

# Schnittstelle: Geriatrische Primär- und Notfallversorgung

**Bessere Information erhöht Patientensicherheit** Ältere Patienten, bei denen eine notfallmedizinische Versorgung nötig wird, sind vielfach gefährdet. Neben dem Akutereignis können fehlende Informationen über die Vorgeschichte, Betreuungssituation, Begleitkrankheiten und Medikation zu weiteren Komplikationen führen. Wie kann der Informationsfluss verbessert werden? ✍ *Susanne Schuster*

## ZUSAMMENFASSUNG

Jeder zweite notärztlich versorgte Patient ist heute über 65 Jahre alt, viele davon Hochrisikopatienten. Ob eine Notfallbehandlung erfolgreich ist, hängt maßgeblich davon ab wie schnell eine sichere Diagnose gestellt und die Therapie begonnen werden kann. Informationsdefizite gefährden dabei die Patientensicherheit erheblich. Die Geriatric Emergency Department Guideline nennt klinisch relevante Informationen, die beim geriatrischen Patienten vorliegen sollten. Eine standardisierte Kommunikation an der Schnittstelle zwischen Notfall- und Primärversorgung würde die Patientensicherheit erhöhen. Der Informationsaustausch zwischen den Sektoren sollte mit Blick auf die zunehmende Digitalisierung elektronisch erfolgen.

**Schlüsselwörter:** Notfallversorgung, Informationsdefizit, geriatrische Patienten, Übergabeprotokoll, GeriQ-ED©

**A**ls Notfallpatienten werden Personen bezeichnet, die körperliche oder psychische Gesundheitszustandsveränderungen zeigen, die eine unverzügliche medizinische oder pflegerische Betreuung bedingen (Behringer et al. 2015). Der Erfolg einer Notfallbehandlung hängt maßgeblich davon ab, wie schnell aus dem individuellen Symptom eine Diagnose und die entsprechende Therapie abgeleitet werden können.

Jeder zweite notärztlich versorgte Patient ist heute über 65 Jahre alt (Nowossadeck 2012), und knapp ein Drittel aller Patienten in deutschen Notaufnahmen, was sieben Millionen Notfallpatienten pro Jahr entspricht, ist 70 Jahre und älter (Groening et al. 2015). Die Inzidenz von Notfalleinsätzen bei Menschen > 65 Jahren wird mit bis zu 21% angegeben (Wutti 2014).

Geriatrische Patienten sind charakterisiert durch Multimorbidität, erhöhte Vulnerabilität, die Gefahr der Chronifizierung akuter Erkrankungen und ein erhöhtes Risiko des Autonomieverlusts (Sieber 2007). Komplexe, oft unspezifische und atypische Beschwerdebilder bedingt durch die Multimorbidität führen häufig zu einer notfallmedizinischen Vorstellung. Die Multimorbidität und die damit verbundenen geriatrischen Besonderheiten müssen in der notfallmedizinischen Behandlung und bei therapeutischen Entscheidungen berücksichtigt werden.

### Informationsdefizite gefährden die Patientensicherheit

Gut ein Drittel der älteren Patienten sind in ihrer Kommunikation durch abnehmende Hör-, Seh- wie auch kognitive Leistungen eingeschränkt. Dies führt häufig zu einer eingeschränkten eigenständigen Informationsweitergabe durch den Patienten zum Behandlungszeitpunkt und somit zu Informationsdefiziten im Behandlungsprozess (Han & Wilber 2013).

Die Sicherstellung von therapierelevanten Informationen in der Notaufnahme ist jedoch essenziell für eine gute und patientensichere Notfallversorgung. Daten zeigen, dass zum Zeitpunkt der Notfallbehandlung in den Notaufnahmen gerade bei älteren Patienten häufig entscheidende Informationen zu den bestehenden Vorerkrankungen, kognitiven Beeinträchtigungen, der medikamentösen Therapie, zum Sturzrisiko, zur Betreuungssituation oder zu einer potenziellen Therapielimitation nicht oder nur unvollständig vorliegen (Griffiths et al. 2014; Olsen et al. 2013). Fehlende Informationen bergen dabei ein hohes Risiko für den älteren Patienten.

