

CoCEP

Core Competencies to Assure Public Health Emergency Preparedness

Kernkompetenzen zur Sicherstellung der
Krisenbereitschaft im öffentlichen Gesundheitssektor

Evaluationsleitfaden Teil 2: Kompetenzkatalog



CoCEP

Core Competencies to Assure Public Health Emergency
Preparedness

Kernkompetenzen zur Sicherstellung der Krisenbereitschaft im
öffentlichen Gesundheitssektor

Evaluationsleitfaden Teil 2: Kompetenzkatalog

herausgegeben von

Universität Hamburg - Gesundheitswissenschaften

Projektleitung:
Dr. phil. Matthias Lenz

Wissenschaftliches Team:
Ramona Kupfer, Elisabeth Michalzik und Dr. phil. Matthias Lenz
Rechtsgutachten: Peter Lemke

Universität Hamburg Ź Fakultät für Mathematik, Informatik und
Naturwissenschaften (MIN)
Arbeitskreis Gesundheitswissenschaften
(Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser)
Martin-Luther-King-Platz 6 Ź 20146 Hamburg
Tel.: +49 40 42838 7232 Ź Fax: +49 40 42838 3732
Mail: matthias.lenz@uni-hamburg.de
Internet <http://www.cocep.de>

Hamburg im Juni 2014

Universität Hamburg - Gesundheitswissenschaften (Hrsg.)

Core Competencies to Assure Public Health Emergency Preparedness

Kernkompetenzen zur Sicherstellung der Krisenbereitschaft im öffentlichen Gesundheitssektor

Evaluationsleitfaden - Teil 2: Kompetenzkatalog

Das CoCEP-Verfahren ist das Ergebnis des CoCEP-Forschungsprojektes der Universität Hamburg

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Bundesministerium für Bildung und
Forschung (BMBF)

In Kooperation mit:



ASKLEPIOS

Institut für Notfallmedizin (IfN)

Asklepios
Institut für Notfallmedizin (IfN)

Mit freundlicher Unterstützung durch:

Martina Albrecht, Birte Berger-Höger, Susanne Buhse, Detlef Cwojdzinski, Hans-Georg Jung, Susanne Kählau-Meier, Jürgen Kasper, Jörg Krey, Julia Lühren, Heinzpeter Moecke, Ingrid Mühlhauser, Stefan Oppermann, Anne Rahn, Tanja Richter, Anke Steckelberg und Markus Strehl.



©2014 Universität Hamburg - Gesundheitswissenschaften

Inhalt

VORWORT	1
A. EIGENE ROLLE & KOMMUNIKATION	3
1. HIERARCHIE UND BEFEHLSKETTE.....	4
2. INFORMATIONSQUELLEN.....	6
3. NOTFALLKOMMUNIKATIONSVORRICHTUNGEN.....	7
4. INFORMATIONSFLOSS.....	8
5. RISIKOKOMMUNIKATION.....	9
6. KOMMUNIKATION MIT BETROFFENEN - SOZIALE KOMPETENZ.....	11
7. KOMMUNIKATION MIT MEDIEN UND PRESSE.....	12
8. KOMMUNIKATION MIT PERSÖNLICHEN KONTAKTEN.....	14
B. SITUATIONSBEWUSSTSEIN & SICHERHEIT	16
1. BESTANDSAUFNAHME.....	17
2. AUSWIRKUNGEN DURCHGEFÜHRTER MAßNAHMEN.....	19
3. EIGENSCHUTZMAßNAHMEN.....	20
4. PATIENTENSICHERHEIT.....	22
5. ISOLATION, QUARANTÄNE UND DEKONTAMINATION.....	24
C. KLINISCHES MANAGEMENT	26
1. PRINZIP DER TRIAGE.....	27
2. LEBENSRETTENDE SOFORTMAßNAHMEN.....	30
3. DIAGNOSTIK UND THERAPIE.....	32
4. DOKUMENTATION.....	34
5. UMGANG MIT ARZNEIMITTELN.....	36
6. PATIENTENTRANSPORT.....	37
7. PSYCHOLOGISCHE UNTERSTÜTZUNG VON PATIENTEN UND ANGEHÖRIGEN.....	38
8. SOZIOKULTURELLER HINTERGRUND.....	40
9. BETREUUNG VON HELFERN.....	41
10. GRENZEN DER EIGENEN FÄHIGKEITEN.....	42
11. DELEGATION VON MAßNAHMEN.....	43
12. KRITISCHES UND FLEXIBLES DENKEN.....	45
D. VERSORGUNGSKAPAZITÄTEN & PUBLIC HEALTH	46
1. VERSORGUNGSKAPAZITÄTEN DES KRANKENHAUSES.....	47
2. VERSORGUNGSKAPAZITÄTEN AUßERHALB DES KRANKENHAUSES.....	48
3. BESONDERS VERLETZLICHE BEVÖLKERUNGSGRUPPEN.....	49
4. ZUSAMMENBRINGEN VON FAMILIENMITGLIEDERN.....	50
QUELLEN	51

Vorwort

Dieser Kompetenzkatalog wurde im Rahmen der CoCEP-Studie der Universität Hamburg entwickelt. Er enthält Kompetenzen und Fertigkeiten, die Pflegende im und um den Bereich Zentrale Notaufnahme in einer Krisenlage zeigen können sollten.

Der Kompetenzkatalog ist der zweite Teil des CoCEP-Evaluationsleitfadens. Der Leitfaden umfasst insgesamt 4 Teile:

Teil 1: Hintergrund und Gebrauchsanleitung

Teil 2: Kompetenzkatalog

Teil 3: Beobachtungsbögen für Krankenhauskrisenübungen

Teil 4: Auswertungsbögen

Der Kompetenzkatalog wurde über mehrere methodische Schritte entwickelt:

Am Anfang stand eine systematische Analyse internationaler Literatur und Zusammenstellung einer vorläufigen Sammlung von Kompetenzen, die für Pflegende rund um die zentrale Notaufnahme in einer Krisensituation relevant sein könnten.

Dann folgte ein Konsensusverfahren (Delphi-Studie). Daran beteiligten sich deutschlandweit 46 Experten. Den Experten wurde als Datenbasis die vorläufige Kompetenzsammlung vorgelegt. Im Konsens wurden daraufhin Kompetenzen und Fertigkeiten definiert, die für Pflegende rund um die zentrale Notaufnahme im Rahmen der Krisenreaktion relevant sein könnten, und dies vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungskontextes.

Experten waren Pflegewissenschaftler und Wissenschaftler aus den Bereichen Notfall- und Katastrophenmedizin, Pflegepersonal mit einer leitenden Funktion in der Zentralen Notaufnahme sowie Personal mit mehrjähriger, pflegepraktischer Erfahrung,

einschließlich Erfahrung durch mehrfache Teilnahme an Krisenübungen.

Insgesamt haben 32 der 46 teilnehmenden Experten alle drei Runden der Delphi-Studie abgeschlossen. Als Ergebnis wurde ein Kompetenzkatalog mit 71 konsentierten Fertigkeiten erstellt.

Der Kompetenzkatalog unterteilt sich in vier Schwerpunkte:

- A. Eigene Rolle & Kommunikation**
- B. Situationsbewusstsein & Sicherheit**
- C. Klinisches Management**
- D. Public Health & Versorgungskapazitäten**

Zu jedem Schwerpunkt enthält der Kompetenzkatalog ein Kapitel, in dem die aufgeführten Kompetenzen definiert werden. Alle Fertigkeiten werden über Beispiele erläutert. Alle Quellen, die zur Definition und Erläuterung genutzt wurden, sind referenziert und im Quellenverzeichnis gelistet. Benutzt wurden die aktuell gültigen Leitlinien und Richtlinien aus den Bereichen Katastrophenversorgung, Organisation, Ethik und Recht. Auch wurden bei klinischen Fragestellungen wissenschaftsbasierte Quellen hinzugezogen.

Mit diesem Kompetenzkatalog erhalten Beobachter eine genaue Vorstellung, worauf bei der Beobachtung und Auswertung geachtet werden sollte.

Bisherige Methoden und Ergebnisse der CoCEP-Studie wurden in einem wissenschaftlichen Journal publiziert. Link zu Publikation auf Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315332>
Zugang zum Volltext der Publikation können Sie bei uns auf Nachfrage erhalten.

