

Einführung Bayerischer Notfallbogen in der Modellregion Nürnberg

Studie zur Wirksamkeit des Modellprojektes

**STUDIEN
BERICHT**

Einführung Bayerischer Notfallbogen in der Modellregion Nürnberg

Studie zur Wirksamkeit des Modellprojektes

Dr. Grit Braeseke
Freja Engelmann
Linda Andoni

Abschlussbericht

für das Hospiz-Team Nürnberg e. V.

Berlin, 31. Januar 2026

Autoren

Dr. Grit Braeseke
Freja Engelmann
Linda Andoni

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziel der Evaluation	10
2.	Die Einführung des Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg	13
3.	Methodisches Vorgehen der Studie	16
3.1	Wirkmodell	16
3.2	Rapid Review	18
3.3	Online-Befragung	27
3.4	Falldokumentation	30
3.5	Retrospektive Befragung	31
3.6	Befragung der betroffenen Personen, An- und Zugehörigen sowie rechtlichen Vertretungen	31
3.7	Fokusgruppe mit Gesprächsbegleiterinnen und -begleitern	32
4.	Ergebnisse der Evaluation	33
4.1	Literaturrecherche zu Advanced Care Planning	33
4.1.1	ACP - Instrumente und Dokumente	42
4.1.2	Implementierung von ACP – Herausforderungen und Potenziale	45
4.1.3	Nutzung und Akzeptanz von ACP aus Sicht der Betroffenen und An- und Zugehörigen	48
4.1.4	Handlungssicherheit und Entscheidungsunterstützung durch ACP	49
4.1.5	Wirkung von ACP auf Krankenhauseinweisungen und Notfallsituationen	50
4.1.6	Einfluss auf Versorgungsqualität, Lebensqualität und Autonomie	51
4.1.7	Zusammenfassende Einordnung der Befunde	52
4.2	Ergebnisse der Onlinebefragung zur Bewertung der Einführung des Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg	53
4.2.1	Zusammensetzung der Stichprobe	53
4.2.2	Kenntnisstand zum Bayerischen Notfallbogen	55
4.2.3	Bewertung des Bayerischen Notfallbogens	58
4.2.4	Akteursgruppe stationäre Langzeitpflege und Eingliederungshilfe	69
4.2.5	Akteursgruppe Rettungsfachpersonal	79
4.2.1	Akteursgruppe Gesprächsbegleitung nach § 132g SGB V	84
4.2.2	Akteursgruppe Multiplikatoren	85
4.2.3	Fazit der Onlinebefragung	88
4.3	Ergebnisse der Falldokumentation	88
4.3.1	Auswertung der prospektiven Falldokumentationen	88
4.4	Ergebnisse der Betroffenenbefragung	97
4.5	Ergänzende qualitative Erkenntnisse	98
4.5.1	Erkenntnisse aus der Fokusgruppe mit Gesprächsbegleiterinnen und -begleitern	101

4.5.2	Übersicht der Festlegungen im FeNo im Beratungszentrum Nürnberg	103
5.	Schlussfolgerungen und Empfehlung	105
5.1	Einordnung der Ergebnisse anhand der Forschungsfragen	105
5.2	Gesamtbewertung und Ausblick	112
6.	Anhang	114
A1	Onlinebefragung – Programmiervorlage	115
A2	Falldokumentation	136
A3	Befragung der betroffenen Personen und deren An- und Zugehörigen	140
A4	Fokusgruppe mit Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter – Datenschutzhinweis und Leitfaden	141
7.	Literaturverzeichnis	144
	Abbildungen	5
	Tabellen	8
	Abkürzungsverzeichnis	9

Abbildungen

Abbildung 1:	Grundlegendes Wirkmodell	16
Abbildung 2:	Wirkmodell Evaluation Einführung Bayerischer Notfallbogen	17
Abbildung 3:	PRISMA-Statement	26
Abbildung 4:	Barrieren bei Reflexion, Vorbereitung und Dokumentation von ACP	47
Abbildung 5:	Onlinebefragung – „Welchen Bereich vertreten Sie?“	54
Abbildung 6:	Onlinebefragung – „Bitte tragen Sie Ihre berufliche Position ein.“	55
Abbildung 7:	Onlinebefragung – „Haben Sie durch Veranstaltungen/Informationsmaterialien/Schulungen des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. vom Bayerischen Notfallbogen erfahren?“	56
Abbildung 8:	Onlinebefragung - "Wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand zum Bayerischen Notfallbogen einschätzen?"	56
Abbildung 9:	Onlinebefragung - "Welche weiteren Dokumente im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, explizit für den Notfall, sind Ihnen bekannt?"	57
Abbildung 10:	Onlinebefragung – „Wie haben Sie von dem Bayerischen Notfallbogen erfahren?“	58
Abbildung 11:	Onlinebefragung – "Wie schätzen Sie die folgenden Merkmale des Bayerischen Notfallbogens im Hinblick auf seine Inhalte ein?"	60
Abbildung 12:	Onlinebefragung – "Wie bewerten Sie den Nutzen des Bayerischen Notfallbogens?"	61
Abbildung 13:	Onlinebefragung – "Sehen Sie darüber hinaus andere/weitere Vorteile, die der Bayerischer Notfallbogen mit sich bringt?"	63
Abbildung 14:	Onlinebefragung – Freitextantworten zu der Frage: "Sehen Sie darüber hinaus andere/weitere Vorteile, die der Bayerischer Notfallbogen mit sich bringt?"	64
Abbildung 15:	Onlinebefragung – „Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Einsatz des Bayerischen Notfallbogens aus.“	65
Abbildung 16:	Onlinebefragung – „Welche anderen/weiteren Herausforderungen nehmen Sie im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogens wahr?"	66

Abbildung 17:	Onlinebefragung – Freitextantworten zu der Frage: „Welche anderen/weiteren Herausforderungen nehmen Sie im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogens wahr?“	67
Abbildung 18:	Onlinebefragung – „Sehen Sie im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung spezifische Vorteile des Bayerischen Notfallbogens?“	67
Abbildung 19:	Onlinebefragung – " Welche Vorteile bietet der Bayerische Notfallbogen aus Ihrer Sicht im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten oder genutzten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung?"	68
Abbildung 20:	Onlinebefragung – "Führen Sie grundsätzlich in Ihrer Einrichtung aktuell die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g SGB V für Bewohnerinnen und Bewohner durch?"	69
Abbildung 21:	Onlinebefragung – "Wer ist in Ihrer Einrichtung hauptsächlich für das Thema gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase zuständig?"	70
Abbildung 22:	Onlinebefragung – „Beschäftigen Sie für die Durchführung der Beratung nach §132g SGB V eigenes Personal oder setzen Sie externe Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter ein?“	71
Abbildung 23:	Onlinebefragung – „Nutzen Sie in Ihrer Einrichtung den Bayerischen Notfallbogen als Dokument für die notfallbezogene Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase?“	71
Abbildung 24:	Onlinebefragung – „Bitte geben Sie an, welche(s) Dokument(e) Sie neben dem Bayerischen Notfallbogen nutzen.“	72
Abbildung 25:	Onlinebefragung – „Hatten Sie bereits vor der Einführung des Bayerischen Notfallbogens in Ihrer Einrichtung eine Dokumentation der notfallbezogene Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase?“	73
Abbildung 26:	Onlinebefragung – „Welche Dokumentation(en) für die notfallbezogenen Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase hatten Sie vor der Einführung des Bayerischen Notfallbogens?“	74
Abbildung 27:	Onlinebefragung – „Wie stellen Sie in Ihrer Einrichtung sicher, dass der Bayerische Notfallbogen im Notfall verfügbar ist?“	75
Abbildung 28:	Onlinebefragung – „Führen Sie in Ihrer Einrichtung Informationsveranstaltungen zu dem Thema gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase durch?“	76
Abbildung 29:	Onlinebefragung – „Was schätzen Sie: wie bekannt ist der Bayerische Notfallbogen insgesamt ...“	77

Abbildung 30:	Onlinebefragung – „Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Einsatz des Bayerischen Notfallbogens aus.“	78
Abbildung 31:	Onlinebefragung – „Wie bekannt ist der Bayerische Notfallbogen?“	80
Abbildung 32:	Onlinebefragung – „Wie gut kann Ihrer Meinung nach das Rettungsfachpersonal im Notfall auf den Bayerischen Notfallbogen zugreifen?“	81
Abbildung 33:	Onlinebefragung – „Wurden in Ihrer Einrichtung infolge der Einführung des Bayerischen Notfallbogens entsprechende Verfahrensanweisungen angepasst?“	82
Abbildung 34:	Onlinebefragung – „Wie sicher fühlt sich Ihrer Erfahrung nach das Rettungsfachpersonal/Rettungsstellenpersonal im Hinblick auf die rechtliche Verlässlichkeit des Bayerischen Notfallbogens in Entscheidungssituationen?“	83
Abbildung 35:	Onlinebefragung – „Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogen aus.“	84
Abbildung 36:	Onlinebefragung – „Was schätzen Sie: wie bekannt ist der Bayerische Notfallbogen insgesamt ...“	86
Abbildung 37:	Onlinebefragung – „Integration des Bayerischen Notfallbogens in Lehrpläne und Einschätzung zum zukünftigen Vermittlungsbedarf“	87
Abbildung 38:	Falldokumentation – Altersgruppe der Bewohner und Bewohnerinnen	89
Abbildung 39:	Falldokumentation – "Welche Festlegung für den Notfall wurde verwendet?"	90
Abbildung 40:	Falldokumentation – Festgelegtes Therapieziel für den Notfall (FeNo)	93
Abbildung 41:	Falldokumentation – "Welche akuten Maßnahmen waren erforderlich?"	94
Abbildung 42:	Falldokumentation – Verfügbarkeit und Nutzung des Notfallbogens bei einer Krankenhauseinweisung	95
Abbildung 43:	Falldokumentation – Umsetzung des dokumentierten Willens bei fehlender Willensäußerung und vorhandenem Notfallbogen	96
Abbildung 44:	Falldokumentation – Angaben zum Sterbeort der Patienten und Patientinnen	96

Abbildung 45:	Betroffenenbefragung - "Bitte geben Sie die Altersgruppe der betroffenen Person an."	97
Abbildung 46:	Betroffenenbefragung - "Haben Sie Vertrauen darin, dass der Bayerische Notfallbogen in einer Notfallsituation von Ärzten, Rettungsfachpersonal und Pflegekräften beachtet und umgesetzt wird?"	98
Tabellen		
Tabelle 1:	Ein- und Ausschlusskriterien	21
Tabelle 2:	Übersicht englischsprachiger Suchbegriffe für die Datenbankrecherche	22
Tabelle 3:	Suchstring bei PubMed via Medline (Stand: 19.05.2025)	22
Tabelle 4:	Indikatoren und geplante Erhebungsinstrumente für die genannten Endpunkte	30
Tabelle 5:	Scoping Review: Überblick über eingeschlossene Literatur	34
Tabelle 6:	Falldokumentation – Fälle mit dokumentierter Notfallfestlegung (ACP-FeNo oder Bayerischer Notfallbogen)	91
Tabelle 7:	Festlegungen im Beratungszentrum Nürnberg	103

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ACP	Advanced Care Planning
AD	Advance Directives
BASE	Bielefeld Academic Search Engine
EoL	End of Life
ePA	Elektronische Patientenakte
GAP	Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GP	General Practitioner
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz
ICU	Intensive Care Unit
MeSH	Medical Subject Heading
OPC	Outpatient Palliative Care
p	Signifikanzniveau
PICO-Schema	Strukturierungshilfe für Forschungsfragen: Population (Zielgruppe), Interest (Interesse/Phänomen), Context (Kontext/Umwelt), Outcome (Ergebnisse).
PRISMA	PRISMA-Statement für Systematic Reviews
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SDM	Shared Decision Making
vdek	Verband der Ersatzkassen
VV	Vorsorgevollmacht
ZEKO	Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1. Hintergrund und Ziel der Evaluation

Der Versorgung von schwerstkranken Menschen am Lebensende (Palliativversorgung) wurde in den zurückliegenden Jahren seitens des Gesetzgebers größere Aufmerksamkeit gewidmet. So besteht für Versicherte der GKV seit 2007 ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V), die auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung sowohl im Haushalt der schwerstkranken Menschen als auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen erbracht werden kann. Weiterhin wurde mit dem 2015 verabschiedeten Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) u. a. in § 132g SGB V die Möglichkeit für stationäre Pflegeeinrichtungen und für Einrichtungen der Eingliederungshilfe geschaffen, ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ anzubieten. Der GKV-Spitzenverband hat 2017 die gesetzlich geforderte Vereinbarung mit den Wohlfahrts- und Trägerverbänden über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung getroffen.

Inhalt der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist ein individuelles Beratungsangebot über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase. Dabei sollen bedürfnisorientiert

- ◆ auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen,
- ◆ mögliche Notfallsituationen besprochen und
- ◆ geeignete Maßnahmen zur palliativen und psychosozialen Versorgung

dargestellt werden. Die Beraterinnen und Berater müssen neben einer geeigneten Grundqualifikation eine spezifische Weiterbildung für das Tätigkeitsfeld der Beraterin oder des Beraters nach § 132g SGB V absolvieren. Zudem erfordert die Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase eine Anpassung der Organisationsentwicklungsprozesse in den Einrichtungen einschließlich der engen Kooperation mit den (ambulanten) Leistungserbringern der Palliativversorgung.

Die Beratungen nach § 132g SGB V in Einrichtungen der stationären Pflege und der Eingliederungshilfe sind durch die Gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren, kooperierende Hausärztinnen und Hausärzte erhalten eine extrabudgetäre Pauschale.

Ob eine Pflegeeinrichtung ein Angebot zur Versorgungsplanung macht, was nach der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und den Trägerverbänden dann auch zu einem Anspruch ihrer Leistungsberechtigten (schwerstkranker Bewohnerinnen und Bewohner) führen würde, ist ihr selbst überlassen. Zum Stichtag 31.12.2022 hatten in Bayern 390 (2019: 200) stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI und 297 (2019: 87) Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach § 75 SGB XII eine Vergütungsvereinbarung zur Erbringung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase geschlossen. Bundesweit waren es 1.773

(2019: 941) stationäre Pflegeeinrichtungen und damit etwas mehr als 15 % aller Einrichtungen mit stationärer Dauerpflege. Aus den Leistungsnachweisen der Pflegeeinrichtungen für 2022 geht hervor, dass im Bundesdurchschnitt allerdings nur 3,3 Beratungen pro Pflegeeinrichtung stattgefunden haben. In der Eingliederungshilfe waren es im Schnitt 1,2 Beratungen je Einrichtung (GKV-Spitzenverband 2023).

Damit die im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V ermittelten Einstellungen einer Person zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben sowie die konkret geäußerten Wünsche zur Versorgung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und für Notfallsituationen später in der Praxis auch berücksichtigt werden können, ist es zunächst erforderlich, dass eine aussagefähige Dokumentation der Willensäußerungen gem. § 9 Abs. 3 der „Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ (GKV Spitzenverband 2017) durch die qualifizierte Beraterin/den qualifizierten Berater erfolgt. Diese soll entsprechend § 9 Abs. 3 der Vereinbarung u. a. „eine übersichtliche, nachvollziehbare und verständliche Darstellung der Verfügung für Notfallsituationen auf einem geeigneten Dokument (z. B. Notfallbogen) [enthalten], das ärztlich zu unterschreiben ist“.

Ziele sind dabei die Dokumentation einer validen Entscheidung der Bewohnerin bzw. des Bewohners, Vermeidung von Über- oder Untertherapie sowie Orientierung für die Pflegenden, weitere Beschäftigte, Notärzte, Rettungskräfte und Beschäftigte in Krankenhäusern, um im Ernstfall ethisch angemessene Entscheidungen treffen zu können und Rechtssicherheit für alle an der Versorgung Beteiligten zu schaffen.

Patientenverfügungen, seit den 1970er Jahren in Deutschland etabliert, erfüllen bis heute nicht zuverlässig die Funktion, typische medizinische Behandlungsentscheidungen in lebensbedrohlichen, mit Einwilligungsunfähigkeit einhergehenden Situationen zu leiten. Gründe dafür sind vor allem:

- ◆ Nur eine Minderheit der Seniorinnen und Senioren hat eine Patientenverfügung.
- ◆ Sofern vorhanden, ist sie im Bedarfsfall nicht immer zur Hand bzw. wird an den Schnittstellen nicht zuverlässig übergeben.
- ◆ Patientenverfügungen sind von ungenügender Aussagekraft und fragwürdiger Validität, so dass sie häufig unbeachtet bleiben (Schmitt et al. 2022, S. 87)

Die Arbeitsgruppe 1 des „Expertenkreises Hospiz- und Palliativversorgung“ (ein am Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention angesiedeltes dauerhaftes Gremium) hat einen „Bayerischen Notfallbogen“ für den künftigen Einsatz in Gesprächen der vorausplanenden Personen mit spezifisch dafür geschulten Gesprächsbegleiterinnen und -begleitern entwickelt. Dieser Notfallbogen sollte im Rahmen des Projektes „Einführung Bayerischer Notfallbogen in der Modellregion Nürnberg“ in den stationären Einrichtungen in Nürnberg, die ihren

Bewohnerinnen und Bewohnern ein Beratungsangebot gem. § 132g SGB V unterbreiten, etabliert werden. Das Projekt wurde vom Hospiz-Team Nürnberg e. V. von Juli 2023 bis Juni 2025 durchgeführt.

Ziel der wissenschaftlichen Evaluation des Projektes (Laufzeit Februar 2025 bis Januar 2026) war es, die Wirksamkeit der Einführung des Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg zu bewerten.

Im Einzelnen waren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation folgende Forschungsfragen zu beantworten:

1. Inwieweit verwenden Nürnberger Einrichtungen, die ihre Bewohner nach § 132 g SGB V beraten, für die Dokumentation der Gespräche (u. U. ergänzend) den „Bayerischen Notfallbogen“?
2. Inwieweit führt die Einführung des „Bayerischen Notfallbogens“ bei Begleitpersonen (Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen, Hausärztinnen und Hausärzte) zu einer erhöhten Handlungssicherheit, Vertrauen und/oder Zufriedenheit?
3. Wie ist die Bekanntheit des „Bayerischen Notfallbogens“ bei den relevanten Akteuren (Rettungsdienste, Beschäftigte in Krankenhäusern, Hausärztinnen und Hausärzte, Berufsbetreuerinnen und -betreuer, Kommunen, Palliativnetzwerke, etc.)?
4. Wie erfolgte die interne Implementierung des „Bayerischen Notfallbogens“ in den Einrichtungen, die eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. § 132g SGB V anbieten?
5. Inwieweit wird der im „Bayerischen Notfallbogen“ dokumentierte Wille einer Person im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit von den Leistungserbringern (intern und extern) befolgt?
6. Wie hat sich die Zahl der Notfalleinsätze in den Einrichtungen durch die Einführung des „Bayerischen Notfallbogens“ verändert?
7. Können Krankenhauseinweisungen in Notfallsituationen, dem (vorverfügbaren) Willen der Bewohner folgend, vermieden werden?
8. Welche Maßnahmen und Projektschritte sind nötig und/oder hilfreich, um die Implementierung des „Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg“ auf andere Regionen Bayerns zu übertragen (Stichwort „Blaupause“)?
9. Inwiefern schlägt sich die Akzeptanz des Bewohnerwillens auch in Notfallsituationen in Aus- und Weiterbildungen relevanter Berufsgruppen (Krankenpflege, Rettungsdienste, Heilerziehungspflege, etc.) nieder?

2. Die Einführung des Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg

Das zweijährige Pilot-Projekt „Implementierung Bayerischer Notfallbogen in der Modellregion Nürnberg“ (gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention) startete im Juli 2023 und endete im Juni 2025. Ziel des Projekts war es, die vom Expertenkreis Hospiz- und Palliativversorgung¹ entwickelte einheitliche Dokumentation der Gesprächsprozesse (Bayerischer Notfallbogen) im Stadtgebiet Nürnberg zu implementieren und bekannt zu machen. Das Projekt wird durch das Hospiz-Team Nürnberg e. V. umgesetzt, eine Steuerungsgruppe unterstützt die strategische Ausrichtung des Projekts.

Es wurde am 29.06.2023 eine Auftaktveranstaltung in Nürnberg durchgeführt, zu der alle relevanten Einrichtungen und Akteure eingeladen waren. Diese diente dazu, über Ziele, Ablauf und Relevanz des Projekts zu informieren.

Im ersten Schritt wurden alle Einrichtungen, die eine Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132 g SGB V umsetzen könnten (52 Einrichtungen der stationären Altenhilfe und 10 Einrichtungen der Eingliederungshilfe), danach befragt, ob sie ihren Bewohnern die Beratung anbieten. In 25 Einrichtungen (rund 40 %) wurden entsprechende Vorsorgegespräche geführt (Stand Februar 2025). Nach Auskunft des Hospizverein Nürnberg e.V. waren zum Ende des Projektzeitraums (Januar 2026) insgesamt 26 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sowie der Eingliederungshilfe in Nürnberg an dem Projekt beteiligt. In 19 dieser Einrichtungen kam der Bayerische Notfallbogen oder der FeNo (ACP) zur Anwendung. Während fünf Einrichtungen weder den Bayerischen Notfallbogen noch den FeNo (ACP) nutzen. In zwei weiteren Einrichtungen wurden die Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleiter durch den Hospizverein Nürnberg e. V. geschult, wobei die verwendeten Dokumente von ACP-Deutschland einrichtungsindividuell angepasst wurden. Vor diesem Hintergrund lässt sich nicht eindeutig feststellen, ob der FeNo in diesen Fällen in seiner Originalfassung eingesetzt wurde.

Der im Rahmen des Projektes vom HospizTeam Nürnberg e. V. etablierten Steuerungsgruppe gehörten Vertreterinnen bzw. Vertreter aus folgenden Akteursgruppen an:

- ◆ Pflegeheime
- ◆ Einrichtungen der Eingliederungshilfe
- ◆ Hausärzte, Notärzte
- ◆ SAPV-Team

¹ Der Expertenkreis Hospiz- und Palliativversorgung ist ein am Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention angesiedeltes dauerhaftes Gremium. Die Geschäftsstelle des Expertenkreises hat ihren Sitz am Bayerischen Landesamt für Pflege in Amberg (<https://www.lfp.bayern.de/hospiz-und-palliativversorgung/>; Abruf am 18.08.2025).

- ◆ Sozial-, Gesundheits- und Seniorenamt der Stadt Nürnberg
- ◆ Rechtliche Betreuung
- ◆ Bayerisches Landesamt für Pflege

Durch die Einbindung aller maßgeblichen Akteure („alle Player an einem Tisch“) wurde ein gemeinsames Verständnis für Ziele und Umsetzungsschritte im Projekt gefördert, was insbesondere für die Einführung und Verstetigung von Instrumenten wie dem Bayerischen Notfallbogen von Bedeutung ist. Darüber hinaus öffneten die Mitglieder der Steuerungsgruppe Kommunikationskanäle zu den jeweiligen Akteursgruppen.

Weiterhin wurden alle in Nürnberg tätigen Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter zu einer dreitägigen Schulung eingeladen (es fanden zwei jeweils dreitägige Schulungen statt), auf der der Bayerische Notfallbogen vorgestellt und Gespräche anhand typischer „Bewohnerrollen“, u. a. mit professionellen Schauspielern, geübt wurden. Ausgebildete ACP-Trainer verfolgten die Gespräche und intervenierten entsprechend. Ziel dieses intensiven Übungsprozesses war es, die Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter möglichst optimal auf ihre Aufgabe vorzubereiten. Zusätzlich besuchten die Trainer die Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter noch in „ihrer“ Einrichtung, um an zwei Beratungsgesprächen teilzunehmen. Zuletzt wurden noch die Dokumentationen in der Übungsphase durch die Trainer gesichtet und bei Bedarf korrigiert.

Parallel zum Projekt fanden in vielen Einrichtungen Informationsveranstaltungen zum Bayerischen Notfallbogen für Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige statt. Diese stehen im Zusammenhang mit der praktischen Umsetzung der Gesprächsbegleitung vor Ort. Darüber hinaus wurde vom Hospiz-Team Nürnberg e. V. eine Informationsvorlage entwickelt (in Form eines Power-Point-Foliensatzes), die den Einrichtungen zur Verfügung steht und auch zur Information von Angehörigen genutzt werden kann.

Im nächsten Schritt wurden alle Einrichtungen und Organisationen in Nürnberg informiert, die im Zuge der Versorgung mit dem Bayerischen Notfallbogen in Kontakt kommen können. In erster Linie sind das die Bereiche der Notfallmedizinerin und des Rettungswesens, die Krankenhäusern (speziell Notaufnahme, Stationsleitungen), die niedergelassene Ärzteschaft sowie der Bereich der rechtlichen Betreuung. Darüber hinaus wurden auch die Ausbildungsstätten für Pflege und medizinisches Personal eingebunden, damit der Bayerische Notfallbogen bereits im Rahmen der Aus- und Weiterbildung thematisiert werden kann.

Nicht zuletzt haben sämtliche Trainerinnen und Trainer, die gemäß § 132g SGB V beraten und in Bayern tätig sind, im Rahmen der Projektkommunikation Informationen zum Bayerischen Notfallbogen erhalten. Ziel ist es, durch diese breite Streuung eine landesweite Sensibilisierung zu erreichen und die Umsetzung des Instruments zu fördern.

Abschließend sollte für andere bayerische Regionen eine Art „Blaupause“ erstellt werden, wie die einheitliche Dokumentation der Festlegungen für den Notfall auch in anderen Regionen Bayerns implementiert werden kann.

Das Projekt „Implementierung Bayerischer Notfallbogen in der Modellregion Nürnberg“ wird durch Fördermittel des Bayerischen Staatsministeriums sowie eine Eigenbeteiligung des Hospiz-Team Nürnberg e. V. finanziert. Das Projektvolumen belief sich insgesamt auf rund 100.000 Euro.

Im Verlauf des Projekts wurde vom Hospizverein Nürnberg e. V. ein zielgruppenspezifischer Flyer konzipiert, der zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht finalisiert war. Der Entwurf sieht vor, neben grundlegenden Informationen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V unterschiedliche weiterführende Angaben für spezifische Zielgruppen bereitzustellen, darunter Angehörige, Bevollmächtigte, Hausärztinnen und Hausärzte, Betreuerinnen und Betreuer, Notdienste, Beschäftigte der Einrichtungen und Auszubildende. IGES lag hierzu ein Rohentwurf vor, der die genannten inhaltlichen Schwerpunkte enthält.

3. Methodisches Vorgehen der Studie

3.1 Wirkmodell

Das Ziel des Modellprojektes „Implementierung Bayerischer Notfallbogen in der Modellregion Nürnberg“ ist es, die Ergebnisse der Beratungen nach § 132g SGB V in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege und der Eingliederungshilfe einheitlich und standardisiert mittels des Bayerischen Notfallbogens zu dokumentieren, damit künftig häufiger als bisher in Notfällen der Wille der nicht einwilligungsfähigen Personen berücksichtigt werden kann. Weiterhin sollen im Sinne der regionalen Implementierung (entsprechend dem Positionspapier der AG 1 der Bayerischen Expertenkommission Hospiz- und Palliativversorgung am Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention) alle weiteren Akteure, die am Versorgungsprozess beteiligt sind (Notfallpersonal, Ärzteschaft, Krankenhäuser, Aus- und Weiterbildungseinrichtungen, etc.), über den Bayerischen Notfallbogen informiert werden.

Übergeordnetes Versorgungsziel ist die Verringerung ungewollter Behandlungen und Krankenhausaufenthalte, damit mehr Menschen am Lebensende wunschgemäß versorgt werden und in vertrauter Umgebung versterben können.

Das zugrundeliegende Wirkmodell (vgl. Abbildung 1) besteht aus fünf aufeinander aufbauenden Stufen. Die ersten beiden Stufen Ausgangslage/Ressourceneinsatz und Maßnahmen bilden die Inputseite ab, während die drei Stufen Output, Outcome und Impact die möglichen Wirkungen bzw. Auswirkungen und Ergebnisse beschreiben.

Abbildung 1: Grundlegendes Wirkmodell



Quelle: IGES (auf Basis Statistisches Bundesamt 2022: Arbeitshilfe zur Evaluierung von Regelungen der Bundesregierung, Wiesbaden)

In der folgenden Abbildung 2 sind die konkreten Indikatoren und Messgrößen des Projektes Implementierung des Bayerischen Notfallbogens je Stufe dargestellt:

Abbildung 2: Wirkmodell Evaluation Einführung Bayerischer Notfallbogen



Quelle: IGES

Die Ausgangslage vor Implementierung eines rechtssicheren Notfallbogens lässt sich wie folgt zusammenfassen: In medizinischen „Notfällen“, in denen die betroffenen Personen nicht mehr ansprechbar oder einwilligungsfähig sind, werden z. T. gegen ihren Willen lebensverlängernde Maßnahmen und/oder Krankenhauseinweisungen durchgeführt, weil ihr Wille nicht bzw. nicht juristisch eindeutig dokumentiert ist oder den im Notfall handelnden Akteuren nicht vorliegt. Im Rahmen der Evaluation wurde zur Quantifizierung der Situation vor Einführung des Bayerischen Notfallbogens in den teilnehmenden stationären Einrichtungen ein Erhebungsbogen erarbeitet, um zu eruieren, wie viele Personen bei Notfällen in den letzten 30 Tagen vor dem Versterben noch ins Krankenhaus verlegt wurden. Anhand der Pflegedokumentation können retrospektiv Daten zu den verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Zeitraum vor Einführung des Notfallbogens (12 Monate) erhoben und analysiert werden. Informationen zu Notfalleinsätzen und Krankenhauseinweisungen im Zeitraum von vier Wochen vor dem Versterben einer Person sind aus der Pflegedokumentation verfügbar. Vergleichsdaten zur Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern am Lebensende liegen aus einer aktuellen Untersuchung von Schwinger et al. 2022 vor.

Die „Einführung des Bayerischen Notfallbogens“ umfasst, wie eingangs in Kapitel 1 skizziert, mehrere Maßnahmen (Bestandsaufnahme in Pflege- und EGH-Einrichtungen, Schulungen der Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter, Information aller an der Versorgung beteiligten Akteure), die zu verschiedenen Outputgrößen

führen (Anzahl Einrichtungen mit Beratungsangeboten gem. § 132g SGB V, Anzahl geschulter Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter etc.), die im Rahmen der Evaluation erhoben wurden.

Darüber hinaus bedarf es aber in der Regel weiterer, über das Modellprojekt hinausgehender Maßnahmen bzw. Anpassungen der Strukturen und Prozesse der Leistungserbringung (sowohl in den stationären Pflegeeinrichtungen/Einrichtungen der Eingliederungshilfe als auch bei den anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren), damit das gewünschte Ziel (Outcome) erreicht werden kann. In erster Linie müssen die Pflegekräfte in den Einrichtungen geschult werden, um im Notfall anders als bisher zu agieren. Auch ist es nicht ausreichend, wenn ein Krankenhausarzt den Notfallbogen als Instrument kennt, er aber im Notfall die konkrete Voranverfügung einer Person nicht vorliegen bzw. darauf keinen Zugriff hat.

Neben der primären Zielgruppe (vorausplanende Personen) sind durch die Einführung eines standardisierten Notfallbogens auch Auswirkungen bei anderen (sekundären) Zielgruppen zu erwarten. Das sind auf der einen Seite Angehörige und rechtliche Betreuerinnen und Betreuer und auf der Seite der Leistungserbringer die Beschäftigten in den stationären Einrichtungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Notfallversorger, Beschäftigte in Krankenhäusern, Beschäftigte in Aus- und Weiterbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe etc.

Primärer Outcome ist die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit Bayerischem Notfallbogen (Patientenverfügung/Vertreterdokumentation). Weiterhin wurde u. a. erhoben, wie viele Leistungserbringer ihre Prozesse angepasst haben und ob professionelle und informelle Begleitpersonen eine höhere Handlungssicherheit erleben.

Als primärer und gewünschter Impact der regionalen Einführung des Notfallbogens wäre folgendes zu erwarten: alle Personen aus den teilnehmenden Einrichtungen werden in Notfällen bei Nichteinwilligungsfähigkeit gem. ihrer vorherigen Willensäußerung versorgt. Das würde die Zufriedenheit der Betroffenen mit der Versorgung am Lebensende erhöhen und wäre voraussichtlich gleichzeitig mit Kosteneinsparungen für die Krankenkassen verbunden (vermiedene Krankenaufenthalte etc.). Weiterhin ist zu fragen, ob es auch nicht-intendierte Nebeneffekte gibt – denkbar wäre, dass sich Pflegekräfte (insb. ohne Palliative-Care-Weiterbildung) mit der Weiterversorgung sterbender Personen im Heim überfordert fühlen.

Im Rahmen der Evaluation der „Implementierung Bayerischer Notfallbogen in der Modellregion Nürnberg“ standen die unmittelbaren Auswirkungen auf die Zielgruppe(n) (Output, Outcome) im Vordergrund, da sich langfristige Wirkungen (Impact) erst im späteren Zeitverlauf einstellen und bewerten lassen.

3.2 Rapid Review

Das Ziel des Rapid Reviews war es, den aktuellen Forschungsstand zum Thema Advanced Care Planning (ACP) im deutschsprachigen Raum anhand einer Literaturanalyse zu ermitteln und übersichtlich darzustellen.

Das Rapid Review dient als Grundlage, um aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu folgenden Themenbereichen zusammenzutragen:

- ◆ zu standardisierten Vorsorgedokumentationen und deren Auswirkungen auf die Versorgung am Lebensende,
- ◆ zu Erfolgsfaktoren und Herausforderungen bei der Implementierung von ACP-Instrumenten,
- ◆ zum Vergleich mit bestehenden Vorsorgedokumenten (z. B. Patientenverfügung, Notfallbogen, Vertreterdokumentation) und deren Anwendung in der Praxis,
- ◆ zu Erfahrungen mit der Umsetzung von ACP und standardisierten Notfalldokumenten,
- ◆ zu Auswirkungen von ACP auf die Zufriedenheit und Handlungssicherheit von Betroffenen, deren Angehörigen und Fachpersonen sowie
- ◆ zu bestehenden Best-Practice-Modellen in anderen Regionen und Versorgungskontexten.

Weiteres Ziel des Rapid Reviews ist es, eine fundierte Wissensgrundlage für die nachfolgenden Arbeitspakete bereitzustellen.

Methodisches Vorgehen

Rapid Reviews nutzen, ähnlich wie systematische Übersichtsarbeiten, systematische und transparente Methoden, um relevante Literatur zu identifizieren, auszuwählen, kritisch zu bewerten und die Ergebnisse zusammenzufassen. Im Unterschied zu systematischen Übersichtsarbeiten werden bei Rapid Reviews jedoch bestimmte Teile des systematischen Review-Prozesses entweder eingeschränkt, ausgelassen oder der Umfang verkleinert, um schnellere Ergebnisse zu erzielen (Tricco et al. 2015; Tricco et al. 2017). Die Durchführung des Rapid Reviews erfolgte gemäß internationalen wissenschaftlichen Standards (Garritty et al. 2024).

Die folgenden Abschnitte (Studienprotokoll) definieren die Forschungsfragen, die Ein- und Ausschlusskriterien, die Suchstrategie, den Selektionsprozess sowie die Ergebnisdokumentation.

Operationalisierung der Forschungsfragen

Ziel des Rapid Reviews war es, den aktuellen Stand zum Thema ACP im deutschsprachigen Raum zusammenzutragen. Darunter fielen Aspekte, wie:

- ◆ Notfallbogen, Patientenverfügung, Dokumentationsformate, Verbindlichkeit, Zugriffsmöglichkeiten, digitale Lösungen
 - ◆ Einbindung in Versorgungsstrukturen, Prozesse der Dokumentation und Nutzung, Schulungskonzepte, Qualifikationsanforderungen, Einbezug von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen
-

- ♦ Handlungssicherheit, Vertrauen, Zufriedenheit von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen, Notfallversorgung, sektorenübergreifende Nutzung, Herausforderungen in der Anwendung
- ♦ Umsetzung des dokumentierten Willens der Betroffenen, Einfluss auf Notfallentscheidungen, Reduktion unerwünschter Krankenhausaufenthalte, Qualitätsindikatoren für die gesundheitliche Vorausplanung
- ♦ Modelle aus Deutschland, Österreich, Schweiz, Liechtenstein, Luxemburg (deutschsprachiger Teil) und Südtirol, regionale Unterschiede, Erfahrungen aus Modellprojekten, Erfolgsfaktoren und Hemmnisse bei der Einführung

Ausgehend von diesen Zieldefinitionen wurden die Forschungsfragen in Anlehnung an das PICO-Schema („Population“, „Interest“, „Context“, „Outcome“) formuliert:

- ♦ Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse zu ACP (Interest) sowie zur Nutzung und Akzeptanz bei Betroffenen, Angehörigen und Gesundheitsfachkräften (Population) existieren in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und der Eingliederungshilfe (Setting) im deutschsprachigen Raum?
- ♦ Wie beeinflusst ACP die Umsetzung des dokumentierten Willens der Betroffenen, die Handlungssicherheit von Angehörigen und Fachpersonen, die Reduktion unerwünschter Krankenhausaufenthalte, die Entscheidungsfindung in Notfallsituationen sowie die Versorgungs- und Lebensqualität in der letzten Lebensphase (Outcome)?