### Ältere Notfallpatienten als Hochrisikopatienten

Im Gegensatz zu jüngeren sind ältere Notfallpatienten Hochrisikopatienten für ein schlechteres klinisches Outcome. Übersichtsarbeiten zeigen, dass die Rate an Fehldiagnosen, Medikationsfehlern, ungeplanten stationären Wiederaufnahmen, kognitiven und physischen Funktionsabnahmen, poststationären Aufnahmen in eine Pflegeeinrichtung und die Mortalität erhöht sind (Schnitker et al. 2011). Die Vorstellung in einer Notaufnahme mit nicht auf geriat-



© Franckeposter / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodellen)

Für eine gute und patientensichere Notfallversorgung ist es essenziell, dass in der Notaufnahme alle therapie-relevanten Informationen vorliegen.

rische Bedürfnisse abgestimmten Strukturen und Prozessen ist für die Patienten als Hochrisikosituation zu sehen (Aminzadeh & Dalziel 2002).

### Qualitätsindikatoren für die geriatrische Notfallversorgung

In einem durch die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V. unterstützten Forschungsprojekt konnten in den letzten Jahren wissenschaftlich gestützte Qualitätsindikatoren (GeriQ-ED©) für die Versorgung geriatrischer Notfallpatienten erarbeitet werden (Schuster et al. 2017; Schuster et al. 2016). Diese Qualitätsindikatoren wurden evidenzgestützt entwickelt, auf ihre Relevanz und Praktikabilität hin bestätigt und im Expertenkreis konsentiert. Die dabei entwickelten 32 Struktur-, 30 Prozess- und fünf Ergebnisindikatoren sind gegliedert in zwölf Qualitätskategorien. Eine der Qualitätskategorien beschreibt u.a. die Informationen, die notwendigerweise im Rahmen der Notfallversorgung zur Verfügung stehen sollten sowie den erforderlichen Informationsfluss zu den nachversorgenden sektoralen Bereichen (Schuster et al. 2017).

### Nötige Informationen zu Therapiebeginn

Die Geriatric Emergency Department Guideline (Schuster et al. 2017) nennt klinisch relevante Informationen, die beim geriatrischen Patienten im Rahmen der Notfallbehandlung vorliegen sollten. GeriQ-ED© hat u.a. diese Evidenzen aufgegriffen und empfiehlt acht Themenbereiche, zu denen spezifische Informationen am Behandlungsbeginn vorliegen sollten (Schuster et al. 2017). Idealerweise sind diese Informationen aus einer standardisierten Informationssammlung (z. B. in Form eines Übergabeprotokolls) durch den Haus-/Facharzt oder aus einem Pflegeüberleitungsbericht durch die primär betreuende ambulante, teil- oder vollstationäre Pflegeeinrichtung ersichtlich und liegen somit der Notaufnahme zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns vor. Ist dies nicht der Fall, sind die Notaufnahmen angehalten die fehlenden Informationen im Laufe des Notaufnahmearaufenthaltes einzuholen (Tab. 1).

### Erforderlicher Informationsfluss am Behandlungsende

Ein internationaler Review verweist auf eine standardisierte Kommunikation als Lösung bestehender Informationsdefizite an der

**Tab. 1: Notwendige Informationen zum älteren Patienten zu Behandlungsbeginn in der Notaufnahme (Schuster et al. 2017)**

Einweisungs-/Vorstellungsgrund	– Warum ist der ältere Patient in der Notaufnahme vorstellig?
Pflegesituation	– Wie ist der Stand der häuslichen Versorgung (Pflegegrad)? – Durch wen/welche ambulante bzw. vollstationäre Pflegeeinrichtung wird der ältere Patient pflegerisch versorgt?
Kognitiver Status	– Liegt eine bestehende kognitive Beeinträchtigung vor?
Erweiterte Richtlinien	– Liegen Richtlinien/Regelungen hinsichtlich einer Betreuung, Verfügung oder Geschäftsfähigkeit vor?
Bekannte Vorerkrankungen/Pflegebedarfe	– Welche bestehenden Vorerkrankungen oder Pflegebedürfnisse sind bekannt?
Aktuelle Medikation	– Welche Medikamente (inkl. Selbstmedikation) nimmt der Patient aktuell ein und aus welchem Grund (Plausibilität)? – Existiert ein (bundeseinheitlicher) Medikationsplan?
Kontaktinformationen zu Angehörigen	– Wie können Angehörige telefonisch erreicht werden?
Entlassungsorganisation	– Wer ist Ansprechpartner und sollte bei einer möglichen ambulanten Entlassung einbezogen werden (Hausarzt/Angehörige/ambulante bzw. vollstationäre Pflegeeinrichtung)?