A. Eigene Rolle & Kommunikation

Definition:

Die Pflegenden sind Teil des multidisziplinären Teams der Klinik bzw. der zentralen Notaufnahme. Sie spielen eine zentrale Rolle in der Patientenversorgung über rein pflegerische Maßnahmen hinaus. Als Teil des multidisziplinären Teams tragen Sie Verantwortung gegenüber Patienten, Angehörigen, Behörden & Organisationen, Vertretern von Medien und Presse und privaten Kontakten.

Im Rahmen einer adäquaten Krisenreaktion bzw. Response ist die Einhaltung von Hierarchie und Befehlskette für das gesamte multidisziplinäre Team von zentraler Bedeutung. Unter Nutzung maßgeblicher und zuverlässiger Informationsquellen ist für einen situationsgerechten Informationsfluss zu sorgen.

Pflegende kommunizieren mit Betroffenen in situationsgerechter Weise und zeigen soziale Kompetenz. Gegenüber Medien und Presse sowie gegenüber persönlichen Kontakten (Nahestehende) verhalten Sie sich entsprechend ihrer dienstlichen Verantwortung.

Ziel/Outcome:

Die Pflegenden kommunizieren und arbeiten unter Berücksichtigung ihrer eigenen Rolle(n) im Krisen- oder Katastrophenfall effektiv mit Anderen.

1. Hierarchie und Befehlskette

Pflegende halten sich im Rahmen der multidisziplinären Zusammenarbeit an die Hierarchie und die Befehlskette, soweit die Situation es zulässt.

Beispiele:

Pflegende...

- befolgen die Anweisungen der ihnen jeweils übergeordneten Instanzen (1, 2).
 - befolgen die Anweisungen aus der Krankenhauseinsatzleitung (KEL).
 - ordnen sich der pflegerischen Bereichsleitung unter.
 - halten bei der Patientenversorgung in den Versorgungsteams Rücksprache mit dem Arzt und berücksichtigen seine Weisungsbefugnis in medizinischen Angelegenheiten, z.B. bei der Applikation von Medikamenten oder der Assistenz bei ärztlichen Untersuchungen.
 - wenden sich bei Eintreffen in der Klinik unmittelbar an die Mitarbeiterregistrierung und übernehmen die ihnen dort zugewiesenen Tätigkeiten.
- leiten relevante Informationen an die entsprechenden übergeordneten Instanzen weiter (1, 2). Sie informieren z.B. bei plötzlicher Verschlechterung des Patientenzustands bzw. Veränderung der Behandlungsdringlichkeit, unverzüglich die nächste übergeordnete und geeignete Instanz.

A. Eigene Rolle & Kommunikation

Pflegende die für die Mitarbeiterregistrierung zuständig sind...

- nennen den Behandlungsteams ihre Funktion und erklären bei Bedarf auch wiederholend, wie der Einsatz in der Notaufnahme abläuft (1, 2).
- weisen Mitarbeiter aus anderen Einrichtungen, Aushilfen und zusätzliches Personal von Hilfsorganisationen auf die Schweigepflicht gegenüber Dritten hin (3).

Pflegerische Bereichsleitungen...

- koordinieren Kommunikation und Aufgabenverteilung im zuständigen Versorgungsbereich (1, 2). Sie weisen z.B. neu hinzukommendes Personal ein, geben Handlungsanweisungen und Aufträge an Pflegende und an Hilfskräfte oder greifen schlichtend und klärend in Konflikte zwischen Pflegenden untereinander und Pflegenden und Dritten ein.
- informieren die KEL zeitnah über wesentliche ressourcen- und kapazitätsbezogene Probleme, z.B. über defekte oder fehlende Geräte, Personalmangel, Bettenauslastung, usw.
- beachten die Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes (4) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (4).

Pflegende in der KEL...

- nehmen ihre Rolle / ihre Verantwortung als Teil des multidisziplinären Teams der KEL wahr (1, 2).

2. Informationsquellen

Pflegende finden und nutzen Informationsquellen, die maßgeblich und zuverlässig sind, soweit die Situation es zulässt.

Beispiele:

Pflegende...

- finden und nutzen die im Krisenfall für das jeweilige Krankenhaus geltenden Pläne und Checklisten, wie z.B. Alarmplan oder Bereitschaftspläne (1, 2).
- nutzen zur Beschaffung von Informationen die Instanzen, die maßgeblich sind (1, 2). D.h. sie informieren sich bei der zuständigen Funktionseinheit (z.B. technischer Dienst, leitender Notarzt, KEL) oder Pflegende in der KEL z.B. bei der Feuerwehreinsatzzentrale.
- wägen ab, inwieweit Quellen vertrauenswürdig sind, soweit die Situation es zulässt (2). D.h. sie
 - vertrauen Informationen aus zuverlässiger Quelle.
 - überprüfen im Zweifel, Informationen von „außen“ auf ihre Richtigkeit, bevor sie reagieren bzw. Maßnahmen einleiten (z.B. Rückruf der Feuerwehreinsatzzentrale zur Überprüfung der Echtheit der Alarmierung).

3. Notfallkommunikationsvorrichtungen

Pflegende verwenden die im Alarmplan vorgesehenen Notfallkommunikationsvorrichtungen korrekt.

Beispiele:

Pflegende...

- verwenden die Kommunikationsvorrichtungen, die laut Alarmplan vorgesehenen sind (1). Wie z.B. Alarmtelefone und Funkgeräte.
- zeigen eine korrekte Handhabung der Kommunikationsvorrichtungen.
- wissen, wie sie die entsprechenden Ansprechpartner mit Hilfe der Kommunikationsvorrichtungen erreichen können. Sie kennen z.B. die Rufnummern von Notfalltelefonen oder Funkanlagen oder wissen wo sie diese abrufen können.
- greifen, wenn die laut Alarmplan vorgesehenen Kommunikationsvorrichtungen nicht verfügbar sind, auf adäquate Alternativen zurück.
- greifen beim Tragen persönlicher Schutzausrüstung auf adäquate Kommunikationsvorrichtungen (Funkgeräte mit Sprechfunkgeschirr oder Mobiltelefone mit Headsets) zurück um Kommunikationsmöglichkeiten aufrechtzuerhalten (1, 5).

4. Informationsfluss

Pflegende sorgen für einen situationsgerechten und weitestmöglich kontrollierten Informationsfluss.

Beispiele:

Pflegende...

- leiten Informationen so weiter, dass diese genau diejenigen erreichen für die sie vorgesehen sind (1, 2).
 - halten die im Alarmplan vorgesehenen Kommunikationswege ein.
 - befolgen die im hauseigenen Alarmierungsplan vorgesehene Alarmierungskaskade.
 - befolgen formale Regelungen, z.B. Informationsverteilung nur über ernannte Sprecher.
- sorgen innerhalb des multidisziplinären Teams dafür, dass...
 - übermittelte Informationen vom Empfänger auch korrekt wahrgenommen wurden (rückversichern sich).
 - keine überflüssigen Informationen weitergegeben werden.

Pflegende als Teil des multidisziplinären Teams **in der KEL** ...

- leiten wesentliche Informationen von außen (z.B. Ankündigung eines G-RTW's durch die Feuerwehreinsatzzentrale) und von innerhalb des Hauses (z.B. Techniker wird in einem Behandlungsbereich benötigt) hausintern an die zuständigen Versorgungsbereiche kontrolliert weiter. D.h. Informationen werden erfasst, dokumentiert, analysiert und zielgerichtet und prioritätsorientiert weitergeleitet (1).

5. Risikokommunikation

Pflegende kommunizieren Risiken, die mit der Krisen- oder Katastrophensituation zusammenhängen, in angemessener Weise.

Beispiele:

Pflegende...

- sorgen als Teil des multidisziplinären Teams für eine adäquate Kommunikation bestehender Risiken (2):
 - schnell und engmaschig, denn Krisen sind zeitsensitiv und dynamisch.
 - korrekt und sachlich: was bekannt ist, was unbekannt ist und was getan wird, um Informationslücken zu füllen.
 - glaubwürdig um krisensituationsbedingte Unsicherheit zu reduzieren.
 - ehrlich: ohne Dramatisierung aber auch ohne falsche Sicherheit zu suggerieren.
 - verständlich: in einer laienverständlichen Sprache, die die Bedürfnisse aller Alters- und Bevölkerungsgruppen berücksichtigt, unter Vermeidung von Fremdwörtern und abstrakten Risikoangaben.
 - für Personen die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, in übersetzter Form.
- berücksichtigen, wie sich die Informationen auf die Umgebung auswirken und korrigieren ggf. Missverständnisse (2).
- zeigen Möglichkeiten auf, sich weitere zuverlässige Informationen zu beschaffen (z.B. durch Zugang zu Medien wie Radio) (2).