Kriterien für die Literaturrecherche

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die definierten Ein- und Ausschlusskriterien.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

Kriterium	Einschluss	Ausschluss
Population	Betroffene, Angehörige, Pflegefachpersonen, Rettungsfachpersonal, Ärztinnen und Ärzte	Untersuchungen außerhalb dieser Population
Kontext/Setting	Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, Eingliederungshilfe, Akutkrankenhäuser, Hausarztpraxen, Rettungsstellen, Hospize	Untersuchungen außerhalb dieses Versorgungssettings
Interesse	Implementierungsstrategien, Schulungskonzepte, Abläufe in Notfallsituationen, Handlungssicherheit von Angehörigen und Fachpersonen, Akzeptanz und Nutzung von ACP	Untersuchungen zu anderen Aspekten als die, des Erkenntnisinteresses, Ansätze die auf gänzlich andere Vorsorgeplanungen beziehen
Ergebnisparameter	Einfluss auf die Umsetzung des dokumentierten Willens der Betroffenen,	Veröffentlichungen ohne messbare Ergebnisse zu den genannten Einflussfaktoren, rein theoretische Abhandlungen ohne empirische Grundlage
	Einfluss auf Handlungssicherheit von Angehörigen und Fachpersonen	
	Einfluss auf Notfallentscheidungen	
	Einfluss auf Versorgungsqualität und Lebensqualität am Lebensende	
	Reduktion unerwünschter Krankenhausaufenthalte und Notfalleinweisungen	
Verortung	Deutschland, Österreich, Schweiz, Liechtenstein, Luxemburg (deutschsprachiger Teil), Südtirol	Studien aus nicht-deutschsprachigen Regionen
Publikationstyp	Systematische Übersichtsarbeiten, Reviews, Metaanalysen, Evaluationsstudien, Interventionsstudien, Implementierungsstudien, Abschluss- und/oder Projektberichte, Schriften von Verbänden und Ministerien, Gutachten	andere Publikationstypen (Positionspapiere und Briefe (i. S. von „letter to the editor“) oder Kongressabstracts)
Sprache	Deutsch, Englisch	Andere Sprachen
Veröffentlichungszeitraum	Veröffentlichungen ab dem 01.01.2015 bis heute	Veröffentlichungen vor dem 31.12.2014

Quelle: IGES

Generierung einer Suchstrategie

In Anlehnung an das PICO-Schema wurde die Fragestellung in vier Teile gegliedert. Jedem dieser Teile wurden systematisch englischsprachige Suchbegriffe, Schlag- und Stichworte zugeordnet, wobei vorrangig die Medical Subject Headings (MeSH-Terms) des jeweiligen Thesaurus der bibliografischen Datenbank verwendet wurden.

In Tabelle 2 sind die verwendeten englischen Suchbegriffe dargestellt. Diese wurden je nach Datenbank in einen angepassten Suchstring überführt und im Rahmen der Testrecherchen weiterentwickelt.

Tabelle 2: Übersicht englischsprachiger Suchbegriffe für die Datenbank-recherche

Population	Interesse	Kontext/Setting	Outcome
Care recipient*	Advance care plan* Ad-	Long-Term Care	Patient's will
Care-dependent people	vanced care plan* ACP	Nursing home* Resi-	Patient Preference* De-
Relatives	Advance health care	dential Facilit* Homes	cision-Making Auton-
Family member*	plan*	for the aged Integration	omy Self-Determination
Informal caregiver*	Advance Directives Ad-	assistance Emergency	Quality of health care
Family caregiver*	vance healthcare plan*	Care Hospital	Quality of care
Patient Representative*	Advanced healthcare	Emergency Medical Ser-	Quality of life
Legal Guardians	plan*	vice*	Hospital admission*
Nursing professional*	Behandlung im Voraus		Hospitalization* Utiliza-
Palliative care nurse*	planen		tion
General practitioner*			Acceptance
Physician*			goals of care interpro-
care receiver			fessional communica-
resident*			tion interprofessional
nursing home resident			collaboration
MeSH-Terms			
Patients	Advance Care Planning	Long-term care	Patient Satisfaction Per-
Legal Guardians Health	Advance Directives	Nursing Homes Resi-	sonal Autonomy Quality
Personnel		dential Facilities Homes	of health care Quality of
		for the Aged Hospice	life Hospitalization
		and palliative care Nurs-	
		ing	
		Palliative Care Emer-	
		gency Medical Services	

Quelle: IGES

Die einzelnen Schlagworte bzw. Synonyme wurden mithilfe von Bool'schen Operatoren zu Suchstrings verknüpft. Innerhalb einer Spalte wurden die Begriffe mittels des Bool'schen Operators „OR“ verknüpft. Im Anschluss wurden dann die einzelnen Spalten mittels des Bool'schen Operators „AND“ kombiniert abgefragt.

Tabelle 3: Suchstring bei PubMed via Medline (Stand: 19.05.2025)

Nr.	Kombination der Suchbegriffe
#1: Popu- lation	(Care recipient*[Title/Abstract]) OR (Care-dependent people[Title/Abstract]) OR (Relatives[Title/Abstract]) OR (Family member*[Title/Abstract]) OR (Informal caregiver*[Title/Abstract]) OR (Legal Guardians[Title/Abstract]) OR (Nursing professional*[Title/Abstract]) OR (Palliative care nurse*[Title/Abstract]) OR (General practitioner*[Title/Abstract]) OR (Physician*[Title/Abstract]) OR (care receiver[Title/Abstract]) OR (resident*[Title/Abstract]) OR (nursing home resident[Title/Abstract]) OR (Patients[MeSH Terms]) OR (Legal Guardians[MeSH Terms]) OR (Health Personnel[MeSH Terms])
#2: Inte- rest	((Advance care plan*[Title/Abstract]) OR (Advanced care plan*[Title/Abstract]) OR (ACP[Title/Abstract]) OR (Advance health care plan*[Title/Abstract]) OR (Advance Directives[Title/Abstract]) OR (Advance healthcare plan*[Title/Abstract]) OR

	(Advanced healthcare plan*[Title/Abstract]) OR (Behandlung im Voraus planen[Title/Abstract]) OR (Advance Care Planning[MeSH Terms]) OR (Advance Directives[MeSH Terms]))
#3: Context/Setting	((Long-Term Care[Title/Abstract]) OR (Nursing home*[Title/Abstract]) OR (Residential Facilit*[Title/Abstract]) OR (Homes for the aged[Title/Abstract]) OR (Integration assistance[Title/Abstract]) OR (Emergency Care[Title/Abstract]) OR (Hospital[Title/Abstract]) OR (Emergency Medical Service*[Title/Abstract]) OR (Long-term care[MeSH Terms]) OR (Nursing Homes[MeSH Terms]) OR (Residential Facilities[MeSH Terms]) OR (Homes for the Aged[MeSH Terms]) OR (Hospice and palliative care Nursing[MeSH Terms]) OR (Palliative Care[MeSH Terms]) OR (Emergency Medical Services[MeSH Terms]))
# 4: Outcome	((Patient Preference*[Title/Abstract]) OR (Patient's will[Title/Abstract]) OR (Patient Preference*[Title/Abstract]) OR (Decision-Making[Title/Abstract]) OR (Autonomy[Title/Abstract]) OR (Self-Determination[Title/Abstract]) OR (Quality of health care[Title/Abstract]) OR (Quality of care[Title/Abstract]) OR (Quality of life[Title/Abstract]) OR (Hospital admission*[Title/Abstract]) OR (Hospitalization*[Title/Abstract]) OR (Utilization[Title/Abstract])) OR (Acceptance[Title/Abstract]) OR (goals of care[Title/Abstract]) OR (interprofessional communication[Title/Abstract]) OR (interprofessional collaboration[Title/Abstract]) OR (Patient Satisfaction[MeSH Terms]) OR (Personal Autonomy[MeSH Terms]) OR (Quality of health care[MeSH Terms]) OR (Quality of life[MeSH Terms])) OR (Hospitalization[MeSH Terms]))
# 5	#1 AND #2 AND #3 AND #4
# 6	AND ("2015/01/01"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])
#7	AND ("Germany"[Title/Abstract] OR "Austria"[Title/Abstract] OR "Switzerland"[Title/Abstract] OR "Liechtenstein"[Title/Abstract] OR "Luxembourg"[Title/Abstract] OR "South Tyrol"[Title/Abstract])

Quelle: IGES

Suche in elektronischen Datenbanken

Die Literaturrecherche wurde in den bibliografischen Datenbanken PubMed (MEDLINE), ZBMED² - Informationszentrum Lebenswissenschaften inkl. BASE (Bielefeld Academic Search Engine) via LIVIVO und der Cochrane Library durchgeführt. Darüber hinaus wurde auf Google Scholar geprüft, inwiefern weitere Literatur und/oder Abschluss- und Projektberichte identifiziert werden können.

Die Literaturrecherche erfolgte zunächst in der Datenbank Medline über das Portal PubMed. Die entlang des PICO-Schemas entwickelten Suchbegriffe wurden an die Syntax von PubMed angepasst. Mithilfe des Thesaurus von Medline bestehend aus den „Medical Subject Headings“ (kurz MeSH) wurden gezielt verschlagwortete Publikationen identifiziert. Zusätzlich wurden die MeSH auf relevante Stichworte

² ZBMED enthält neben der Recherche in BASE (kombinierte Abfrage) u. a. die Suche in den folgenden für dieses Rapid Review relevanten Datenbanken: Verlagsdaten (Hogrefe, Karger, Thieme, Krause und Pachermege), bibnet.org, DissOnline, ECONBIZ (Deutsche Zentralbibliothek für Wirtschaftswissenschaften - Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft), EZB (Elektronische Zeitschriftenbibliothek), Katalog ZB MED, PSYINDEX

(keywords) geprüft, welche bei Eignung den einzelnen PICO-Komponenten als weitere Suchbegriffe hinzugefügt wurden.

Die finale Suchabfrage setzt sich aus zwei Suchzweigen für jede der PICO-Komponenten zusammen. Dieses zweistufige Vorgehen war notwendig, um noch nicht verschlagwortete und damit erst kürzlich veröffentlichte Publikationen in den Datenbanken aufzuspüren. Den ersten Zweig bildete die Verknüpfung von geeigneten Stichworten und deren Synonyme. Der zweite Suchzweig beinhaltet die Kombination passender Schlagworte im Thesaurus der jeweiligen Datenbank. Darüber hinaus wurden geeignete Filter zur Eingrenzung der Treffer auf den Veröffentlichungszeitraum und die Veröffentlichungssprache genutzt. Zusätzlich wurde die Suche auf Studien beschränkt, die im deutschsprachigen Raum durchgeführt wurden (Deutschland, Österreich, Schweiz, Liechtenstein, Luxemburg [deutschsprachiger Teil], Südtirol). Veröffentlichungen aus anderen Ländern wurden ausgeschlossen.

Die Entwicklung der Suchstrings und deren Eignung erfolgte ausgehend von den Suchbegriffen gemäß der jeweiligen Syntax von Medline, ZBMED und der Cochrane Library. Nach dem Import der Suchergebnisse in die Literaturverwaltungssoftware Citavi 7 wurden identische Einträge (Dubletten) automatisch erkannt und entfernt, um eine redundanzfreie Grundlage für den weiteren Selektionsprozess sicherzustellen.

Im Rahmen des Rapid Reviews wurde auf das Durchsuchen der Referenzlisten der eingeschlossenen Volltexte („backward tracking“) verzichtet, da Literatur zum Erkenntnisinteresse erfahrungsgemäß auf den bibliographischen Datenbanken verschlagwortet ist und durch das backward tracking kaum weitere Erkenntnisse zu erwarten sind. Darüber hinaus wurde von einer Kontaktaufnahme mit Autoren/Autorinnen für zusätzliche Informationen abgesehen.

Ergänzende Handrecherche (graue Literatur)

Ergänzend zur systematischen Literaturrecherche wurden praxisrelevante Informationen über Google Scholar sowie in der Projektdatenbank des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) recherchiert. Berücksichtigt wurden dabei insbesondere Veröffentlichungen zur Umsetzung der gesundheitlichen Versorgungsplanung gemäß § 132g SGB V, darunter Leitfäden und Praxisbeispiele aus dem GAP-Projekt sowie Materialien zum Modellprojekt „Einführung Bayerischer Notfallbogen“. Zusätzlich floss der aktuelle Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung (2023) mit ein, insbesondere im Hinblick auf die Verbreitung und Umsetzung der Beratungsangebote in stationären Einrichtungen.

Nicht zuletzt erfolgte eine Schlagwortsuche im Internet, um thematisch passende Projektberichte und Konzepte zu finden. Aufgrund des ergänzenden Charakters der Handrecherche erfolgte diese unter Berücksichtigung ausgewählter englischer und deutscher Suchbegriffe in Suchmaschinen sowie den oben genannten Projektdatenbanken. Darüber hinaus wurden je Website thematisch relevante Kategorien (z. B. Angebote und Projekte im Themenfeld „Vorsorgeplanung“ auf der ZQP-

Website) durchsucht. Die Auswahl beschränkte sich dabei auf die potenziell vielversprechendsten Suchbegriffe je Kategorie des PICO-Schemas aus Tabelle 2. Für die Suche wurden die ausgewählten Begriffe einzeln oder miteinander kombiniert in den Suchmaschinen abgefragt.

Die Suchstrategie beinhaltete Begriffe in englischer und deutscher Sprache, gegliedert nach Population, Interesse, Setting und Outcome:

Population

- **Englisch:** nursing home, long-term care, residential facility, patient, caregiver, nurse, physician
- **Deutsch:** Pflegebedürftige, Pflegende Angehörige, Personen mit Pflegebedarf, Pflegefachkraft, Palliativfachkraft

Interesse

- **Englisch:** Advance Care Planning (ACP)
- **Deutsch:** Patientenverfügung, Gesundheitsversorgungsplanung, Vorsorgedokument, Palliativberatung, ACP-Beratung, Notfallversorgung

Setting

- **Englisch:** Germany, Europe, Austria
- **Deutsch:** Switzerland, Österreich, Schweiz, Liechtenstein, Luxemburg, Südtirol

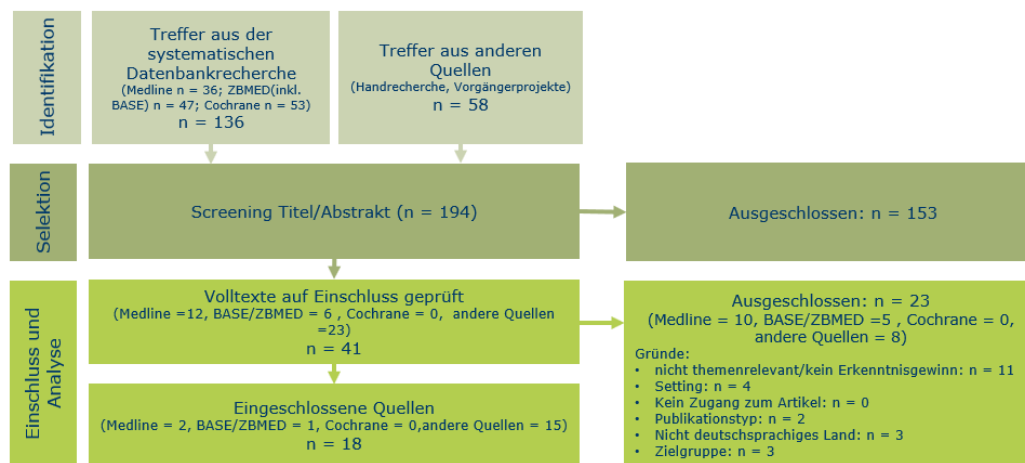
Outcome

- **Englisch:** implementation, evaluation, barriers, facilitators, hospitalisation,
- **Deutsch:** Handlungssicherheit, Entscheidungsfindung, Versorgungsqualität, Lebensqualität, Autonomie, Krankenhauseinweisung, Krankenhausaufenthalte

Selektionsprozess

Die identifizierte Literatur wurden mit der Software Citavi 7 verwaltet und zur Prüfung hinsichtlich ihrer Relevanz für die Forschungsfrage(n) einem mehrstufigen Selektionsprozess unterzogen. Der Selektionsprozess in einem Fließdiagramms dargestellt.

Abbildung 3: PRISMA-Statement



Quelle: IGES

Screening auf Ebene von Titel und Abstract

Nach Methodik eines Rapid Reviews sichtete eine Person die Literatur auf Titel- und Abstractebene (n = 194), eine zweite Person überprüfte stichprobenartig etwa 20 % der Titel und Abstracts. 153 Publikationen wurden nach dem Screening auf Ebene von Titel und Abstract ausgeschlossen, da sie nicht den Einschlusskriterien des Scoping Reviews entsprachen. Häufige Ausschlussgründe waren konzeptionelle oder theoretische Texte ohne empirische Datengrundlage sowie Beiträge, die sich zwar allgemein mit Kommunikation am Lebensende oder palliativer Versorgung beschäftigten, jedoch keinen konkreten Bezug zu Advance Care Planning (ACP) im Sinne strukturierter, dokumentierter Vorausplanung aufwiesen. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien, in denen ACP nur randständig erwähnt wurde oder keine Aussagen zur Umsetzung, Nutzung, Wirkung oder Wahrnehmung von ACP-Prozessen gemacht wurden. Zusätzlich wurden Arbeiten ausgeschlossen, die sich ausschließlich auf den psychiatrischen Kontext (z. B. Self-binding directives) oder nicht-zielgruppenspezifische Settings wie die Neonatologie oder Intensivmedizin ohne ACP-Fokus bezogen. Einige Beiträge wurden zudem verworfen, da sie sich auf nicht-deutschsprachige Länder bezogen oder sich bei genauerer Prüfung – trotz gesetztem Publikationsfilter – als vor dem Jahr 2015 veröffentlicht herausstellten. Im Zuge der weiteren Prüfung zeigte sich, dass der in den Datenbanken gesetzte Datumsfilter (ab 2015) nicht in allen Fällen korrekt angewendet wurde.

Screening auf Ebene des Volltextes

In einem anschließenden Schritt wurden die resultierenden Volltexte hinsichtlich der definierten Kriterien auf Eignung überprüft. Eine weitere Person sichtete die ausgeschlossenen Volltexte. Die Gründe für den Ausschluss jeder Publikation wurden auf Ebene der Volltexte dokumentiert.

Qualitätsbewertung

Die methodische Qualität der eingeschlossenen Publikationen sollte bewertet werden, um die Aussagekraft der Ergebnisse zu beurteilen. Aufgrund der methodischen Anforderungen an ein Rapid Review wurde jedoch auf eine umfassende Bewertung der methodischen Qualität der einzelnen Studien mittels standardisierter Verfahren verzichtet. Da nur wenige randomisierten kontrollierten Studien eingeschlossen wurden, wurde auch keine standardisierte Einschätzung des Risikos für Bias vorgenommen.

Beschreibende Veröffentlichungen mit niedrigem Evidenzgrad, wie Literaturreviews ohne systematische Methodik oder Abschlussberichte, wurden aus Gründen der Vereinfachung mit einem kritischen Verzerrungsrisiko bewertet, um der geringeren Robustheit dieser Quellen im Vergleich zu Studien mit höherem Evidenzgrad gerecht zu werden.

Ergebnisdokumentation

Die Ergebnisse des Recherche- und Selektionsprozesses wurden gemäß den Vorgaben des PRISMA-Statements für Systematic Reviews (PRISMA) in Form eines Fließdiagramms nachvollziehbar dokumentiert.

Für die Datenextraktion wurde ein standardisiertes elektronisches Datenextraktionsformular (Microsoft Excel) entwickelt. Für jedes Review-Ziel und Ergebnismaß wurden iterativ Kategorien gebildet und im elektronischen Datenextraktionsformular dokumentiert. Das Formular enthält Quellencharakteristika (Titel, Autor, Jahr der Veröffentlichung, Sprache, Land, Design, Evidenzgrad), Setting- und ggf. Stichprobencharakteristika (Qualifikation und Kompetenzen von Pflegefachkräften und weiterem Personal, Charakteristika von Pflegebedürftigen) und Hauptergebnisse zu den Zielen der Untersuchung.

3.3 Online-Befragung

Die Befragung soll die Implementierung, Akzeptanz und Nutzung des Bayerischen Notfallbogens in verschiedenen Versorgungssettings untersuchen. Dabei wurden sowohl Herausforderungen sowie Erfolgsfaktoren analysiert. Die Befragung wurde über einen Zeitraum von vier Wochen vom 07.08.2025 bis zum 07.09.2025 durchgeführt, wobei zwei Reminder versendet wurden, der erste nach zwei Wochen und der zweite nach drei Wochen.

Neben einem allgemeinen Start- und Schlussteil wurden spezifische Fragen für vier Akteursgruppen entwickelt, wobei auch die Möglichkeit bestand, über die Auswahl „Sonstige“ (Akteursgruppe 5) eine verkürzte Version (nur den Anfangs- und Endteil) zu erhalten, sofern man sich keiner der anderen aufgeführten Akteursgruppen zuordnen konnte.

Allgemeiner Fragenblock (für alle Akteursgruppen): Alle Akteursgruppen beantworteten zu Beginn Fragen zu ihren Erfahrungen mit dem Bayerischen Notfallbogen.

Themenschwerpunkte:

- ◆ Informationswege (Veranstaltungen, Materialien, Schulungen etc.)
- ◆ Eigener Kenntnisstand zum Bayerischen Notfallbogen
- ◆ Bekanntheit weiterer Dokumente der gesundheitlichen Versorgungsplanung für den Notfall

Akteursgruppe 1 - Stationäre Pflegeeinrichtung und Eingliederungshilfe (Nutzerinnen und Nutzer des Notfallbogens in Einrichtungen)

Befragte: Leitungspersonen von Langzeitpflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Pflegefachpersonen und Sozialarbeiter sofern diese direkt mit dem Thema der gesundheitlichen Vorsorgeplanung oder dem Bayerischen Notfallbogen beschäftigt sind.

Themenschwerpunkte:

- ◆ Bekanntheit und Nutzung des Notfallbogens
- ◆ Einbindung in bestehende Prozesse der gesundheitlichen Versorgungs- und Notfallplanung
- ◆ Informations- und Kommunikationsmaßnahmen zum Bayerischen Notfallbogen
- ◆ Potenziale des Bayerischen Notfallbogens in Bezug auf Inhalte, Nutzen im Notfall und Vorteile gegenüber anderen Dokumenten
- ◆ Herausforderungen in der Implementierung

Akteursgruppe 2 - Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleiter (§ 132g SGB V – intern/extern)

Themenschwerpunkte:

- ◆ Beratungstätigkeit und Dokumentennutzung
- ◆ Anwendung des Bayerischen Notfallbogens
- ◆ Bewertung und Vorteile gegenüber anderen Dokumenten
- ◆ Herausforderungen: Implementierung, Verständlichkeit, rechtliche Aspekte

Akteursgruppe 3 – Nutzer und Nutzerinnen in Notfallsituationen (z. B. Rettungsdienst, Notärztinnen/Notärzte, Krankenhauspersonal)

Befragte: Notärzte und Rettungsfachpersonal, Ärztlicher Dienst und Pflegepersonal in Krankenhäusern.

Themenschwerpunkte:

- ◆ Bekanntheit des Bayerischen Notfallbogens bei Nutzerinnen und Nutzer in Notfallsituationen
-

- ♦ Verfügbarkeit und rechtliche Sicherheit des Bayerischen Notfallbogens
- ♦ Potenziale in Bezug auf Inhalt, Nutzen im Notfall und Vorteile gegenüber anderen Dokumenten
- ♦ Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung
- ♦ Integration in bestehende Prozesse und digitale Dokumentationssysteme
- ♦ Rechtliche Unsicherheiten und Handlungsspielräume

Akteursgruppe 4 - Multiplikatoren (z. B. Aus-, Fort-, und Weiterbildungseinrichtungen)

Themenschwerpunkte:

- ♦ Vermittlung des Bayerischen Notfallbogens in Aus- und Weiterbildungen
- ♦ Curriculare Verankerung und gewünschte zukünftige Aufnahme
- ♦ Potenziale in Bezug auf inhaltliche Qualität, Nutzen und Vergleich mit anderen Dokumenten
- ♦ Herausforderungen bei Umsetzung und rechtlicher Einordnung

Akteursgruppe 5 – Sonstige

Themenschwerpunkte:

- ♦ Potenziale in Bezug auf inhaltliche Qualität, Nutzen und Vergleich mit anderen Dokumenten
- ♦ Herausforderungen bei Umsetzung und rechtlicher Einordnung

Der komplette Online-Fragebogen findet sich im Anhang A1.

Nachfolgende Tabelle 4 zeigt die über die Online-Befragung zu erfassenden Endpunkte und die dazugehörigen Indikatoren.

Tabelle 4: Indikatoren und geplante Erhebungsinstrumente für die genannten Endpunkte

N°	Endpunkt	Indikatoren
1	Bekanntheit des Notfallbogens	Alle relevanten Akteure sind informiert, geschult, etc.
2	Einheitliche Dokumentation des Bewohnerwillens	Alle relevanten Akteure nutzen den Bayerischen Notfallbogen (Patientenverfügung oder Vertreterdokumentation)
3	Berücksichtigung des Bewohnerwillens vor Einführung des Notfallbogens	in den stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe bei den Notfallversorgern
4	Zufriedenheit der Nutzer des Notfallbogens Übertragbarkeit auf andere Regionen	Alle relevanten Akteure (intern und extern) Rechts-/Handlungssicherheit Schnelle Verfügbarkeit der Willensäußerung, Klarheit etc. Erfahrungen aus dem Projekt Förderliche und hemmende Faktoren Übertragbarkeit auf andere Regionen, etc.

Quelle: IGES

Vor dem Start der Online-Befragung wurden intern wie auch extern (n = 4) Pretests der Befragung durchgeführt. Für die externe Testung wurden Personen aus den verschiedenen Zielgruppen angesprochen, den Fragebogen zu prüfen und Rückmeldung zu geben.

3.4 Falldokumentation

Zur Erfassung von Notfällen mit Notarzteinsatz/Rettungsfachpersonal wurde eine elektronische Falldokumentation in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Eingliederungshilfe, die die gesundheitliche Vorausplanung gemäß § 132g SGB V umsetzen, konzipiert und implementiert. Die Falldokumentation erfolgte mittels einer standardisierten Excel-Vorlage (siehe Anhang A2), in der für jede betroffene Person ein eigener Reiter zur Verfügung steht. Erfasst werden sowohl die Grunddaten als auch einmalige und/oder wiederholte Notfälle. In Fällen, in denen nach einem dokumentierten Notfall eine gesundheitliche Vorausplanung durchgeführt wurde, können ergänzende Angaben zum Notfallbogen in der Dokumentation nachgetragen werden. Zur Unterstützung der Einrichtungen wurden ein druckfähiger Erfassungsbogen bereitgestellt sowie Online-Schulungen angeboten.

Der Erhebungszeitraum unterscheidet sich je nach Startpunkt in den Einrichtungen und betrug jeweils ca. sechs Monate.

Die Gewinnung von Einrichtungen für die Teilnahme an der Befragung im Rahmen der Falldokumentation erwies sich als sehr schwierig. Insgesamt wurde zu 25 stationären Einrichtungen der Langzeitpflege und Eingliederungshilfe Kontakt aufgenommen. Auf eine erste Kontaktaufnahme per E-Mail, die neben einer Einladung zur Teilnahme auch eine Erinnerung umfasste, reagierten viele Einrichtungen zunächst nicht. In der Folge wurde der Kontakt telefonisch erneut aufgenommen. Auch hierbei zeigten sich Herausforderungen, da oftmals keine geeignete Ansprechperson erreichbar war oder aufgrund personeller Engpässe, hoher Krankenstände oder anderer organisatorischer Rahmenbedingungen keine kurzfristige Rückmeldung möglich war. In 13 Fällen war die Einführung des Bayerischen Notfallbogens zum Zeitpunkt der Datenerfassung (noch) nicht erfolgt. Als Gründe für die noch nicht stattgefundene Implementierung des Bayerischen Notfallbogens wurden unter anderem ein aktuell erhöhter Krankenstand, Wechsel in Leitungspositionen oder die parallele Nutzung anderer Vorsorgedokumente im Rahmen der § 132g SGB V-Beratung genannt. Insgesamt konnten fünf Einrichtungen gewonnen werden, die an der Falldokumentation teilnahmen.

3.5 Retrospektive Befragung

Zur Bewertung der Effekte der Einführung des Bayerischen Notfallbogens auf die Versorgung am Lebensende wurde eine retrospektive Datenerhebung konzipiert, die sich an stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege und Eingliederungshilfe richtet, die vor Einführung des Bayerischen Notfallbogens noch nicht mit anderen, fast identischen Instrumenten wie dem FeNo-/ÄNo-Bogen oder ACP-Unterlagen gearbeitet haben. Ziel dieser Erhebung war es, Vergleichsdaten zur Versorgungspraxis vor Implementierung des Bayerischen Notfallbogens zu gewinnen.

Die fünf Einrichtungen, welche auch an der elektronisch-gestützten Falldokumentation teilnehmen, wurden gebeten, für 20 bereits vor Einführung des Bayerischen Notfallbogens verstorbene Bewohnerinnen und Bewohner versorgungsrelevante Angaben anhand der Pflegedokumentation, Abrechnungsdaten oder anderer verfügbarer Unterlagen zu erfassen. Letztlich sagte nur eine Einrichtung ihre Teilnahme zu; aufgrund der sehr geringen Fallzahl sowie eingeschränkter Vergleichbarkeit wurde die Datenauswertung nicht weiterverfolgt und im nachfolgenden Bericht nicht weiter ausgeführt.

3.6 Befragung der betroffenen Personen, An- und Zugehörigen sowie rechtlichen Vertretungen

Zur Erhebung der Perspektiven betroffener Personen, ihrer An- und Zugehörigen sowie ggf. rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer wurde ein kurzer Fragebogen entwickelt (siehe Anhang A4). Dieser sollte im Rahmen der Beratungsgespräche gemäß § 132g SGB V eingesetzt werden. Im Fokus der Befragung standen die Verständlichkeit und Wahrnehmung des Bayerischen Notfallbogens sowie das Vertrauen in die Umsetzung der darin dokumentierten Wünsche im Notfall. Die

Befragung erfolgte anonym, personenbezogene Daten wurden nicht erhoben, so dass keine schriftliche Einwilligung erforderlich war.

Die Durchführung der Befragung erfolgte durch die in den Einrichtungen tätigen Gesprächsbegleiterinnen. Zur Unterstützung wurde ein Informationsblatt für die betroffenen Personen zur Verfügung gestellt. Der Erhebungszeitraum lief von Juni bis Anfang Oktober 2025.

3.7 Fokusgruppe mit Gesprächsbegleiterinnen und -begleitern

Ergänzend zur Befragung der betroffenen Personen wurde eine Fokusgruppe mit Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleitern durchgeführt, um deren Erfahrungen mit der Nutzung, Implementierung und Wirkung des Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg zu erfassen. Darüber hinaus sollten auf diese Weise indirekt auch Eindrücke aus den Beratungsgesprächen mit den Betroffenen einfließen, da die Befragung der Betroffenen nur einen geringen Rücklauf aufwies.

Die Fokusgruppe fand am 27. Oktober 2025 statt und umfasste insgesamt vier Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleiter. Im Mittelpunkt standen Fragen zur Verständlichkeit des Bayerischen Notfallbogens aus Sicht der zu beratenden Personen, zum Vertrauen in die Umsetzung der dokumentierten Wünsche im Notfall sowie zu den Auswirkungen auf Handlungssicherheit, Vertrauen und Zufriedenheit der beteiligten Akteure. Darüber hinaus wurde diskutiert, welche Maßnahmen und Projektschritte erforderlich sind, um den Bayerischen Notfallbogen als „Blau-pause“ auf weitere Regionen Bayerns zu übertragen (Leitfaden und Datenschutzhinweise siehe A4).

4. Ergebnisse der Evaluation

4.1 Literaturrecherche zu Advanced Care Planning

In diesem Kapitel wird zunächst ein tabellarischer Überblick über die identifizierte Literatur gegeben. Anschließend werden in sechs Unterkapiteln themenspezifische Auswertungen dargestellt. Im Abschnitt 4.1.7 erfolgt eine Zusammenfassung der Befunde und Einordnung entsprechend den Forschungsfragen.

Als grundlegende Erkenntnis der Literaturrecherche lässt sich vorab feststellen, dass die Nomenklatur im Themenfeld Advance Care Planning (ACP) im deutschsprachigen Raum äußerst vielfältig und uneinheitlich ist. Zwar existieren hierzu lande gesetzlich klar definierte Regelungen, wie etwa die Gesprächsbegleitung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V, jedoch sind die Begrifflichkeiten und Inhalte entsprechender Dokumente – wie etwa Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten oder Notfallpläne – zum Teil erheblich unterschiedlich ausgestaltet. Diese unterscheiden sich nicht nur in ihrer rechtlichen Verbindlichkeit und inhaltlichen Tiefe, sondern auch in ihrer Zielsetzung, Anwendungsweise und formalen Struktur. Es wurden in dem vorliegenden Review wenige Dokumentationsvorlagen über die wissenschaftlichen Datenbanken identifiziert, sondern mehr über die Handrecherche. Im deutschsprachigen Raum existieren nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema ACP. Allerdings gibt es in der grauen Literatur mehrere, für die Forschungsfragen interessante Veröffentlichungen, welche an der ein oder anderen Stelle wertvolle Hinweise zur Beantwortung derselben geben.

In diesem Review soll die Patientenverfügung definiert werden als „eine vorweggenommene Einwilligung oder vielmehr in der Regel eine Ablehnung, unter bestimmten Umständen lebenserhaltende Maßnahmen anzuwenden“ (Schmitt et al. 2022, S. 87). Zu beachten ist dabei, dass eine wirksame Einwilligung oder Ablehnung medizinischer Maßnahmen nach deutschem Recht nur dann vorliegt, wenn diese auf einer wohlinformierten Grundlage erfolgt (vgl. § 630d, § 630e BGB). Der vorgelagerte Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung kann als kommunikative und kooperative Auseinandersetzung verstanden werden, die darauf abzielt, Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen (Schmitt et al. 2022, S. 87).

Die folgende Übersicht zeigt die in den Scoping Review eingeschlossene Literatur (n = 18) und die jeweils zentrale Erkenntnisse.

Tabelle 5: Scoping Review: Überblick über eingeschlossene Literatur

Autor(en)	Jahr	Titel	Ziel	Zentrale Ergebnisse	Relevanz
Bauer et al.	2024	End-of-life care in German and Dutch nursing homes: a cross-sectional study on nursing home staff's perspective in 2022	In dieser Querschnittsstudie wurden Pflegedienstleitungen zufällig ausgewählter Pflegeheime in Deutschland und den Niederlanden postalisch befragt, um Kenntnisse über Bewohnerwünsche in Notfällen, vorhandene Advance-Care-Planning-Angebote, die Qualifikation des Personals sowie die Qualität der Versorgung am Lebensende zu erfassen.	In deutschen Pflegeheimen werden seltener ACP-Angebote vorgehalten (39,2 %; n = 198 vs. 75,0 %; n = 96 niederländische Pflegeheime) und eine deutlich höhere Krankenhaussterberate am Lebensende berichtet (DE 20,5 %; n = 191 vs. NL 5,9 %; n = 257). Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Wünsche für Notfallsituationen bekannt sind, ist in deutschen Pflegeheimen signifikant geringer. Hausärztinnen und Hausärzte werden von den befragten Leitungspersonen seltener als gut in der Versorgung am Lebensende geschult eingeschätzt. Als wichtigste Verbesserungsmaßnahmen werden mehr Personal, bessere Qualifikation sowie eine stärkere Integration der Palliativversorgung genannt.	Zeigt strukturelle Lücken bei ACP und Schulung in Deutschland, liefert internationale Vergleichswerte.
Behnke et al.	2022	Outpatient palliative care during the COVID-19 pandemic: a retrospective single centre analysis in Germany	Ziel der retrospektiven Studie war es, anhand der Auswertung von Todesbescheinigungen die Sterbeorte aller an COVID-19 verstorbenen Personen in einem deutschen Landkreis zu erfassen, mittels telefonischer Befragungen von Pflegeeinrichtungen das Vorhandensein von Advance-Care-Planning-Strukturen zu ermitteln sowie die klinischen Merkmale von COVID-19-positiven und -negativen Patientinnen und Patienten unter Betreuung eines universitären ambulanten Palliativteams zu vergleichen.	Die Mehrheit der COVID-19-Verstorbenen verstarb im Krankenhaus (63,5 %, n = 299/471), 34,0 % in Pflegeheimen (n = 160/471) und 2,1 % zu Hause (n = 10/471), alle mit ambulanter Palliativversorgung. In Pflegeheimen waren palliative Versorgungsstrukturen und ACP-Angebote nur teilweise etabliert. COVID-19-positive und -negative Patientinnen und Patienten im ambulanten Palliativsetting unterschieden sich u. a. hinsichtlich Komorbiditäten, Aufenthaltsort, funktionellem Status (ECOG-Status, <i>Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status</i>) und Verweildauer.	Zeigt einen konkreten Bedarf an der Stärkung ambulanter Palliativstrukturen, insbesondere in Pflegeheimen, sowie die Relevanz von Advance Care Planning.

