfang und daher auch die berufsrechtlich gebotene Dokumentationspflicht begrenzen.

Gleichwohl wird die berufsrechtlich gebotene Dokumentationspflicht von den konkreten Anforderungen und dem konkreten Aufgabenbereich begrenzt.¹¹ Der Aufgabenbereich ergibt sich im Rahmen des Berufsrechts für Berufsangehörige, die in einem Arbeits- oder Auftragsverhältnis zu einem Auftraggeber stehen, aus den konkreten Arbeits- bzw. Auftragspflichten, d. h. aus Aufgaben- und Stellenbeschreibungen. Dementsprechend ist auch die Dokumentation dem konkreten Aufgaben- und Einsatzbereich anzupassen. Aufgrund des sehr weiten Aufgaben- und Tätigkeitsspektrums von DGKP trifft das Erfordernis, die Dokumentation dem jeweiligen Arbeits- und Einsatzbereich anzupassen, insbesondere auf Berufe gemäß GuKG vermutlich in weitaus größerem Umfang als aufgrund des gesetzlich definierten Einsatzbereichs von Sanitäterinnen/Sanitätern zu.¹² Inso-

10

siehe dazu umfassend Kletečka-Pulker, in Handbuch Medizinrecht, 1/158-1/160

11

siehe für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe u. a. Rappold/Aistleithner, Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017, 4 und 5, 2017

12

siehe für DGKP z. B. Hausreither, Gesundheits- und Krankenpflege, in: Handbuch Medizinrecht, III/523, wonach bspw. Pflegeanamnese, -diagnose, -planung und -maßnahmen nur dann zu dokumentieren sind, wenn sie aus pflegerischer Sicht erforderlich sind; vgl. dazu auch Aistleithner/Rappold, Pflegeprozess und Dokumentationspflicht, Österreichische Pflegezeitschrift 2/2016, 36–38; siehe für Sanitäter:innen Hausreither, III.2 Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter, in: Handbuch Medizinrecht, III/59, wonach die wesentlichen Eckpfeiler des konkreten Einsatzes festzuhalten sind und die Dokumentation die Anforderungen des konkreten Einsatzes zu berücksichtigen hat. Demnach sind die Anforderungen unterschiedlich, je nachdem ob es sich um einen Massenunfall oder um einen Einzelunfall handelt.

fern ist aufgrund des Aufgaben- und Einsatzbereichs die Dokumentation von Sanitäterinnen/Sanitätern mittels ABCDE- und SAMPLER-Schema einheitlicher als die Vorlagen für die Dokumentation durch DGKP.

Typischerweise weisen die gesetzlichen Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche von zwei oder mehr Gesundheitsberufen ebenso in gewissem Ausmaß Überschneidungen auf wie auch die gesetzlich definierten Einsatzbereiche. Die jeweiligen Überschneidungsbereiche sind durch systematische Interpretation zu eruieren. Aufgaben von DGKP überschneiden sich z. B. im Bereich der Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG mit Aufgaben von Sanitäterinnen/Sanitätern. So ist z. B. das Legen eines peripheren Venenzugangs sowohl vom Tätigkeitsbereich von Notfallsanitäterinnen/-sanitätern, die über die allgemeine Notfallkompetenz „Venenzugang und Infusion“ gemäß § 11 Abs. 1 Z 2 SanG verfügen, als auch von DGKP gemäß § 15 GuKG umfasst.¹³ Hinsichtlich dieser Überschneidungsbereiche decken sich selbstverständlich die Dokumentationsanforderungen, wenn sich der Einsatzbereich von DGKP auf den niedergelassenen, präklinischen Bereich erstreckt.

Weder das GuKG noch das SanG enthalten detaillierte Bestimmungen über die Form der Dokumentation, abgesehen von gesetzlichen Aufbewahrungsfristen, Verfügbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Haltbarkeit.¹⁴

4 Ergebnis

Die eingangs gestellte Frage, ob die „Pflegedokumentation“ mit der Dokumentation von Rettungs- und Notfallsanitäterinnen/-sanitätern für die Funktion als „ACN“ zu einer Dokumentation für Einsätze der Notruf NÖ GmbH im niedergelassenen, präklinischen Bereich nach standardisierter Triage zusammengeführt werden kann, ist *aus berufsrechtlicher Sicht* somit nach den Aufgaben und den konkreten Anforderungen zu beurteilen. Inhalt und Umfang der Dokumentation als „ACN“ folgen den Aufgaben unter Berücksichtigung aller für diese Aufgabe relevanten rechtlichen und fachlichen Anforderungen.

Konkret bedeutet dies, dass die berufsrechtlichen Bestimmungen des GuKG und des SanG über die Dokumentation sowie die Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche einer Zusammenführung nur unter der Voraussetzung zugeführt werden können, dass als „ACN“ eingesetzte Personen sowohl als DGKP – mit oder ohne Spezialisierung im Bereich Intensiv- oder Anästhesiepflege – gemäß GuKG als auch als Rettungs- oder Notfallsanitäter:in – mit oder ohne allgemeine oder besondere Notfallkompetenzen – gemäß SanG berufsrechtlich sind. Für zu erstellende Formulare ist es jedoch wesentlich, den – oder im Fall unterschiedlicher Formulare – den jeweiligen Berechtigungsumfang, sowohl als DGKP als auch als Sanitäter:in, zu berücksichtigen.

¹³

siehe Hausreither, III.2 Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter, in: Handbuch Medizinrecht, III/72

¹⁴

siehe Hausreither, Gesundheits- und Krankenpflege, in: Handbuch Medizinrecht, III/523

Diese berufsrechtliche Perspektive bedeutet, dass eine Zusammenführung grundsätzlich zulässig ist. Allerdings obliegt es einem Arbeit- bzw. Auftraggeber, im Rahmen des grundsätzlich Zulässigen eine andere Entscheidung zu treffen. Sollte es im Sinne einer nachvollziehbaren und übersichtlichen Dokumentation sein, die in diesem Einsatzbereich auch ein systematisches Vorgehen unterstützt, erscheint die Zusammenführung jedoch auch geboten und entspräche somit dem für dieses Einsatzgebiet erforderlichen Sorgfaltsmaßstab. Das heißt, bei einer Entscheidung gegen die Zusammenführung verhielte sich ein Arbeit- bzw. Auftraggeber sorgfaltswidrig, zumal er – außer bei rein freiberuflicher Berufsausübung als „ACN“ – als Vertragspartner der Patientin / des Patienten für die Einhaltung der Sorgfaltsanforderungen in seinem Einflussbereich verantwortlich ist.