A. Eigene Rolle & Kommunikation

Pflegerische **Bereichsleitungen**...

- benennen als Teil des multidisziplinären Teams ein Teammitglied, welches primär für die Informationsweitergabe und Risikokommunikation mit Betroffenen zuständig ist, soweit die Personalsituation es erlaubt (1, 2).

6. Kommunikation mit Betroffenen - soziale Kompetenz

Pflegende kommunizieren mit Betroffenen in situationsgerechter Weise und zeigen soziale Kompetenz.

Beispiele:

Pflegende...

- beachten bei der Kommunikation mit Betroffenen die Bedürfnisse aller Alters- und Bevölkerungsgruppen.
- reagieren empathisch und respektvoll (2):
 - erkennen einen geäußerten Informationsbedarf an
 - erkennen Belastung und Leiden explizit an, um Vertrauen zu schaffen.
 - beruhigen weinende oder panische Patienten, Angehörige und Helfer.
- unterstützen und bestärken Patienten und Angehörige, Entscheidungen auf Basis von Risiko/Nutzen-Abwägungen zu treffen, soweit die Situation es zulässt (2, 6, 7).
- vermeiden, die Unterdrückung von Panik in den Mittelpunkt zu stellen bzw. Panik herbeizureden (2). Wenn Panik droht, klären sie rational auf und geben klare Verhaltensregeln anstatt den Menschen zu sagen, sie mögen nicht panisch werden.

7. Kommunikation mit Medien und Presse

Pflegende verhalten sich bei der Kommunikation mit Medien und Presse entsprechend ihrer dienstlichen Verantwortung.

Beispiele:

Pflegende...

- achten die Bedeutung von Medien und Presse für die Zivilgesellschaft und berücksichtigen deren Einfluss auf die öffentliche Meinungsbildung. D.h. sie sorgen für eine positive Beziehung zu Medien- und Pressevertretern (2, 8).
- leiten Mitglieder der Presse an geeignete Ansprechpartner weiter (Pressestelle oder KEL) (1).
- bewahren Souveränität gegenüber Mitgliedern der Presse (2, 8).
 - treten ruhig und bestimmt auf und lassen sich nicht von Pressemitgliedern provozieren.
 - informieren in Konfliktsituationen mit der Presse (z.B. wiederholtes Missachten von Verboten) unmittelbar die nächsthöhere Instanz.
- unterbinden, dass Mitglieder des Versorgungs- und Behandlungsteams innerhalb der Einrichtung von Pressemitgliedern fotografiert bzw. gefilmt werden (z.B. mit einem Handy)(6).

A. Eigene Rolle & Kommunikation

- schützen Rechte, Werte und Würde von Patienten und Angehörigen gegenüber Mitgliedern der Presse (2, 6).
 - geben der Presse keinerlei Auskunft bzgl. der Situation von Betroffenen.
 - unterbinden den Zugang der Presse zu Patienten oder Patientendokumenten. Sie lassen z.B. keine patientenbezogenen Dokumente offen zugänglich liegen.
 - bitten Pressemitglieder den Behandlungsbereich zu verlassen.
 - unterbinden, dass Pressemitglieder Patienten befragen, fotografieren oder filmen.

Pflegende mit entsprechenden Aufgaben **in der Pressestelle** (1, 2)...

- sorgen für eine positive kooperative Beziehung zu Medien- und Pressevertretern.
- bieten Medien- und Pressevertretern, unter Berücksichtigung des Schutzes der Persönlichkeitsrechte aller Betroffenen, aktiv relevante Informationen an.
- priorisieren lokale Medien- und Pressevertreter, insbesondere wenn diese einen zeitnahen Informationsfluss mit großer lokaler Reichweite gewährleisten können (vor allem Rundfunk).

8. Kommunikation mit persönlichen Kontakten

Pflegende verhalten sich bei der Kommunikation mit persönlichen Kontakten (Nahestehende) entsprechend ihrer dienstlichen Verantwortung.

Beispiele:

Pflegende...

- beanspruchen situationsgerecht Freiräume um Kontakt mit eigenen Nahestehenden aufzunehmen (2, 8),
 - um sie über die eigene Situation zu informieren.
 - um sich über deren Situation zu informieren und ggf. unaufschiebbare Bedürfnisse zu organisieren (z.B. Kinder- oder Altenbetreuung).
 - um die eigene Dienstfähigkeit aufrechtzuerhalten.
- berücksichtigen bei der Kommunikation mit privaten Kontakten ihre mit der Versorgungssituation verbundene Verantwortung (2, 8):
 - passen Zeitpunkt und Dauer privater Kontaktaufnahme so an, dass sie ihrer Verantwortung gegenüber Patienten und Mitarbeitern/Kollegen weitestgehend/schnellstmöglich nachkommen können.
 - beschränken sich bzgl. privater Kommunikation ausschließlich auf Gespräche und Gesprächsinhalte, die nach eigenem Ermessen unaufschiebbar sind.
- bewahren Vertraulichkeit im Rahmen der Kommunikation mit persönlichen Kontakten. Sie geben keine vertraulichen personenbezogenen Informationen an private Kontakte weiter.

A. Eigene Rolle & Kommunikation

Pflegende in Leitungspositionen...

- beachten die Bedürfnisse des Personals nach Kommunikation mit eigenen Nahestehenden (2, 8). D.h. sie ermöglichen ihnen Freiräume und sorgen für Kommunikationswege.

B. Situationsbewusstsein & Sicherheit

Definition:

Ein waches Situationsbewusstsein des Versorgungsteams ist in der durch Vielschichtigkeit und evtl. Chaos geprägten Krisensituation von zentraler Bedeutung. Dies umfasst eine gewissenhafte und engmaschige, aber gleichzeitig auch zügige Bestandsaufnahme der Situation, Prüfung der Auswirkungen durchgeführter Maßnahmen und ggf. Korrektur von Versorgungsentscheidungen.

Die Pflegenden stellen als Teil des multidisziplinären Teams den Bedarf für Isolations-, Quarantäne- und Dekontaminationsmaßnahmen korrekt fest und ergreifen bedarfsgerechte Maßnahmen. Sie wenden sowohl Maßnahmen zum Eigenschutz als auch Maßnahmen zur Aufrechterhaltung einer sicheren Umgebung für den Patienten situationsgerecht und korrekt an.

Ziel/Outcome:

Die Pflegenden sind sich vorhandener und potentieller gesundheitlicher Bedrohungen ständig bewusst und wenden personenbezogene Sicherheitsmaßnahmen an.

1. Bestandsaufnahme

Die Pflegenden führen eine Bestandsaufnahme der Situation und des Versorgungsbedarfs adäquat (gewissenhaft, zügig und weitestgehend engmaschig) durch.

Beispiele:

Pflegende...

- überprüfen und verwenden medizintechnische Geräte und Verbrauchsmaterialien unter Beachtung des Medizinproduktegesetzes (4) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (4).
- verschaffen sich in der „Chaosphase“ (Alarmierung und Frühversorgung) frühzeitig und gewissenhaft einen Überblick über die unmittelbar anstehenden Aufgaben (1, 9).
- entscheiden frühzeitig im multidisziplinären Team wie (anwesende) Patienten der Regelversorgung weiterversorgt werden können (1, 9).
- aktualisieren die Bestandsaufnahme engmaschig soweit die Situation es erlaubt (1, 9).

Pflegende in Leitungspositionen...

- führen engmaschige Bestandsaufnahmen ihrer Einsatzbereiche durch (1, 9). D.h. sie sichern z.B. die Einsatzbereitschaft der vorhandenen medizintechnischen Geräte unter Beachtung des Medizinproduktegesetzes (4) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (4).
- erkennen/kommunizieren unmittelbar Anzeichen, die auf den Beginn bzw. die Verschärfung einer (Krisen-) Situation hinweisen (1, 9):
 - Massenanfall von Verletzten (MANV): z.B. vermehrtes unvorhergesehenes Eintreffen von Verletzten und/oder Erkrankten.
 - Massenanfall von Infizierten (MANI): Symptome übertragbarer Erkrankungen, Häufung von Krankheitsfällen, Verschlechterung des Zustandes mehrerer Patienten.
 - Chemische, biologische, radiologische, nukleare Gefahrenlagen (CBRN): Anzeichen und Symptome einer Exposition.