Berloge et al.	2024	Provision of hospice and palliative care and implementation of advance care planning for residents in German nursing homes - a cross-sectional study	Im Rahmen des Projekts „Gut-Leben“ wurde 2023 eine querschnittliche quantitative Befragung durchgeführt, um die Verbreitung von Hospiz- und Palliativversorgungsstrukturen, die Implementierung von Advance Care Planning (ACP) sowie Hindernisse bei der Zustimmung zu ACP in deutschen Pflegeheimen zu untersuchen. Hierzu wurde ein Fragebogen an eine zufällige Stichprobe von Leitungspersonen aus Pflegeheimen versendet.	77,7 % (n = 256) der befragten Leitungspersonen bewerten die regionalen End-of-life-Versorgungsstrukturen als eher gut oder sehr gut. 64,4 % (n = 201) kennen die gesetzliche Grundlage für ACP nach § 132g SGB V; von diesen Einrichtungen verfügen 50,3 % (n = 100) über eine Genehmigung zur Abrechnung entsprechender Leistungen. Zentrale Hinderungsgründe für eine Antragstellung bzw. Genehmigung sind Personalmangel (48,5 %; n = 33) und eine geringe Einrichtungsgröße (27,9 %; n = 19). Eine sehr enge Zusammenarbeit in der allgemeinen medizinischen und palliativ-therapeutischen Versorgung (unabhängig von einer Genehmigung nach § 132g SGB V) wurde mit Hausärztinnen und Hausärzten (54,7 %; n = 326), Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (42,9 %; n = 306) sowie Palliativmedizinerinnen und Palliativmedizinern (38,6 %; n = 274) berichtet.	Zeigt den Stand zu ACP in Deutschland, strukturelle Barrieren und Potenziale in Pflegeeinrichtungen.
Bronner et al.	2020	Entwicklung einer Entscheidungshilfe für partizipative Vorausplanungen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige	Entwicklung und Pilotierung einer komplexen, dialogorientierten und wertebasierten Intervention für Menschen mit Alzheimer-Demenz und deren Angehörige, die Elemente von Advance Care Planning (ACP) und Shared Decision Making (SDM) kombiniert und darauf abzielt, eine frühzeitige Planung und Umsetzung psychosozialer Entscheidungen zu unterstützen.	Auf Basis von Interviews und Workshops mit Betroffenen und Fachpersonen wurde eine praxisnahe Entscheidungshilfe entwickelt, bei der die Bedarfe und Perspektiven von Menschen mit Demenz systematisch berücksichtigt wurden. In der Pilotstudie bewerteten 70–75 % der Patientinnen und Patienten die Themen Vorsorgevollmacht (VV), Patientenverfügung (PV) und Wohnen als wichtig. Angehörige schätzten VV, PV und Wohnen mit etwas geringeren Raten (55–65 %) als relevant ein.	Zeigt Entwicklung einer Entscheidungshilfe für ACP bei Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege.

Bosisio et al.	2021	Implementing advance care planning in early dementia care: results and insights from a pilot interventional trial	Diese einarmige (d. h. ohne Vergleichsgruppe) Prä-Post-Pilotstudie untersuchte Machbarkeit und Akzeptanz einer ACP-Intervention für Menschen mit beginnender Demenz und deren Angehörige. Über vier Termine hinweg wurden Autonomie, Wissen der Angehörigen über Präferenzen der Betroffenen sowie Rekrutierungsverlauf, Protokollanpassungen, Teilnahmegründe, Zufriedenheit und wahrgenommene Schwierigkeiten erfasst.	Die ACP-Intervention wurde von Menschen mit beginnender Demenz und ihren Angehörigen positiv bewertet, insbesondere wegen der moderierten Gespräche zu sensiblen Themen. Trotz Herausforderungen bei Rekrutierung, Anpassung an klinische Abläufe, Motivation zur Teilnahme und geringer Belastung der Betroffenen erhöhte sie die Zahl der Vorsorgeverfügungen, die Übereinstimmung zwischen Präferenzen und Entscheidungen sowie das Kontrollgefühl der Angehörigen.	Liefert praktische Erkenntnisse zur Umsetzung von ACP im Frühstadium von Demenz.
Götze et al.	2025	Patienten-relevante Auswirkungen von Behandlung im Voraus Planen: cluster-randomisierte Interventionsstudie in Pflegeeinrichtungen	Eine multizentrische, cluster-randomisierte kontrollierte Studie zur Verbesserung der Behandlungskonsistenz bei Bewohnerinnen und /-bewohnern von Pflegeeinrichtungen mit palliativem Versorgungsbedarf, der Erfahrungen mit der Versorgung und der tatsächlichen Versorgungssituation am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen aus Sicht von Bewohnerinnen und Bewohner, An- und Zugehörigen und Personal.	In der Hauptanalyse zeigte sich kein Unterschied in der Hospitalisierungsrate zwischen Interventions- (23 Einrichtungen) und Kontrollgruppe (21 Einrichtungen). Notfallfestlegungen fanden sich in der Interventionsgruppe zwar häufiger, aber nur bei 20 % der Bewohnerakten (von insgesamt 892 analysierten Fällen). In einer Adhärenzanalyse von sechs IG-Einrichtungen (Interventionstreue > Median) zeigten sich Notfallfestlegungen in ca. 2/3 der Fälle (66 %), ein diskreter Rückgang der Hospitalisierungsrate und eine deutliche Erhöhung der Konsistenz. Der Effekt trat jedoch nur bei umfassender Adhärenz (Gesprächsprozesse und institutionelle Implementierung/Organisationsentwicklung) auf. Die Ergebnisse stützen die Theory of Change von ACP. Eine Anpassung der Vereinbarung nach § 132g SGB V und eine Ausweitung auf weitere Zielgruppen werden empfohlen.	Bundesweite Daten zu Versorgungslücken und Handlungsbedarfen im Bereich ACP und Palliative Care.

Günther et al.	2020	Opportunities and Risks of Resuscitation Attempts in Nursing Homes	Retrospektive Analyse von Reanimationsversuchen in Pflegeheimen anhand von Daten des Deutschen Reanimationsregisters (2011–2018) mit Fokus auf Dokumentation, Entscheidungsprozesse und Outcomes, um Risiken und Optimierungspotenziale zu identifizieren.	In einer retrospektiven Analyse von 2.900 Reanimationsversuchen in Pflegeheimen (2011 – 2018) lag das Durchschnittsalter der Betroffenen bei 83,7 Jahren, 61 % waren Frauen. Nur 118 Personen (4,0 %) wurden lebend aus dem Krankenhaus entlassen, darunter 64 (2,2 %) mit gutem neurologischem Outcome (CPC 1 oder 2). 64,8 % starben noch am Einsatzort, 31,1 % im Krankenhaus. In über einem Drittel der Fälle (36,4 %) wurde die Reanimation bereits vor Eintreffen des Rettungsdienstes begonnen. Die geringe Überlebensrate und die verzögerten Reanimationsversuche deuten auf Unsicherheiten im Umgang mit Notfallsituationen hin – möglicherweise ein Hinweis auf die Relevanz von Advance Care Planning.	Daten zur Reanimation aus Pflegeheimen zeigen Bedarf an ACP kann gezeigt werden, allerdings Fokus eher auf Reanimation.
Hecht et al.	2018	Advance Care Planning in schweizerischen Alters- und Pflegeheimen: Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie	Untersuchung der Umsetzung und Praxistauglichkeit von Advance Care Planning (ACP) in zwei Schweizer Alters- und Pflegeheimen im Rahmen eines strukturierten Implementierungsprogramms, mit dem Ziel, Prozesse, Chancen und Herausforderungen der Einführung zu identifizieren. Grundlage waren Fokusgruppeninterviews nach den ersten Umsetzungsschritten.	Die Implementierung des in der Schweiz evaluierten ACP-Programms in zwei Alters- und Pflegeheimen zeigte, dass Advance Care Planning nur wirksam eingeführt werden kann, wenn ein koordinierter, systemübergreifender Ansatz verfolgt wird. Herausforderungen betrafen zeitliche Ressourcen und Einbindung externer Ärztinnen und Ärzte.	Benennt Erfolgsfaktoren und Hürden bei der praktischen Umsetzung von ACP in stationären Einrichtungen der Langzeitversorgung

Jaschke et al.	2024	Measuring patients' medical treatment preferences in advance care planning: development and validation of the Treat-Me-ACP instrument - a secondary analysis of a cluster-randomized controlled trial	Die Studie hatte das Ziel, das Treat-Me-ACP zur Erfassung medizinischer Behandlungsvorlieben zu entwickeln und zu validieren. Dazu wurde eine Vorversion in einer Substichprobe der STADPLAN-Studie – einer cluster-randomisierten Studie zu Advance Care Planning bei älteren, pflegebedürftigen Menschen in Deutschland – (n = 80) zu T0 und T2 eingesetzt und hinsichtlich Akzeptanz, interner Konsistenz, konkurrierender Validität und Responsivität gegenüber Veränderungen in Präferenzen für lebensverlängernde Behandlungen geprüft.	Das <i>Treat-Me-ACP</i> -Instrument wurde in einer Teilstichprobe von 80 Personen eingesetzt. Die Akzeptanz war hoch (Vollständigkeit der Angaben > 90 %). Die interne Konsistenz lag im akzeptablen bis sehr guten Bereich (Cronbach's $\alpha = 0,72-0,96$). In der Interventionsgruppe zeigten sich über 12 Monate hinweg sinkende Präferenzen für lebensverlängernde Maßnahmen in allen fünf Szenarien. Die Szenarien korrelierten signifikant mit dem globalen Therapieziel und den affektiven Bewertungen („How would you feel?“). Das Instrument erwies sich als geeignet, Veränderungen in Behandlungsvorlieben im Rahmen von Advance Care Planning sichtbar zu machen.	Bietet ein validiertes Messinstrument zur strukturierten Erfassung von ACP-Präferenzen.
Köstenberger et al.	2020	Advance directives in Austrian intensive care units: An analysis of prevalence and barriers	Ziel war es, in einer multizentrischen retrospektiven Aktenanalyse und einer qualitativen Studie die Häufigkeit von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und gesetzlichen Vertretungen auf österreichischen Intensivstationen zu erfassen sowie Barrieren im Planungs- und Dokumentationsprozess von Advance Care Planning (ACP) zu identifizieren.	Insgesamt wurden 475 Patienten und Patientinnen eingeschlossen; nur 0,6 % (n = 3) der ICU-Patientinnen und Patienten hatten eine Patientenverfügung (advance directive), 0,8 % (n = 4) eine Vorsorgevollmacht und 1,5 % (n = 7) eine gesetzliche Vertretung. Ältere Personen und Eltern reagierten positiver auf das Thema ACP. Interviews und Fokusgruppen zeigten deutliche Barrieren für die Vorausplanung in der Bevölkerung auf (siehe Abbildung 4).	Verbreitung und strukturelle Hürden bei der Umsetzung von Vorausverfügungen im klinischen Alltag

Luck et al.	2017	Advance directives and power of attorney for health care in the oldest-old - results of the AgeQualiDe study	Das Ziel der Studie war es, bei in Deutschland lebenden, über 85-jährigen, kognitiv unbeeinträchtigten Personen – sowohl in Privathaushalten als auch in Pflegeeinrichtungen – (1) die Häufigkeit von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zu bestimmen und (2) sozio-demografische, kognitive, funktionale sowie gesundheitsbezogene Faktoren zu identifizieren, die mit dem Vorliegen solcher Dokumente assoziiert sind. Hierzu wurden Daten aus der German AgeQualiDe-Studie analysiert.	704 Patienten und Patientinnen wurden befragt. 69 % (n= 486) hatten eine Patientenverfügung, 64,6 % (n= 455) eine Vorsorgevollmacht. 79 % (n = 384) der Patienten und Patientinnen mit Patientenverfügungen erhielten Unterstützung bei der Erstellung, v. a. durch Kinder/Enkel (38,3 %; n= 147). Der häufigste Grund gegen eine Patientenverfügung war Vertrauen in Angehörige, die im Bedarfsfall die richtigen Entscheidungen treffen (59,4 %; n = 114 der Personen ohne Patientenverfügung. Individuelle Charakteristika (z.B. Bildungsniveau und Lebenssituation) erklärten die Unterschiede nur schwach (R^2 max. 5,1 %).	Liefert Prävalenz von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten bei über 85-Jährigen.
Petri et al.	2021	Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und die Voraussetzungen der Vorausplanung für schwere gesundheitliche Krisen	Entwicklung konkreter Empfehlungen zur Umsetzung von ACP für Menschen mit Beeinträchtigungen im Kontext der Eingliederungshilfe.	Die Handreichung bietet konkrete Hinweise zur barrierearmen Gesprächsführung, Einbindung gesetzlicher Betreuerinnen und Betreuer und Gestaltung verständlicher Dokumente. Sie betont die Bedeutung institutioneller Verankerung und multiprofessioneller Zusammenarbeit bei der ACP-Umsetzung.	Adressiert direkt die Zielgruppe und das Setting (Eingliederungshilfe), enthält praxisnahe Empfehlungen und benennt strukturelle Anforderungen.
In der Schmitten et al.	2021	Advance care planning by proxy in German nursing homes: Descriptive analysis and policy implications	Untersuchung der Form, Inhalte, Validität und Anwendbarkeit von Patientenverfügungen (AD-Ps) bei deutschen Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern in einer Sekundäranalyse zweier unabhängiger Querschnittsstudien sowie Ableitung von gesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen.	46 ADs by proxy wurden identifiziert, meist mit dem Ziel, lebensverlängernde Maßnahmen zu begrenzen. Inhaltlich bestanden große Unterschiede, häufige Vorgaben: Nicht-Hospitalisierung (67 %; n= 31), keine künstliche Ernährung (37 %; n= 17), kein Reanimationsversuch (20 %; n= 9). Formale Standards fehlen, ethische Begründungen oft unklar.	Daten aus Pflegeheimen in Deutschland zur Praxis und Problematik schriftlicher Vorausverfügungen, thematisiert strukturelle und ethische Lücken im ACP-Prozess.

Silies et al.	2022	Contextual factors influencing advance care planning in home care: process evaluation of the cluster-randomised controlled trial STADPLAN	Analyse der Umsetzung, Wirkmechanismen, Prozessziele und Kontextfaktoren bei ACP-Implementierung in deutschen Pflegeheimen im Rahmen einer Mixed-Methods-Prozessevaluation.	Schulungsprogramme wurden wie geplant umgesetzt und steigerten Motivation, Wissen und Kompetenz bei Pflegekräften. Barrieren waren Zeitmangel und geringe Beteiligung von Bewohnerinnen und Bewohner/Angehörigen. Es zeigte sich eine erhöhte Aufmerksamkeit für ACP sowie Kontextfaktoren auf individueller, institutioneller und systemischer Ebene als zentrale Einflussgrößen.	Fokus liegt direkt auf ACP in deutschen Pflegeheimen; strukturelle Rahmenbedingungen und Umsetzungshürden werden analysiert.
Strautmann et al.	2020	Nursing home staff's perspective on end-of-life care of German nursing home residents: a cross-sectional survey	Erhebung der Wahrnehmung und Bewertung der End-of-Life-Versorgung aus Sicht des Pflegeheim-Leitungspersonals in deutschen Pflegeheimen mittels einer bundesweiten Querschnittsbefragung.	64,4 % (n = 303) der insgesamt 486 Befragten bewerteten die EoL-Versorgung als eher gut. 45,9 % (n = 476) der Bewohnerinnen und Bewohner haben laut Einschätzung der Befragten eine Patientenverfügung. Die Befragten schätzen, dass im Mittel 28,4 % (n = 423) der Fälle die in Patientenverfügungen dokumentierten Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner bei Entscheidungen im Rahmen der Versorgung am Lebensende nicht berücksichtigt wurden; die Angabe bezieht sich auf eine allgemeine Einschätzung der Entscheidungsfindung und ist nicht auf einzelne Maßnahmen (z. B. Krankenhauseinweisungen) begrenzt. Verbesserungspotenziale: mehr Personal, bessere Qualifikation, stärkere Einbindung von Hausärztinnen und Hausärzten und Palliativversorgung.	Perspektive aus der stationären Langzeitpflege zu strukturellen Voraussetzungen, wahrgenommenen Defiziten und Rahmenbedingungen der End-of-Life-Versorgung, einschließlich des Umgangs mit Patientenverfügungen und deren Berücksichtigung in Entscheidungsprozessen, mit indirekter Relevanz für ACP-nahe Kommunikation am Lebensende.

Umgelter et al.	2016	Preoperative patient-oriented advance planning of emergency and intensive care treatment--Necessary or imposition?: Questionnaire survey	Freiwillige anonyme standardisierte Fragebogenerhebung an über 50-jährigen Patienten und Patientinnen, um den Bedarf an patientenorientierter Vorausplanung von Notfall- und Intensivbehandlung zu ermitteln und die Belastung durch derartige Angebote zu beurteilen.	Von 579 befragten Patientinnen und Patienten (Durchschnittsalter 66 Jahre, 51 % männlich) zeigten 43 % Interesse an patientenorientierter Vorausplanung von Notfall- und Intensivbehandlung, was – je nach Anteil fehlender Werte (max. 35 %) – etwa 162 – 249 Personen entspricht. Ein unabhängiger Prädiktor dafür war der Wunsch nach Patientenautonomie. 7,3 % empfanden die Umfrage als belastend, entsprechend etwa 28 – 43 Personen bei maximalem Anteil fehlender Werte. Diese Belastung war unabhängig mit größerer Sorglosigkeit gegenüber dem perioperativen Komplikationsrisiko assoziiert.	Hinweise auf Akzeptanz und Informationsbedarf für patientenorientierte Vorausplanung im Krankenhaus (präoperativ); keine Implementierung/Evaluation eines ACP-Programms
Wachter et al.	2021	Der Erfurter Notfallbogen	Darstellung des Erfurter Notfallbogens als strukturierte Handlungsanweisung zur Umsetzung von Patientenwünschen in medizinischen Notfällen im Rahmen von ACP	Der Notfallbogen operationalisiert ACP-Inhalte für Notfallsituationen und soll die Handlungssicherheit verbessern. Er berücksichtigt Reanimationswünsche, Krankenhausaufnahme und palliative Maßnahmen. Erfolgreiche Implementierung erfordert multiprofessionelle Zusammenarbeit und Schulung. Der Bogen dient als rechtlich abgesicherte Entscheidungshilfe und ist bundesweit einsetzbar.	Vorstellung eines Dokumentationsformates von ACP
Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO)	2019	Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: "Advance Care Planning (ACP)"	Ethische, rechtliche und praktische Einordnung von ACP gemäß §132g SGB V und Empfehlungen zur qualitätsgesicherten Umsetzung in stationären Einrichtungen	ACP muss als strukturierter, freiwilliger Gesprächsprozess erfolgen. Notwendig sind qualifizierte Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleiter, schriftliche Dokumentation, Einbindung von Angehörigen und sektorenübergreifende Kommunikation. Die Umsetzung erfordert institutionelle Verankerung, ethische Reflexion und Schulung.	Rahmenempfehlung zur ethischen und praktischen Umsetzung von ACP in Pflegeeinrichtungen, mit Fokus auf Verbindlichkeit, Prozesse, Qualifikation und Dokumentation

Quelle: IGES

4.1.1 ACP - Instrumente und Dokumente

Advance Care Planning (ACP) ist ein strukturierter Prozess, bei dem Menschen ihre Wünsche und Präferenzen für zukünftige medizinische Entscheidungen im Voraus festlegen. Der Erfolg von ACP hängt von acht Schritten ab (Morrison et al. 2021):

1. Patienten artikulieren ihre Werte und Ziele und identifizieren, welche Behandlungen in hypothetischen Zukunftsszenarien mit diesen Zielen übereinstimmen würden,
2. Ärzte und weitere Gesundheitsfachkräfte eruieren diese Werte und Präferenzen,
3. Präferenzen werden dokumentiert,
4. Richtlinien o. ä. stehen zur Verfügung, um klinische Entscheidungen zu leiten, wenn sich die Präferenzen der Patienten nicht geändert haben und sie genügend Entscheidungsfähigkeit verloren haben, damit ihre ACP-Verfügungen wirksam werden können,
5. Stellvertreter berufen sich auf ein stellvertretendes Urteil (treffen die Entscheidung, die der Patient treffen würde, wenn er dazu in der Lage wäre) und stützen ihre Behandlungsentscheidungen auf die zuvor geäußerten Präferenzen des Patienten,
6. Ärzte berücksichtigen die vorliegenden Dokumente und beziehen die Präferenzen des Patienten in Gespräche mit Stellvertretern ein,
7. zuvor geäußerte Wünsche werden respektiert und
8. Gesundheitssysteme stellen Ressourcen und Pflegeleistungen zur Verfügung, um eine zielkonforme Versorgung zu unterstützen.

Die Verfügbarkeit und Nutzung von ACP-Dokumenten und -Instrumenten im deutschsprachigen Raum ist insgesamt uneinheitlich ausgeprägt und variiert deutlich zwischen den verschiedenen Versorgungssettings.

Die BEVOR-Studie liefert umfassende Daten zur Verbreitung von ACP-Dokumenten in stationären Pflegeeinrichtungen. Insgesamt nahmen 3.444 Bewohnerinnen und Bewohner aus 44 Einrichtungen an der Studie teil, davon 1.672 Personen in der Interventionsgruppe. Bei 1.264 dieser Personen (75,6 %) wurde mindestens ein ACP-Gespräch dokumentiert. In 1.015 Fällen (60,7 % der Interventionsgruppe) wurde dabei mindestens ein Vorsorgedokument erstellt oder angepasst. Ergänzend wurde erfasst, dass bereits vor Beginn der Intervention bei etwa einem Drittel der Teilnehmenden entsprechende Dokumente vorlagen (Götze et al. 2025). Ergänzend liefern Behnke et al. (2022) Hinweise zur Verfügbarkeit von ACP-Strukturen in der Praxis. In einer telefonischen Erhebung von 30 stationären Pflegeeinrichtungen in einem deutschen Landkreis wurde erfasst, ob strukturierte Advance-Care-Planning-Strukturen vorhanden sind. In 25 Einrichtungen lagen hierzu auswertbare Angaben vor; in zehn dieser Einrichtungen (40,0 %) wurden ACP-Strukturen berichtet, während in 15 Einrichtungen entsprechende Strukturen nicht

vorhanden waren. Für fünf Einrichtungen konnten keine Angaben erhoben werden (Behnke et al. 2022).³

In der Allgemeinbevölkerung zeigt sich in Abhängigkeit vom Alter eine deutliche Variation in der Verbreitung entsprechender Vorsorgedokumente. In der AgeQualiDe-Studie wurden 704 hochaltrige, nicht an Demenz erkrankte Personen ab 85 Jahren befragt. Davon gaben 486 Personen (69,0 %) an, über eine Patientenverfügung zu verfügen, und 455 Personen (64,6 %) über eine Vorsorgevollmacht. Die Ergebnisse basieren auf einer hausärztlich rekrutierten Stichprobe mit einem Durchschnittsalter von 88,7 Jahren. Als unterstützende Akteure beim Verfassen wurden häufig Kinder oder Enkelkinder genannt. Die Befunde weisen darauf hin, dass der Anteil vorhandener Dokumente mit zunehmendem Alter ansteigt, gleichwohl aber häufig mit externer Unterstützung erstellt wird (Luck et al. 2017).

In intensivmedizinischen Versorgungssettings zeigt sich eine geringe Verbreitung bzw. Verfügbarkeit von Vorsorgedokumenten. In einer retrospektiven Analyse von 475 Patientinnen und Patienten auf einer österreichischen Intensivstation lag in lediglich drei Fällen (0,6 %) eine Patientenverfügung vor. Zusätzlich verfügten vier Personen (0,8 %) über eine Vorsorgevollmacht und sieben (1,5 %) über eine gesetzliche Betreuung (Köstenberger et al. 2020).

Neben den Erhebungen zur Verbreitung von Vorsorgedokumenten konnten auch verschiedene spezifische Instrumente identifiziert werden, die im Rahmen von ACP-Prozessen entwickelt oder evaluiert wurden. Diese reichen von strukturierten Notfallplänen über Gesprächsleitfäden bis hin zu schriftlichen Entscheidungshilfen. Nachfolgende Dokumente/Instrumente zu ACP konnten im Rahmen der Literaturrecherche identifiziert werden:

Der Erfurter Notfallbogen dokumentiert Behandlungswünsche für Notfallsituationen in abgestuften Kategorien von „A“ (maximale Therapie) bis „F“ (palliatives Therapieziel ohne Krankenhausbehandlung). Er kann sowohl bei einwilligungsfähigen als auch bei nicht einwilligungsfähigen Personen angewendet werden und hält die Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung explizit fest (Wachter et al. 2021).

Als Reaktion auf § 11 der Vereinbarung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13. Dezember 2017 wurde auf Initiative des Zentrums für Angewandte Ethik in Erfurt ein Runder Tisch eingerichtet, an dem sich Vertreterinnen und Vertreter aus Altenhilfe, Eingliederungshilfe, Rettungsdienst, Krankenhäusern, SAPV, Hospizdiensten, Betreuungsstellen, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden sowie der Seelsorge beteiligten. In einem mehrstufigen Abstimmungsprozess wurde dort ein praxisorientierter Notfallbogen entwickelt, der seither regional und zunehmend auch bundesweit eingesetzt wird. Laut Angaben der

³ Zum Stichtag 31.12.2022 berichtete der GKV-SV, dass im Jahr 2022 bundesweit nur in ca. 16 % der stationären Pflegeeinrichtungen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anboten, in Bayern waren es 26 % (GKV-SV 2023).

beteiligten Akteurinnen und Akteure wird der Erfurter Notfallbogen in der Praxis positiv aufgenommen, er liege aktuell in einer überarbeiteten zweiten Version vor.

Ein weiteres, im Kontext von ACP eingesetztes Instrument wurde im Rahmen der STADPLAN-Studie erprobt. Das dort entwickelte und eingesetzte Dokumentations- und Gesprächsformat umfasst zwei strukturierte Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung, eine begleitende Informationsbroschüre sowie eine standardisierte Dokumentationsvorlage, die die individuellen Behandlungswünsche festhält. Ziel war es, die Gespräche für Betroffene nachvollziehbar zu strukturieren und zugleich eine verbindliche schriftliche Fixierung der besprochenen Inhalte zu ermöglichen (Silies et al. 2022). Das Format wurde im ambulanten Bereich eingesetzt, lässt sich hinsichtlich Struktur und Zielsetzung potenziell auch auf andere Versorgungskontexte übertragen, etwa die stationäre Langzeitpflege oder die Eingliederungshilfe.

In der Handreichung *„Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und die Voraussetzungen der Vorausplanung für schwere gesundheitliche Krisen“* wird die Umsetzung von ACP in Einrichtungen der Eingliederungshilfe beschrieben. ACP wird als strukturierter Gesprächsprozess nach § 132g SGB V dargestellt, der insbesondere bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen spezifische Anforderungen stellt. Die Willensermittlung erfolgt abhängig von der Einwilligungsfähigkeit entweder direkt oder durch Vertreterdokumentationen. Gesprächsprozesse beziehen regelmäßig rechtliche Vertreterinnen und Vertreter, Beschäftigte der Einrichtungen sowie gegebenenfalls Angehörige mit ein. Die Einführung von ACP wird mit einem hohen organisatorischen Aufwand, personellen Anforderungen und palliativer Kompetenz in Verbindung gebracht. Thematisch stehen häufig Notfallsituationen, der Umgang mit schwerer Erkrankung sowie der gewünschte Aufenthaltsort in der letzten Lebensphase im Fokus. Berichtet wird, dass durch die Implementierung eine strukturierte Auseinandersetzung mit diesen Themen innerhalb der Einrichtungen stattfindet (Petri et al. 2021).

Ein weiteres Instrument wurde im Rahmen einer Pilotstudie in einer Gedächtnisambulanz entwickelt und getestet. Ziel war es, Menschen im Frühstadium einer Demenz und deren Angehörige bei vorsorglichen Entscheidungen, etwa zu Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Wohnform oder Mobilität, frühzeitig zu unterstützen. Die Intervention umfasste eine schriftliche Entscheidungshilfe sowie zwei strukturierte Gespräche mit einem Zwischentelefonat. Die Erprobung erfolgte zunächst im Rahmen eines Pretests mit acht Dyaden aus betroffenen Personen und Angehörigen, anschließend wurden weitere 19 Dyaden mit Personen mit MMSE-Werten zwischen 21 und 26 einbezogen. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden zeigten eine hohe Akzeptanz und gute Verständlichkeit des Materials. Gleichzeitig wurde die Rekrutierung der Zielgruppe als herausfordernd beschrieben (Bronner et al. 2020).

Ein anderes Beispiel, das jedoch eine methodisch-instrumentelle Perspektive einnimmt und nicht primär auf die Versorgungspraxis zielt, stellt das im Rahmen der STADPLAN-Studie entwickelte Instrument Treat-Me-ACP dar. Es handelt sich dabei

um ein wissenschaftlich validiertes Messinstrument zur systematischen Erfassung von medizinischen Behandlungspräferenzen älterer, pflegebedürftiger Personen im häuslichen Umfeld (Jaschke et al. 2024). Ziel des Instruments ist es, Veränderungen in der Entscheidungsfindung im Zuge von ACP-Prozessen sichtbar zu machen, insbesondere im Rahmen von Interventionsstudien. Treat-Me-ACP umfasst hypothetische Behandlungsszenarien und bewertet Einstellungen zu verschiedenen medizinischen Maßnahmen. Damit eignet es sich insbesondere zur Wirksamkeitsmessung von ACP-Gesprächen (ebd.).

Zur Unterstützung einer faktenbasierten Entscheidungsfindung wurden im Rahmen einer Analyse von Reanimationsversuchen in Pflegeeinrichtungen sogenannte Faktenboxen entwickelt (Günther et al., 2020). Diese bereiten die Ergebnisse des Deutschen Reanimationsregisters adressatengerecht auf und visualisieren patientenrelevante Outcomes wie „neurologisches Überleben“⁴ oder Sterblichkeit ohne Krankenhausaufnahme anhand von Symbolgrafiken. Ziel ist es, durch eine transparente Darstellung von Chancen und Risiken eine fundierte Risiko-Nutzen-Kommunikation im Rahmen von ACP-Gesprächen zu ermöglichen. Die Autorinnen und Autoren betonen, dass diese Form der risikobasierten Kommunikation insbesondere dazu beitragen kann, die Entscheidungsfindung über künftige Reanimationsmaßnahmen im Sinne der individuellen Präferenzen zu stärken (Günther et al. 2020).

4.1.2 Implementierung von ACP – Herausforderungen und Potenziale

Die praktische Umsetzung von ACP erfolgt typischerweise in mehreren, aufeinander aufbauenden Schritten. Dazu zählen unter anderem die Information und Schulung des beteiligten Personals, die Entwicklung oder Anpassung geeigneter Dokumentationsformate sowie die Integration der ACP-Prozesse in bestehende Versorgungsstrukturen und regionale Netzwerke. Hinweise zu Gelingensbedingungen und Herausforderungen bei der Implementierung liefert die BEVOR-Studie. Die Autorinnen und Autoren berichten, dass zum Zeitpunkt der Evaluation noch keine signifikanten Veränderungen bei Behandlungsentscheidungen beobachtet werden konnten. Als Grund wird unter anderem angeführt, dass das Programm in der vorgesehenen Zeitspanne noch nicht in ausreichendem Maß bei Bewohnerinnen und Bewohnern sowie relevanten Akteurinnen und Akteuren im Versorgungsgeschehen angekommen sei. Die Befunde unterstreichen, dass ACP als längerfristiger Implementierungsprozess zu verstehen ist, der strukturelle und kulturelle Veränderungen im Versorgungskontext anstößt (Götze et al. 2025). Ergänzend weisen die Autorinnen und Autoren der BEVOR-Studie auf strukturelle Herausforderungen bei der sektorübergreifenden Umsetzung von ACP hin. So sei es in der Praxis bislang nur eingeschränkt gelungen, Hausärztinnen und Hausärzte für ihre vorgesehene Rolle im Rahmen der ärztlich begleiteten ACP-Gespräche (EBM-Ziffer

⁴ Neurologisches Überleben ist ein Begriff aus der Notfall- und Intensivmedizin. Er beschreibt nicht nur, ob ein Patient eine kritische Situation überlebt, sondern ob das Gehirn danach noch funktionsfähig ist.

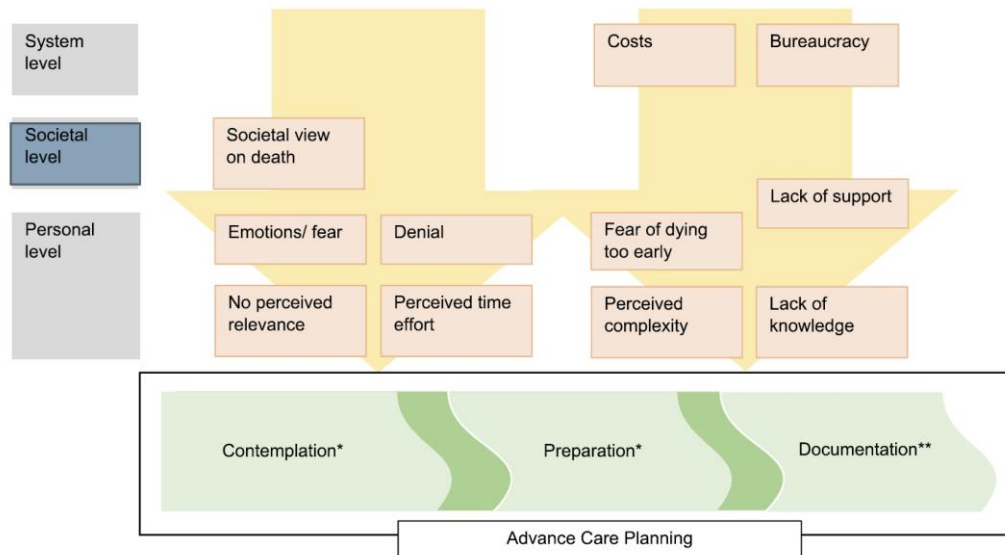
34700) zu gewinnen oder für Fortbildungen zu motivieren. Darüber hinaus würde deutlich, dass die derzeitige Struktur – insbesondere die Begrenzung der Qualifizierung zur Beraterin/zum Berater der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V auf 48 Unterrichtseinheiten und der Personalschlüssel von einer Vollzeitkraft für die Beratung pro 400 Leistungsberechtigte (Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner) – weder eine ausreichende Gesprächsqualität noch eine koordinierte regionale Netzwerkarbeit ermögliche. Als zentrale Voraussetzung für eine gelingende Implementierung wird daher die Etablierung übergreifender, regional koordinierter Strukturen benannt, welche die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure des Versorgungssystems – einschließlich hausärztlicher Praxen, Rettungsdienste und Kliniken – systematisch einbeziehen (Götze et al., 2025).

In einer qualitativen Interviewstudie wurden Einrichtungsleitungen stationärer Pflegeeinrichtungen befragt, die sich gegen eine Beantragung eines Vertrages nach § 132g SGB V entschieden hatten. Als wesentliche Hemmnisse wurden Personal-mangel, eine geringe Größe der Einrichtung, als unzureichend eingeschätzte Wirtschaftlichkeit des Angebots, komplexe Antrags- und Genehmigungsverfahren sowie eine als schwierig wahrgenommene Zusammenarbeit mit den Krankenkassen benannt. Die Befunde legen nahe, dass bürokratische Hürden und mangelnde personelle Ressourcen zentrale Gründe dafür darstellen, warum ACP trotz gesetzlicher Möglichkeit bislang vielerorts noch nicht implementiert wird (Berloge et al. 2024).

Auch individuelle Barrieren können die Umsetzung von ACP erschweren, wie die Ergebnisse basierend auf qualitativen Interviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie deren An- und Zugehörigen zeigen konnten. In einer österreichischen Studie wurden unter anderem gesellschaftliche Tabus rund um das Thema Tod, negative Emotionen wie Angst vor dem Sterben, Verdrängung der eigenen Endlichkeit sowie ein fehlendes Problembewusstsein – insbesondere bei jüngeren Menschen – als zentrale Hemmnisse identifiziert. Hinzu kommen praktische Hürden wie ein als zu hoch empfundener Zeitaufwand, fehlendes Wissen über bestehende Möglichkeiten, Kosten für die Erstellung rechtsverbindlicher Dokumente und Sorgen über einen voreiligen Therapieabbruch (vgl. nachfolgende Abbildung) (Köstenberger et al. 2020).