**Tab. 2: Notwendige Informationen zum älteren Patienten am Behandlungsende für die nachversorgenden Bereiche (Schuster et al. 2017)**

Zusammenfassender diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Verlauf	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Mit welchem Beschwerdebild war der ältere Patient in der Notaufnahme vorstellig?</li> <li>_ Welche Test- und Therapieergebnisse konnten erzielt werden?</li> <li>_ Welche Notfallbehandlung inkl. Medikamentenverabreichung hat stattgefunden?</li> <li>_ Welche akuten pflegerischen Bedarfe konnten festgestellt werden?</li> <li>_ Welche pflegerische Unterstützung wurde in der Notaufnahme geleistet?</li> </ul>
In der Notaufnahme eruierte Geriatrie-typische Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Konnte ein genereller geriatrischer Handlungsbedarf durch ein Screening und ggf. ein Assessment identifiziert werden?</li> <li>_ Welche Screening- und ggf. Assessmentergebnisse liegen zu den Risikofaktoren Delir, Schmerz, Sturz und Dekubitus vor?</li> <li>_ Wie stellt sich die vollständige Medikationssituation nach der Notfallbehandlung dar?</li> <li>_ Haben sich weitere, zu klärende Fragen im Rahmen der Plausibilitätsprüfung der Medikationssituation ergeben?</li> </ul>
Vollständige Informationsdokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Welche der notwendigen Informationen (Tab. 1) liegen vor und welche müssen im weiteren Verlauf eruiert werden?</li> </ul>
Weiterführende Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Ist aufgrund eines positiv identifizierten geriatrischen Handlungsbedarfs eine geriatrische Abklärung empfohlen?</li> <li>_ Hat sich aufgrund positiver Screening- und ggf. Assessmentergebnisse zu den Risikofaktoren Delir, Schmerz, Sturz und Dekubitus ein weiterer Handlungsbedarf ergeben?</li> </ul>

Schnittstelle zwischen der Notfall und Primärversorgung älterer Patienten (Kessler et al. 2013). Auch GeriQ-ED© gibt die Empfehlung, dass zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. Verlegung aus der Notaufnahme eine gezielte Kommunikation mit dem geriatrischen Patienten bzw. dessen Angehörigen stattfinden sollte, um mögliche Informationsdefizite zu beseitigen (Schuster et al. 2017). Zudem fordern GeriQ-ED©, dass seitens der Notaufnahme eine adäquate Informationsweitergabe an die nachversorgende Abteilung/pflegerische Einrichtung bzw. den Haus-/Facharzt sicherzustellen ist, da ein solcher Informationsfluss über den Patienten oder dessen Angehörige nicht gewährleistet werden kann (Tab. 2). Diese Informationen, gegliedert in vier Themenbereiche, sollten in einem standardisierten Abschluss- bzw. Verlegungsbericht enthalten sein.

**Sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig**

Eine adäquate Informationsweitergabe zwischen den verschiedenen Sektoren ist essenziell, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Ein erster Schritt hierzu wäre die Entwicklung und Implementierung von standardisierten Informationssammlungen/Übergabeprotokollen durch die primär betreuenden Haus- und Fachärzte. Diese Informationssammlungen sollten auf die von GeriQ-ED© geforderten acht Themenkomplexe (Tab. 1) eingehen und regelmäßig (für den Fall einer Notfalleinweisung) aktualisiert werden. Auch die Notaufnahmen sind angehalten, die notwendigen Informationen zum älteren Patienten, die sich im Rahmen der Notfallbehandlung ergeben haben, an die nachversorgenden sektoralen Bereiche weiterzugeben. Hierzu wäre es ratsam, bestehende Abschluss-/Entlassungs- und Verlegungsberichte zu prüfen und ggf. anzupassen, um auch auf die empfohlenen Themenkomplexe eingehen zu können.