2. Auswirkungen durchgeführter Maßnahmen

Die Pflegenden prüfen die Auswirkungen am Patienten durchgeführter Maßnahmen und korrigieren sie ggf.

Beispiele:

Pflegende...

- überwachen, wie durchgeführte Maßnahmen (z.B. Lagerung der Patienten, Druckverband) sich auf den Patienten auswirken und ändern diese bei Bedarf (z.B. nicht effektiven Druckverband verstärken/ OP in Betracht ziehen etc.) (1, 9).

3. Eigenschutzmaßnahmen

Die Pflegenden wenden die persönliche Schutzausrüstung und Eigenschutzmaßnahmen korrekt an.

Beispiele:

Pflegende...

- wenden Maßnahmen zum Eigenschutz an, bevor sie sich der Patientenversorgung zuwenden (5, 10-14).
- arbeiten im Vollschutz (10-14) bei
 - Verdacht auf hochkontagiöse, lebensbedrohliche Erkrankung, bis zum diagnostisch gesicherten Ausschluss.
 - gesicherter hochkontagiöser, lebensbedrohlicher Erkrankung.

B. Situationsbewusstsein & Sicherheit

- legen angemessene persönliche Schutzausrüstung korrekt an und ab (5, 10-14). Hierzu zählen, je nach Indikation: Atemschutz (umluftabhängig oder umluftunabhängig), Augenschutz, Arm-, Bein- und Rumpfschutz (z.B. Handschuhe, Schutzanzüge), Kopfschutz sowie Fußschutz.
 - Pflegende überprüfen Schutzausrüstung vor dem Anlegen auf Dichtigkeit und Herstellungsdatum
 - Pflegende lassen sich beim Anlegen der Schutzausrüstung ggf. assistieren
 - Schutzhandschuhe werden nicht über noch feuchte, gerade desinfizierte Hände gezogen
 - Reißverschlüsse am Schutzanzug werden vollständig verschlossen
 - Vor und beim Ablegen der Schutzausrüstung werden notwendige Dekontaminationsschritte eingehalten
 - Pflegende beachten beim Tragen von persönlicher Schutzausrüstung weitest möglich empfohlene Trage- und Pausenzeiten und halten sich so kurz wie möglich und so lange wie nötig in kontaminierten Bereichen auf (Pflegende in Leitungspositionen überprüfen die Einsatzfähigkeit der Helfer, vor allem ab einer Tragezeit von mehr als einer halben Stunde)
- verwenden adäquate Desinfektionsmittel und Maßnahmen zur Händedesinfektion, Flächendesinfektion, Geräte- und Instrumentendesinfektion (14-17).

4. Patientensicherheit

Die Pflegenden wenden Maßnahmen zur Aufrechterhaltung einer sicheren Umgebung für den Patienten situationsgerecht an.

Beispiele:

Pflegende...

- beachten die Verkehrssicherungspflichten¹ (18) im erforderlichen/situationsbedingt möglichen Umfang (19).
- gewährleisten einen sicheren Transport von Patienten zwischen den Funktions- und Behandlungsbereichen (z.B. durch Hochstellen von Bettgittern).
- erkennen einen besonderen Gefährdungszustand des Patienten, führen ärztliche Entscheidungen zu unterbringungsähnlichen Maßnahmen (sichern mit vorhandenen Sicherungssystemen wie Bettgitter, Fixierungsgurtsystemen usw.) herbei, führen angeordnete Maßnahmen fachlich sorgfältig durch (7) und beachten das Selbstbestimmungsrecht (6, 7).
- treffen in Abhängigkeit vom Patientenzustand zusätzliche Vorkehrungen für eine sichere Umgebung: z.B. entfernen bei krampfenden Patienten potentiell verletzende Gegenstände aus der Umgebung.

¹ Definition: Wer eine Gefahrenquelle schafft oder unterhält, ist verpflichtet die notwendigen und zumutbaren Vorkehrungen zu treffen, um Schäden anderer zu verhindern. Die Verkehrssicherungspflicht wird aus dem Schädigungsverbot des §823 BGB abgeleitet.

B. Situationsbewusstsein & Sicherheit

- wenden in Infektionsfällen Maßnahmen zum Schutz der sich bereits im Krankenhaus befindenden Patienten an, bevor sie sich der Behandlung neuer Patienten zuwenden (14, 17, 20).
- Gewährleisten bei Notwendigkeit der Einrichtung einer behelfsmäßigen Isolierstation eine klare räumliche Trennung nicht infizierter und (potentiell) infizierter Patienten (14, 17, 20).

5. Isolation, Quarantäne und Dekontamination

Die Pflegenden stellen den Bedarf für Isolations-, Quarantäne- und Dekontaminationsmaßnahmen korrekt fest und ergreifen bedarfsgerechte Maßnahmen.

Beispiele:

Pflegende...

- nehmen potentielle Anzeichen für einen Isolations-, Quarantäne- und Dekontaminationsbedarf (z.B. Häufung von Patienten mit gleichartigen Symptomen) wahr und leiten Maßnahmen ein.
- sichern als Teil des multidisziplinären Teams bei Verdacht auf einen Infektionsfall sofort die Isolierung des Patienten und seiner möglichen Kontaktpersonen, z.B. durch Einrichten eines (provisorischen) Isolationsbereichs (1, 13, 17, 20, 21). Sie stellen dabei sicher, dass:
 - der Isolierbereich gekennzeichnet ist,
 - der Flurbereich abgesperrt ist und eine Schleuse errichtet wird, -
 - Türen des Isolierbereichs geschlossen gehalten werden,
 - nur befugtes und geschütztes Personal Zutritt zum Isolierzimmer erhält,
 - Infektionspatienten solange im Isolierbereich verbleiben bis der weitere Ablauf geklärt ist.
- zeigen einen korrekten Umgang mit (potentiell) kontaminierter Wäsche, Geschirr, Ausscheidungen und Abfall.
- arbeiten in adäquater Schutzausrüstung (10-12).
 - legen in der Schleuse vor Betreten des Zimmers Schutzausrüstung an.
 - legen beim Verlassen des Patientenzimmers Schutzausrüstung ab und entsorgen sie in bereitstehenden Abfalltüten.

Pflegende als Teil des multidisziplinären **Dekon-Teams**...

- stellen mit sicher, dass in einer, bzw. bei Verdacht auf eine CBRN-Lage, adäquate Dekontaminationsmaßnahmen durchgeführt werden (1, 13, 17, 20, 21).
 - berücksichtigen dabei die Raumaufteilung: Dekon-Platz mit klarer Abgrenzung unreiner und reiner Zone, 3 funktionale Abschnitte: 1) Eingang, 2) Dekontamination und 3) Ausgang (Registrierung von Betroffenen).
 - überprüfen/klären ob mit RTW eingelieferte Patienten bereits am Einsatzort dekontaminiert wurden und vermeiden erneute Dekontamination.
 - führen je nach Indikation/Lage adäquate Maßnahmen der Grobdekontamination/ Notdekontamination (z.B. bei zeitkritischer chemischer Lage), Spot-Dekontamination und Ganzkörperdekontamination durch (Vermeiden dabei Kontaminationsverschleppung auf nicht betroffene Körperstellen; jeweils von rein nach unrein: abduschen, einseifen/waschen mit Schwämmen, abduschen; bei Ganzkörperdekontamination: Duschzeit mindestens 6 Minuten).
 - vermeiden Patientenstau an der Dekontaminationsstelle (z.B. durch Erstversorgung über lebensrettende Sofortmaßnahmen noch vor der Grobdekontamination, soweit möglich).
 - beschränken sich bei Überschreitung der maximalen Behandlungskapazitäten bis zum Eintreffen externer Hilfskräfte auf: Entkleiden von Patienten, Spot-Dekontamination, Wärmeerhalt und Beruhigung sowie Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen.
 - wechseln zur Reinigung jedes Patienten die äußeren Schutzhandschuhe, Schwämme, Bürsten und Handtücher.