Die Handreichung von Petri et al. weist darauf hin, dass Menschen mit kognitiven oder kommunikativen Einschränkungen häufig mit spezifischen Barrieren in der Nutzung von ACP-Angeboten konfrontiert sind. Dazu zählen komplexe oder fachsprachlich geprägte Formulierungen, fehlende barrierefreie Materialien, unzureichende Unterstützungsangebote sowie mangelnde Sensibilisierung und Qualifizierung der beteiligten Fachkräfte. Diese Hürden können dazu führen, dass betroffene Personen ihre Behandlungswünsche nicht klar äußern oder in Planungsprozesse einbringen können. Um dem entgegenzuwirken, sind verständliche und zugängliche Informationsmaterialien, angepasste Kommunikationsformen sowie die Einbindung vertrauter Unterstützungs- und Bezugspersonen notwendig (Petri et al. 2021).

Abbildung 4: Barrieren bei Reflexion, Vorbereitung und Dokumentation von ACP



Quelle: (Köstenberger et al. 2020)

Neben Barrieren zeigen Studien auch Faktoren auf, die eine erfolgreiche Umsetzung von ACP begünstigen können. Der Erfurter Notfallbogen wurde im Rahmen eines multiprofessionellen Prozesses entwickelt und in bestehende regionale Versorgungsstrukturen sowie gesetzliche Vorgaben eingebettet. In der begleitenden Veröffentlichung werden vor allem die Übersichtlichkeit, die intuitive Anwendbarkeit sowie die breite Akzeptanz des Notfallbogens unter den Beteiligten hervorgehoben. Durch die standardisierte Dokumentation des Patientenwillens wird insbesondere in zeitkritischen Situationen eine verlässliche Orientierung für Pflegefachpersonen, Rettungskräfte und behandelnde Ärztinnen und Ärzte geschaffen. Dies führt nach Einschätzung der Autorinnen und Autoren zu mehr Handlungssicherheit und trägt zur Vermeidung von Über- oder Unterversorgung bei (Wachter et al. 2021).

Die Analyse von Advance Directives by Proxy (AD-Ps) in deutschen Pflegeheimen durch in der Schmitt et al. (2021) verdeutlicht zentrale strukturelle Herausforderungen für die Implementierung von Advance Care Planning. Zwar zeigen die identifizierten AD-Ps, dass vorausplanende Entscheidungen für nicht einwilligungsfähige Personen in der Praxis eine relevante Rolle spielen, zugleich werden jedoch erhebliche Defizite sichtbar. Dazu zählen fehlende formale Standards, inhaltliche Inkonsistenzen sowie häufig unklare ethisch-rechtliche Begründungen der dokumentierten Entscheidungen. Diese Befunde verweisen auf Unsicherheiten in der praktischen Anwendbarkeit der Dokumente in gesundheitlichen Krisensituationen und unterstreichen den Bedarf an qualifizierten, strukturierten ACP-Prozessen sowie standardisierter Dokumentation. Zugleich zeigt die Studie, dass ACP by proxy grundsätzlich das Potenzial besitzt, patientenorientierte Entscheidungen zu

unterstützen, sofern geeignete organisatorische und prozessuale Rahmenbedingungen für eine systematische Umsetzung gegeben sind (Schmitt et al. 2021).

Ergänzend verweisen praktische Erfahrungen aus Modellprojekten darauf, dass eine verständliche sprachliche Aufbereitung von Materialien sowie eine an die Zielgruppe angepasste Gesprächsführung die Umsetzung von ACP in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erleichtern können. Dies betrifft insbesondere Menschen mit kognitiven Einschränkungen, für die Informationen in leichter Sprache und eine sensible Gesprächsatmosphäre maßgeblich zur Verständlichkeit und Akzeptanz beitragen können (Wachter et al. 2021).

4.1.3 Nutzung und Akzeptanz von ACP aus Sicht der Betroffenen und An- und Zugehörigen

Die Nutzung und Akzeptanz von ACP sind stark abhängig vom Versorgungskontext, dem Gesundheitszustand und der individuellen Lebenssituation der angesprochenen Personen.

In der STADPLAN-Prozess-Evaluation dokumentierten 15 ambulante Pflegedienste Rekrutierungskontakte mit 632 Patienten und Patientinnen, von denen 229 teilnahmen (Rekrutierungserfolg 36 %). Die häufigsten Gründe für Nicht-Teilnahme waren fehlendes Interesse (n = 92), bereits ausreichende Vorsorge/„already well prepared“ (n = 90), zu hohe Belastung (n = 39) sowie Verständnisschwierigkeiten (n = 12). Qualitative Daten zeigen, dass Teilnehmende die Gespräche als unterstützend erlebten (u. a. Klarheit über eigene Wünsche, Selbstbestimmung); Angehörige berichteten über ein vertieftes Verständnis, wobei manche informelle Gespräche in der Familie bevorzugten (Silies et al. 2022).

In einer prospektiven Erhebung mit 579 chirurgischen Patientinnen und Patienten äußerten 43 % ein generelles Interesse an vorausschauender gesundheitlicher Planung. Entscheidende Motive für die Erstellung von Vorsorgedokumenten waren insbesondere der Wunsch, Angehörige zu entlasten (94,9 %) sowie eine Regelung für den Fall einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit zu treffen (88,4 %) (Umgelter et al. 2016).

In der AgeQualiDe-Studie gaben 486 von 704 befragten hochaltrigen Personen ab 85 Jahren (69,0 %) an, eine Patientenverfügung zu haben, während 455 Personen (64,6 %) eine Vorsorgevollmacht benannt hatten. Unterstützung bei der Erstellung erhielten die Befragten mehrheitlich durch Kinder oder Enkelkinder (n = 147; 38,3 %), die auch am häufigsten als bevollmächtigte Personen eingesetzt wurden (n = 349; 76,7 %) (Luck et al. 2017).

Auch bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen zeigt sich unter geeigneten Rahmenbedingungen eine hohe Bereitschaft zur Teilnahme an einer gesundheitsbezogenen Vorausplanung. In einer einarmigen Pilot-Interventionsstudie nahmen elf Personen mit früher Demenz an einer ACP-Intervention teil. Im Studienverlauf stieg die Anzahl vorliegender Vorausverfügungen von 2/11 vor auf 10/11 nach der Intervention. Die Rückmeldungen zeigten eine hohe Akzeptanz des

Gesprächsangebots und der begleitenden Materialien. Als Erfolgsfaktor wurde insbesondere eine individuelle, frühzeitig einsetzende und verständliche Ansprache hervorgehoben (Bosisio et al. 2021).

Die Einbindung von Angehörigen stellt in allen Settings eine zentrale Komponente der Akzeptanz dar. In einer standardisierten Erhebung auf österreichischen Intensivstationen lag der mittlere Zustimmungswert zu Vorausverfügungen aus Sicht der Angehörigen auf einer Skala von 1 bis 10 bei 6,79. Ältere Angehörige ab 55 Jahren bewerteten das Thema signifikant positiver als jüngere (Köstenberger et al. 2020).

Einen weiteren Einflussfaktor auf die Akzeptanz können klare, vorab dokumentierte Entscheidungen darstellen. In einer retrospektiven Registeranalyse von 2900 dokumentierten Reanimationseignissen in Pflegeheimen wurde in 1056 Fällen (36,4 %) die Reanimation bereits vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes begonnen. In 63,6 % der Fälle wurde die Reanimation hingegen erst verzögert bzw. erst durch die Rettungskräfte initiiert. Die Autorinnen und Autoren sehen darin einen möglichen Hinweis auf bestehende Unsicherheiten im Umgang mit akuten Notfallsituationen und betonen, dass klar dokumentierte Reanimationsentscheidungen sowie die Etablierung strukturierter Abläufe wesentlich dazu beitragen könnten, die Akzeptanz der Pflegefachpersonen zu erhöhen (Günther et al. 2020).

4.1.4 Handlungssicherheit und Entscheidungsunterstützung durch ACP

Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass Advance Care Planning (ACP) zur Verbesserung der Handlungssicherheit von Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen beitragen kann. Die Autorinnen und Autoren des Praxisberichts zum Erfurter Notfallbogen beschreiben, dass durch die standardisierte Dokumentation von Behandlungswünschen eine verlässliche Orientierung für alle an der Versorgung Beteiligten ermöglicht werde. Insbesondere in zeitkritischen Situationen werde so eine klare Grundlage für Entscheidungen geschaffen. Der Notfallbogen wurde im Rahmen eines multiprofessionellen Entwicklungsprozesses implementiert und in bestehende Versorgungsstrukturen eingebettet. Die Autorinnen und Autoren heben insbesondere die Übersichtlichkeit, die intuitive Handhabung und die breite Akzeptanz unter den beteiligten Berufsgruppen hervor (Wachter et al. 2021).

Die BEVOR-Studie lieferte weitere Hinweise auf den potenziellen Nutzen von ACP für das professionelle Handeln im Pflegealltag. In der qualitativen Auswertung berichteten Pflegefachpersonen, dass ACP zur Erhöhung der Sicherheit in der Entscheidungsfindung beitragen könne. Die Gespräche wurden als anspruchsvoll, aber hilfreich beschrieben, um Unsicherheiten im Umgang mit komplexen Versorgungssituationen zu reduzieren. ACP wurde von den befragten Pflegepersonen als „intensiver, komplexer Prozess und eine gute und ganz wichtige Sache“ charakterisiert, der die palliative Arbeit erleichtere (Götze et al. 2025).

Auch Schulungsmaßnahmen tragen zur Stärkung der Handlungssicherheit bei. Im Rahmen der STADPLAN-Studie wurden Pflegefachpersonen aus 27 ambulanten Pflegediensten durch ein zweitägiges Bildungsprogramm auf die Durchführung von

ACP-Gesprächen vorbereitet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten nach der Schulung von einer gesteigerten Sicherheit im Umgang mit dem Thema ACP sowie von einem Zuwachs an Gesprächskompetenz (Silies et al. 2022).

Eine Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer betont zusätzlich die Bedeutung einer qualitätsgesicherten und institutionell verankerten Umsetzung von ACP. Genannt werden als zentrale Elemente die Qualifizierung von Gesprächsbegleiterinnen und -begleitern, die strukturelle Einbettung in Einrichtungen wie Pflegeheime oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie die Einbindung in regionale Versorgungsnetzwerke. Diese Maßnahmen sollen eine klare Festlegung von Therapiezielen unterstützen, die Umsetzung in medizinischen Notfällen fördern und Handlungssicherheit für Fachpersonen wie auch Angehörige gewährleisten. Als Potenziale werden eine verbesserte Übereinstimmung zwischen dokumentiertem Willen und tatsächlicher Behandlung sowie die Prävention unnötiger Krankenhauseinweisungen hervorgehoben (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2019).

Ein weiteres Ergebnis zur Bedeutung von Handlungssicherheit liefert die Analyse von Reanimationsversuchen in Pflegeeinrichtungen auf Basis von Daten des Deutschen Reanimationsregisters. Die Autorinnen und Autoren der Studie weisen darauf hin, dass die hohe Rate an verspätetem Reanimationsbeginn auf Unsicherheiten im Notfallmanagement hinweisen könnte. ACP wird daher als ein mögliches Instrument gesehen, um in solchen Situationen Orientierung zu schaffen und die Entscheidungsfindung im Sinne der betroffenen Personen zu unterstützen (Günther et al. 2020)

4.1.5 Wirkung von ACP auf Krankenhauseinweisungen und Notfallsituationen

Mehrere Studien untersuchen, inwieweit ACP zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen und zur besseren Handhabung von Notfallsituationen beitragen kann. Die Autorinnen und Autoren der BEVOR-Studie konnten für die Anzahl an Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustagen keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe feststellen. Sie weisen jedoch darauf hin, dass das Ziel von ACP nicht primär in der generellen Reduktion von Krankenhausaufenthalten besteht, sondern in der Vermeidung ungewollter Hospitalisierungen. Diese lassen sich nur dann zuverlässig identifizieren, wenn die Behandlungspräferenzen der betroffenen Personen bekannt sind und in Entscheidungssituationen auch berücksichtigt werden (Götze et al. 2025).

Daten aus einer retrospektiven Analyse zeigen, dass von 28 COVID-19-positiven Personen unter ambulanter Palliativversorgung (OPC) keine Krankenhauseinweisungen dokumentiert wurden. 21 dieser 28 Personen (75,0 %) verfügten über ein Vorsorgedokument im Sinne eines Advance Care Plannings. In der COVID-19-negativen Vergleichsgruppe mit 1.579 Personen kam es dagegen bei 171 Personen (10,9 %) zu einer Krankenhauseinweisung, 963 dieser Personen (61,0 %) verfügten über ein entsprechendes Vorsorgedokument. Die Autorinnen und Autoren

diskutieren verschiedene mögliche Erklärungen für die beobachtete Vermeidung von Krankenhauseinweisungen in der positiv getesteten Gruppe. Genannt werden unter anderem eine gut vorbereitete vorausschauende Versorgungsplanung, eine suffiziente Symptomkontrolle sowie der insgesamt reduzierte Allgemeinzustand der Betroffenen, welcher häufig mit eingeschränkter Mobilität einherging. Ein kausaler Zusammenhang zwischen der Dokumentenlage und der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen lässt sich aus den vorliegenden Daten jedoch nicht ableiten (Behnke et al. 2022).

In einer vergleichenden Querschnittsstudie mit Pflegeheimen in Deutschland und den Niederlanden wurde ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit von Krankenhausverlegungen am Lebensende festgestellt. Insgesamt wurden 301 Fragebögen in die Auswertung eingeschlossen, davon 199 aus deutschen und 102 aus niederländischen Pflegeheimen. Die befragten Pflegeheimleitungen schätzten den Anteil der Bewohner und Bewohnerinnen, die im Krankenhaus versterben, in Deutschland signifikant höher ein als in den Niederlanden (20,5 % vs. 5,9 %). Als mögliche Ursache diskutieren die Autorinnen und Autoren die unterschiedliche Verbreitung von Vorsorgedokumenten in den beiden Ländern. In deutschen Pflegeheimen wird ACP zudem seltener angeboten (39,2 % vs. 75,0 %), und es waren signifikant weniger Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner für Notfallsituationen bekannt als in niederländischen Einrichtungen. Außerdem wurden Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland als weniger gut für die Versorgung am Lebensende geschult eingeschätzt (Bauer et al. 2024).

Mit Blick auf Notfallsituationen liefert eine retrospektive quantitative Analyse von Reanimationsprotokollen in Pflegeheimen relevante Erkenntnisse zur Reanimationspraxis. In 1056 von 2900 dokumentierten Fällen (36,4 %) wurde eine Reanimation bereits vor Eintreffen des Rettungsdienstes eingeleitet. Die Analyse zeigt jedoch auch, dass die Zeit bis zum Reanimationsbeginn in vielen Fällen deutlich verzögert war. Die Autorinnen und Autoren der Studie betonen, dass klare Informationen zur Reanimationsentscheidung sowie die Etablierung strukturierter Abläufe entscheidend dazu beitragen könnten, Fehlentscheidungen zu vermeiden und die Handlungssicherheit in solchen Situationen zu erhöhen (Günther et al. 2020).

4.1.6 Einfluss auf Versorgungsqualität, Lebensqualität und Autonomie

Die Auswertung der eingeschlossenen Studien zeigt, dass ACP sowohl strukturelle als auch individuelle Aspekte der Versorgung beeinflussen kann. Auf organisatorischer Ebene wurde berichtet, dass die Einführung strukturierter ACP-Prozesse in einzelnen Einrichtungen zu einem erhöhten Bewusstsein für vorausschauende Versorgungsplanung führte und bestehende Dokumentationsprotokolle angepasst wurden, um die regelmäßige Erfassung von Patientenverfügungen zu gewährleisten (Silies et al. 2022).

Aus Sicht des Pflegepersonals werden zur Verbesserung der Versorgung am Lebensende vor allem eine höhere Personalausstattung, eine bessere Integration

und Verfügbarkeit von Palliativ- und Hospizdiensten, eine gezielte Qualifizierung der Pflegefachpersonen sowie eine engere Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte genannt (Strautmann et al. 2020).

Auf individueller Ebene kann ACP dazu beitragen, dass Behandlungswünsche am Lebensende besser berücksichtigt werden, wodurch sich die Selbstbestimmung und wahrgenommene Lebensqualität der Betroffenen stärken lassen (Bronner et al. 2020).

Ergebnisse aus der BEVOR-Studie zeigten jedoch weder bei einwilligungsfähigen noch bei einwilligungsunfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern signifikante Unterschiede in den erfassten Lebensqualitätsindikatoren zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Dies entsprach den Erwartungen, da ACP keinen unmittelbaren Einfluss auf die im Studiendesign berücksichtigten Dimensionen der Lebensqualität hatte. Eine explorative Auswertung in Einrichtungen mit besonders konsequenter Umsetzung von ACP deutete jedoch auf einen positiven Effekt in Bezug auf die Übereinstimmung zwischen dokumentierten Präferenzen und tatsächlicher Behandlung hin (Götze et al. 2025).

Gleichzeitig wird deutlich, dass dokumentierte Behandlungswünsche nicht immer umgesetzt werden. So schätzten Pflegeheime, dass in 28,4 % der Fälle vorhandene Patientenverfügungen unberücksichtigt blieben, was unter anderem auf fehlende Verbindlichkeit, unzureichende Spezifität oder formale Mängel zurückgeführt wird (Strautmann et al. 2020). Auch Abweichungen vom schriftlich festgehaltenen Willen in Akutsituationen, etwa aufgrund kurzfristiger Entscheidungsänderungen der Betroffenen oder gemeinsamer Beschlüsse von Hausärztinnen und Hausärzten und Pflorgeteams, wurden berichtet (Hecht et al. 2018).

4.1.7 Zusammenfassende Einordnung der Befunde

Die Analyse zeigt, dass im deutschsprachigen Raum zwar vielfältige ACP-Dokumente und -Instrumente existieren, ihre Verfügbarkeit und Nutzung jedoch stark zwischen den Versorgungssettings variieren. Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage – den wissenschaftlichen Erkenntnissen zu ACP sowie zur Nutzung und Akzeptanz bei Betroffenen, Angehörigen und Gesundheitsfachpersonen – zeigt sich, dass Notfallfestlegungen in der Interventionsgruppe (23 stationäre Pflegeeinrichtungen mit ACP-Intervention) zwar häufiger dokumentiert wurden, jedoch insgesamt nur bei 20 % der Bewohnerakten (von 892 analysierten Fällen) vorlagen (Götze et al. 2025), während in der Allgemeinbevölkerung hochaltriger Menschen 486 von 704 Befragten (69,0 %) über eine Patientenverfügung verfügten (Luck et al. 2017). Demgegenüber lagen auf Intensivstationen entsprechende Dokumente nur bei drei von 475 Patientinnen und Patienten (0,6 %) (Köstenberger et al. 2020) vor. Die Akzeptanz strukturierter ACP-Angebote war in verschiedenen Kontexten hoch: In der Prozessevaluation der STADPLAN-Studie berichteten Patienten und Patientinnen sowie Angehörige u. a. eine gesteigerte Auseinandersetzung mit ACP, mehr Klarheit über Behandlungswünsche sowie eine erleichterte Kommunikation über Versorgungspräferenzen (Silies et al. 2022). Einflussfaktoren

für die Nutzung sind neben Gesundheitszustand und Lebenssituation vor allem eine verständliche Aufbereitung der Inhalte, die Einbindung vertrauter Bezugspersonen und niedrigschwellige Zugänge. Hemmnisse ergeben sich aus Personalmangel, fehlender hausärztlicher Beteiligung, bürokratischen Hürden sowie individuellen Barrieren wie Angst, Verdrängung oder unzureichender Information.

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage – dem Einfluss von ACP auf die Umsetzung des dokumentierten Willens, die Handlungssicherheit, die Reduktion unerwünschter Krankenhausaufenthalte, die Entscheidungsfindung in Notfallsituationen sowie die Versorgungs- und Lebensqualität – zeigen die Befunde, dass ACP insbesondere durch klare, standardisierte Dokumentationsformate, wie den Erfurter Notfallbogen, die Umsetzung von Präferenzen und die Handlungssicherheit fördern kann (Wachter et al. 2021). Eine direkte Reduktion von Krankenhauseinweisungen konnte nicht durchgängig nachgewiesen werden, jedoch gibt es Hinweise auf die Vermeidung ungewollter Hospitalisierungen, vor allem wenn Präferenzen eindeutig festgehalten werden und die Dokumentation verfügbar ist (Behnke et al. 2022; Bauer et al. 2024). Positiv wirkt sich ACP auf Entscheidungsprozesse in Notfallsituationen aus, wenngleich dokumentierte Wünsche nicht immer umgesetzt werden – in einzelnen Erhebungen blieben sie in bis zu 28,4 % der Fälle unberücksichtigt (Strautmann et al. 2020).

Insgesamt konnten beide Forschungsfragen teilweise beantwortet werden: Es liegen belastbare Erkenntnisse zu Nutzung, Akzeptanz und förderlichen Rahmenbedingungen von ACP vor, während die Evidenz zur tatsächlichen Wirkung auf Versorgung und Lebensqualität, Notfallentscheidungen und Krankenhausvermeidung begrenzt bleibt und es dazu weiterer Forschung bedarf.

4.2 Ergebnisse der Onlinebefragung zur Bewertung der Einführung des Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg

4.2.1 Zusammensetzung der Stichprobe

An der Onlinebefragung beteiligten sich insgesamt 75 Personen, die zunächst Angaben zu ihrem jeweiligen Tätigkeitsbereich machten. Von den Befragten kam der größte Anteil aus dem Rettungsdienst (36 %; n = 27). Ebenfalls stark vertreten waren Beschäftigte aus Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen (23 %; n = 17) sowie aus Einrichtungen der Eingliederungshilfe (11 %; n = 8). Weitere Teilnehmende stammten aus Krankenhäusern (8 %; n = 6), Pflegeschulen (3 %; n = 2), Bildungseinrichtungen (3 %; n = 2) sowie aus dem Kreis der freiberuflichen Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter nach §132g SGB V (3 %; n = 2). Etwa 15 % (n = 11) der Befragten wählten die Kategorie „Anderes“. In den Freitextangaben wurden unter anderem die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, das Hospiz-Team Nürnberg e. V., Hausarztpraxen, die geriatrische Rehabilitation, die Verwaltung sowie ein Trainer für Gesprächsbegleiter genannt. Die Ergebnisse sind in Abbildung 5 dargestellt.

Abbildung 5: Onlinebefragung – „Welchen Bereich vertreten Sie?“

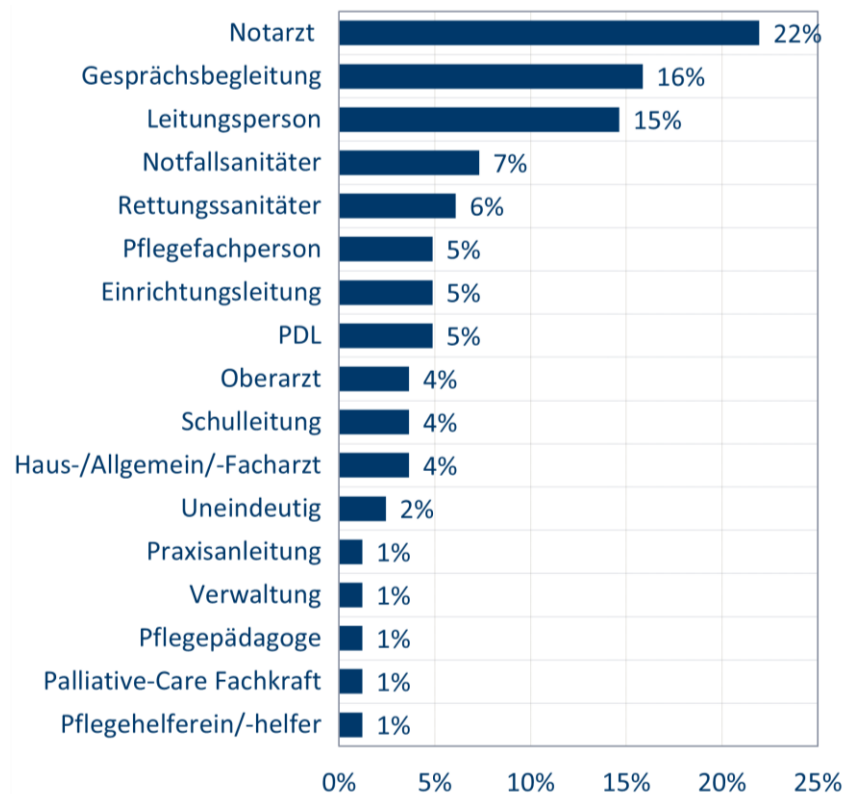


Quelle: IGES

Anmerkung: Einfachauswahl, n = 75

Die Angaben zur beruflichen Position zeigen eine große Spannweite unterschiedlicher Funktionen (s. Abbildung 6). Insgesamt wurden 82 Angaben erfasst, da einzelne Teilnehmende mehrere Funktionen nannten. Den größten Anteil stellten Notärztinnen und Notärzte mit 22 % (n = 18), gefolgt von Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleitern (16 %; n = 13) sowie Leitungspersonen (15 %; n = 12). Darüber hinaus waren auch Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (7 %; n = 6) sowie Rettungssanitäterinnen und -sanitäter (6 %; n = 5) vertreten. Weitere Gruppen wie Pflegefachpersonen (5 %; n = 4), Einrichtungsleitungen (5 %; n = 4), Pflegedienstleitungen (PDL) (5 %; n = 4), Oberärztinnen und -ärzte (4 %; n = 3), Schulleitungen (4 %; n = 3) und Haus-/Allgemein-/Fachärzte (4 %; n = 3) trugen ebenfalls zur Befragung bei. Kleinere Anteile entfielen auf Praxisanleitungen, Verwaltung, Pflegepädagogik, Palliative-Care-Fachkräfte sowie Pflegehelferinnen und -helfer (jeweils 1 %; n = 1). 2 % (n = 2) der Angaben waren nicht eindeutig zuzuordnen.

Abbildung 6: Onlinebefragung – „Bitte tragen Sie Ihre berufliche Position ein.“



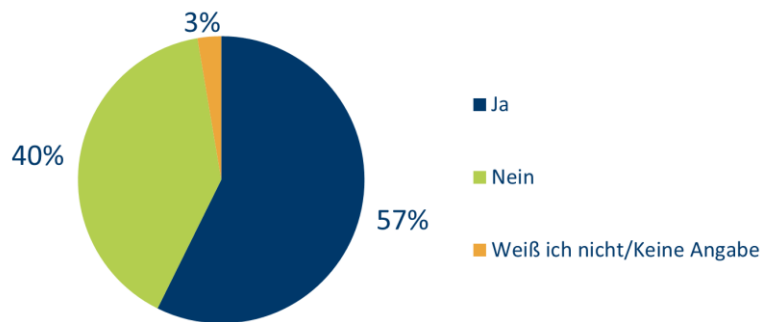
Quelle: IGES

Anmerkung: Mehrfachauswahl bezogen auf die Anzahl der Angaben, n = [82], Anzahl der Personen, n = [75]

4.2.2 Kenntnisstand zum Bayerischen Notfallbogen

Mehr als die Hälfte der Befragten (57 %; n = 43) gab an, durch Veranstaltungen, Informationsmaterialien oder Schulungen des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. vom Bayerischen Notfallbogen erfahren zu haben (s. Abbildung 7). 40 % (n = 30) gaben an, den Notfallbogen nicht über das Hospiz-Teams Nürnberg e. V. kennengelernt zu haben, 3 % (n = 2) machten keine Angabe.

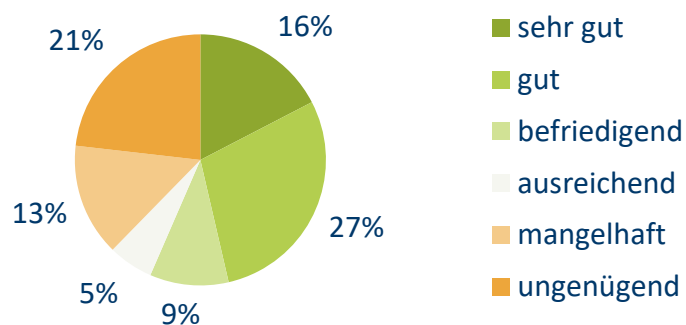
Abbildung 7: Onlinebefragung – „Haben Sie durch Veranstaltungen/Informationsmaterialien/Schulungen des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. vom Bayerischen Notfallbogen erfahren?“



Quelle: IGES
Anmerkung: Einzelauswahl, n = [75]

Die Selbsteinschätzung des eigenen Kenntnisstands zum Bayerischen Notfallbogen fiel sehr unterschiedlich aus. 27 % (n = 20) der Befragten bewerteten ihren Kenntnisstand mit „gut“, 16 % (n = 12) mit „sehr gut“. Weitere 9 % (n = 7) stuften ihr Wissen als „befriedigend“ und 5 % (n = 4) als „ausreichend“ ein. 34 % (n = 26) gaben an mangelhafte bzw. ungenügende Kenntnisse vom Bayerischen Notfallbogen zu haben (s. Abbildung 8).

Abbildung 8: Onlinebefragung - "Wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand zum Bayerischen Notfallbogen einschätzen?"

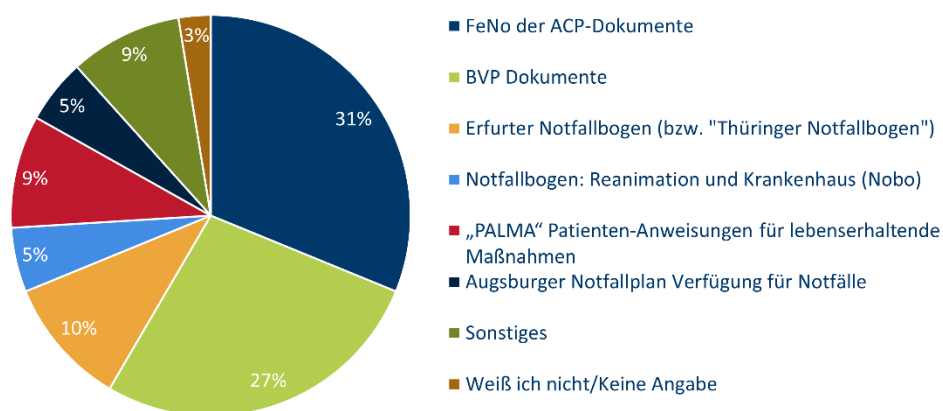


Quelle: IGES
Anmerkung: Einzelauswahl, n = [75], n = [6] machten keine Angabe

Mehr als die Hälfte der Befragten (51 %; n = 38) gab an, neben dem Bayerischen Notfallbogen noch weitere Dokumente im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zu kennen, die explizit für den Notfall vorgesehen sind. 40 % (n = 30) verneinten dies, während 9 % (n = 7) keine Angabe machten. Von den Befragten, die neben dem Bayerischen Notfallbogen weitere

Dokumente kennen, wurde am häufigsten der „FeNo“ der ACP-Dokumente genannt (31 %; n = 24). Ebenfalls häufig genannt wurden BVP-Dokumente (27 %; n = 21) sowie der Erfurter Notfallbogen (Thüringer Notfallbogen) (10 %; n = 8). Seltener genannt wurden folgende Notfallbögen: Reanimation und Krankenhaus (NoBo, 5 %; n = 4), die „PALMA“ Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen (9 %; n = 7) sowie der Augsburger Notfallplan Verfügung für Notfälle (5 %; n = 4). Die Ergebnisse sind in Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9: Onlinebefragung - "Welche weiteren Dokumente im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, explizit für den Notfall, sind Ihnen bekannt?"



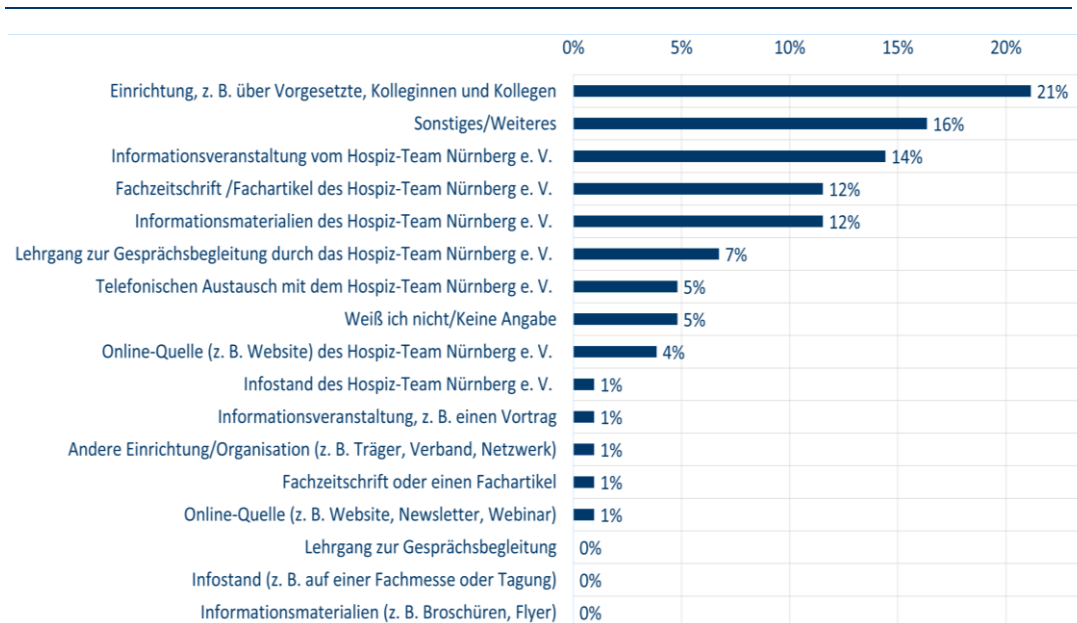
Quelle: IGES
Anmerkung: Einzelauswahl, n = [75]

Die Befragten gaben an, auf ganz unterschiedlichen Wegen vom Bayerischen Notfallbogen erfahren zu haben. Am häufigsten wurde die eigene Einrichtung (z. B. durch Vorgesetzte oder Kolleginnen und Kollegen, 21 %; n = 22) genannt. Auch Informationsveranstaltungen des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. (14 %; n = 15) sowie Fachartikel und Informationsmaterialien des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. (jeweils 12 %; n = 12) waren eine wichtige Informationsquelle. Weitere Nennungen betrafen den Lehrgang zur Gesprächsbegleitung (7 %; n = 7), den telefonischen Austausch mit dem Hospiz-Team Nürnberg e. V. (5 %; n = 5) sowie Online-Informationen des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. (4 %; n = 4). Seltener Informationswege waren Infostände, weitere Einrichtungen oder Netzwerke, allgemeine Fachartikel sowie Online-Quellen anderer Art (jeweils 1 %; n = 1). Mit 16 % (n = 17) entfiel ein vergleichsweise großer Anteil der Nennungen auf die Kategorie ‚Sonstiges/Weiteres‘, worunter insbesondere Arbeitsgruppen des Gesundheitsministeriums, Fach- und Pflegekonferenzen sowie Vorträge in Krankenhäusern genannt wurden. Insgesamt zeigt sich, dass sowohl Angebote des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. (Informationsveranstaltungen, Bereitstellung von Materialien etc.) als auch innerbetriebliche Informationswege und persönliche Netzwerke eine zentrale Rolle bei der Verbreitung des Notfallbogens spielen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 10 dargestellt.

Im Rahmen weiterer Angaben zeigte sich, dass von den Teilnehmenden, die nicht über das Hospiz-Team Nürnberg e. V. auf den Notfallbogen aufmerksam wurden ($n = 5$; eine Schulleitung und vier Notärzte/Rettungsfachpersonal), vier Personen angaben, vor der Befragung noch nie davon gehört zu haben. Teilnehmende, die über das Hospiz-Team Nürnberg e. V. informiert wurden ($n = 14$), nannten hingegen verschiedene Kontexte, in denen sie erstmals auf den Notfallbogen aufmerksam wurden, darunter Arbeitsgruppen der Landesverwaltung, der Expertenkreis ACP, Fachkonferenzen, persönliche Vorstellungen vom Hospizteam Nürnberg e. V. im Krankenhaus sowie Pflegekonferenzen.

Insgesamt lassen sich rund 55 % der Nennungen auf die Aktivitäten des Hospiz Teams Nürnberg e. V. im Rahmen des Projektes „Einführung Bayerischer Notfallbogen in der Modellregion Nürnberg“ zurückführen.

Abbildung 10: Onlinebefragung – „Wie haben Sie von dem Bayerischen Notfallbogen erfahren?“



Quelle: IGES

Anmerkung: Mehrfachauswahl, Anzahl der Angaben $n = [104]$, Anzahl der Antwortenden $n = [75]$

4.2.3 Bewertung des Bayerischen Notfallbogens

Im folgenden Abschnitt werden die Rückmeldungen der Befragten zur Bewertung des Bayerischen Notfallbogens berichtet. Die Auswertung bezieht sich im ersten Teil auf diejenigen Fragen, die von allen befragten Akteursgruppen beantwortet wurden. Die dargestellten Einschätzungen beziehen sich sowohl auf den Aufbau und die Struktur des Dokuments als auch auf wahrgenommene Potenziale und bestehende Herausforderungen in der praktischen Anwendung. Darüber hinaus

werden Vergleiche zu anderen Dokumenten der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gezogen.