**Ein Blick in die Zukunft**

Im Zuge der zunehmenden Digitalisierung ist ein elektronischer Informationsaustausch wünschenswert. So sieht das Bundesminis-

terium für Gesundheit mit dem E-Health-Gesetz die Chance, dass Digitalisierung eine bessere medizinische Versorgung ermöglicht. Durch die elektronische Gesundheitskarte besteht bereits jetzt die Möglichkeit, medizinische Daten sektorenübergreifend auszutauschen. Doch aktuell stecken wir laut Bundesministerium weiterhin im analogen Zeitalter von Brief und Fax, denn der Ausbau einer digitalen Datenaubahn, die Telematikinfrastruktur, ist ein komplexes IT-Projekt (BGM 2018). Um jedoch im Jetzt, im analogen Zeitalter, die Patientensicherheit von älteren Notfallpatienten nicht zu gefährden, braucht es einen aufeinander abgestimmten Informationsaustausch zwischen der Primär- und der Notfallversorgung und dies in schriftlicher Form. ▶▶

**FAZIT**

*Im Rahmen einer Notfallbehandlung von älteren Patienten führen Informationsdefizite zu einer Verzögerung der Notfallbehandlung und gefährden die Patientensicherheit.*

*Nach GeriQ-ED© ist zu Behandlungsbeginn und am Behandlungsende ein gezielter Informationsfluss hinsichtlich fest definierter Themenkomplexe notwendig.*

*Standardisierte Übergabeprotokolle seitens der primär betreuenden Haus- und Fachärzte und angepasste Entlassungs- und Verlegungsberichte der Notaufnahmen könnten diesen Informationsfluss sicherstellen.*

**Literatur**

- \_ American College of Emergency Physicians (ACEP) <https://www.acep.org/by-medical-focus/geriatrics/geriatric-emergency-department-guidelines/#sm.000013o1pqrqgvctyxbqll1rfkai7> (letzter

Zugriff 01.12.2018)

- Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002; 39(3):238–247
- Behringer W, Buergi U, Christ M, Dodt C, Hogan B. Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Notfall Rettungsmed* 2015; 8(16):625–626
- Bundesgesundheitsministerium <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html>. Letzter Zugriff 01.12.2018
- Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. *IJNS* 2014; 51(11):1517–1523
- Groening M, Grossmann F, Hilmer T, Schuster S, Singler K, Somasundaram R, Wilke P. ÄLPANO – erste Ergebnisse der DGINA-Umfrage zur Versorgung älterer Notfallpatienten. *Notfall Rettungsmed* 2015; 18(Suppl 1):134
- Han JH, Wilber ST. Altered Mental Status in Older Emergency Department Patients. *Clin Geriatr Med* 2013; 29(1):101–136
- Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, Pappas C. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. *Clin Geriatr Med* 2013; 29(1):49–69
- Nowossadeck E. Demographische Alterung und stationäre Versorgung chronischer Krankheiten. *Dtsch Arztebl* 2012; 109(9):151–157
- Olsen RM, Østnor BH, Enmarker I, Hellzén O. Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. *J Clin Nurs* 2013; 22(19–20):2964–2973
- Schnitker L, Martin-Khan M, Beattie E, Gray L. Negative health outcomes and adverse events in older people attending emergency departments: A systematic review. *Australas Emerg Nurs J* 2011; 14(3):141–162
- Schuster S, Singler K, Dormann H (2017) GeriQ – Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Versorgung von geriatrischen Notfallpatienten. [https://www.dgina.de/news/geriq-c-quality-indicators-for-geriatric-emergency-careentwicklung-von-qualitatsindikatoren-furdie-versorgung-von-geriatrischen-notfallpatienten\\_63](https://www.dgina.de/news/geriq-c-quality-indicators-for-geriatric-emergency-careentwicklung-von-qualitatsindikatoren-furdie-versorgung-von-geriatrischen-notfallpatienten_63) (letzter Zugriff 21.08.2019)
- Schuster S, Singler K, Dormann, H. Geriatrische Notfallpatienten. *Notfall Rettungsmed* 2016; 19(8):657–665
- Sieber CC. Der ältere Patient – wer ist das? *Der Internist* 48(11):1190–1194
- Wutti C. Der ältere Mensch als Notfallpatient. *Notfall Rettungsmed* 2014; 17(6):488–493

---

**Autorenkontakt:**

**Prof. Dr. Susanne Schuster** ist Professorin für Pflegewissenschaft und Studiengangsleiterin des Masterstudiengangs Advanced Nursing Practice, Evangelische Hochschule Nürnberg.  
**E-Mail:** [susanne.schuster@evhn.de](mailto:susanne.schuster@evhn.de)

Hier steht eine Anzeige.