C. Klinisches Management

Definition

In der durch Vielschichtigkeit und evtl. Chaos geprägten Katastrophen- oder Krisensituation steht für das gesamte klinische Management die prioritätsgeleitete Zuteilung von Ressourcen im Vordergrund. Dies betrifft sowohl diagnostische und therapeutische Maßnahmen als auch die situationsgerechte Dokumentation. Die Krisensituation stellt für die involvierten Personen eine körperliche und psychische Ausnahme-situation dar. Auf individuelle krisenbedingte Verhaltensreaktionen sowohl bei Patienten und Angehörigen als auch bei Helfern sollte, unter weitestmöglicher Berücksichtigung kultureller, sozialer und religiöser Hintergründe, situationsgerecht und angemessen reagiert werden. Klinisches Management in der Krisensituation beinhaltet nicht selten die Delegation pflegerischer Maßnahmen an Nichtpflegende als auch ärztlicher Maßnahmen an Pflegende. Trotz Krisensituation sind auch hier die fachlichen Qualifikationen und die rechtlichen Rahmenbedingen, wie die Anordnungs- und Durchführungsverantwortung, zu beachten. Die Vielschichtigkeit und Dynamik der Krisensituation erfordert kritisches und flexibles Denken zur Lösung von Versorgungsproblemen.

Ziel / Outcome:

Die Pflegenden zeigen Kenntnisse über Theorie und Praxis der klinischen Versorgung der Individuen aller betroffenen Alters- und Bevölkerungsgruppen innerhalb einer Katastrophe oder einer Krisensituation, die die Gesundheit und Versorgung der Bevölkerung gefährdet. Die klinische Versorgung erfolgt prioritätsgeleitet und unter optimaler Nutzung der Ressourcen.

1. Prinzip der Triage

Die Pflegenden priorisieren ihre Maßnahmen situationsgerecht, in der durch Vielschichtigkeit und evtl. Chaos geprägten Katastrophen- oder Krisensituation.

Beispiele:

Pflegende...

- beachten das Prinzip der Triage² (1, 9). D.h. sie verlieren sich nicht in der Maximalversorgung einzelner Patienten mit niedriger oder mittlerer Dringlichkeitsstufe, wenn die verfügbaren Ressourcen eine vollständige Patientenversorgung nicht zulassen.
- beachten bei der Anamnese und Diagnostik mögliche Erkrankungen und Verletzungsmuster, die in der spezifischen Krisensituation besonders wahrscheinlich sind, wie z.B. Schleudertrauma nach Zugunglück, Knalltrauma nach Explosion, oder Verletzungen durch Kontamination (chemisch, biologisch, radiologisch oder nuklear - CBRN) (9).
- zeigen, dass sie sich der rechtlichen Grundlagen der Triage (9) bewusst sind.
- berücksichtigen die Grundsätze zur Qualitätssicherung gemäß den Bestimmungen des SGB V (22) im Rahmen der Möglichkeiten der Krisensituation, z.B. durch Beachtung und Einhaltung der pflegefachlichen Standards sowie der ärztlichen Standards bei Übernahme angeordneter ärztlicher Tätigkeiten.

² prioritätengeleitete Zuteilung / Rationierung knapper personeller und materieller Versorgungsleistungen

C. Klinisches Management

- beachten die Grundsätze zur rechtfertigenden Pflichtenkollision, indem sie stets die höherrangige Handlungspflicht erfüllen (bzw. bei mehreren gleichrangigen Pflichten eine im Rang gleichrangige); z.B.: Pflegende beachten als Teil des multidisziplinären Teams die Versorgungspriorität rot vor gelb.
- zeigen, dass sie sich der ethischen Begründung und Problematik³ (9) der Triage bewusst sind.
- kümmern sich in der Alarmierungsphase hauptsächlich um das Patientenmanagement (1, 9):
- veranlassen z.B. die unmittelbare Räumung der Notaufnahme von Besuchern und Patienten: Patienten mit Bagatellverletzungen oder -erkrankungen werden auf niedergelassene Ärzte oder andere nicht betroffene Krankenhäuser verwiesen.
- klären mit d. KEL die frühzeitige Entlassung gefährigter Pat..
- klären das OP-Aufkommen, erörtern Verschiebungen elektiver OPs.
- klären die Möglichkeit zur Verlegung von Intensivpatienten.

Pflegende im Sichtungsteam...

- bauen bereits in der Alarmierungsphase den Sichtungsplatz im Patientenzugangsbereich auf (1) .
- assistieren d. Sichtungsarzt b. d. Patientensichtung; z.B. entkleiden sie d. Pat. zügig, um eine schnelle Triage zu ermöglichen (1, 9).
- führen keine Behandlungsmaßnahmen (z.B. Anlegen von

³ z.B. es sind ggfs. Entscheidungen zu treffen um das Leben Betroffener zu retten, die mit großer Wahrscheinlichkeit den Tod anderer bedeuten.

Verbänden, Legen von Venenzugängen) während der Sichtung durch, sondern konzentrieren sich auf die Assistenz bei der Sichtung und ggf. Dokumentation (1, 9).

Pflegende **in Behandlungsteams...**

- überprüfen im Rahmen der Patientenübernahme am Sichtungsplatz die ordnungsgemäße Registrierung (1, 9).
- nehmen am Sichtungsplatz Basisinformationen über Verletzungsmuster und den Gesamtzustand sowie über den Verbringungsort des Patienten entgegen (1).
- übernehmen die ihnen zugewiesenen Patienten am Sichtungsplatz und bringen sie direkt in den vorgesehenen Behandlungsbereich (1).

2. Lebensrettende Sofortmaßnahmen

Die Pflegenden wenden lebensrettende Sofortmaßnahmen situationsgerecht und korrekt an.

Im Katastrophenfall beschränkt sich die Akutversorgung auf lebensrettende Sofortmaßnahmen mit einfachen Mitteln (9).

Beispiele:

Pflegende...

- beachten die Entscheidung der Einsatzleitung, ob vor dem Hintergrund ggf. begrenzter Ressourcen (z.B. Katastrophenfall), Reanimationsmaßnahmen prinzipiell eingeleitet oder prinzipiell unterlassen werden (Alles oder Nichts-Prinzip (9))⁴.

⁴ Entweder es wird eine (optimale) Reanimation durchgeführt oder sie soll unterlassen werden. Eine unzureichende Reanimation ist nicht erfolgversprechend und bindet anderweitig „besser“ einsetzbare Ressourcen.

Pflegende, die nicht an der Triage beteiligt sind...

- führen Reanimationsmaßnahmen korrekt nach Basic-Life-Support-Standard (23, 24) in Zweihelfermethode durch:
 - bringen bewusstlose Patienten in die stabile Seitenlage, sofern Atmung und Puls noch vorhanden sind.
 - führen bei bewusstlosen Patienten ohne Atmung eine suffiziente Beatmung vorzugsweise mit einem Beatmungsbeutel durch.
 - führen bei Herzstillstand (Pulslosigkeit) eine Herz-Lungen-Wiederbelebung korrekt durch.
- rufen nach ärztlicher Unterstützung zur Einleitung von Reanimationsmaßnahmen nach Advanced-Life-Support-Standard (25).
- erkennen eine lebensbedrohliche Blutung und versorgen diese adäquat (z.B. Digitale Wundkompression, Anlage eines Druckverbandes, Abbindung/ Anlage eines Tourniquets nur bei Versagen der direkten Kompression oder in Situationen, die ein schnelles Vorgehen erfordern) (26, 27).

Pflegende **im Sichtungsteam**...

- delegieren die Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen (1).

3. Diagnostik und Therapie

Die Pflegenden führen diagnostische und therapeutische Basismaßnahmen situationsgerecht und korrekt durch.

Beispiele:

Pflegende...

- beachten mögliche Erkrankungs- und Verletzungsmuster, die in der spezifischen Krisensituation besonders wahrscheinlich sind, wie z.B. Schleudertrauma nach Zugunglück, Knalltrauma nach Explosion oder Verletzungen durch Kontamination.
- berücksichtigen, dass körperliche Symptome (z.B. Hyperventilation) auch auf psychische Belastungsreaktionen zurückgeführt werden könnten (9).
- leiten neue relevante Informationen vom Patienten wie z.B. zu anderen bestehenden Erkrankungen oder Allergien unverzüglich an das zuständige Ärzteteam weiter.
- kontrollieren Vitalparameter korrekt bevor therapeutische Maßnahmen ergriffen werden (23, 24) .
- erkennen eine akut lebensbedrohliche Situation (z.B. starke innere oder äußere Blutung).
- leiten Patienten entsprechend der körperlichen und psychischen Versorgungsbedürfnisse an zuständige Disziplinen situationsgerecht weiter
 - weisen ärztliches Personal ggf. auf eine notwendige Weiterleitung hin.
 - fordern bei Bedarf weitere Fachspezialisten an, wie z.B. Psychologen oder Kriseninterventionsteams

C. Klinisches Management

- beachten das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (6) unter Berücksichtigung der Bestimmungen zum Behandlungsvertrag gemäß dem Bürgerlichen Gesetzbuch (7). D.h. sie...
 - beziehen das vom Patienten ausgeübte Selbstbestimmungsrecht in ihre Entscheidungen ein.
 - informieren das Versorgungsteam unverzüglich über relevante Patientenentscheidungen.
 - beziehen die Eigenverantwortung des Patienten in ihre Entscheidungen ein.