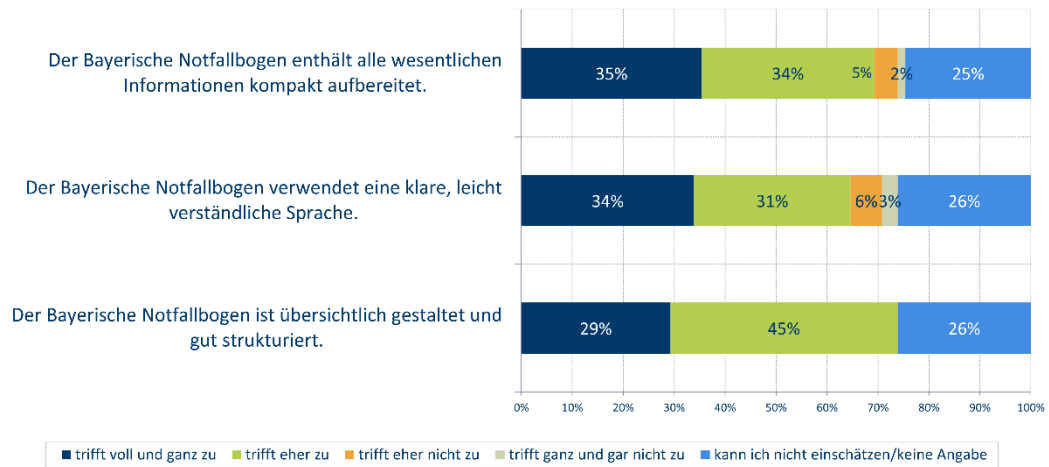
Aufbau und Struktur des Bayerischen Notfallbogens

Die Mehrheit der Befragten bewertete den Aufbau und die Gestaltung des Bayerischen Notfallbogens insgesamt positiv. An der Beantwortung dieser Items beteiligten sich 65 Personen, wobei einige Personen Fragen nicht beantworteten und sich daraus unterschiedliche Gesamtheiten bei einzelnen Fragen ergeben. Rund drei Viertel der Teilnehmenden (74 %; n = 48) stimmten der Aussage zu, dass der Notfallbogen übersichtlich gestaltet und gut strukturiert sei („trifft voll und ganz zu“: 29 %; n = 19; „trifft eher zu“: 45 %; n = 29). Etwa ein Viertel (26 %; n = 17) machte keine Angabe oder konnte keine Einschätzung vornehmen.

Auch die Verständlichkeit der Sprache wurde überwiegend positiv bewertet: 65 % der Befragten (n = 42) stuften die Formulierungen als klar und leicht verständlich ein („trifft voll und ganz zu“: 34 %; n = 22; „trifft eher zu“: 31 %; n = 20). 9 % (n = 6) bewerteten die Verständlichkeit kritisch („trifft eher nicht zu“: 6 %; n = 4; „trifft ganz und gar nicht zu“: 3 %; n = 2), während 26 % (n = 17) keine Einschätzung abgaben.

Zudem gaben 69 % (n = 45) an, dass der Bayerische Notfallbogen alle wesentlichen Informationen kompakt aufbereitet enthalte („trifft voll und ganz zu“: 35 %; n = 23; „trifft eher zu“: 34 %; n = 22). 7 % (n = 4) stimmten dem nicht zu („trifft eher nicht zu“: 5 %; n = 3; „trifft ganz und gar nicht zu“: 2 %; n = 1), während ein Viertel der Befragten (25 %; n = 16) keine Angabe machte oder keine Einschätzung vornehmen konnte. Insgesamt zeigen die Ergebnisse (s. Abbildung 11), dass der Notfallbogen hinsichtlich seiner Struktur, Übersichtlichkeit und sprachlichen Verständlichkeit mehrheitlich positiv wahrgenommen wird. Ein Blick auf die Antworten der einzelnen Akteursgruppen zeigt jedoch, dass insbesondere im Rettungsdienst sowie in Krankenhäusern und in Pflegeschulen bzw. Bildungseinrichtungen (Aus-, Fort- und Weiterbildung) bei allen drei Items mindestens 50 % der Befragten keine Angabe machten oder keine Einschätzung vornehmen konnten. Dies weist darauf hin, dass in diesen Bereichen geringere praktische Erfahrung mit dem Dokument besteht. Gleichzeitig deuten Rückmeldungen auch darauf hin, dass in der praktischen Anwendung weiterhin Informations- und Verbesserungsbedarf besteht.

Abbildung 11: Onlinebefragung – "Wie schätzen Sie die folgenden Merkmale des Bayerischen Notfallbogens im Hinblick auf seine Inhalte ein?"

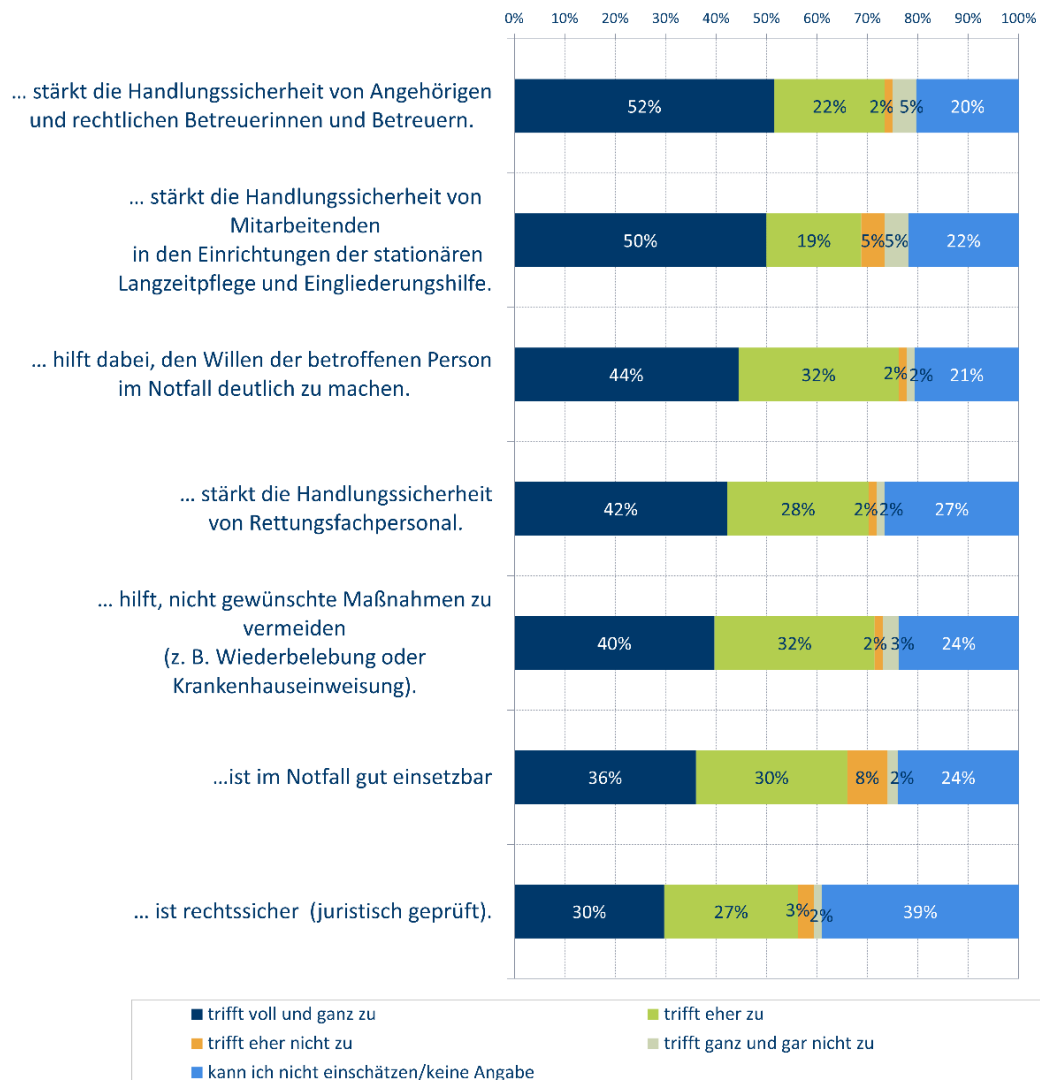


Quelle: IGES
Anmerkung: Einzelauswahl, n = [65]

Wahrgenommene Potenziale und Herausforderungen

Die Ergebnisse der Onlinebefragung zum wahrgenommenen Nutzen des Bayerischen Notfallbogens fielen insgesamt positiv aus.

Abbildung 12: Onlinebefragung – "Wie bewerten Sie den Nutzen des Bayerischen Notfallbogens?"



Quelle: IGES

Anmerkung: Einzelauswahl, n = [63]

Am häufigsten wurde angegeben, dass der Notfallbogen die Handlungssicherheit von Angehörigen und rechtlichen Betreuenden stärkt. 74 % der Befragten (n = 47) stimmten dieser Aussage zu („trifft voll und ganz zu“: 52 %; n = 33; „trifft eher zu“: 22 %; n = 14). 7 % (n = 4) beurteilten sie kritisch („trifft eher nicht zu“: 2%; n = 1; „trifft ganz und gar nicht zu“: 5%; n = 3) und 20 % (n = 13) gaben keine Einschätzung ab.

Auch die Handlungssicherheit von Beschäftigten in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege und Eingliederungshilfe wurde überwiegend positiv bewertet: 69 % der Befragten (n = 44) stimmten zu („trifft voll und ganz zu“: 50 %; n = 32; „trifft eher zu“: 19 %; n = 12). 10 % der Befragten (n = 6) stuften die Aussage negativ ein

(„trifft eher nicht zu“: 5%; n = 3; „trifft ganz und gar nicht zu“: 5%; n = 3), während 22 % (n = 14) keine Einschätzung machten.

Darüber hinaus wurde der Notfallbogen auch als hilfreich bewertet, um den Willen der betroffenen Person im Notfall deutlich zu machen. 76 % der Befragten (n = 48) stimmten zu („trifft voll und ganz zu“: 44 %; n = 28; „trifft eher zu“: 32 %; n = 20). 4 % der Befragten (n = 2) sahen dies kritisch und 21 % (n = 13) gaben keine Einschätzung ab.

Zu der Aussage, dass der Bayerische Notfallbogen die Handlungssicherheit von Rettungsfachpersonal stärkt, stimmten 70 % der Befragten (n = 45) zu („trifft voll und ganz zu“: 42 %; n = 27; „trifft eher zu“: 28 %; n = 18). 4 % (n = 2) bewerteten die Aussage kritisch und 27 % der Befragten (n = 17) machten keine Angabe.

Die Aussage, dass der Notfallbogen hilft, nicht gewünschte Maßnahmen zu vermeiden (z. B. Wiederbelebung oder Krankenhauseinweisung), von 72 % der Befragten (n = 45) bejaht („trifft voll und ganz zu“: 40 %; n = 25; „trifft eher zu“: 32 %; n = 20). 5 % (n = 3) bewerteten sie kritisch und 24 % (n = 15) gaben keine Einschätzung ab.

Von allen in der gemeinsamen Auswertung berücksichtigten Items wurde ausschließlich dieses Item – „Der Bayerische Notfallbogen ist im Notfall gut einsetzbar“ – nur von folgenden drei Akteursgruppen beantwortet: von Beschäftigten aus Einrichtungen der stationären Altenhilfe und Eingliederungshilfe, freiberuflichen Gesprächsbegleiterinnen und -begleitern nach § 132g SGB V sowie Vertreterinnen und Vertretern aus dem Rettungsdienst bzw. Krankenhaus (n = 50). Die Ergebnisse zeigen eine überwiegend positive Einschätzung. 66 % der Befragten (n = 33) stimmten der Aussage zu, dass der Bayerische Notfallbogen im Notfall gut einsetzbar ist („trifft voll und ganz zu“: 36 %; n = 18; „trifft eher zu“: 30 %; n = 15). 8 % der Befragten (n = 4) bewerteten die Aussage kritisch („trifft eher nicht zu“), während 2 % (n = 1) sie klar verneinten („trifft ganz und gar nicht zu“). 24 % (n = 12) gaben an, den Einsatz des Notfallbogens im Notfall nicht einschätzen zu können oder machten keine Angabe.

Schließlich wurde die Aussage, dass der Notfallbogen rechtssicher (juristisch geprüft) sei, etwas zurückhaltender beurteilt: 57 % der Befragten (n = 36) stimmten zu („trifft voll und ganz zu“: 30 %; n = 19; „trifft eher zu“: 27 %; n = 17), 5 % (n = 3) äußerten eine kritische Einschätzung und 39 % (n = 25) machten keine Angabe.

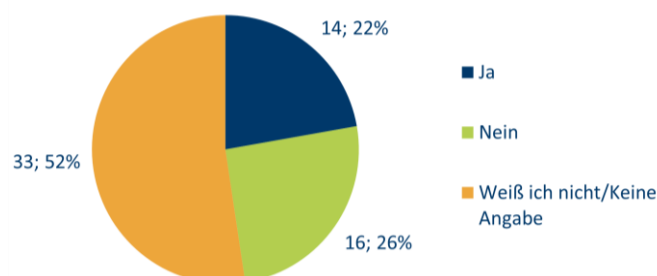
In den Akteursgruppen Rettungsdienst bzw. Krankenhaus sowie Pflegeschulen und Bildungseinrichtungen (Aus-, Fort- und Weiterbildung) machten bei allen abgefragten Items mindestens 45 % der Befragten „keine Angabe“ oder keine Einschätzung vornehmen konnten. Dies weist darauf hin, dass in diesen Bereichen Unsicherheiten bestehen oder der Notfallbogen dort bislang weniger bekannt bzw. weniger routiniert angewendet wird. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass der Bayerische Notfallbogen von den Befragten überwiegend positiv bewertet wird. Besonders häufig wurde betont, dass der Notfallbogen dabei hilft, den Willen der betroffenen Person im Notfall deutlich zu machen (76 %; n = 48). Darüber hinaus wird ihm eine

wichtige Rolle bei der Stärkung der Handlungssicherheit zugeschrieben: Sowohl Angehörige und rechtliche Betreuerinnen und Betreuer (73 %; n = 47) als auch Rettungsfachpersonal (70 %; n = 45) profitieren laut Einschätzung der Befragten von einer höheren Handlungssicherheit. Zudem wurde hervorgehoben, dass der Notfallbogen dazu beiträgt, nicht gewünschte Maßnahmen – etwa Wiederbelebungen oder Krankenhauseinweisungen – zu vermeiden (71 %; n = 45).

Etwas differenzierter fiel die Einschätzung zur Aussage aus, dass der Bayerische Notfallbogen rechtssicher (juristisch geprüft) sei. Hier zeigte sich ein auffallend hoher Anteil an fehlenden Angaben (39 %; n = 25), was darauf hindeuten kann, dass Unsicherheiten oder Informationsdefizite in Bezug auf die rechtliche Verlässlichkeit des Notfallbogens bestehen. Diese Beobachtung spiegelt sich auch in den Freitextantworten wider, in denen auf offenen Klärungsbedarf hinsichtlich der rechtlichen Grundlage und Anwendung des Dokuments verwiesen wurde (s. Abbildung 17).

Auf die offene Frage, ob darüber hinaus weitere Vorteile des Bayerischen Notfallbogens gesehen werden, antworteten 22 % der Befragten (n = 14) mit „Ja“, während 26 % (n = 16) keine weiteren Vorteile sahen („Nein“). Über die Hälfte der Befragten (52 %; n = 33) machte dazu keine Angabe (s. Abbildung 13).

Abbildung 13: Onlinebefragung – "Sehen Sie darüber hinaus andere/weitere Vorteile, die der Bayerische Notfallbogen mit sich bringt?"



Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent. Einzelauswahl, n = [63]

Von den Befragten, die zusätzliche Vorteile des Bayerischen Notfallbogens angaben, wurden verschiedene Aspekte genannt. Insgesamt gab es 19 Nennungen, die sich in die unten aufgeführten Kategorien einordnen ließen. Am häufigsten wurde die Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit dem Thema hervorgehoben (26 %; n = 5). Einige Befragte betonten, dass der Notfallbogen eine „frühzeitige Selbstreflexion über die Zukunft“ ermögliche und zur „Reflexion des eigenen Willens durch den Gesprächsprozess“ anrege.

Mehrere Teilnehmende betonten außerdem den praktischen Nutzen und Standardisierung für Fachkräfte als weiteren Vorteil (21 %; n = 4). So wurde der

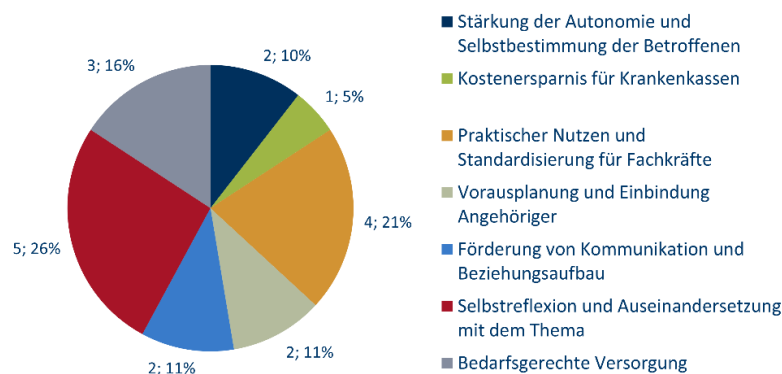
Notfallbogen etwa als „*einheitliche Orientierungshilfe für Ärzte, Pflegende und Rettungskräfte*“ beschrieben, die auch „*hilfreich für Hausärzte*“ sei.

16 % der Befragten (n = 3) sahen die bedarfsgerechte Versorgung als weiteren Vorteil. Dabei wurde betont, dass durch den Notfallbogen „*nicht gewünschte Behandlungen entfallen*“ und „*Über- und Unterversorgung in Notfallsituationen vermieden werden*“.

Jeweils 11 % (n = 2) nannten die Förderung von Kommunikation und Beziehungsaufbau, die Vorausplanung und Einbindung von Angehörigen sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen. Die Aussagen verdeutlichen, dass der Notfallbogen als „*Gesprächsöffner, um in den Austausch mit dem Bewohner oder Angehörigen zu kommen*“ wahrgenommen wird und die „*rechtzeitige Vorausplanung mit den Familienangehörigen und nahestehenden Menschen*“ unterstützt. Zudem wurde in den Nennungen die „*Stärkung der Selbstbestimmung der Betroffenen*“ betont.

Eine Person nannte darüber hinaus die Kosteneinsparung für Krankenkassen als weiteren Vorteil, wenn nicht gewünschte Behandlungen vermieden werden. Die Ergebnisse sind zusammengefasst in der Abbildung 14 dargestellt.

Abbildung 14: Onlinebefragung – Freitextantworten zu der Frage: "Sehen Sie darüber hinaus andere/weitere Vorteile, die der Bayerischer Notfallbogen mit sich bringt?"



Quelle: IGES

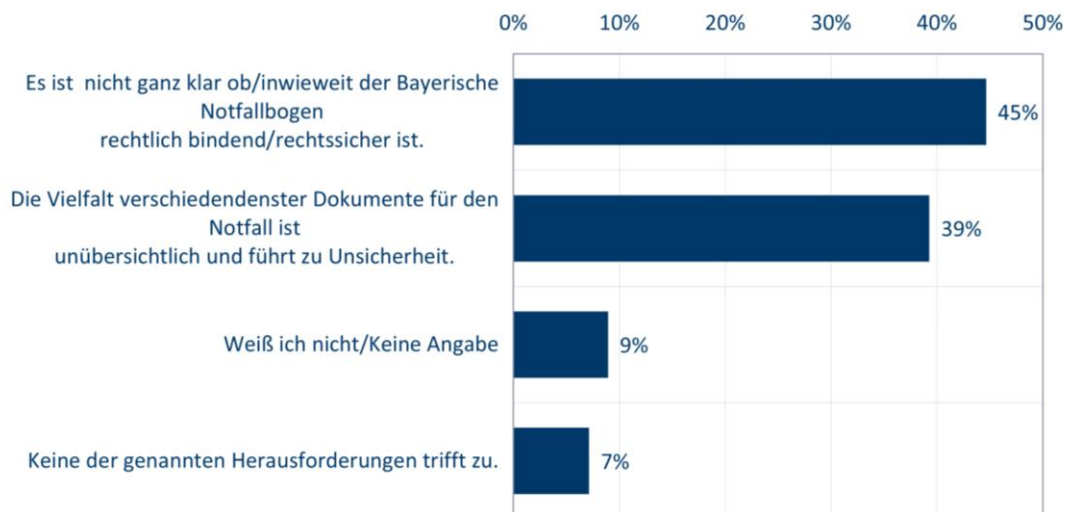
Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent. Anzahl der Freitextangaben: n = [19]

Die Teilnehmenden wurden in einer Mehrfachauswahlfrage gebeten, anzugeben, welche der aufgeführten Aussagen sie im Zusammenhang mit dem Einsatz des Bayerischen Notfallbogens als zutreffend einschätzen. Bezogen auf die Anzahl der abgegebenen Antworten wurde am häufigsten die unklare rechtliche Verbindlichkeit beziehungsweise Rechtssicherheit des Bayerischen Notfallbogens als Herausforderung genannt (45 %; n = 25). Ebenfalls häufig wurde die Vielzahl unterschiedlicher

Dokumente für den Notfall als problematisch eingeschätzt, da sie zu Unübersichtlichkeit und Unsicherheit führen könne (39 %; n = 22). 9 % der Antworten (n = 5) entfielen auf keine Angabe, während 7 % (n = 4) die Option wählten, dass keine der genannten Herausforderungen zutreffe (s. Abbildung 15).

Auf die Frage, ob neben den vorgegebenen Punkten noch weitere Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogen wahrgenommen werden, antworteten 27 % der Befragten (n = 14) mit „Ja“. 30 % (n = 16) gaben an, keine weiteren Herausforderungen zu sehen, während 43 % (n = 23) keine Angabe machten oder dies nicht einschätzen konnten (siehe Abbildung 16).

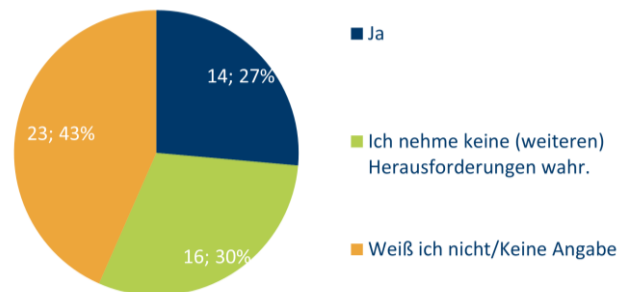
Abbildung 15: Onlinebefragung – „Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Einsatz des Bayerischen Notfallbogens aus.“



Quelle: IGES
Anmerkung: Mehrfachauswahl

In den Freitextantworten wurden insgesamt 25 Nennungen erfasst, die sich auf weitere verschiedene Herausforderungen im Umgang mit dem Bayerischen Notfallbogen bezogen. Am häufigsten genannt wurden eine unzureichende Bekanntheit und Verständlichkeit des Dokuments (32 %; n = 8). Befragte berichteten, dass der Notfallbogen „im Internet nicht aufzufinden“ sei oder sie ihn „noch nie gesehen bzw. sich nicht damit auseinandergesetzt“ hätten. Zudem wurde auf „Verständnisprobleme beim Pflegepersonal oder bei Angehörigen“ hingewiesen, was auf einen Informations- und Schulungsbedarf schließen lässt.

Abbildung 16: Onlinebefragung – „Welche anderen/weiteren Herausforderungen nehmen Sie im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogens wahr?“



Quelle: IGES

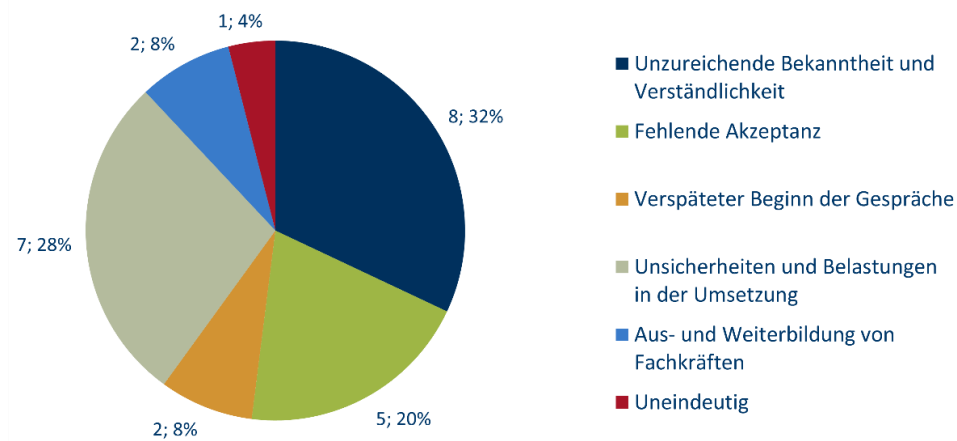
Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent. Einzelauswahl, n = [53]

Ebenfalls häufig wurden Unsicherheiten und Belastungen in der praktischen Umsetzung (28 %; n = 7) genannt. In den Antworten zeigte sich, dass der Umgang mit dem Notfallbogen für Beschäftigte „fordernd und überfordernd“ sein könne und dass eine „juristische Unsicherheit bei der Umsetzung“ bestehe. Auch der „hohe Aufwand bei der Erstellung“ sowie „Ängste bei der Umsetzung vor Ort“ wurden als belastend erlebt.

Darüber hinaus wurden eine fehlende Akzeptanz des Notfallbogens (20 %; n = 5). Es wurde von einer „geringen Akzeptanz in Gesprächen“ berichtet und betont, dass es „Scheu bei manchen Angehörigen bezüglich des Themas“ gebe. Einige Nennungen (8 %; n = 2) bezogen sich auf einen verspäteten Beginn der Gespräche. Hierbei wurde kritisiert, dass „das Leistungsangebot zu spät gemacht wird (z. B. im Pflegeheim)“ und dass Beratungen häufig erst stattfänden, „wenn Patientinnen und Patienten nicht mehr einwilligungsfähig sind“.

Ebenfalls 8 % (n = 2) der Aussagen verwiesen auf den Bedarf an Aus- und Weiterbildung von Fachkräften. Dabei wurde hervorgehoben, dass es „ausgebildete geeignete Gesprächsbegleiter“ brauche und das Thema stärker „in die Aus- und Weiterbildung in der Krankenpflege“ integriert werden solle. Eine einzelne Nennung konnte aufgrund unklarer Formulierung keiner Kategorie eindeutig zugeordnet werden. Die Ergebnisse sind in Abbildung 17 dargestellt.

Abbildung 17: Onlinebefragung – Freitextantworten zu der Frage: „Welche anderen/weiteren Herausforderungen nehmen Sie im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogens wahr?“

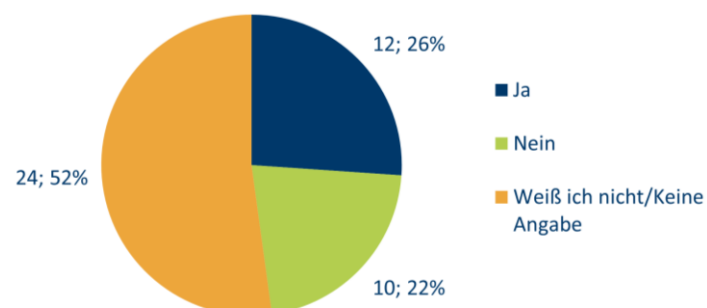


Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent. Anzahl der Freitextangaben n = [25]

Auf die Frage, ob der Bayerische Notfallbogen im Vergleich zu anderen bekannten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung spezifische Vorteile bietet, antwortete mehr als ein Viertel der Befragten (26 %; n = 12) mit „Ja“. 22 % (n = 10) sahen keine spezifischen Vorteile, während mehr als die Hälfte (52 %; n = 24) keine Angabe machten oder dies nicht einschätzen konnten (siehe Abbildung 18).

Abbildung 18: Onlinebefragung – „Sehen Sie im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung spezifische Vorteile des Bayerischen Notfallbogens?“

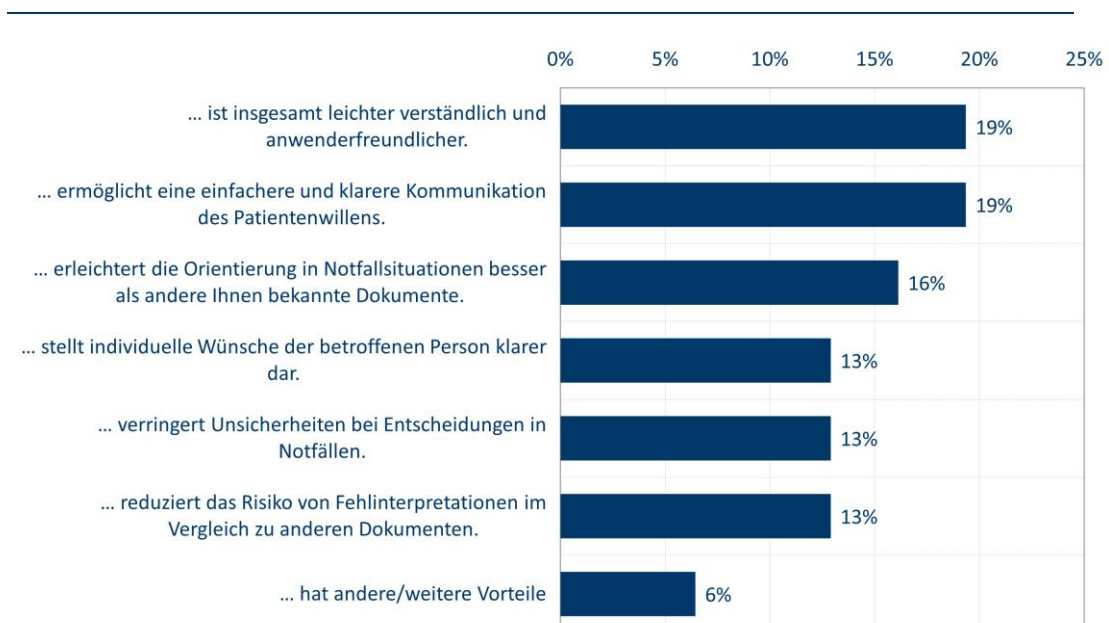


Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent. Einzelauswahl, n = [53]

Unter den genannten Vorteilen (siehe Abbildung 19) wurde vor allem hervor-gehoben, dass der Bayerische Notfallbogen insgesamt leichter verständlich und anwenderfreundlicher ist (19 %; n = 6) und eine einfachere sowie klarere Kommunikation des Patientenwillens ermöglicht (19 %; n = 6). Etwas weniger häufig stimmten die Befragten den Aussagen zu, dass der Notfallbogen die Orientierung in Notfallsituationen besser erleichtert als andere bekannte Dokumente (16 %; n = 5) und dass individuelle Wünsche klarer dargestellt (13 %; n = 4) und Unsicherheiten bei Entscheidungen in Notfällen verringert werden (13 %; n = 4). Ebenso stimmten 13 % (n = 4) der Aussage zu, dass der Bayerische Notfallbogen das Risiko von Fehlinterpretationen reduziert. Nur wenige (6 %; n = 2) sahen darüber hinaus weitere oder andere Vorteile. In den Freitextangaben wurde betont, dass „*bei einheitlichen Dokumenten die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung höher*“ sei.

Abbildung 19: Onlinebefragung – "Welche Vorteile bietet der Bayerische Notfallbogen aus Ihrer Sicht im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten oder genutzten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung?"



Quelle: IGES

Anmerkung: Mehrfachauswahl; Anzahl der Angaben n = [49], Anzahl der Befragten n = [7]

Die Bewertung des Bayerischen Notfallbogens fiel über alle Akteursgruppen hinweg überwiegend positiv aus. Aufbau, Verständlichkeit und Nutzen wurden mehrheitlich als zufriedenstellend eingeschätzt, insbesondere im Hinblick auf die Stärkung der Handlungssicherheit von Angehörigen und Mitarbeitenden sowie die Verdeutlichung des Patientenwillens. Gleichzeitig zeigte sich ein Informationsbedarf hinsichtlich der rechtlichen Verbindlichkeit und der praktischen Umsetzung. In den Freitexten wurden ergänzend Vorteile wie Selbstreflexion, Kommunikation

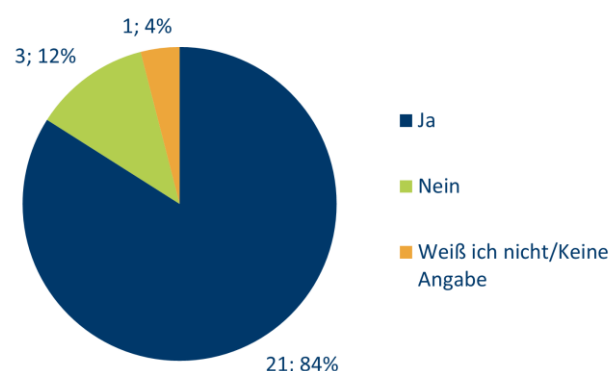
und Autonomie, aber auch Herausforderungen wie unzureichende Bekanntheit, Verständlichkeit und Akzeptanz benannt.

4.2.4 Akteursgruppe stationäre Langzeitpflege und Eingliederungshilfe

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse für die Akteursgruppe stationäre Langzeitpflege und Eingliederungshilfe dargestellt. Insgesamt nahmen 25 Personen aus stationären Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen sowie aus Einrichtungen der Eingliederungshilfe teil. Die Auswertung bezieht sich auf diejenigen Fragen des Fragebogens, die ausschließlich von dieser Akteursgruppe beantwortet wurden, und umfasst unter anderem die Durchführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V, Zuständigkeiten innerhalb der Einrichtungen sowie die Nutzung und Bekanntheit des Bayerischen Notfallbogens.

Die Mehrheit der Personen, die sich an der Befragung beteiligten, gab an, dass ihre Einrichtung derzeit eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V durchführt. Insgesamt gaben 84 % der Befragten (n = 21) an, dass entsprechende Beratungen in ihrer Einrichtung stattfinden. 12 % (n = 3) verneinten dies, während 4 % (n = 1) keine Angabe machten (s. Abbildung 20).

Abbildung 20: Onlinebefragung – "Führen Sie grundsätzlich in Ihrer Einrichtung aktuell die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g SGB V für Bewohnerinnen und Bewohner durch?"



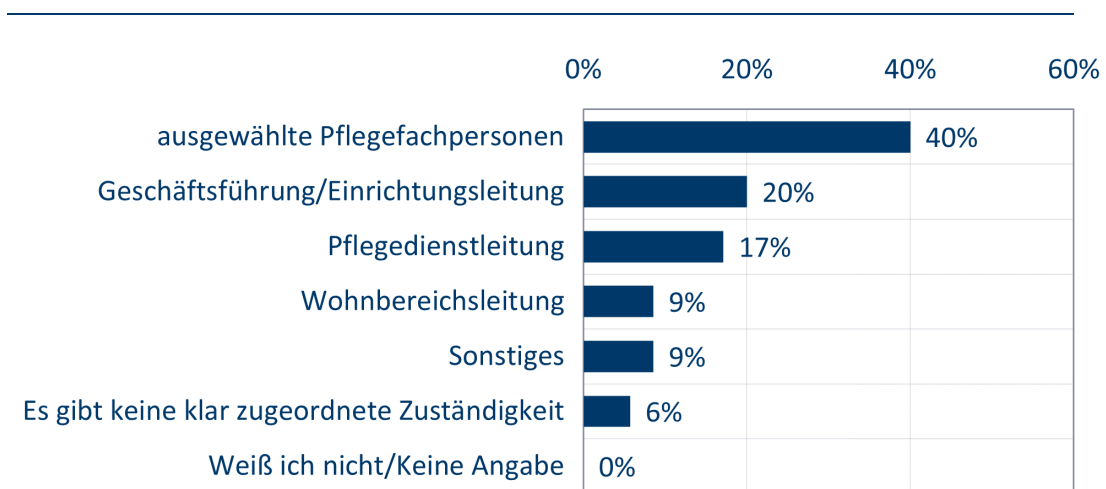
Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent. Einzelauswahl, n = [25]

In den Einrichtungen gibt es unterschiedliche Zuständigkeiten für das Themenfeld der gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase. Bezogen auf die Anzahl der Antworten pro Item zeigt sich, dass am häufigsten ausgewählte Pflegefachpersonen als Hauptverantwortliche genannt wurden (40 %; n = 14). In mehreren Einrichtungen liegt die Verantwortung auch bei der Geschäftsführung

bzw. Einrichtungsleitung (20 %; n = 7) oder der Pflegedienstleitung (17 %; n = 6). Einzelne Nennungen entfielen auf die Wohnbereichsleitung und sonstige Funktionen (jeweils 9 %; n = 3). Unter „Sonstiges“ wurden unter anderem eine Projektleiterin, eine GVP-Beauftragte sowie eine speziell für die GVP ausgebildete Person genannt. Darüber hinaus zeigte sich in einer Einrichtung, dass die Zuständigkeit gemeinschaftlich von Pflegedienstleitung und Einrichtungsleitung verantwortet wird. Nur 6 % (n = 2) gaben an, dass es keine klar zugeordnete Zuständigkeit gibt. Die Ergebnisse sind in Abbildung 21 dargestellt.

Abbildung 21: Onlinebefragung – "Wer ist in Ihrer Einrichtung hauptsächlich für das Thema gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase zuständig?"



Quelle: IGES

Anmerkung: Mehrfachauswahl, Anzahl der Angaben n = [175], Anzahl der Antwortenden n = [25]

In Bezug auf die Durchführung zeigen die Angaben, dass in den meisten Einrichtungen Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter für die Durchführung der Beratung nach § 132g SGB V intern angestellt sind (80 %; n = 16). 20 % (n = 4) gaben an, dass externe Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter eingesetzt werden. Eine kombinierte Nutzung interner und externer Fachkräfte wird nicht praktiziert (s. Abbildung 22).

Abbildung 22: Onlinebefragung – „Beschäftigen Sie für die Durchführung der Beratung nach §132g SGB V eigenes Personal oder setzen Sie externe Gesprächsbegleiterinnen/-begleiter ein?“

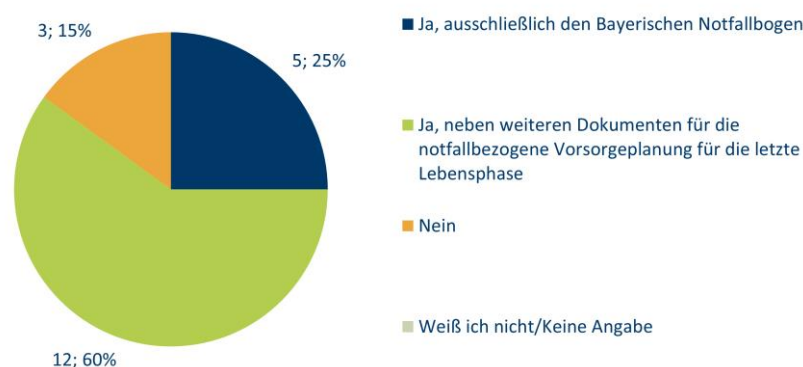


Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent. Einzelauswahl, n = [20]

In den meisten der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen wird der Bayerische Notfallbogen für die notfallbezogene Vorsorgeplanung in der letzten Lebensphase genutzt (Abbildung 23). 60 % der Befragten (n = 12) gaben an, dass der Notfallbogen neben weiteren Dokumenten eingesetzt wird, während 25 % (n = 5) ihn ausschließlich verwenden. 15 % der Befragten (n = 3) gaben an, den Bayerischen Notfallbogen nicht zu nutzen.

Abbildung 23: Onlinebefragung – „Nutzen Sie in Ihrer Einrichtung den Bayerischen Notfallbogen als Dokument für die notfallbezogene Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase?“



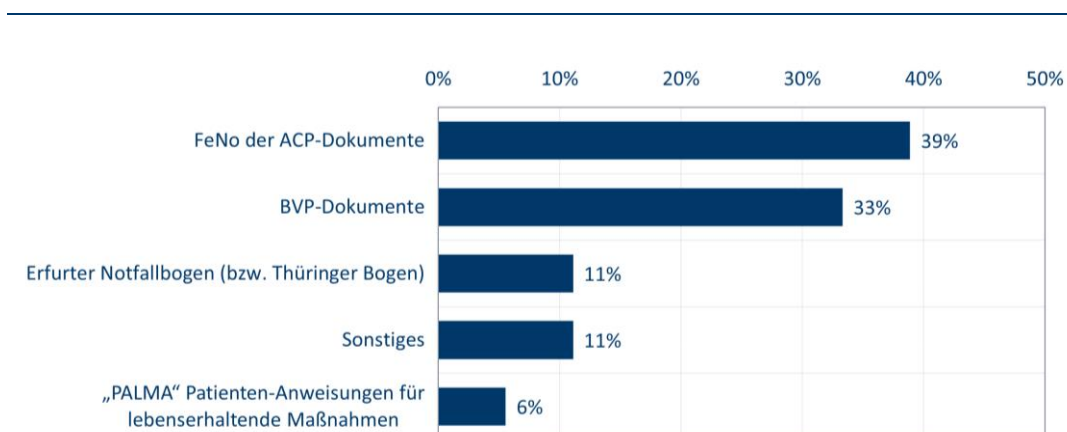
Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent. Einfachauswahl, n = [20]

Diejenigen, die mit „Nein“ geantwortet haben, hatten die Möglichkeit, ihre Antwort zu erläutern. Als Gründe wurden unter anderem genannt, dass man „*neu angestellt*“ sei und daher „*noch nicht für den Bayerischen Notfallbogen geschult*“ wurde, dass „*zu wenig qualifiziertes Personal auf Station*“ vorhanden sei, „*um diesen Bogen sicher umzusetzen*“, sowie dass „*aktuell massive personelle Umstrukturierungen*“ eine Einführung neuer Dokumente derzeit verhinderten. Die genannten Gründe verweisen vor allem auf organisatorische und strukturelle Hürden bei der Umsetzung. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass in der Modellregion bereits lange vor der Einführung des Bayerischen Notfallbogens intensiv mit dem ACP-Konzept und dem FeNo gearbeitet wurde, insbesondere durch das Hospizteam Nürnberg e. V., was die Verbreitung und Anwendung entsprechender Vorsorgedokumente beeinflusst haben dürfte.

Die Teilnehmenden, die neben dem Bayerischen Notfallbogen weitere Dokumente für die gesundheitliche Vorsorgeplanung nutzen (60 %; n = 12), wurden gebeten anzugeben, welche Dokumente in ihrer Einrichtung für den Notfall verwendet werden. Da es sich um eine Mehrfachauswahlfrage handelte, konnten die Befragten mehrere genutzte Dokumente angeben (s. Abbildung 24). Bezogen auf die Anzahl der Antworten wurden am häufigsten die FeNo-Dokumente (39 %; n = 7) und die BVP-Dokumente (33 %; n = 6) genannt. Fünf Personen gaben an, ausschließlich den Bayerischen Notfallbogen zu nutzen. Seltener erfolgten Nennungen des Erfurter bzw. Thüringer Notfallbogens (11 %; n = 2) sowie sonstiger Dokumente (11 %; n = 2). Unter „Sonstiges“ wurden eigene Formulare bzw. organisationsinterne Dokumentationen genannt. Einzelne Befragte verwiesen außerdem auf die Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen (PALMA) (6 %; n = 1). Weitere Dokumente wie der VorAN-Bogen, der Nobo-Notfallbogen oder der Augsburger Notfallplan wurden nicht genannt.

Abbildung 24: Onlinebefragung – „Bitte geben Sie an, welche(s) Dokument(e) Sie neben dem Bayerischen Notfallbogen nutzen.“

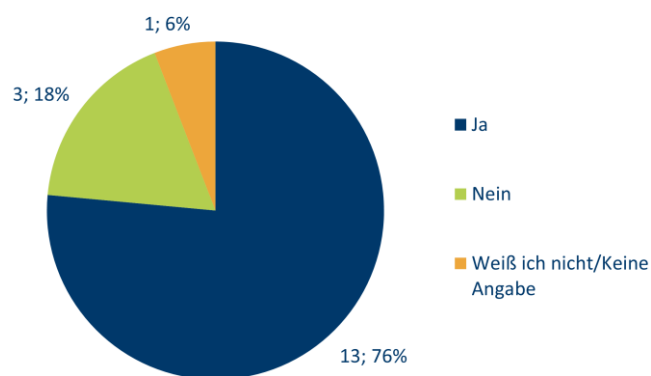


Quelle: IGES

Anmerkung: Mehrfachauswahl, Anzahl der Angaben n = [18], Anzahl der Antwortenden n = [12]

Die Befragten wurden gefragt, ob in ihrer Einrichtung bereits vor der Einführung des Bayerischen Notfallbogens eine Dokumentation der notfallbezogenen Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase bestand. Die Ergebnisse zeigen, dass in vielen Einrichtungen bereits vor der Einführung eine entsprechende Dokumentation vorhanden war. 76 % der Befragten (n = 13) gaben an, dass entsprechende Verfahren bereits zuvor genutzt wurden, während 18 % (n = 3) dies verneinten. Eine Person (6 %) machte keine Angabe (s. Abbildung 25).

Abbildung 25: Onlinebefragung – „Hatten Sie bereits vor der Einführung des Bayerischen Notfallbogens in Ihrer Einrichtung eine Dokumentation der notfallbezogene Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase?“



Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent. Einzelauswahl, n = [17]

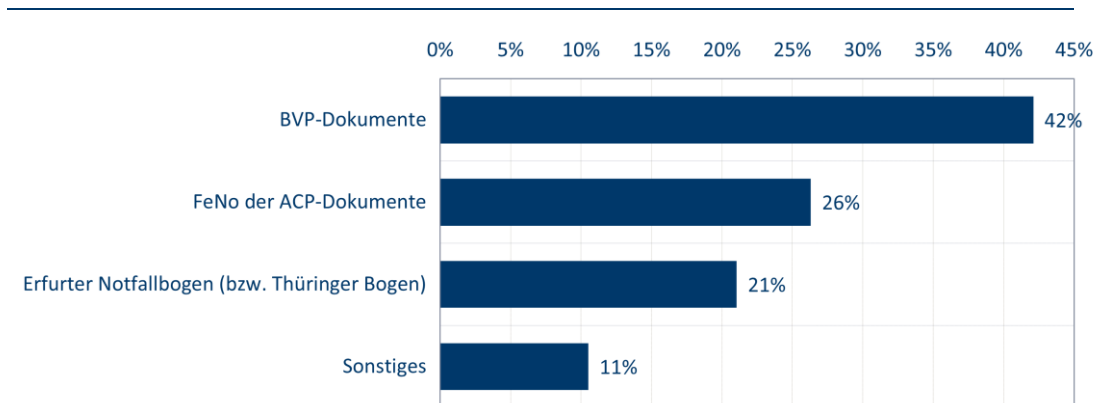
Die Befragten nutzen den Bayerischen Notfallbogen seit durchschnittlich rund 14 Monaten. Die Angaben variieren zwischen einem Monat und 60 Monaten, wobei sich die Nennung von 60 Monaten auf den ACP-Bogen bezieht, da der Bayerische Notfallbogen erst seit 2023 verfügbar ist. Dies zeigt, dass die Einführung des Notfallbogens in den Einrichtungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgte und teilweise bereits seit mehreren Jahren etabliert ist.

Die Befragten, die angaben, bereits vor der Einführung des Bayerischen Notfallbogens eine Dokumentation der notfallbezogenen Vorsorgeplanung genutzt zu haben, wurden gebeten anzugeben, welche Dokumente dabei verwendet wurden (s. Abbildung 26). Da es sich um eine Mehrfachauswahlfrage handelte, konnten mehrere Antworten angegeben werden. Am häufigsten wurden dabei

- ♦ die BVP-Dokumente genannt (42 %; n = 8),
- ♦ gefolgt von den FeNo-Dokumenten (26 %; n = 5) und
- ♦ dem Erfurter bzw. Thüringer Notfallbogen (21 %; n = 4).

11 % der Nennungen (n = 2) entfielen auf sonstige Dokumente, hierbei handelte es sich in einem Fall um „selbst erstellte“ Dokumente. Andere Unterlagen wie der VorAN-Bogen, der Nobo-Notfallbogen, die Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen (PALMA) oder der Augsburger Notfallplan wurden nicht genannt.

Abbildung 26: Onlinebefragung – „Welche Dokumentation(en) für die notfallbezogenen Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase hatten Sie vor der Einführung des Bayerischen Notfallbogens?“

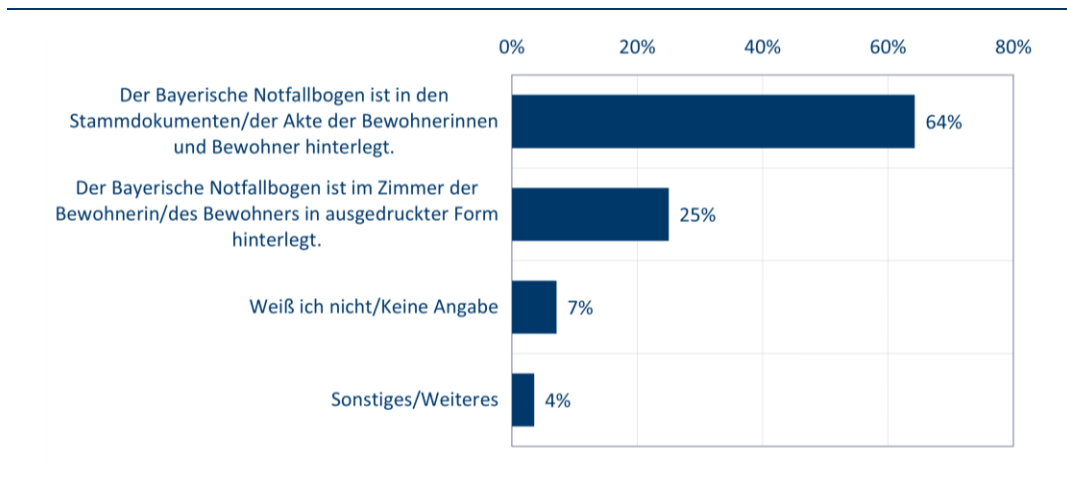


Quelle: IGES

Anmerkung: Mehrfachauswahl, Anzahl der Angaben n = [19], Anzahl der Antwortenden n = [13]

Die Ergebnisse zur Verfügbarkeit des Bayerischen Notfallbogens zeigen, dass unterschiedliche Vorgehensweisen bestehen, um einen schnellen Zugriff im Notfall zu gewährleisten. Bezogen auf die Anzahl der Nennungen wurde am häufigsten angegeben, dass der Notfallbogen in den Stammdokumenten bzw. in der Akte der Bewohnerinnen und Bewohner hinterlegt ist (64 %; n = 18). Zudem wurde in 25 % der Nennungen (n = 7) berichtet, dass er zusätzlich im Zimmer der Bewohnerinnen und Bewohner in ausgedruckter Form aufbewahrt wird. Eine Nennung entfiel auf „sonstige Vorgehensweise“ (4 %; n = 1), mit der Angabe, dass sich eine Markierung direkt am oder im Zimmer befindet. 7 % (n = 2) machten keine Angabe. Die Ergebnisse sind in Abbildung 27 dargestellt.

Abbildung 27: Onlinebefragung – „Wie stellen Sie in Ihrer Einrichtung sicher, dass der Bayerische Notfallbogen im Notfall verfügbar ist?“

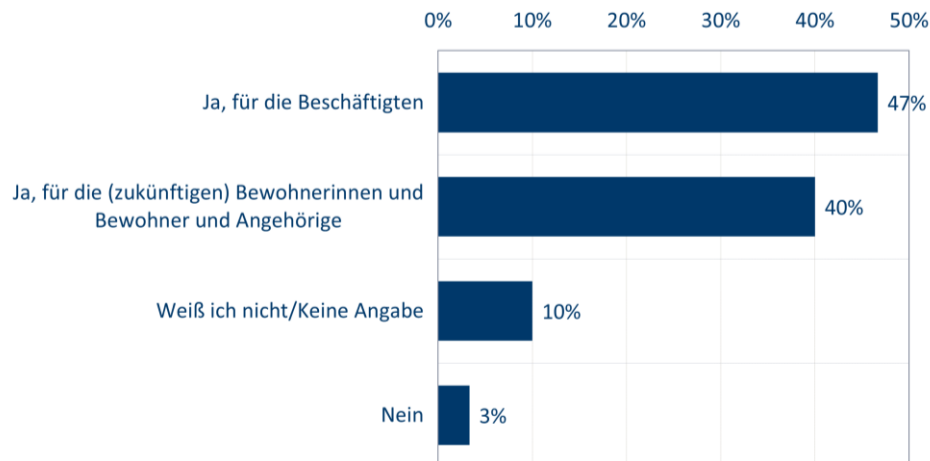


Quelle: IGES

Anmerkung: Mehrfachauswahl, Anzahl der Angaben n = [80], Anzahl der Antwortenden n = [20]

Die Befragten wurden gefragt, ob in ihren Einrichtungen Informationsveranstaltungen zum Thema gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase angeboten werden (s. Abbildung 28). Da es sich um eine Mehrfachauswahlfrage handelte, konnten mehrere Zielgruppen der Informationsveranstaltungen angegeben werden. Am häufigsten wurden Informationsveranstaltungen für Beschäftigte genannt (47 %; n = 14), gefolgt von Veranstaltungen für (zukünftige) Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige (40 %; n = 12). In einer Einrichtung finden keine entsprechenden Veranstaltungen statt (3 %; n = 1). 10 % (n = 3) machten keine Angabe.

Abbildung 28: Onlinebefragung – „Führen Sie in Ihrer Einrichtung Informationsveranstaltungen zu dem Thema gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase durch?“



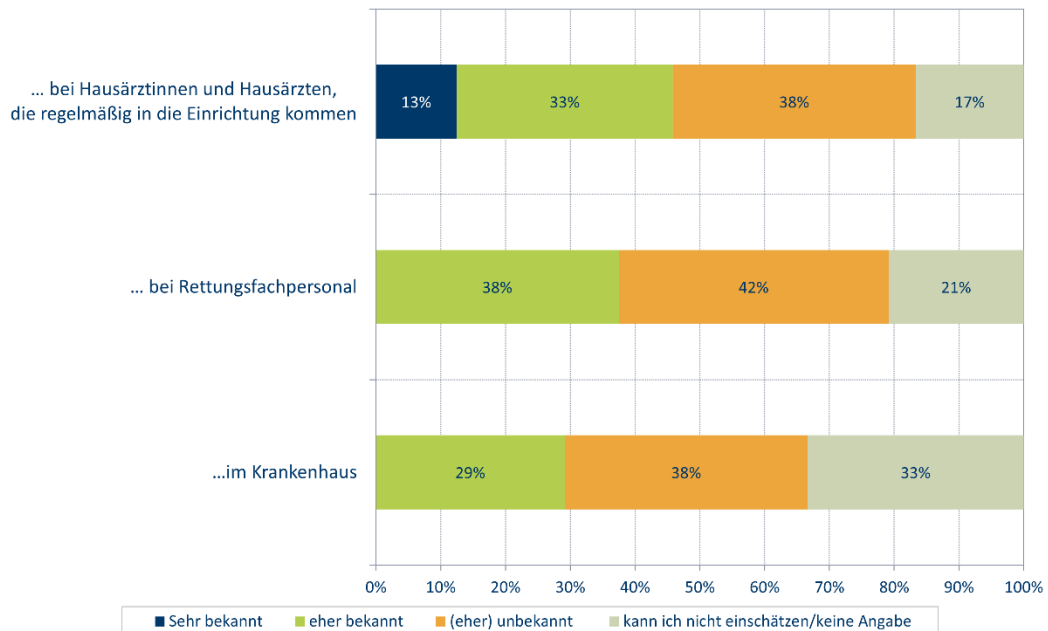
Quelle: IGES

Anmerkung: Mehrfachauswahl, Anzahl der Angaben $n = [80]$, Anzahl der Antwortenden $n = [20]$

Die Beschäftigten der Einrichtungen wurden gebeten, eine Einschätzung zur Bekanntheit des Bayerischen Notfallbogens bei verschiedenen Akteursgruppen zu geben (s. Abbildung 29). Bei Rettungsfachpersonal schätzten 38 % der Befragten ($n = 9$) den Notfallbogen als eher bekannt ein, während 42 % ($n = 10$) ihn als (eher) unbekannt bezeichneten. 21 % ($n = 5$) gaben an, dies nicht einschätzen zu können. Eine Bewertung als sehr bekannt erfolgte nicht. Bei Hausärztinnen und Hausärzten, die regelmäßig in die Einrichtungen kommen, wurde eine insgesamt höhere Bekanntheit eingeschätzt. 13 % der Befragten ($n = 3$) stuften den Notfallbogen als sehr bekannt ein, weitere 33 % ($n = 8$) als eher bekannt. (38 %; $n = 9$) hielten ihn für (eher) unbekannt, während 17 % ($n = 4$) keine Einschätzung machten.

Im Krankenhaus wurde der Notfallbogen von 29 % der Befragten ($n = 7$) als eher bekannt und von 37 % ($n = 9$) als (eher) unbekannt eingeschätzt. 33 % ($n = 8$) gaben an, die Bekanntheit nicht einschätzen zu können. Eine Bewertung als sehr bekannt erfolgte auch hier nicht. Insgesamt zeigt sich, dass der Bayerische Notfallbogen außerhalb der stationären Einrichtungen, insbesondere im Krankenhaus und im Rettungsdienst, nach Einschätzung der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nur teilweise bekannt ist. Eine stärkere Bekanntmachung bei diesen Akteuren könnte zur besseren Nutzung und Wirksamkeit des Instruments beitragen.

Abbildung 29: Onlinebefragung – „Was schätzen Sie: wie bekannt ist der Bayerische Notfallbogen insgesamt ...“

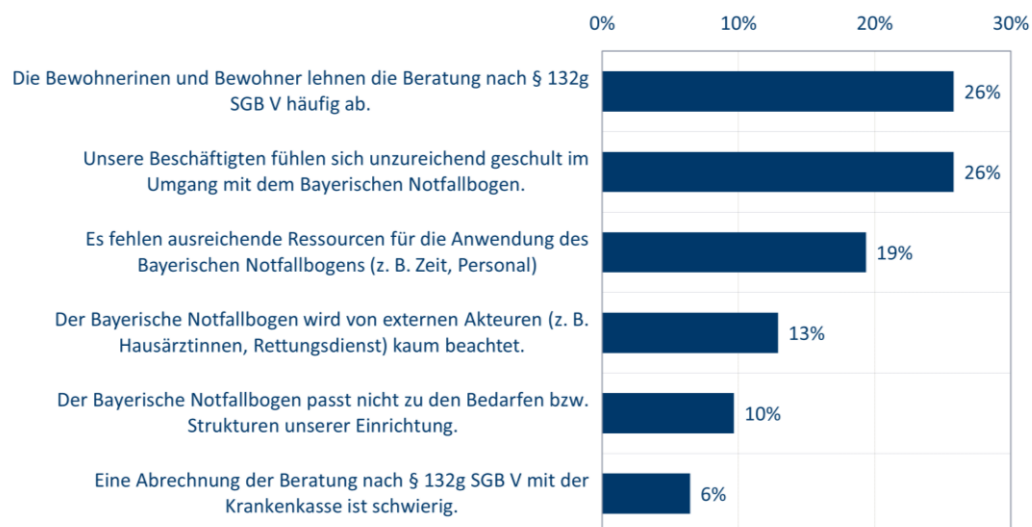


Quelle: IGES

Anmerkung: Einfachauswahl, Anzahl der Antwortenden n = [24]

Zusätzlich wurden für diese Akteursgruppe spezifische Herausforderungen im Umgang mit dem Bayerischen Notfallbogen erhoben (s. Abbildung 30). Bezogen auf die Anzahl der Antworten pro Item wurde am häufigsten angegeben, dass Bewohnerinnen und Bewohner die Beratung nach § 132g SGB V häufig ablehnen sowie dass sich Beschäftigte im Umgang mit dem Bayerischen Notfallbogen unzureichend geschult fühlen (jeweils 26 %; n = 8).

Abbildung 30: Onlinebefragung – „Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Einsatz des Bayerischen Notfallbogens aus.“



Quelle: IGES

Anmerkung: Mehrfachauswahl, Anzahl der Angaben n = [132], Anzahl der Antwortenden n = [22]

Weitere Nennungen betrafen fehlende personelle und zeitliche Ressourcen (19 %; n = 6). In den Erläuterungen wurde dabei insbesondere auf den Personalmangel und Fachkraftmangel hingewiesen, etwa mit Aussagen wie „zu wenig Personal, Krankenstand, Zeitarbeiter ...“ oder „aktuell massive personelle und strukturelle Veränderungen in der Einrichtung“. Auch wurde angemerkt, dass „aktuell noch keine Freistellung vom Regeldienst für diese Aufgabe organisiert ist“ und „fehlendes Interesse bei Kolleginnen und Kollegen im Team“ die Umsetzung zusätzlich erschweren.

Darüber hinaus wurden die geringe Beachtung durch externe Akteure wie Hausärztinnen und Rettungsdienste (13 %; n = 4) sowie strukturelle Passungsprobleme (10 %; n = 3) genannt. Vereinzelt wurde zudem auf Schwierigkeiten bei der Abrechnung der Beratung nach § 132g SGB V mit den Krankenkassen hingewiesen (6 %; n = 2).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Bayerische Notfallbogen in den an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Eingliederungshilfe bereits weitgehend etabliert ist und in der Regel ergänzend zu weiteren Dokumenten genutzt wird. Die Ergebnisse verdeutlichen jedoch auch, dass die praktische Umsetzung teilweise noch mit organisatorischen, strukturellen und personellen Herausforderungen verbunden ist. Insbesondere der Mangel an qualifiziertem Personal, strukturelle Veränderungen sowie unklare Zuständigkeiten erschweren die kontinuierliche Anwendung. Zudem zeigt sich aus Sicht der Akteursgruppen stationäre Pflegeeinrichtungen und Eingliederungshilfe,

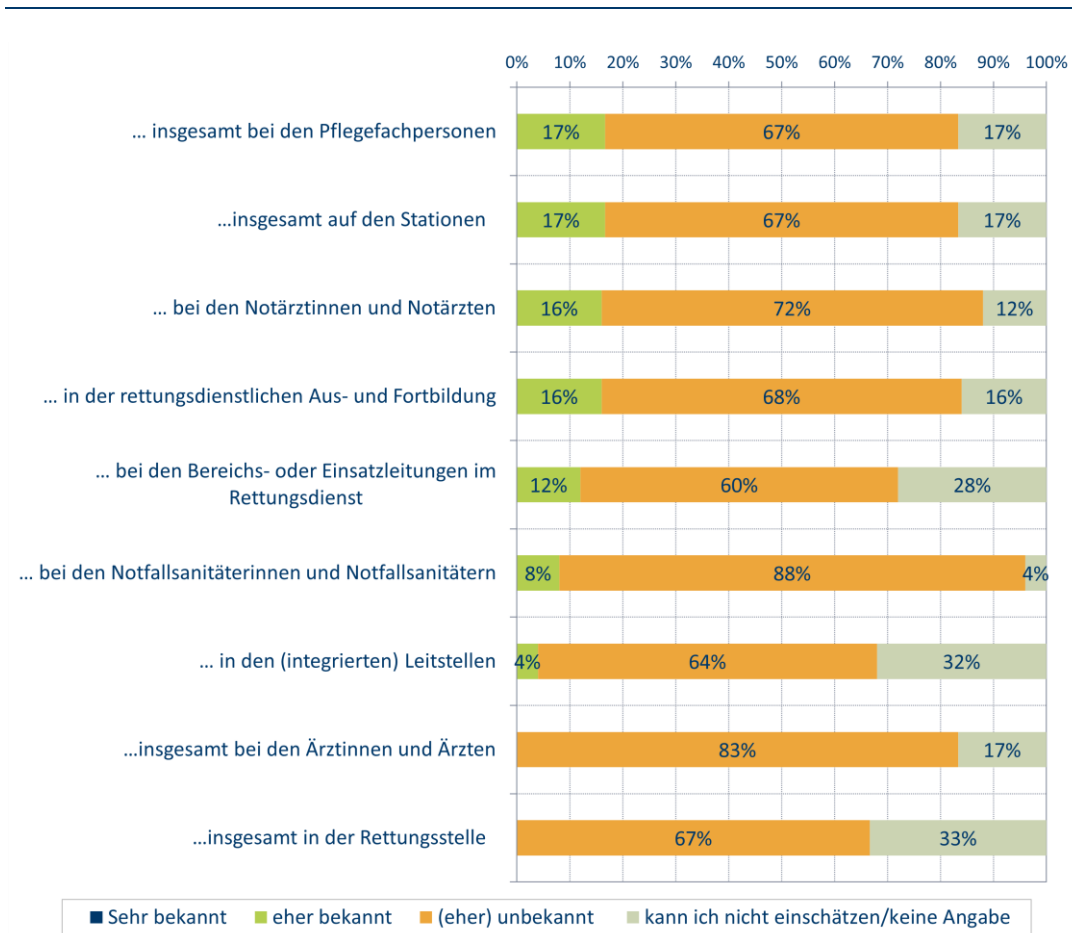
dass die Bekanntheit des Notfallbogens außerhalb der Einrichtungen – etwa im Rettungsdienst oder Krankenhaus – noch ausbaufähig ist, was eine engere Vernetzung und Kommunikation zwischen den beteiligten Akteursgruppen erforderlich macht.

4.2.5 Akteursgruppe Rettungsfachpersonal

Für die Akteursgruppe der Nutzerinnen und Nutzer in Notfallsituationen – darunter Rettungsdienstpersonal, Notärztinnen und Notärzte sowie Beschäftigte in Rettungsstellen und Krankenhäusern – nahmen insgesamt 33 Personen an der Befragung teil. Ziel war es, die Bekanntheit, praktische Anwendbarkeit und wahrgenommenen Herausforderungen des Bayerischen Notfallbogens aus Sicht dieser Berufsgruppen zu erfassen. Im Mittelpunkt standen dabei insbesondere Fragen zur Verfügbarkeit und Nutzung im Notfalleinsatz sowie zu strukturellen Rahmenbedingungen in der Notfallversorgung. Die Anzahl der Antworten variiert dabei je nach Frage, da einzelne Items ausschließlich vom Rettungsdienstpersonal oder von Beschäftigten aus dem Krankenhaus beantwortet wurden. Die folgenden Auswertungen geben einen Überblick über die Einschätzungen dieser Akteursgruppe zu den einzelnen Aspekten.

Im ersten Schritt wurde erhoben, wie bekannt der Bayerische Notfallbogen in der Notfallversorgung insgesamt eingeschätzt wird. Dabei standen sowohl die Bekanntheit in übergeordneten Bereichen (z. B. Rettungsstellen, Stationen) als auch bei spezifischen Akteursgruppen wie Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern, Notärztinnen und Notärzten oder Pflegefachpersonen im Fokus. Zur besseren Übersicht wurden die Ergebnisse der beiden entsprechenden Fragen zusammengeführt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Einschätzungen zu übergeordneten Krankenhausbereichen von Mitarbeitenden aus dem Krankenhaus abgegeben wurden, während die Bewertungen der spezifischen Akteursgruppen überwiegend von Mitarbeitenden des Rettungsdienstes stammen, entsprechend variiert die Anzahl der Antwortenden zwischen den Bereichen. Abbildung 31 zeigt die Einschätzungen zur Bekanntheit des Bayerischen Notfallbogens in den unterschiedlichen Bereichen der Notfallversorgung.

Abbildung 31: Onlinebefragung – „Wie bekannt ist der Bayerische Notfallbogen?“



Quelle: IGES

Anmerkung: Einfachauswahl, n = [31]. Die Items, die mit „... insgesamt“ beginnen, wurden von Mitarbeitenden im Krankenhaus (n = 6) beantwortet. Die übrigen Items wurden von Mitarbeitenden im Rettungsdienst (n = 25) beantwortet.

Insgesamt zeigt sich, dass der Bayerische Notfallbogen über die meisten Bereiche hinweg in der Region Nürnberg bisher nur wenig bekannt ist. Die Akteursgruppe Rettungsdienst schätzte ein, dass unter den Pflegefachpersonen nur wenige den Notfallbogen als eher bekannt einstufen würden, während die Mehrheit ihn als (eher) unbekannt bewerten würde (insgesamt 67 %; n = 4). Auch für die Stationen wurde berichtet, dass der Notfallbogen überwiegend als (eher) unbekannt eingeschätzt werde (67 %; n = 4), und für Ärztinnen und Ärzte wurde angegeben, dass rund 80 % (n = 5) ihn eher unbekannt oder unbekannt einschätzen würden.

Für Notfallsanitäterinnen und -sanitäter wurde von der Akteursgruppe Rettungsdienst eingeschätzt, dass 88 % (n = 22) den Notfallbogen als (eher) unbekannt einstufen würden. Für Notärztinnen und Notärzte lag dieser bei etwa drei Vierteln (72 %; n = 18). Auch für integrierte Leitstellen sowie Bereichs- bzw. Einsatzleitungen wurde berichtet, dass jeweils rund 60 % (n = 16) den Notfallbogen als wenig bekannt einschätzen würden. In der rettungsdienstlichen Aus- und Fortbildung

gaben ebenfalls rund zwei Drittel (68 %; n = 17) an, dass der Notfallbogen eher unbekannt oder unbekannt sei.

Auch für die Rettungsstellen wurde durch die Akteursgruppe Rettungsdienst angegeben, dass der Notfallbogen von der Mehrheit der Befragten (67 %; n = 4) als (eher) unbekannt eingeschätzt werde. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass der Bayerische Notfallbogen in den meisten der betrachteten Bereiche nur einen geringen Bekanntheitsgrad hat.

Bezüglich des Zugriffs auf den Bayerischen Notfallbogen in Notfallsituationen zeigen die Ergebnisse, dass der Bayerische Notfallbogen beim Notfalleinsatz häufig nicht unmittelbar verfügbar ist (s. Abbildung 32). 64 % der Befragten (n = 16) gaben an, dass oft unklar sei, ob ein Notfallbogen vorhanden ist oder wo er zu finden wäre. 16 % (n = 4) berichteten, dass der Notfallbogen gelegentlich verfügbar sei – je nach Einrichtung oder häuslichem Umfeld. Keine Person gab an, dass der Notfallbogen in der Regel schnell bereitgestellt werde. Weitere 16 % (n = 4) machten keine Angabe, und eine Person (4 %) merkte an, dass der Notfallbogen „bisher unbekannt“ sei.

Abbildung 32: Onlinebefragung – „Wie gut kann Ihrer Meinung nach das Rettungsfachpersonal im Notfall auf den Bayerischen Notfallbogen zugreifen?“



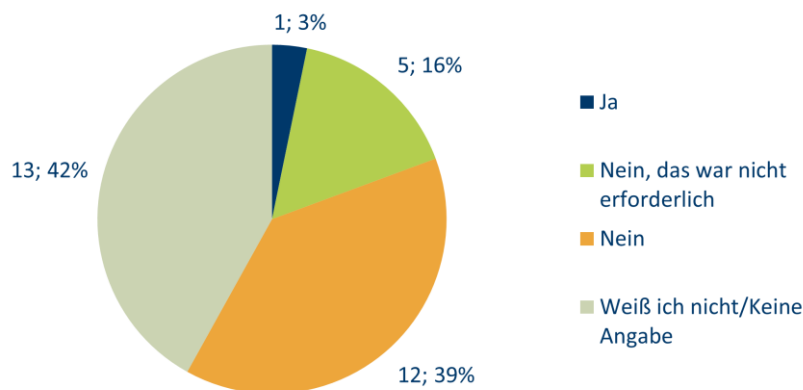
Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und in Prozent. Einfachauswahl, n = [25]

Nur wenige Befragte berichteten von strukturellen Anpassungen der Arbeitsorganisation in ihren Einrichtungen infolge der Einführung des Bayerischen Notfallbogens (s. Abbildung 33). Lediglich eine Person (3 %) gab an, dass in ihrer Einrichtung entsprechende Verfahrensanweisungen angepasst wurden. 39 % (n = 12) verneinten dies, während 16 % (n = 5) angaben, dass keine Anpassung erforderlich gewesen sei. Ein großer Anteil von 42 % (n = 13) konnte hierzu keine Auskunft geben. In

den Freitextantworten wurde deutlich, dass teilweise Unklarheiten über Zuständigkeiten und Prozesse bestehen („Wie sollten Verfahrensanweisungen für Notärzte geändert werden?“, „Unbekannt“).

Abbildung 33: Onlinebefragung – „Wurden in Ihrer Einrichtung infolge der Einführung des Bayerischen Notfallbogens entsprechende Verfahrensanweisungen angepasst?“

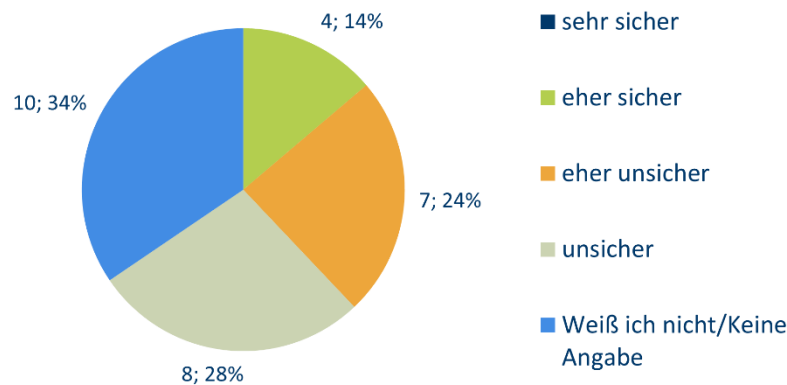


Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und in Prozent. Einzelauswahl, n = [31]

Die Ergebnisse zeigen, dass das Rettungsfach- und Rettungsstellenpersonal nach der Erfahrung der Befragten die rechtliche Verlässlichkeit des Bayerischen Notfallbogens in Entscheidungssituationen überwiegend kritisch einschätzt (s. Abbildung 34). Während 14 % der Befragten (n = 4) angaben, sich eher sicher zu fühlen, beurteilten 24 % (n = 7) die Situation als eher unsicher und 28 % (n = 8) als unsicher. Keine der befragten Personen gab an, sich sehr sicher zu fühlen. Zudem machten 34 % (n = 10) keine Angabe. Ähnlich wie in der gemeinsamen Auswertung weist der hohe Anteil an fehlenden Angaben darauf hin, dass Unsicherheiten hinsichtlich der rechtlichen Verbindlichkeit und Anwendung des Bayerischen Notfallbogens bestehen.