Pflegende, die nicht an der Triage beteiligt sind...

- verabreichen Sauerstoff nach Bedarf, z.B. bei Atemnot und Kreislaufschock (26, 27).
- versorgen Wunden nach Standard (26).
- lagern Patienten korrekt, d.h. entsprechend diagnostischer Ergebnisse und unter Berücksichtigung des Patientenwunsches (26, 27).

Pflegende im Sichtungsteam...

- beschränken sich bei der Diagnostik auf die Kontrolle der Vitalparameter
- delegieren die Durchführung erweiterter Anamnese und erweiterter diagnostischer Maßnahmen.

4. Dokumentation

Die Pflegenden führen die Dokumentation in der durch Vielschichtigkeit und evtl. Chaos geprägten Krisensituation situationsgerecht und korrekt durch.

Beispiele:

Pflegende...

- sorgen für eine unmittelbare Dokumentation der wesentlichen diagnostischen Ergebnisse, Maßnahmen und des Verlaufs (1).
- verwenden die im jeweiligen Haus vorgesehenen Dokumentationswege korrekt (1).
- beachten die gesetzliche Regelung gemäß dem Bürgerlichen Gesetzbuch (7) zu Dokumentation und Aufbewahrung, indem sie...
 - Änderungen oder Ergänzungen der bisherigen Eintragungen in die patientenbezogene Dokumentation korrekt vornehmen.
 - für die derzeitige und zukünftige Behandlung wesentliche pflegerische Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzeichnen.
 - die erstellte Dokumentation sicher verwahren.
 - bei Weiterleitung des Patienten die erstellte Dokumentation mit weiterleiten.
 - keine Dokumentation bzw. Dokumentationsausschnitte unkenntlich machen oder vernichten.

Pflegende **im Sichtungsteam...**

- beachten die korrekte Verwendung der Verletztenanhängekarte (1, 9).
- dokumentieren die Sichtungsergebnisse, sofern keine separate Dokumentationskraft zur Verfügung steht und leiten die Daten regelmäßig an die KEL weiter (1).

5. Umgang mit Arzneimitteln

Die Pflegenden zeigen auch in der Krisensituation einen sicheren Umgang bei der Verabreichung von Arzneimitteln insbesondere bei vasoaktiven und analgesierenden Substanzen.

Beispiele:

Pflegende...

- beachten bei der Medikamentengabe die Patientensicherheit (19).
 - beachten im Rahmen der Verabreichung von Arzneimitteln die Herstelleranweisungen.
 - stellen sicher, dass das richtige Arzneimittel, in der richtigen Dosierung, über den richtigen Applikationsweg (oral, subkutan, intramuskulär und intravenös), zum richtigen Zeitpunkt dem richtigen Patienten verabreicht wird (16).
 - stellen sicher, dass Patienten keinen eigenen Zugriff auf Arzneimittel insbesondere Betäubungsmittel erlangen.
 - führen Injektionen unter Beachtung der Hygieneanforderungen durch (15, 16).
- beobachten den Patienten, insbesondere nach Verabreichung vasoaktiver und analgesierender Substanzen, hinsichtlich zu erwartender Nebenwirkungen (16).

6. Patiententransport

Die Pflegenden bereiten Patienten adäquat auf den Weitertransport (z.B. Verlegung) vor.

Beispiele:

Pflegende...

- sorgen dafür, dass die Patienten durch qualifiziertes Personal adäquat transportiert und begleitet werden.
- sorgen beim Transport für die bedarfsgerechte Aufrechterhaltung eingeleiteter Maßnahmen wie Schienung, Immobilisierung, Monitoring und Medikamentengabe.
- organisieren als Teil des multidisziplinären Versorgungsteams die hausinterne Verlegung von Infektionspatienten aus der ZNA (1)
 - über verkehrsarme Wege
 - legen Patienten mit Erkrankungen, die über die Ausatemluft übertragbar sind, einen Mund-Nasen-Schutz für den Transportweg an.
- stellen sicher, dass die für die Verlegung notwendigen Dokumente vorhanden sind (1).

7. Psychologische Unterstützung von Patienten und Angehörigen

Die Pflegenden berücksichtigen weitestmöglich individuelle krisenbedingte psychische Verhaltensreaktionen bei Patienten und Angehörigen und leisten bedarfsgerechte psychologische Unterstützung.

Beispiele:

Pflegende...

- leisten bedarfsgerecht psychologische Erste Hilfe (2, 8, 28, 29) unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten (6). Weiteres zum Thema „Psychologische Erste Hilfe“ auf der folgenden Seite.
- leiten Patienten entsprechend ihrer psychischen Versorgungsbedürfnisse an andere Disziplinen situationsgerecht weiter
 - fordern bei Bedarf weitere Fachspezialisten an, wie z.B. Psychologen oder Kriseninterventionsteams.
 - weisen ärztliches Personal ggf. auf eine notwendige Weiterleitung hin.

Psychologische Erste Hilfe (2, 8, 28, 29)

Pflegende...

- vermitteln Sicherheit , durch z.B.:
 - abschirmen der Betroffenen vor unliebsamen Blicken
 - kompetentes Auftreten: z.B. ruhiger, aber zügiger Vollzug von Maßnahmen; sagen, dass sie da sind und was geschieht.
 - Zuverlässigkeit: z.B. informieren Betroffene, wenn sie diese verlassen müssen und sorgen möglichst für Ersatz.
 - Glaubwürdigkeit: z.B. Pflegende belügen die Betroffenen nicht; geben Informationen über Verletzungen und weitere Maßnahmen in verständlicher Sprache weiter.
- beruhigen, d.h. z.B.:
 - sprechen in ruhigem Tonfall (auch zu Bewusstlosen).
 - hören aktiv zu.
 - bieten vorsichtig Körperkontakt an (Hand, Arm).
 - informieren: z.B. über geplante Maßnahmen oder den Verbleib von Angehörigen.
 - zeigen Verständnis für Reaktionen der Betroffenen.
- fördern das Selbstwirksamkeitsgefühl der Betroffenen:
 - geben Betroffenen sinnvolle, einfache Aufgaben, damit diese aktiv an der Bewältigung der Situation mitwirken können.
- unterstützen Verbundenheit mit Nahestehenden/anderen Betroffenen:
 - beachten Angehörige und beziehen diese ggf. durch einfache Aufgaben in Hilfsmaßnahmen mit ein.
- vermitteln Hoffnung:
 - vermitteln Zuversicht, ohne zu bagatellisieren.
 - helfen, Stärken zu entdecken.
 - verweisen darauf, dass das „Menschenmögliche“ getan wird.

8. Soziokultureller Hintergrund

Die Pflegenden gehen situationsgerecht und angemessen auf den kulturellen, sozialen und religiösen Hintergrund der Patienten, der Verstorbenen und der Angehörigen ein.

Beispiele:

Pflegende...

- bemühen sich für Patienten und Angehörige die kein Deutsch verstehen, um Möglichkeiten der Verständigung und Übersetzung.
- zeigen einen respektvollen, verständnisvollen Umgang mit Betroffenen.
- erklären Betroffenen ggf., weshalb kulturelle, soziale oder religiöse Hintergründe von Patienten, Angehörigen oder Verstorbenen auf Grund der Ausnahmesituation nicht immer in vollem Umfang berücksichtigt werden können.

9. Betreuung von Helfern

Die Pflegenden reagieren situationsgerecht und angemessen auf die körperlichen und psychischen Versorgungsbedürfnisse von Helfern.

Beispiele:

Pflegende...

- leisten bedarfsgerecht psychologische Erste Hilfe (2, 8, 28, 29) unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen (6). (siehe Punkt C 7. Psychologische Unterstützung).
- gehen auf körperliche und psychische Versorgungsbedürfnisse einzelner Helfer ein, indem sie Maßnahmen ergreifen oder diese an geeignete Fachdisziplinen weiterleiten, z.B. Kriseninterventionsteam.

10. Grenzen der eigenen Fähigkeiten

Die Pflegenden erkennen die Grenzen ihrer eigenen Fähigkeiten und suchen ggf. nach geeigneter Unterstützung.