Abbildung 34: Onlinebefragung – „Wie sicher fühlt sich Ihrer Erfahrung nach das Rettungsfachpersonal/Rettungsstellenpersonal im Hinblick auf die rechtliche Verlässlichkeit des Bayerischen Notfallbogens in Entscheidungssituationen?“

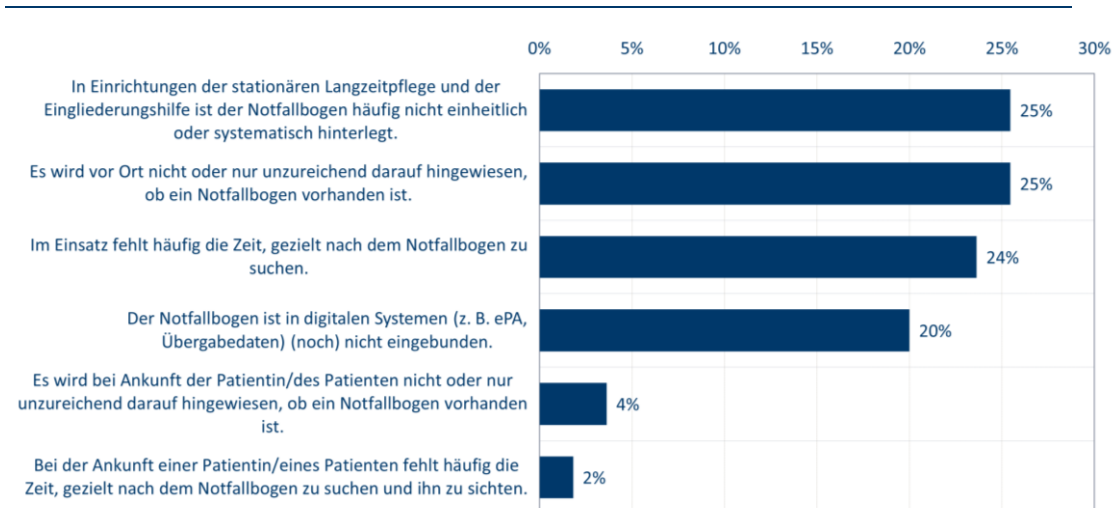


Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und in Prozent. Einfachauswahl, n = [29]

Die Befragten benannten verschiedene Herausforderungen im Zusammenhang mit der Nutzung des Bayerischen Notfallbogens (s. Abbildung 35). Bezogen auf die Anzahl der Antworten wurde am häufigsten angegeben, dass der Notfallbogen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Eingliederungshilfe häufig nicht einheitlich oder systematisch hinterlegt ist (25 %; n = 14) und dass vor Ort nicht oder nur unzureichend darauf hingewiesen wird, ob ein Notfallbogen vorhanden ist (25 %; n = 14). Ebenfalls häufig wurde genannt, dass im Einsatz oft die Zeit fehlt, gezielt nach dem Notfallbogen zu suchen (24 %; n = 13). 20 % (n = 11) gaben an, dass der Notfallbogen noch nicht in digitale Systeme eingebunden ist. Einzelne Befragte gaben außerdem an, dass bei der Ankunft von Patientinnen und Patienten häufig nicht auf das Vorhandensein eines Notfallbogens hingewiesen wird (4 %; n = 2) oder die Sichtung des Dokuments zeitlich kaum möglich sei (2 %; n = 1).

Abbildung 35: Onlinebefragung – „Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogen aus.“



Quelle: IGES

Anmerkung: Mehrfachauswahl, Anzahl der Angaben $n = [99]$, Anzahl der Antwortenden $n = [4-31]$

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Einschätzungen der Nutzerinnen und Nutzer in Notfallsituationen auf eine geringe Bekanntheit und Vertrautheit mit dem Bayerischen Notfallbogen hinweisen. Sowohl die Ergebnisse zur Einsatzbarkeit im Notfall als auch zur rechtlichen Verlässlichkeit verdeutlichen, dass der Notfallbogen im Rettungsdienst- und Krankenhauskontext noch nicht fest etabliert ist. Fehlende Zeit im Einsatz, eine uneinheitliche Ablage sowie mangelnde digitale Einbindung stellen große Herausforderungen dar.

4.2.1 Akteursgruppe Gesprächsbegleitung nach § 132g SGB V

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aus der Akteursgruppe der Gesprächsbegleitung nach § 132g SGB V berichtet. Insgesamt nahmen 13 Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleiter an der Befragung teil. In der Selbstauskunft zum organisationalen Kontext gaben jedoch lediglich zwei Personen an, explizit in der Gesprächsbegleitung tätig zu sein, während die übrigen Teilnehmenden anderen Einrichtungen zugeordnet waren. Die Mehrheit arbeitete in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (46 %; $n = 6$), gefolgt von Altenhilfe-/Pflegeeinrichtungen (15 %; $n = 2$), Hospiz- und Beratungsangeboten (15 %; $n = 2$) sowie weiteren Kontexten (23 %; $n = 3$), darunter ein Gesprächsbegleiter, der zugleich als Trainer tätig ist.

In diesem Frageblock standen insbesondere die Nutzung und Integration des Bayerischen Notfallbogens im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V sowie der Einsatz unterschiedlicher Dokumente in der Beratungspraxis im Vordergrund. Als Begründung für den (noch) nicht vollständigen

Umstieg auf den Bayerischen Notfallbogen wurde angegeben, dass der FeNo des ACP nahezu identisch mit diesem sei. Der Bayerische Notfallbogen kommt bei den befragten Gesprächsbegleiterinnen entweder regelmäßig im Rahmen der Beratung oder gezielt dann zum Einsatz, wenn bereits Dokumente der gesundheitlichen Versorgungsplanung vorliegen, jedoch noch keine spezifische Notfallplanung erfolgt ist.

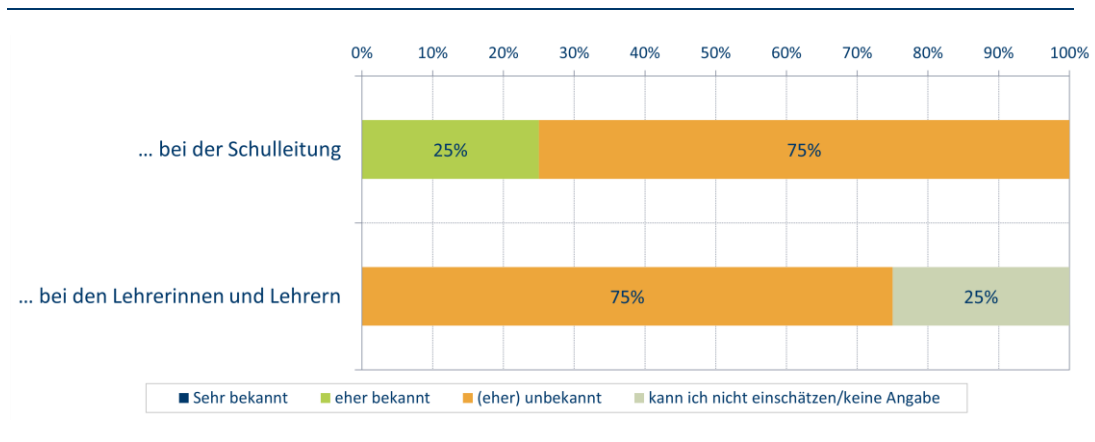
Über alle Gesprächsbegleiterinnen hinweg (n = 13) tauchten in den Freitextantworten besonders diese Aspekte auf: Erstens wurden personelle Engpässe sowie strukturelle Veränderungen benannt, die die Einführung oder eine konsistente Nutzung neuer Dokumente erschweren. Zweitens wurde hervorgehoben, dass der Bayerische Notfallbogen zwar grundsätzlich bekannt ist, jedoch teilweise Unsicherheiten in der praktischen sowie rechtssicheren Anwendung bestehen. Drittens unterstreichen einzelne Rückmeldungen die Bedeutung einheitlicher Dokumentationsformate sowie einer verlässlichen Gesprächsbegleitung, um im Ernstfall Sicherheit und Orientierung zu gewährleisten.

4.2.2 Akteursgruppe Multiplikatoren

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Teilnehmenden aus der Akteursgruppe der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren dargestellt. Insgesamt nahmen vier Personen (Schulleitung n = 3, Lehrkraft n = 1) teil. Thematisch standen dabei insbesondere die Bekanntheit des Notfallbogens in Bildungseinrichtungen sowie seine Verankerung in Lehrplänen und Curricula im Fokus. Die Einschätzungen zur Bekanntheit des Bayerischen Notfallbogens in Bildungseinrichtungen bei Lehrkräften und Schulleitungen weisen überwiegend auf einen sehr geringen Bekanntheitsgrad hin. Wie aus

Abbildung 36 hervorgeht, wurde ausschließlich für die Schulleitungen von einer Person angegeben, dass der Bayerische Notfallbogen „eher bekannt“ ist. In Bezug auf die Lehrkräfte fällt die Bekanntheit hier noch schlechter aus: 75 % (n = 3) schätzen den Bayerischen Notfallbogen als (eher) unbekannt ein oder machten keine Angabe (n = 1).

Abbildung 36: Onlinebefragung – „Was schätzen Sie: wie bekannt ist der Bayerische Notfallbogen insgesamt ...“

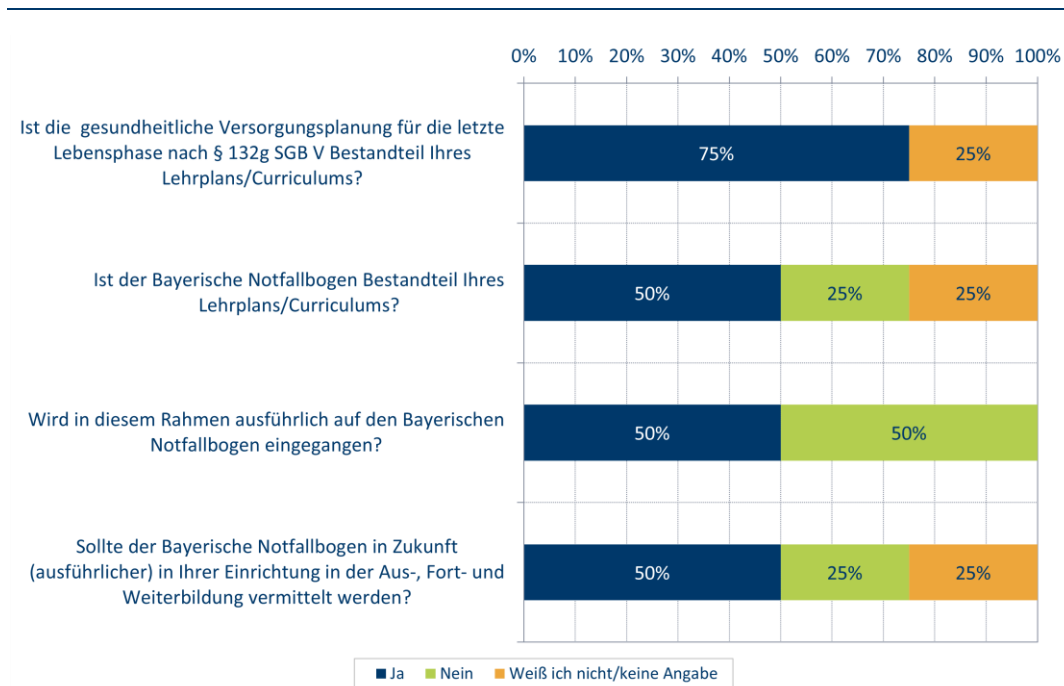


Quelle: IGES

Anmerkung: Einfachauswahl, n = [4]

Die Ergebnisse zur Integration des Bayerischen Notfallbogens in Lehrpläne und zur Einschätzung des zukünftigen Vermittlungsbedarfs zeigen, dass das Thema gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V bereits in den Curricula verankert ist (s. Abbildung 37). Drei Viertel der Befragten (75 %; n = 3) gaben an, dass gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase Bestandteil ihres Lehrplans ist, während eine Person (25 %) dies nicht angeben konnte.

Abbildung 37: Onlinebefragung – „Integration des Bayerischen Notfallbogens in Lehrpläne und Einschätzung zum zukünftigen Vermittlungsbedarf“



Quelle: IGES

Anmerkung: Einzelauswahl, [n = 4]. Frage 3 („Wird in diesem Rahmen ausführlich auf den Bayerischen Notfallbogen eingegangen?“) wurde nur von Befragten beantwortet, die Frage 2 („Ist der Bayerische Notfallbogen Bestandteil Ihres Lehrplans/Curriculums?“) mit „Ja“ beantwortet haben (n = 2).

Der Bayerische Notfallbogen selbst wurde von der Hälfte der Befragten (50 %; n = 2) als Bestandteil des Lehrplans genannt, während jeweils 25 % (n = 1) dies verneinten oder keine Angabe machten. Eine Person ergänzte, dass sich die Ausbildung derzeit in einer „*Umstellung*“ befinde und der Bogen „nicht explizit im Lehrplan ausgewiesen“ sei. Unter denjenigen, die angaben, dass der Notfallbogen im Curriculum enthalten ist, wird jedoch nur teilweise ausführlich darauf eingegangen: Eine Person (50 %) bestätigte eine vertiefte Behandlung, während eine weitere (50 %) angab, dass „*nicht genügend Zeit für eine detaillierte Darstellung*“ zur Verfügung stehe.

Bezüglich der zukünftigen Vermittlung zeigte sich, dass die Hälfte der Befragten (50 %; n = 2) eine ausführlichere Einbindung des Bayerischen Notfallbogens in Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalte befürwortet. Eine Person (25 %) sprach sich dagegen aus, und eine weitere (25 %) machte keine Angabe. In den Freitextantworten wurde hervorgehoben, dass der Notfallbogen ein „*wichtiges Instrument der Vorsorgeplanung*“ sei, über das „*Pflegende Bescheid wissen sollten*“. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass der Bogen „*schon seit Jahren in anderen Fort- und Weiterbildungen für Ärzte, Pflegekräfte und Ehrenamtliche vorgestellt*“ werde.

und dass „in der Ausbildung die bisherigen Inhalte ausreichend“ seien, während er jedoch „als Fortbildung in der Langzeitpflegeeinrichtung wichtig“ sei.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse dieser beiden Akteursgruppen, dass der Bayerische Notfallbogen in der Praxis der Gesprächsbegleitung bereits punktuell genutzt wird, während er in Bildungseinrichtungen bislang nur eingeschränkt bekannt und curricular verankert ist.

4.2.3 Fazit der Onlinebefragung

Die Onlinebefragung zeigt ein heterogenes Bild über die Akteursgruppen hinweg: In stationärer Langzeitpflege und Eingliederungshilfe ist der Bayerische Notfallbogen in Nürnberg infolge des Einführungsprojektes bereits weit verbreitet und wird häufig ergänzend zu FeNo- und BVP-Dokumenten genutzt, während Rettungsdienst, Krankenhaus und Ausbildungskontexte ihn bislang deutlich weniger kennen. Aufbau, Verständlichkeit und der Nutzen zur Klarstellung des Patientenwillens sowie zur Stärkung der Handlungssicherheit werden gruppenübergreifend überwiegend positiv eingeschätzt, zugleich bestehen vor allem bei der rechtlichen Verlässlichkeit und beim praktischen Zugriff im Einsatz (Auffindbarkeit, einheitliche Ablage, digitale Einbindung) spürbare Unsicherheiten. In Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ist der Zugriff in der Regel durch die Ablage in Akten oder im Bewohnerzimmer gewährleistet. Im Rettungsdienst hingegen berichten Fachkräfte, dass der Bogen (sofern vorhanden) im Einsatzfall häufig schwer auffindbar ist und bislang nur begrenzt in bestehende Abläufe und Verfahren eingebunden wird. Von allen Akteuren genannte Herausforderungen betreffen begrenzte Personalressourcen für neue Prozesse, einen wahrgenommenen Schulungsbedarf, eine noch unzureichende Bekanntheit außerhalb der Einrichtungen sowie die Verbesserung der Koordination zwischen beteiligten Akteuren. Potenzial für eine weitgehende Integration und Informationsbedarf wird im Bereich der Fort- und Weiterbildung und besonders beim Rettungsfachpersonal gesehen.

Eine Limitation besteht darin, dass die Befragung überwiegend von Personen beantwortet wurde, die zumindest namentlich bereits vom Bayerischen Notfallbogen gehört hatten. Um diesen Effekt zu reduzieren, wurde in der Erinnerungsmail ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die Befragung auch an Personen ohne entsprechende Vorkenntnisse richtet.

4.3 Ergebnisse der Falldokumentation

Im Ergebnisteil werden die fünf teilnehmenden Einrichtungen von insgesamt 25 angeschriebenen Einrichtungen betrachtet, die an der prospektiven Falldokumentation teilgenommen haben.

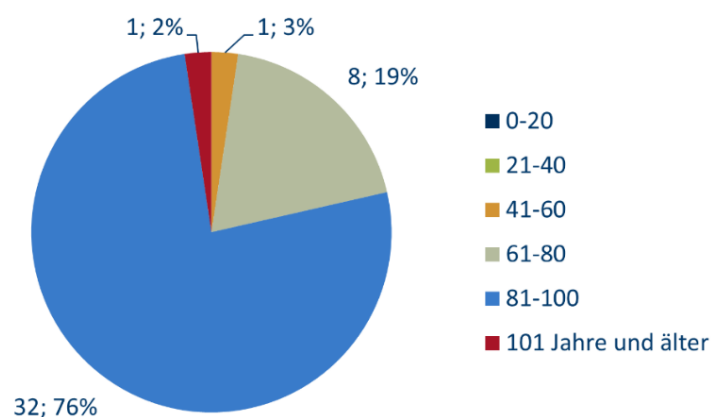
4.3.1 Auswertung der prospektiven Falldokumentationen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der prospektiven Falldokumentationen dargestellt, die von insgesamt fünf beteiligten Einrichtungen über den

Erhebungszeitraum von sechs Monaten hinweg erhoben wurden. Ziel der Auswertung ist es, einen ersten Überblick darüber zu geben, wie häufig akute Notfallsituationen auftraten und in welchem Umfang Notfälle pro Person dokumentiert wurden. Insgesamt wurden 49 Notfälle erfasst, die sich auf 42 Personen verteilen. In der überwiegenden Mehrheit handelte es sich um jeweils einen Notfall pro Person (86 %), während bei sechs Personen ein zweiter (12 %) und bei einer Person ein dritter Notfall (2 %) registriert wurde.

Die Grunddaten der 42 in die prospektive Falldokumentation eingeschlossenen Bewohnerinnen und Bewohner zeigen eine deutliche Alterszentrierung der Stichprobe (s. Abbildung 38). Der größte Anteil der Personen (76 %) lag in der Altersgruppe von 81 bis 100 Jahren, gefolgt von 19 % im Bereich zwischen 61 und 80 Jahren. Jüngere Altersgruppen waren kaum vertreten, lediglich eine Person war zwischen 41 und 60 Jahren alt. Zusätzlich wurde erhoben, ob eine Beratung nach § 132gSGB V erfolgt war. Insgesamt hatten 24 % (n = 10) der Bewohnerinnen und Bewohner eine solche Beratung erhalten, während bei 76 % (n = 32) keine Beratung dokumentiert worden war.

Abbildung 38: Falldokumentation – Altersgruppe der Bewohner und Bewohnerinnen

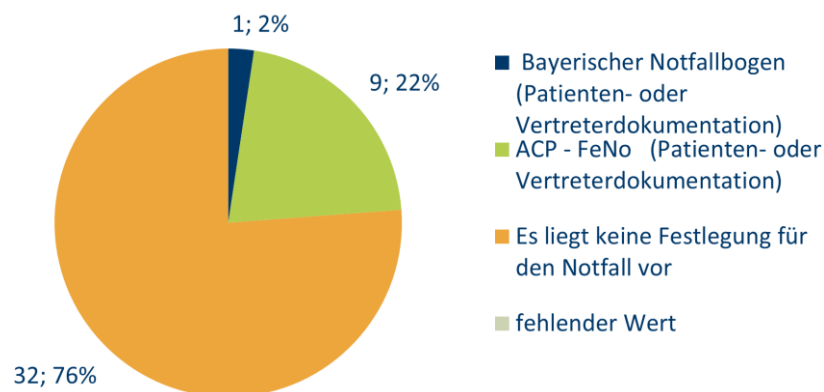


Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und in Prozent. Einzelauswahl, n = [42]

Im Rahmen der prospektiven Datenerhebung wurde zudem erfasst, welche Festlegungen den dokumentierten Notfällen zugrunde lagen. Die Ergebnisse zeigen, dass in der Mehrheit der Fälle keine spezifische Notfallfestlegung vorlag: Bei 76 % (n = 32) der Bewohnerinnen und Bewohner war weder ein Bayerischer Notfallbogen noch ein ACP-FeNo-Dokument vorhanden. Lediglich in 2 % (n = 1) der Fälle wurde der Bayerische Notfallbogen genutzt, während in 21 % (n = 9) ein ACP-FeNo-Dokument vorlag.

Abbildung 39: Falldokumentation – "Welche Festlegung für den Notfall wurde verwendet?"



Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und in Prozent. Einzelauswahl, n = [42]

Zur vertieften Einordnung dieser Notfallfestlegungen wurden im nächsten Schritt ausschließlich jene Falldokumentationen betrachtet, in denen mindestens ein entsprechendes Dokument vorlag (ACP-FeNo oder Bayerischer Notfallbogen; n = 10). Tabelle 6 gibt einen Überblick über diese Fälle und stellt dar, (1) welche Festlegung gewählt wurde (A–C), (2) ob die betroffene Person einwilligungsfähig war und (3) ob eine Krankenhauseinweisung erfolgte.

Die definierten Therapieziele (A-C) unterscheiden sich hinsichtlich des Umfangs der im Notfall anzuwendenden medizinischen Maßnahmen. Therapieziel A beschreibt eine uneingeschränkte Lebenserhaltung, bei der im Notfall sämtliche intensivmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Herz-Lungen-Wiederbelebung eingeleitet werden. Therapieziel B verfolgt ebenfalls das Ziel der Lebenserhaltung, beinhaltet jedoch spezifische Einschränkungen bestimmter Maßnahmen. Diese Einschränkungen sind gestuft und variieren in den Unterkategorien B0 bis B3, wobei jede Stufe eine weitere Maßnahme ausschließt: In B0 wird auf die Herz-Lungen-Wiederbelebung verzichtet, in B1 zusätzlich auf invasive (Tubus-)Beatmung, in B2 zusätzlich auf intensivmedizinische Behandlung und in B3 zusätzlich auf eine Krankenhauseinweisung. Demgegenüber fokussiert Therapieziel C nicht auf die Lebensverlängerung, sondern auf die Linderung von Beschwerden im Sinne einer palliativen Versorgung, bei der ausschließlich symptomorientierte Maßnahmen vorgesehen sind und nach Möglichkeit ein Verbleib im vertrauten Umfeld angestrebt wird.

Die in ACP-FeNo bzw. im Bayerischen Notfallbogen dokumentierten Therapieziele sind insbesondere für lebensbedrohliche Notfallsituationen vorgesehen, in denen die betroffene Person nicht (mehr) einwilligungsfähig ist und somit keine aktuelle Willensäußerung erfolgen kann. In der Falldokumentation zeigten sich zwei Fälle mit festgelegten Therapiezielen, die keine Krankenhauseinweisung vorsehen

(Therapieziel B3 und C). Auffällig ist jedoch, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in diesen dokumentierten Notfallsituationen als einwilligungsfähig eingeschätzt wurden, sodass die Entscheidung im Notfall primär an der aktuellen Willensäußerung bzw. Einwilligung auszurichten war: in beiden Fällen erfolgte eine Krankenhauseinweisung.

Tabelle 6: Falldokumentation – Fälle mit dokumentierter Notfallfestlegung (ACP-FeNo oder Bayerischer Notfallbogen)

Fall Nr.	Überschrift Spalte 2	Festgelegtes Therapieziel (A-C)	Einwilligungsfähig (ja/nein)	Krankenhauseinweisung (ja/nein)
1	ACP FeNo	A	ja	nein
2	Bayerischer Notfallbogen	C	ja	ja
3	ACP FeNo	B3	ja	ja
4	ACP FeNo	B0	nein	ja
5	ACP FeNo	fehlender Wert	nein	nein
6	ACP FeNo	fehlender Wert	ja	ja
7	ACP FeNo	A	ja	nein
8	ACP FeNo	B2	nein	nein
9	ACP FeNo	fehlender Wert	fehlender Wert	nein
10	ACP FeNo	B2	nein	ja

Quelle: IGES

Anmerkung: n = 10; A: Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung; B0: keine Herz-Lungen-Wiederbelebung; B1: keine invasive (Tubus-)Beatmung; B2: keine Behandlung auf der Intensivstation; B3: keine Mitnahme ins Krankenhaus; C: ausschließlich lindernde Maßnahmen

Wenn keine Festlegung für den Notfall vorlag, konnten die Einrichtungen die Gründe hierfür angeben. Die fünf Freitextangaben zeigen, dass fehlende Notfallfestlegungen vor allem auf zwei Ursachen zurückzuführen waren: Zum einen lehnten einzelne Bewohnerinnen oder Bewohner Beratungsangebote bzw. einen ACP-Prozess ab („wurde beraten, hat ACP abgelehnt“, „Bewohnerin lehnt Beratungsgespräche immer wieder ab“). Zum anderen lagen entweder eine ältere, bereits mitgebrachte Patientenverfügung vor („ist mit einer bisherigen Patientenverfügung gekommen“), die nicht in ein strukturiertes Falldokument überführt wurde, oder es fehlte vollständig an einer Patientenverfügung („keine Patientenverfügung vorhanden“).

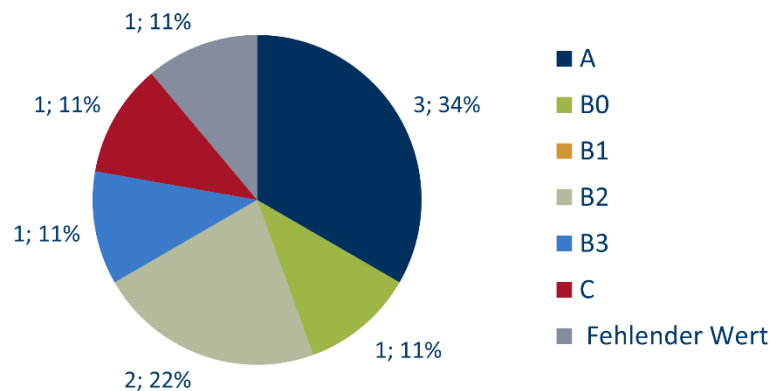
Für jene Bewohnerinnen und Bewohner, für die keine dieser beiden strukturierten Notfallinstrumente vorlagen (n = 32), wurde ergänzend erhoben, ob andere

Dokumente der gesundheitlichen Vorausplanung existierten. In 47 % (n = 15) der Fälle lagen alternative Vorausplanungsdokumente vor, dabei wurde in allen Fällen eine „Patientenverfügung“ angegeben. In 50 % (n = 16) keinerlei entsprechende Unterlagen dokumentiert waren (3 %; n = 1 fehlender Wert).

Für jene Fälle, in denen eine ACP-FeNo-Festlegung für den Notfall bzw. ein Bayerischer Notfallbogen vorlag (n = 9), wurde differenziert erfasst, in welcher Fassung die FeNo-Dokumentation vorlag. Die FeNo-Dokumentation kann entweder in Form einer Patientenverfügung genutzt werden, wenn die betroffene Person ihre Entscheidungen selbst treffen und äußern kann, oder in Form einer Vertreterdokumentation, wenn dies nicht mehr möglich ist und Angehörige oder Betreuungspersonen stellvertretend den mutmaßlichen Willen dokumentieren. In 33 % der Fälle (n = 3) lag eine FeNo-Dokumentation in Form einer Patientenverfügung vor, während in 11 % (n = 1) angegeben wurde, dass keine Patientenverfügung vorlag; in 56 % der Fälle (n = 5) fehlten entsprechende Angaben. Eine FeNo-Dokumentation in Form einer Vertreterdokumentation war in 56 % der Fälle (n = 5) vorhanden; in den übrigen 44 % (n = 4) lagen hierzu keine Angaben vor. Zusätzlich wurde erhoben, ob die FeNo-Dokumentation eine ärztliche Stellungnahme mit Unterschrift enthielt. Eine solche ärztliche Bestätigung war in 56 % der Fälle (n = 5) angegeben, während in 44 % (n = 4) entsprechende Angaben fehlten. Insgesamt deutet die Auswertung darauf hin, dass FeNo-Dokumente, sofern vorhanden, überwiegend eine Vertreterdokumentation und eine ärztliche Stellungnahme enthalten, während Angaben zur Patientenverfügung vergleichsweise häufiger fehlen oder unvollständig dokumentiert sind.

Für die neun vorliegenden FeNo-Dokumente/Bayerischen Notfallbögen wurde zudem erhoben, welches Therapieziel für den Notfall festgelegt wurde. Die Angaben zeigen eine deutliche Streuung über die verschiedenen Zielkategorien. In 33 % (n = 3) der Fälle wurde Ziel A dokumentiert, während die zieloffenen bzw. begrenzten Maßnahmen in den Bereichen B0 (11 %; n = 1), B2 (22 %; n = 2) und B3 (11 %; n = 1) vertreten waren, für B1 lag keine Nennung vor. Ein zielgerichtetes Therapieziel der Kategorie C wurde in einem Fall (11 %) angegeben. In weiteren 11 % (n = 1) der Dokumente fehlten entsprechende Angaben (s. Abbildung 40).

Abbildung 40: Falldokumentation – Festgelegtes Therapieziel für den Notfall (FeNo)



Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent. Einzelauswahl, n = [9]

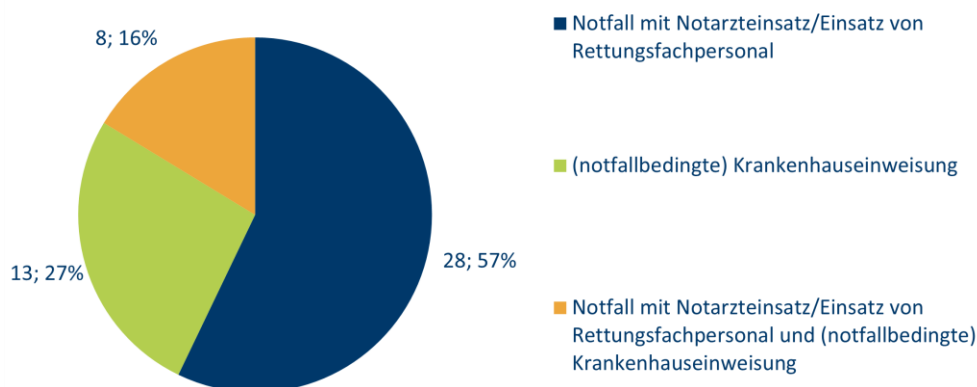
Die dokumentierten Notfälle verteilten sich überwiegend auf die Monate Mai bis Juli 2025. Mit 39 % der Fälle wurde der größte Anteil im Mai erfasst, gefolgt von 20 % im Juni und 18 % im Juli. In den darauffolgenden Monaten nahm die Zahl der Notfallerefassungen sukzessive ab, sodass im Oktober nur noch ein einzelner Fall (2 %) dokumentiert wurde.

Für jene Fälle, in denen es sich nicht um die erste Notfallerefassung handelte (n = 7), wurde erhoben, ob zwischen den Notfällen eine Beratung nach § 132g SGB V stattgefunden hatte. Dies war lediglich in einem Fall erfolgt, während in 86 % (n = 6) der Fälle keine (erstmalige oder erneute) Beratung dokumentiert wurde. Hinsichtlich der für den Notfall verwendeten Festlegung zeigte sich, dass bei wiederholten Notfällen in keinem Fall ein Bayerischer Notfallbogen oder ein ACP-FeNo-Dokument vorlag. Stattdessen wurde in 71 % (n = 5) angegeben, dass keine Festlegung für den Notfall existierte, in 29 % fehlten entsprechende Angaben. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass auch nach vorausgegangenen Notfällen nur selten eine strukturierte Vorausplanung nachgeholt oder aktualisiert wurde. Die Freitextangaben liefern Hinweise darauf, warum trotz eines vorherigen Notfalls erneut keine Festlegung für den Notfall vorlag. Genannt wurden persönliche bzw. haltingsbezogene Gründe („Bewohner ist von einer schwierigen Persönlichkeit“), familienbezogene bzw. organisatorische Hindernisse wie eine fehlende Unterschrift des Sohnes oder ein noch nicht abgeschlossener ACP-Prozess („ACP wurde besprochen, bisher kein Abschluss“). Zudem wurde erneut das Fehlen einer Patientenverfügung genannt.

Für jede der 49 dokumentierten Notfallsituationen wurden weitere Angaben erfasst, um den Verlauf und die Entscheidungsprozesse im Akutfall genauer zu beschreiben. Dabei wurde unter anderem abgefragt, ob die betroffene Person ihren

Willen äußern konnte und welche akuten Maßnahmen erforderlich waren. In der Mehrzahl der Situationen (65 %; n = 32) war die betroffene Person im Akutereignis in der Lage, ihren Willen zu äußern, bei rund einem Viertel (27 %; n = 13) war dies nicht möglich, in vier Fällen (8 %) fehlen entsprechende Angaben. Hinsichtlich der notwendigen Interventionen zeigte sich, dass bei über der Hälfte der Notfälle (57 %; n = 28) ein Einsatz von Notarzt oder Rettungsfachpersonal erforderlich war. In 27 % der Fälle erfolgte eine notfallbedingte Krankenhauseinweisung, während in 16 % beide Maßnahmen kombiniert notwendig wurden. Sonstige Maßnahmen wurden nicht berichtet (s. Abbildung 41).

Abbildung 41: Falldokumentation – "Welche akuten Maßnahmen waren erforderlich?"



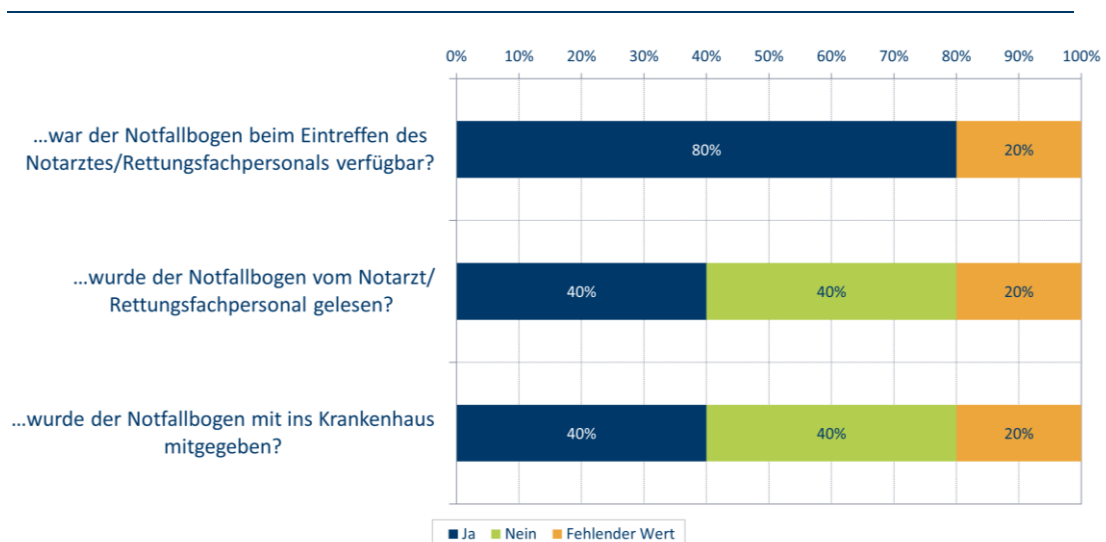
Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent. Einzelauswahl, n = [49]

Für jene Notfälle, in denen sowohl eine Krankenhauseinweisung erfolgte als auch ein Bayerischer Notfallbogen oder ein ACP-FeNo-Dokument vorlag (n = 5), wurde die Verfügbarkeit und Nutzung des Notfallbogens im Einsatzgeschehen erfasst. In 80 % (n = 4) der Fälle war der Notfallbogen beim Eintreffen des Notarztes bzw. Rettungsfachpersonals verfügbar, in keinem Fall wurde angegeben, dass er nicht vorlag, während in einem Fall hierzu keine Angabe gemacht wurde. Ob der Notfallbogen tatsächlich gelesen wurde, variierte hingegen: In 40 % (n = 2) der Fälle wurde er vom Rettungsdienst genutzt, in weiteren 40 % (n = 2) hingegen nicht, in 20 % (n = 1) fehlten Angaben. Zwei Freitextantworten deuteten darauf hin, dass der Notfallbogen vor allem deshalb nicht gelesen wurde, weil in beiden Fällen keine akut lebensbedrohliche Situation vorlag und die Person ihren Willen äußern konnte. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Frage, ob der Notfallbogen mit ins Krankenhaus übergeben wurde: In jeweils 40 % der Fälle erfolgte eine Mitgabe (n = 2) bzw. keine Mitgabe (n = 2), während in einem Fall (20 %) keine Informationen vorlagen. Zwei Freitextangaben deuten darauf hin, dass der Notfallbogen nicht mit ins Krankenhaus gegeben wurde, weil zum einen keine akut lebensbedrohliche

Situation vorlag und zum anderen der mögliche Einsatz der ACP-Planung im konkreten Fall nicht bedacht wurde. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Notfallbogen zwar häufig verfügbar ist, seine tatsächliche Nutzung und Weitergabe im Einsatz jedoch uneinheitlich erfolgt (s. Abbildung 42).