Beispiele:

Pflegende...

- äußern sich, wenn sie Unterstützung brauchen.
- wenden sich bei Überforderung an die ihnen unmittelbar übergeordnete Instanz und bitten um Unterstützung.

Pflegerische **Bereichsleitungen**...

- achten auf die Grenzen der Fähigkeiten der Mitarbeiter ihres Teams und leiten ggf. Schutzmaßnahmen, wie z.B. Pausen oder Hinzuziehen von Verstärkung, ein.

11. Delegation von Maßnahmen

Die Pflegenden beachten bei der Delegation von Maßnahmen fachliche Qualifikationen, Gesetze und Vorschriften sowie die Besonderheiten der Krisensituation.

Beispiele:

Pflegende...

- delegieren nur die Maßnahmen an Hilfskräfte, für die keine besondere fachliche Expertise erforderlich ist.
- erkennen, welche Maßnahmen an sie selbst delegiert werden dürfen.
- beachten die rechtlichen Prinzipien der Anordnungsverantwortung und der Durchführungsverantwortung gemäß SGB V (22).
Erläuterungen dazu auf der folgenden Seite.

C. Klinisches Management

Die (ärztliche) **Anordnungsverantwortung** unter Beachtung der Empfehlungen der Bundesärztekammer (30) beinhaltet folgende Pflichten⁵:

- Sorgfältige Auswahl des Durchführenden
- Sprachlich eindeutige und klare Anweisungen
- Umfängliche Instruktion
- Kontrollen der delegierten Maßnahmen, umso engmaschiger, je näher die Maßnahme dem ärztliche Kernbereich kommt.

Die **Durchführungsverantwortung** beinhaltet folgende Pflichten:

- Inhaltl. Überprüfung d. erhaltenen Anweisung u. b. Bed. Rückfrage
- Die sorgfältige Prüfung der eigenen Fähigkeiten unter Berücksichtigung der formalen Qualifikation (Ausbildungsabschluss) u. materiellen Qualifikation (Erfahrungen)
- Einen Anordnenden auf eine (eigene) fehlende formale oder materielle Qualifikation hinweisen
- Die Beachtung der (pflegerischen) Sorgfaltspflichten bei der Durchführung
- Das Rückmelden begründeter Bedenken gegenüber erhaltenen Anweisungen

⁵ NICHT delegationsfähig ist der Kernbereich ärztlichen Handelns, dazu gehören:

- Ärztliche Untersuchung/ Diagnose/ Anamnese (zulässig ist ein vorbereitendes Durcharbeiten eines Anamnesefragebogens, sofern der Arzt die Angaben des Patienten im nachfolgenden Gespräch überprüft/ergänzt)
- Ärztliche Beratung und Aufklärung (zulässig ist die Aushändigung schriftlicher Informationen, sofern sich der Arzt überzeugt, dass der Patient diese gelesen und verstanden hat)
- Entscheidungen über therapeutische Maßnahmen (ärztliche Verordnung)

12. Kritisches und flexibles Denken

Die Pflegenden entwickeln durch kritisches und flexibles Denken Lösungen für Versorgungsprobleme.

Beispiele:

Pflegende...

- passen Pflegestandards an die besonderen Versorgungsbedingungen an.
- weichen auf freistehende Räumlichkeiten aus, um hochfrequentierte Bereiche zu entlasten.
- reagieren auf personelle Engpässe im Sichtungsbereich flexibel, z.B. indem sich Versorgungsteams zur Betreuung vital bedrohter Patienten umorganisieren.

D. Versorgungskapazitäten & Public Health

Definition:

Versorgungskapazitäten umfassen Ressourcen zur Deckung der aktuellen Versorgung und des Nachschubes (surge capacity). Sie umfassen Sach- und Personalressourcen. Über das normale Maß hinaus besteht zudem Bedarf an Ressourcen, die speziell für den Krisenfall vorgehalten werden. Hierzu zählen z.B. Personal und Materialien zur Einrichtung des Sichtungsortes, Einrichtungen um Überlebende mit Familienmitgliedern und Nahestehenden wieder zusammenzubringen oder auch spezielle Medikamentenvorräte.

Versorgungskapazitäten liegen zum Teil innerhalb und zum Teil außerhalb des Krankenhauses. In einer Krisensituation können die Versorgungskapazitäten knapp werden. Deren kurz- und mittelfristige Verfügbarkeit sollte taktisch und strategisch berücksichtigt werden. Auch in der durch knappe Versorgungskapazitäten geprägten Krisensituation dürfen die Bedürfnisse von Individuen besonders verletzlicher Bevölkerungsgruppen (z.B. behinderte Menschen) nicht übersehen werden.

Ziel / Outcome:

Die Pflegenden zeigen Kenntnisse über die Anforderungen an das öffentliche Gesundheitssystem im Krisenfall sowie über dessen Reaktionsfähigkeit und die zur Verfügung stehenden Versorgungskapazitäten. Sie leisten einen Beitrag zur bedarfsgerechten Verteilung von Ressourcen und Versorgungsleistungen.

1. Versorgungskapazitäten des Krankenhauses

Die Pflegenden nutzen die im Krankenhaus verfügbaren Versorgungskapazitäten unter Berücksichtigung ihrer Verfügbarkeit, in der durch begrenzte Ressourcen und evtl. Chaos geprägten Krisensituation.

Beispiele:

Pflegende...

- gehen sparsam mit Ressourcen um.
- greifen bei Bedarf (z.B. bei gesteigertem Patientenaufkommen) auf Reserven, wie z. B. Betten, Liegen und Rollstühle z.B. im Keller zurück.
- beachten beim Einsatz von Reserven aus dem Bereich der Medizinprodukte die gesetzlichen Bestimmungen (4).
- schöpfen Möglichkeiten für eine effizientere Raumaufteilung/Raumnutzung (z.B. mobile Stellwände) aus, um möglichst viel Platz für die Behandlung und Betreuung von Verletzten/ Erkrankten zu schaffen.
- greifen rechtzeitig auf Materialvorräte zurück, um Engpässe bei der Patientenversorgung zu vermeiden.
- schonen personelle Ressourcen. Sie setzen z.B. Mitarbeiter ressourcenschonend bzw. bedarfsgerecht ein oder kontaktieren nur in sehr dringenden Fällen andere Versorgungsbereiche oder die KEL.

Pflegende **in der KEL** ...

- steuern krankenhaushausweit den Personaleinsatz im Pflegebereich.

2. Versorgungskapazitäten außerhalb des Krankenhauses

Pflegende als Teil des multidisziplinären Teams in der KEL, nutzen die außerhalb des Krankenhauses verfügbaren Versorgungskapazitäten unter Berücksichtigung ihrer Verfügbarkeit, in der durch begrenzte Ressourcen und evtl. Chaos geprägten Krisensituation.

Beispiele:

Pflegende in der KEL...

- bereiten sich situationsgerecht auf Knappheit materieller Ressourcen vor (z.B. Knappheit von Medikamenten oder Impfdosen, Stromausfall und Wasserknappheit).
- greifen bei Bedarf auf einen externen "Apothekenservice" zurück, der zeitnah Material und Medikamente liefern kann.
- kontaktieren und beauftragen bei einem Ausfall oder einer Überlastung des hauseigenen Labors ein externes Labor.
- rechnen damit, dass Klinikmitarbeiter nicht zum Dienst erscheinen, z.B. durch Krankheitsfälle bei Pandemien oder Ausfall der städtischen Kinderbetreuung.
 - organisieren bedarfsgerecht zusätzliches Personal, wie Aushilfen oder Mitarbeiter von Hilfsorganisationen.
 - organisieren eine klinikinterne Kinderbetreuung.
- fordern bei Bedarf externe Unterstützung durch Spezialteams an.
 - organisieren ein Kriseninterventionsteam, wenn die psychologische Betreuung die internen Kapazitäten übersteigt.
 - alarmieren die Feuerwehr zum Aufbau externer Behandlungsplätze vor dem Krankenhaus bei einem Massenansturm von Kontaminierten.
 - organisieren externe Transportdienste für Verlegungen.

3. Besonders verletzbare Bevölkerungsgruppen

Die Pflegenden wenden Pflegemaßnahmen an, welche die Bedürfnisse von Individuen besonders verletzlicher Bevölkerungsgruppen (z.B. Kinder) weitestmöglich berücksichtigen.

Beispiele:

Pflegende...

- achten trotz Krisensituation auf Barrierefreiheit z.B. für Rollstuhlfahrer.
- achten auf einen besonders sensiblen Umgang mit Kindern, vor allem wenn die Eltern nicht anwesend sind. Sie versuchen dem Kind die Angst zu nehmen, durch Anwesenheit, zugewandtes Sprechen und leichten Körperkontakt.
- leiten besonders verletzbare Individuen, entsprechend ihrer speziellen Versorgungsbedürfnisse, an andere Fachdisziplinen weiter.
- kooperieren bei der Versorgung besonders verletzlicher Individuen nach Bedarf mit Hilfsorganisationen. Sie geben z.B. nicht verletzte Menschen mit besonderen Einschränkungen bzw. Bedürfnissen in die Obhut von Mitarbeitern der Hilfsorganisationen.

4. Zusammenbringen von Familienmitgliedern

Pflegende arbeiten mit geeigneten Personen und Einrichtungen zusammen, um Überlebende mit Familienmitgliedern und Nahestehenden wieder zusammenzubringen.

Beispiele:

Pflegende...

- unterstützen Angehörige dabei, Auskunft über Familienmitglieder im Krankenhaus zu erhalten. Sie leiten sie an die Angehörigenbetreuung weiter.
- beachten bei der Weitergabe von Informationen an Angehörige die strafrechtlichen Bestimmungen zur Schweigepflicht (3) und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Pflegende **in der KEL**...

- geben folgende Patientendaten an die Personenauskunftsstelle der Polizei weiter (31):
 - Name, Vorname, Geburtsdatum/ Geschätztes Alter
 - Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Größe, Augen- und Haarfarbe, besondere Kennzeichen
 - Wohnort, Fundort
 - Grad der Verletzung: leicht/ schwer/ Todeinlieferung
 - Versorgung des Verletzten: stationär/ ambulant
 - Verlegung in eine andere Klinik oder Einrichtung
- halten Kontakt mit der Personenauskunftsstelle der Polizei, um Überlebende mit Familienmitgliedern und Nahestehenden wieder zusammenzubringen.

Quellen

1. Cwojdzinski D (Hrsg.). Leitfaden Krankenhausalarmplanung, Band 2. Berlin: Fachverlag Matthias Grimm; 2008.
2. Reynolds B, Seeger M. Crisis and Emergency Risk Communication (CERC): Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA; 2012. <http://emergency.cdc.gov/cerc/>, Zugriff am 15.6.2014.
3. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Art. 5 Abs. 18 G v. 10.10.2013 (BGBl. I S. 3799) § 203 Verletzung von Privatgeheimnissen.
4. Deutsch E, Lippert H, Ratzel R, Tag B. Kommentar zum Medizinproduktegesetz, 2. Aufl.: Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2010.
5. Friederichs D, Grünewald T, Ippisch S et al. Anlegen und Ablegen des Infektionsschutz-Sets. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Robert Koch-Institut (RKI), (Hrsg.): Biologische Gefahren Band I, Handbuch zum Bevölkerungsschutz. 3. Aufl. BBK, RKI, Bonn, Berlin 2007.
6. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2012 (BGBl. I S. 1478) geändert worden ist.
7. Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S.738), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 5 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3719) geändert worden ist.
8. Reynolds B, M WS. Crisis and emergency risk communication as an integrative model. Journal of health communication. 2005; 10: 43-55.
9. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK, Hrsg.). Katastrophenmedizin, Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. BBK, Bonn 2013.
10. Friederichs D, Grünewald T, Ippisch S, Krüger H, Kühl C, Plum R, et al. Persönliche Schutzausrüstung. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Robert Koch-Institut (RKI), (Hrsg.): Biologische Gefahren Band I, Handbuch zum Bevölkerungsschutz. 3. Aufl. BBK, RKI, Bonn, Berlin 2007.
11. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Spitzenverband. Berufsgenossenschaftliche Regel 189: „Benutzung von Schutzkleidung“ 2007.

Quellen

- <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/bgr189.pdf>, Zugriff am 15.6.2014.
12. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Spitzenverband. Berufsgenossenschaftliche Regel 190 (2011): Benutzung von Atemschutzgeräten 2011. <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/r-190.pdf>, Zugriff am 15.6.2014.
 13. Steffler R, Grunow R, Lemmer K, Nettermann H. Desinfektion und Dekontamination bei B-Lagen durch operative Kräfte der Gefahrenabwehr. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Robert Koch-Institut (RKI), (Hrsg.): Biologische Gefahren Band I, Handbuch zum Bevölkerungsschutz. 3. Aufl. BBK, RKI, Bonn, Berlin 2007.
 14. Fock R, Finke E, Fleischer K, Gottschalk R, Graf P, Grünewald T, et al. Begriffsbestimmungen seuchenhygienisch relevanter Maßnahmen und Bezeichnungen. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Robert Koch-Institut (RKI), (Hrsg.): Biologische Gefahren Band I, Handbuch zum Bevölkerungsschutz. 3. Aufl. BBK, RKI, Bonn, Berlin 2007.
 15. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Anforderungen an die Hygiene bei Punktionen und Injektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI. Bundesgesundheitsblatt 2011. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Punkt_Inj_Rili.pdf, Zugriff am 15.6.2014.
 16. Hughes R, Blegen M. Medication Administration Safety. In: Hughes RG (Hrsg.): Patient Safety and Quality: Chapter 37: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (MD) 2008.
 17. Koch U, Michels H. Struktur zur Versorgung von Patienten. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Robert Koch-Institut (RKI), (Hrsg.): Biologische Gefahren Band I, Handbuch zum Bevölkerungsschutz. 3. Aufl. BBK, RKI, Bonn, Berlin 2007.
 18. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Neugefasst durch B. v. 02.01.2002 BGBl. I S. 42, 2909; 2003, 738; zuletzt geändert durch Artikel 4 Abs. 5 G. v. 01.10.2013 (BGBl. I S. 3719) § 823 Schadensersatzpflicht.
 19. Council of Europe Committee of Ministers. Recommendation 2006/7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care (Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th meeting of the Ministers' Deputies).

Quellen

- <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75#>, Zugriff am 15.6.2014.
20. Schreiber J, Uhlenhaut C. Patientenversorgung im Kontaminationsbereich. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Robert Koch-Institut (RKI), (Hrsg.): Biologische Gefahren Band I, Handbuch zum Bevölkerungsschutz. 3. Aufl. BBK, RKI, Bonn, Berlin 2007.
 21. Derakshani N, Drobig M, Schild A, Schwenk R, Steffler R. Praktische Hinweise zur Personen- und Fahrzeugdekontamination. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), Robert Koch-Institut (RKI), (Hrsg.): Biologische Gefahren Band I, Handbuch zum Bevölkerungsschutz. 3. Aufl. BBK, RKI, Bonn, Berlin 2007.
 22. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. März 2014 (BGBl. I S. 261) geändert worden ist.
 23. Biarent D, Bingham R, Eich C, Lopez-Herce J, Maconochie I, Rodriguez-Nunez A, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 6. Paediatric life support. Resuscitation. 2010; 81: 1364-88.
 24. Koster RW, Baubin MA, Bossaert LL, Caballero A, Cassan P, Castren M, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Resuscitation. 2010; 81: 1277-92.
 25. Deakin CD, Nolan JP, Soar J, Sunde K, Koster RW, Smith GB, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advanced life support. Resuscitation. 2010;81: 1305-52.
 26. Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte eV (AGNN, Hrsg.). Therapieempfehlungen für die Notfallmedizin. Erarbeitet und herausgegeben vom Fortbildungsausschuss der AGNN. AGNN Lübeck 2012.
 27. Neugebauer EA, Waydhas C, Lendemans S, Rixen D, Eikermann M, Pohlemann T. The treatment of patients with severe and multiple traumatic injuries. Dtsch Arztebl Int. 2012; 109: 102-8.
 28. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Psychiatry. 2007;70(4):283-315; discussion 6-69.
 29. North CS, Pfefferbaum B. Mental health response to community disasters: a systematic review. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2013;310: 507-18.

Quellen

30. Die Bundesärztekammer. Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen vom 29.08.2008.
<http://www.bundesaerztekammer.de/>, Zugriff am 15.6.2014.
31. Krankenhausverordnung Berlin von 2006. <http://www.berlin.de/imperia/md/content/lageso/gesundheit/krankenhausaufsicht/60921khsvo.pdf?start&ts=1198069994&file=60921khsvo.pdf>. Zugriff am 15.6.2014