Abbildung 42: Falldokumentation – Verfügbarkeit und Nutzung des Notfallbogens bei einer Krankenhauseinweisung

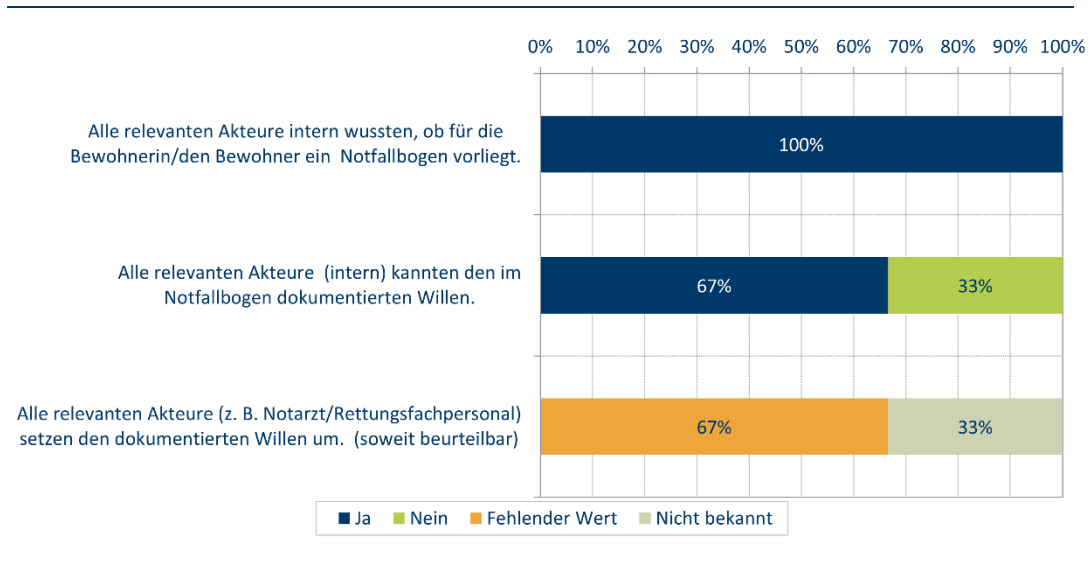


Quelle: IGES

Anmerkung: Einzelauswahl, n = [5]

Die folgenden Fragen wurden nur in jenen Notfällen beantwortet, in denen die betroffene Person ihren Willen nicht mehr äußern konnte und gleichzeitig ein Bayerischer Notfallbogen oder ein ACP-FeNo-Dokument vorlag (n = 3). In allen drei Fällen berichteten die Einrichtungen, dass die relevanten internen Akteure wussten, dass ein Notfallbogen existiert. Etwas weniger eindeutig zeigte sich hingegen, ob der dokumentierte Wille allen Beteiligten intern bekannt war: In zwei Fällen (67 %; n = 2) wurde dies bejaht, während in einem Fall (33 %; n = 1) angegeben wurde, dass nicht alle Akteure über den Inhalt informiert waren. Hinsichtlich der Umsetzung des dokumentierten Willens durch externe Akteure wie Notarzt oder Rettungsfachpersonal liegen überwiegend fehlende oder unsichere Angaben vor. Für keinen der Fälle wurde eine klare Umsetzung bestätigt, in zwei Fällen (67 %; n = 2) wurde ein fehlender Wert eingetragen und in einem Fall (33 %; n = 1) war die Umsetzung „nicht bekannt“. Die Daten deuten damit darauf hin, dass zwar intern Wissen über das Vorhandensein des Notfallbogens bestand, jedoch kaum belastbare Angaben zur tatsächlichen Umsetzung des dokumentierten Willens im akuten Einsatzgeschehen gemacht werden konnten.

Abbildung 43: Falldokumentation – Umsetzung des dokumentierten Willens bei fehlender Willensäußerung und vorhandenem Notfallbogen

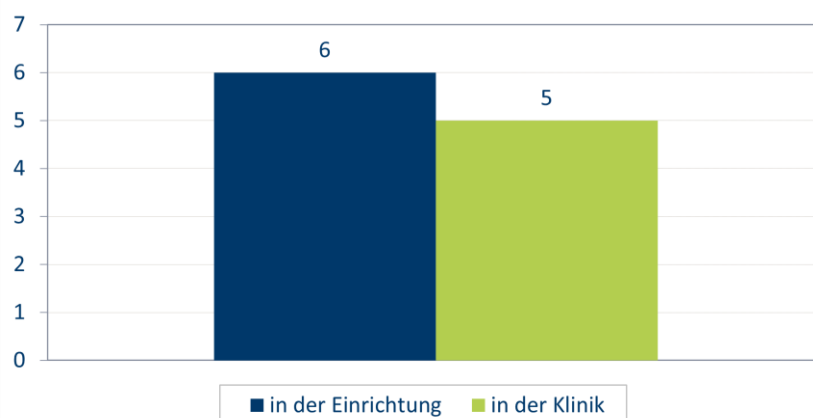


Quelle: IGES

Anmerkung: Einzelauswahl, n = [3]

In elf Fällen wurde angegeben, dass die betroffene Person im Erhebungszeitraum verstorben ist. Etwa die Hälfte der Personen verstarb in der Einrichtung (55 %; n = 6), während 45 % (n = 5) in der Klinik verstarben (s. Abbildung 44). Die Sterbedaten verteilen sich über den gesamten Erhebungszeitraum. Dies entspricht insgesamt 26 % aller im Projekt erfassten Personen.

Abbildung 44: Falldokumentation – Angaben zum Sterbeort der Patienten und Patientinnen



Quelle: IGES

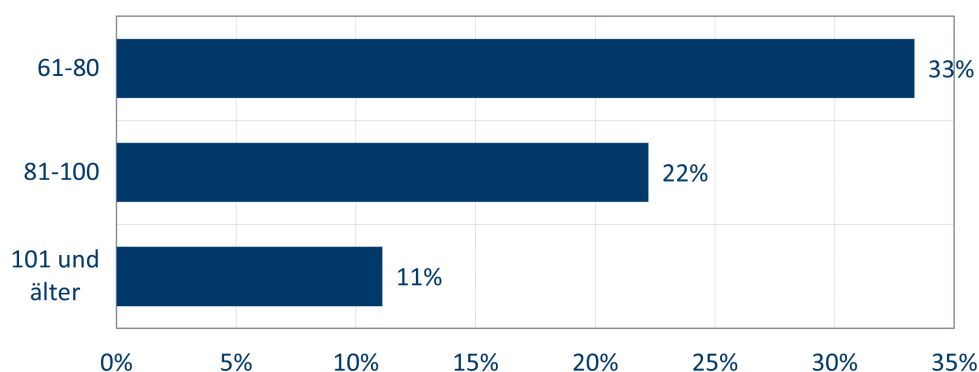
Anmerkung: Einzelauswahl, n = [11]

In den qualitativen Rückmeldungen zu 14 Fällen der Einrichtungen wird deutlich, dass die Umsetzung bestehender Voraussetzungen im Akutfall von verschiedenen Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Mehrfach beschrieben wurde, dass Angehörige in Entscheidungssituationen eine zentrale Rolle einnahmen und teils von den in der Patientenverfügung festgelegten Wünschen abwichen (*„Rücksprache Notarzt mit Angehörigen, Patientenverfügung lag vor, Krankenhauseinweisung durch Angehörige gewünscht“*). In einem Fall wurde durch die Beachtung der Verfügung ein Krankenhausaufenthalt vermieden (*„Patientenverfügung beachtet, nach Rücksprache mit Angehörigen keine Krankenhauseinweisung“*), was auf das Potenzial einer Vorausplanung hinweist. In einzelnen Situationen wurde zudem berichtet, dass die Patientenverfügung im Notfall Anwendung fand (*„Hatte Patientenverfügung, die im Notfall zum Tragen kam“*), während in anderen Fällen die Dokumente zwar vorlagen, jedoch keine Relevanz für die akute Entscheidung hatten (*„Patientenverfügung vorhanden, wurde aber im Notfall nicht gebraucht“*). Herausforderungen ergeben sich insbesondere in Fällen komplexer oder konflikthafter Familiensituationen (*„Trotz ACP PV / Vertreterdokumentation in Klinik geschickt – schwierige Konstellation in der Familie“*), die dazu führen können, dass schriftlich fixierte Festlegungen nicht konsequent umgesetzt werden.

4.4 Ergebnisse der Betroffenenbefragung

Insgesamt nahmen 18 Personen aus Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und der Eingliederungshilfe an der Befragung teil. Die Altersverteilung der befragten Personen konzentriert sich überwiegend auf die Gruppe der 61- bis 80-Jährigen (33 %; n = 6), gefolgt von Personen zwischen 81 und 100 Jahren (22 %; n = 4) sowie zwei Personen im Alter von 101 Jahren und älter (11 %) (siehe Abbildung 45).

Abbildung 45: Betroffenenbefragung - "Bitte geben Sie die Altersgruppe der betroffenen Person an."



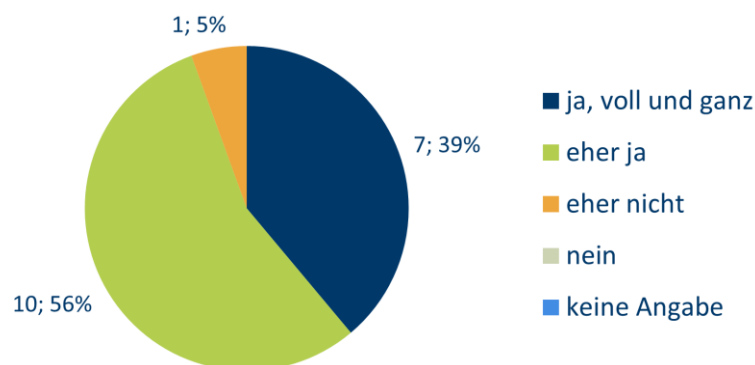
Quelle: IGES
Anmerkung: Einzelauswahl, n = [18]

Die Einschätzungen zur Verständlichkeit des Bayerischen Notfallbogens fallen durchweg positiv aus. Alle befragten Personen bewerteten den Bogen als sehr verständlich (44 %; n = 8) oder eher verständlich (56 %; n = 10). Ebenso gaben alle an, ob ihre Wünsche und Vorstellungen zur Behandlung im Notfall gut abgebildet werden können. Mehr als die Hälfte schätzte dies als sehr gut ein (56 %; n = 10), die übrigen als eher gut (44 %; n = 8).

Auch die Einschätzung, wie hilfreich der Bayerische Notfallbogen wahrgenommen wird, fällt weitgehend positiv aus. Bis auf eine fehlende Angabe stuften alle Personen den Bogen als hilfreich ein. Fast die Hälfte bezeichnete ihn als sehr hilfreich (44 %; n = 8), weitere 50 % (n = 9) bewerteten ihn als eher hilfreich.

Insgesamt zeigt sich ein starkes Vertrauen in die Beachtung und Umsetzung des Bayerischen Notfallbogens. Fast alle befragten Personen gaben an, voll und ganz oder eher Vertrauen zu haben, lediglich eine Person äußerte eher kein Vertrauen (siehe Abbildung 46).

Abbildung 46: Betroffenenbefragung - "Haben Sie Vertrauen darin, dass der Bayerische Notfallbogen in einer Notfallsituation von Ärzten, Rettungsfachpersonal und Pflegekräften beachtet und umgesetzt wird?"



Quelle: IGES

Anmerkung: Hinweis zur Beschriftung: Angaben in absoluten Werten (n) und Prozent.
Einzelauswahl, n = [18]

4.5 Ergänzende qualitative Erkenntnisse

Im Rahmen der sondierenden Interviews sowie der Akquise und Schulung von Akteurinnen und Akteuren für die Falldokumentation konnten weitere qualitative Erkenntnisse aus Gesprächen mit Einrichtungsleitungen und verantwortlichen Pflegefachpersonen, die in der Beratung gemäß § 132g SGB V tätig sind, gewonnen werden – ebenso wie aus der im Oktober 2025 durchgeführten Fokusgruppe.

Aus Perspektive der stationären Einrichtungen wurde betont, dass neben der Förderung von Lebensqualität und der rechtlichen Absicherung auch der strategische Nutzen der Teilnahme an der Initiative zur Einführung des Bayerischen Notfallbogens relevant ist. Die Möglichkeit, sich als Einrichtung positiv zu positionieren, wird vielfach als Motivationsfaktor genannt („*bringt ausschließlich Vorteile*“).

Für die Umsetzung der Beratung gemäß § 132g SGB V in stationären Einrichtungen wurde hervorgehoben, dass regionale Strukturen erforderlich sind, welche die Durchführung personell und organisatorisch absichern. Exemplarisch wurde auf einen Hospizverein verwiesen, der über entsprechend geschulte Beraterinnen und Berater verfügt, die die Beratungsleistungen in Pflegeheimen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe als externe Fachpersonen erbringen. Diese Form der Leistungserbringung wird als besonders praktikabel eingeschätzt, da die dauerhafte Vorhaltung eigener Beratungskapazitäten in jeder Einrichtung unter den gegebenen Rahmenbedingungen (eine Vollzeitstelle pro 400 Versicherte) als kaum umsetzbar gilt. Erschwerend wirken insbesondere lange Weiterbildungszeiten,⁵ eine hohe Personalfuktuation sowie potenzielle Interessenkonflikte, die entstehen können, wenn eigene Beschäftigte zugleich Beratungsaufgaben übernehmen.

Hervorgehoben wurde auch, dass eine einmalige Vorstellung des Bayerischen Notfallbogens nicht ausreicht, um eine nachhaltige Implementierung sicherzustellen. Insbesondere durch häufig wechselnde personelle Situationen – vor allem auf Leitungsebene – geht Wissen schnell verloren. Entsprechend variiert der Einsatz in den Einrichtungen erheblich: Während einige den Bayerischen Notfallbogen aktiv nutzen, greifen andere weiterhin auf bisherige Dokumente zurück oder führen den neuen Bogen parallel ein. Als Gründe wurden fehlende personelle Ressourcen, hohe Krankenstände und ein allgemein hoher organisatorischer Aufwand genannt.

Die Einführung von Beratungsleistungen nach § 132g SGB V in Einrichtungen der Eingliederungshilfe war mit besonderen strukturellen Hürden verbunden. Zunächst war eine Genehmigung durch die zuständige Stelle beim Verband der Ersatzkassen (vdek) erforderlich, um die Durchführung der Beratungen – auch durch externe Fachpersonen – überhaupt zu ermöglichen. Hinzu kamen Abrechnungsprobleme mit den gesetzlichen Krankenkassen, da in der Eingliederungshilfe üblicherweise eine Finanzierung über den örtlichen Träger erfolgt und keine etablierten Abrechnungsbeziehungen zu den Krankenkassen bestehen.

Insgesamt zeigen sich strukturelle Hemmnisse, die die Etablierung der Beratungsleistungen in der Anfangsphase erschwerten. Nach deren Überwindung wird der laufende organisatorische Aufwand jedoch als gering eingeschätzt. Perspektivisch

⁵ Die Weiterbildung zur Beraterin/zum Berater nach § 132g SGB V dauert in der Regel rund 12 Monate – nach Absolvierung der 48 Unterrichtseinheiten theoretischer Unterricht (Phase 1) folgt eine zweite Phase (12 Unterrichtseinheiten), bestehend aus zwei Beratungsprozessen mit insgesamt vier begleiteten Gesprächen der angehenden Beraterin/des angehenden Beraters unter Begleitung einer Dozentin/eines Dozenten mit anschließender Reflexion – einschließlich der Vor- und Nachbereitung und Dokumentation durch die angehende Beraterin/den angehenden Berater (§ 12 der Vereinbarung nach § 132g SGB V vom 13.12.2017).

wurde die Integration des Bayerischen Notfallbogens in die elektronische Patientenakte thematisiert.

In der Eingliederungshilfe wurde zudem berichtet, dass der Einsatz des Bayerischen Notfallbogens zunächst eine längere Genehmigungs- und Klärungsphase erforderte, die mit vielen Unsicherheiten verbunden war. Die Auseinandersetzung mit Werten, Wünschen und Vorstellungen der Klientinnen und Klienten gestaltet sich hier besonders komplex und erstreckt sich über längere Zeiträume. Gleichzeitig bestehen Bedenken auf Seiten der Leistungsträger, insbesondere in Bezug auf die Finanzierung und die tatsächliche Relevanz im Notfall – vielfach wird von nur wenigen Anwendungsfällen pro Jahr berichtet.

In der Praxis wird der Notfallbogen häufig gemeinsam mit anderen Dokumenten wie Medikamentenlisten oder Verhaltensinformationen ausgedruckt und in das Krankenhaus mitgegeben. Dennoch wurde wiederholt beobachtet, dass der Notfallbogen im Ernstfall unbeachtet bleibt. In akuten Situationen, die das Lebensende betreffen, sind schnelle Entscheidungen notwendig. Entscheidend ist daher, dass rechtliche Betreuerinnen und Betreuer den Inhalt des Bogens kennen, da sie letztlich für die Durchsetzung des dokumentierten Willens verantwortlich sind. Mehrere Einrichtungen berichteten, dass Krankenhäuser den Notfallbogen ignorierten und stattdessen den Betreuer direkt kontaktieren.

Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, dass der Bayerische Notfallbogen in seiner derzeitigen Form sprachlich und strukturell nicht in allen Bereichen ausreichend an die Bedarfe der Eingliederungshilfe angepasst sei. Mehrere Fragen werden als zu komplex oder schwer verständlich wahrgenommen, eine vereinfachte Sprache wäre hier hilfreich. Im Gegensatz dazu nutzt der Thüringer Notfallbogen ein einseitiges Ankreuzformular, verzichtet jedoch auf eine dokumentierte Werteanamnese, die dort als vorausgesetzt gilt. In der Praxis endet der Prozess häufig an dieser Stelle – insbesondere, wenn rechtliche Betreuerinnen und Betreuer keine klare Haltung formulieren oder Entscheidungen aufschieben (sogenannte Vertreterdokumentation).

Die gewonnenen Informationen verdeutlichen, dass Impulse für Gespräche über den Bayerischen Notfallbogen oft erst durch Ereignisse im persönlichen Umfeld ausgelöst werden, etwa durch Todesfälle im Familien- oder Freundeskreis. Dann äußern Bewohnerinnen und Bewohner vermehrt den Wunsch, ihre bisherigen Festlegungen zu überdenken. Insgesamt zeigt sich der Prozess in der Eingliederungshilfe als hoch individuell und stark abhängig von der jeweiligen Person sowie von der Haltung und dem Wissen der Beschäftigten.

Ein wiederkehrendes Thema ist die Durchsetzung des geäußerten Willens im Notfall. Da viele Klientinnen und Klienten sich selbst nicht auf den Notfallbogen berufen können und häufig keine Angehörigen vorhanden sind, fällt diese Verantwortung den rechtlichen Betreuungen zu. Diese müssen in Notfallsituationen schnell und sicher handeln, was in der Praxis nicht immer gelingt.

Auf die Frage, was es braucht, um den Bayerischen Notfallbogen in einer Einrichtung nachhaltig einzuführen, nannten die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner tragfähige Prozesse, niedrigschwellige Schulungen, die Einbindung aller relevanten Akteure sowie eine kontinuierliche Reflexion im Team. Wenn der Notfallbogen – beispielsweise durch einen Notarzt – ignoriert wird, könne dies nachhaltige Irritationen und Vertrauensverluste nach sich ziehen. Ein geschildertes Beispiel betraf den Fall, dass ein dokumentierter Reanimationswunsch nicht respektiert wurde und der betroffene Bewohner dennoch verlegt wurde. Das Team benötigte im Anschluss erhebliche Zeit, um das Vertrauen in die eigenen Prozesse wiederherzustellen.

4.5.1 Erkenntnisse aus der Fokusgruppe mit Gesprächsbegleiterinnen und -begleitern

Im Rahmen der Evaluation des Bayerischen Notfallbogens fand im Oktober 2025 eine Fokusgruppe mit vier Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleitern aus der Modellregion Nürnberg statt. Ziel war es, die Erfahrungen mit der Nutzung, Implementierung und Wirkung des Bayerischen Notfallbogens zu erfassen sowie Einschätzungen zur Übertragbarkeit als Blaupause auf andere Regionen Bayerns zu gewinnen. Die Diskussion orientierte sich an den im Leitfaden formulierten Fragestellungen und deckte sowohl die Perspektiven der Betroffenen als auch strukturelle und konzeptionelle Aspekte der Umsetzung ab (Methodik siehe Kapitel 3.7.)

Die Teilnehmenden berichteten übereinstimmend, dass der Bayerische Notfallbogen von den betroffenen Personen insgesamt sehr positiv aufgenommen wird. In vielen Fällen bestehen bereits „klassische“ Patientenverfügungen, die durch den Bayerischen Notfallbogen ergänzt werden. Betroffene schätzen insbesondere die Kompaktheit und Übersichtlichkeit des Dokuments, das die wesentlichen Inhalte bündelt. Mehrere Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter berichteten, dass einige Betroffene nach der Festlegung des Notfallbogens den Mehrwert des Instruments erkennen und sich anschließend für die Teilnahme am vollständigen ACP-Prozess entscheiden.

In Bezug auf die Verständlichkeit zeigte sich, dass der Notfallbogen in der Regel gut nachvollzogen wird, die Verständlichkeit jedoch wesentlich von der Gesprächsführung und Aufbereitung durch die Gesprächsbegleitung abhängt. Besonders in der Eingliederungshilfe zeigt sich, dass der Bayerische Notfallbogen grundsätzlich gut verstanden wird, die individuelle Erläuterung der Inhalte jedoch entscheidend ist. Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter, die bereits Begleitmaterialien aus dem ACP-Konzept einsetzen, nutzen diese ergänzend, um bestimmte Inhalte visuell oder sprachlich zu verdeutlichen. Solche Begleitmaterialien wurden als wertvoll und unterstützend eingeschätzt, stehen derzeit jedoch nur im Zusammenhang mit dem ACP-Komplettpaket zur Verfügung, nicht jedoch spezifisch für den Bayerischen Notfallbogen.

Hinsichtlich der Handlungssicherheit wurde betont, dass der Erfolg des Instruments maßgeblich von der Qualifikation und Schulung der

Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter abhängt. In der Modellregion Nürnberg verfügen die Beteiligten bereits über fundierte Kenntnisse und Erfahrungen aus dem ACP-Konzept, wodurch der Bayerische Notfallbogen keine grundlegende Neuerung, sondern vielmehr eine Erweiterung und Anpassung bestehender Strukturen darstellt. Besonders hervorgehoben wurde die dreitägige Schulung durch den Hospizverein Nürnberg e. V., die gut auf den Umgang mit dem Notfallbogen vorbereitet und Sicherheit im Gesprächsverlauf vermittelt. Entscheidend sei, dass Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter in der Lage sind, den Transfer zwischen den Inhalten des Notfallbogens und der individuellen Situation der betroffenen Person situativ herzustellen.

Mit Blick auf die Rahmenbedingungen wurde das Notfallsanitätäergesetz als besonders relevant erachtet. Es wurde betont, dass Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter rechtlich verpflichtet sind, Wiederbelebensmaßnahmen bis zum Eintreffen des Notarztes durchzuführen. Daraus resultiere ein erheblicher Aufklärungs- und Informationsbedarf, um den rechtssicheren Umgang mit dem Bayerischen Notfallbogen zu vermitteln. Die Teilnehmenden betonten in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit, alle relevanten Berufsgruppen einzubeziehen – insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte, Krankenhauspersonal, Rettungsdienste, Polizei sowie Vertreterinnen und Vertreter von Hospiz- und Palliativnetzwerken.

Auch die kommunale Einbindung wurde als ein zentraler Erfolgsfaktor für die Übertragbarkeit des Bayerischen Notfallbogens hervorgehoben. Kommunen können eine koordinierende Rolle übernehmen, insbesondere dann, wenn bereits bestehende Strukturen wie „Gesundheitsregionen^{plus}“ vorhanden sind. In solchen Fällen sei es leichter, Informationen über den Notfallbogen zu verbreiten und regionale Akteure zu vernetzen. Die Teilnehmenden schlugen zudem vor, zur Vereinheitlichung von Begrifflichkeiten ein Glossar oder ähnliches zu entwickeln, um Missverständnisse in der sehr heterogenen Landschaft von Begrifflichkeiten zu reduzieren.

In der Diskussion wurde weiterhin angesprochen, dass der Bayerische Notfallbogen bewusst kompakt gestaltet sei. Für bestimmte Personengruppen – etwa Menschen mit psychischen Erkrankungen – wurde kurzzeitig über eine mögliche erweiterte Version nachgedacht. Die Teilnehmenden kamen jedoch zu dem Schluss, dass die bestehende Kürze des Dokuments gerade für das Rettungs- und Pflegepersonal im Notfall von Vorteil ist, da die wichtigsten Informationen schnell erfasst werden können. Ergänzende Informationen könnten bei Bedarf als Anhang hinzugefügt werden, ohne das Grundformular zu verändern.

Insgesamt zeigt sich, dass die Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleiter den Bayerischen Notfallbogen als praxisnahes, verständliches und akzeptiertes Instrument bewerten, das in der Modellregion Nürnberg bereits auf gut etablierten Strukturen aufbaut. Die bestehenden Netzwerke zwischen Einrichtungen, Hospizdiensten, Palliativangeboten und der kommunalen Ebene werden als wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung genannt. Die Erfahrungen aus der Modellregion lassen darauf schließen, dass insbesondere gut ausgebildete Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleiter, qualitativ hochwertige

Begleitmaterialien, klare Begrifflichkeiten und eine enge Zusammenarbeit mit kommunalen und medizinischen Akteuren zentrale Faktoren für die erfolgreiche Einführung des Bayerischen Notfallbogens in weiteren Regionen darstellen.

4.5.2 Übersicht der Festlegungen im FeNo im Beratungszentrum Nürnberg

Zur inhaltlichen Analyse der in den Notfallbögen getroffenen Festlegungen wurden vom Hospizverein Nürnberg e. V. die Daten zu allen im Zeitraum Juli 2023 bis April 2025 dokumentierten FeNo-Beratungsprozessen zur Verfügung gestellt. Insgesamt lagen 65 Beratungsprozesse vor, in deren Rahmen entweder Patientenverfügungen, Vertreterdokumentationen oder bayerische Notfallbögen ausgefüllt wurden.

Insgesamt wurden 43 (66 %) Patientenverfügungen sowie 19 (34 %) Vertreterdokumentationen erstellt. Zusätzlich wurden in drei Fällen Bayerische Notfallbögen dokumentiert. Für diese Notfallbögen wurden die Festlegungen A, B1 und C angegeben. Im Grunde seien alle Festlegungen auch dem Bayerischen Notfallbogen zuzuordnen, da die vollständige ACP-Dokumentation beide Dokumentationselemente identisch umfasst.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Festlegungskategorien auf Patientenverfügungen und Vertreterdokumentationen. Die Angaben basieren auf Grundlage der bereits ausgewerteten Daten des Hospizvereins Nürnberg e. V.

Tabelle 7: Festlegungen im Beratungszentrum Nürnberg

Festlegungen	Patientenverfügungen	Vertreterdokumentationen
A	25 (59 %)	5 (26 %)
B0	8 (19 %)	2 (10 %)
B1	1 (2 %)	3 (16 %)
B2	1 (2 %)	3 (16 %)
B3	3 (6 %)	2 (10 %)
C	5 (12 %)	3 (16 %)
Keine	-	1 (5 %)

Quelle: IGES auf Basis von Angaben des Hospiz-Teams Nürnberg e. V.

Die Analyse der ausgefüllten Notfallbögen zeigt, dass

- ♦ die große Mehrzahl der beratenen Personen eine eigenständige Entscheidung treffen konnte (zwei Drittel waren Patientenverfügungen, nur ein Drittel Vertreterdokumentationen),
- ♦ Personen mit Patientenverfügung mehrheitlich (59 %) das Therapieziel Lebenserhaltung ohne Einschränkung der Mittel (A) wählt, während

dieser Anteil bei den Vertreterdokumentationen deutlich niedriger ausfällt (26 %),

- ◆ das Therapieziel Palliation (C) nur in wenigen Fällen (12 % bei Patientenverfügungen, 16 % bei Vertreterdokumentationen) ausgewählt wird,
 - ◆ auch der Wunsch, im Notfall nicht mehr ins Krankenhaus verlegt zu werden (B3 und C), nicht so häufig vorkommt (18 % bei Patientenverfügungen, 26 % bei Vertreterdokumentationen).
-

5. Schlussfolgerungen und Empfehlung

Nachfolgend werden in Kapitel 5.1 die gewonnenen Erkenntnisse im Hinblick auf die Forschungsfragen systematisch eingeordnet. In Kapitel 5.2 erfolgt eine zusammenfassende Gesamtbewertung der Ergebnisse unter Berücksichtigung der zugrunde gelegten Hypothese sowie ein Ausblick.

5.1 Einordnung der Ergebnisse anhand der Forschungsfragen

1. Inwieweit verwenden Nürnberger Einrichtungen, die ihre Bewohner nach § 132 g SGB V beraten, für die Dokumentation der Gespräche (u. U. ergänzend) den „Bayerischen Notfallbogen“?

Zum Ende des Evaluationszeitraums (Januar 2026) nutzten 19⁶ (73 %) der 26 geschulten Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und der Eingliederungshilfe in Nürnberg den Bayerische Notfallbogen oder den FeNo (ACP) (Rückmeldung des Nürnberger Hospizvereins e. V.). Fünf der geschulten Einrichtungen nutzen weder den Bayerischen Notfallbogen noch den FeNo (ACP). In zwei weiteren Einrichtungen wurden die Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleiter durch den Hospizverein Nürnberg e. V. geschult, wobei die verwendeten Dokumente von ACP-Deutschland einrichtungsindividuell angepasst wurden. Vor diesem Hintergrund lässt sich nicht eindeutig feststellen, ob der FeNo in diesen Fällen in seiner Originalfassung eingesetzt wird. Zu berücksichtigen ist, dass die Modellregion in ihrer Ausgangslage maßgeblich durch bereits etablierte ACP-Dokumente geprägt war.

Als zentrale Herausforderungen für die Einrichtungen im Hinblick auf die Etablierung des Bayerischen Notfallbogens wurden im Rahmen des Reflexionsworkshops vor allem organisatorische Hemmnisse benannt, darunter Personalmangel sowie längere krankheitsbedingte Ausfälle oder Wechsel auf Leitungsebene. Es wurde betont, dass insbesondere Leitungswechsel oder länger andauernde Erkrankungen auf Leitungsebene dazu führen können, dass der Umsetzungsprozess ins Stocken gerät. Wie die Befragungsergebnisse zeigen, wird auch das Vorhandensein unterschiedlicher Dokumente für den Notfall (die sich inhaltlich jedoch kaum unterscheiden) als problematisch eingeschätzt, da es zu Unsicherheit bei den beteiligten Akteuren führe (39 %; n = 22). Dies stellt eine Limitation für die Modellregion dar, da bestehende ACP-Strukturen eine isolierte Bewertung der Einführung der Bayerischen Notfallbogens erschwerten. Die im Rahmen der Evaluation durchgeführte Falldokumentation verdeutlicht diesen Aspekt: In fünf teilnehmenden Einrichtungen wurden insgesamt ein Bayerischer Notfallbogen und neun ACP-/FeNo-Dokumente bzw. Patientenverfügungen dokumentiert.

⁶ Bezogen auf alle Nürnberger stationären Einrichtungen (n = 62) waren es 30 %, die den Bayerische Notfallbogen oder den FeNo (ACP) nutzen; zum Stichtag 31.12.2022 hatten in Bayern 26 % aller stationären Einrichtungen die Beratung nach § 132g SGB V etabliert.

2. Inwieweit führt die Einführung des „Bayerischen Notfallbogens“ bei Begleitpersonen (Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen, Hausärztinnen und Hausärzte) zu einer erhöhten Handlungssicherheit, Vertrauen und/oder Zufriedenheit?

Die Onlinebefragung zeigte eine überwiegend positive Nutzenbewertung durch die befragten Akteure: Der Notfallbogen wird als hilfreich eingeschätzt, um den Willen im Notfall sichtbar zu machen und die Handlungssicherheit aller Beteiligten zu stärken. Die Mehrheit der Befragten stimmte der Aussage zu, dass der Notfallbogen die Handlungssicherheit von Angehörigen und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern (74 %, n = 47) sowie von Beschäftigten in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege und Eingliederungshilfe (69 %, n = 44) stärkt. Auch wenn 57 % (n = 36) der Befragten (n = 63) zustimmten, dass der Notfallbogen rechtssicher ist, machten dazu 39 % (n = 25) der Befragten entweder keine Angabe bzw. konnten das nicht einschätzen. Die Ergebnisse weisen damit auf ein grundsätzlich hohes Vertrauen in das Instrument hin, machen jedoch zugleich einen Informationsbedarf bezüglich der rechtlichen Einordnung und Anwendung deutlich. Diese Befunde stehen im Einklang mit den Ergebnissen des Rapid Reviews, wonach Unsicherheiten insbesondere im Hinblick auf die rechtliche Bewertung, Verbindlichkeit und praktische Umsetzung von Vorsorgedokumenten bestehen. Als zentrale Voraussetzung zur Reduktion bestehender Unsicherheiten wurden kontinuierliche Schulungen in den beteiligten Einrichtungen und begleitende Informationsangebote in der Region genannt. Insbesondere der konkrete Umgang in Notfallsituationen sowie die Abgrenzung von Zuständigkeiten zwischen Einrichtungen, Rettungsdiensten und Krankenhäusern wurden als relevante Themenfelder beschrieben.

3. Wie ist die Bekanntheit des „Bayerischen Notfallbogens“ bei den relevanten Akteuren (Rettungsdienste, Beschäftigte in Krankenhäusern, Hausärztinnen und Hausärzte, Berufsbetreuerinnen und -betreuer, Kommunen, Palliativnetzwerke, etc.)?

Die Selbsteinschätzung des eigenen Kenntnisstands zum Bayerischen Notfallbogen fiel in der Onlinebefragung heterogen aus. Knapp über die Hälfte der Befragten (n = 39; rund 52 %) bewertete den eigenen Kenntnisstand als sehr gut bis befriedigend, während 34 % (n = 26) angaben, lediglich mangelhafte bis ungenügende Kenntnisse zum Bayerischen Notfallbogen zu besitzen. Zudem zeigten sich deutliche Unterschiede in der Bekanntheit zwischen den beteiligten Akteursgruppen. Außerhalb der Einrichtungen ist der Bayerische Notfallbogen insgesamt deutlich weniger bekannt. So schätzte das befragte Rettungsfachpersonal (n = 31) ein, dass der Notfallbogen bei Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern noch überwiegend (eher) unbekannt ist (88 %; n = 22). Auch in Bildungseinrichtungen wurde eine geringe Bekanntheit des Bayerischen Notfallbogens angegeben. In der Befragung wurde zudem bemängelt, dass der Bayerische Notfallbogen online bislang kaum auffindbar sei. Die mangelnde Sichtbarkeit im digitalen Raum wurde auch im Reflexionsworkshop thematisiert. Als konkrete Maßnahme, die bereits in Angriff genommen wurde, wurde die Entwicklung eines sog. Onepagers auf der Website

des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention genannt, der Informationen zum Bayerischen Notfallbogen bündelt, bei der Stichwortsuche im Netz leicht auffindbar ist und der als niedrigschwelliger Einstieg dient. Der Onepager soll über Verlinkungen mit unterschiedlichen Stellen verbreitet werden. Darüber hinaus wurden zentrale Informationsseiten sowie die stärkere Nutzung bestehender Netzwerke und Fortbildungsformate als geeignete Wege zur Steigerung der Bekanntheit des Bayerischen Notfallbogens diskutiert.

4. Wie erfolgte die interne Implementierung des „Bayerischen Notfallbogens“ in den Einrichtungen, die eine Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gem. § 132g SGB V anbieten?

In den 26 geschulten Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Eingliederungshilfe nutzen 19 entweder den Bayerischen Notfallbogen oder den FeNo ACP, zwei Einrichtungen nutzen ihn in einer abgewandelten Form und in fünf Einrichtungen wurde dieser nicht verwendet (Stand Januar 2026). Die Umsetzung erfolgt mehrheitlich über in der Einrichtung angestelltes Personal für die Gesprächsbegleitung (80 %) und ist organisatorisch unterschiedlich verankert, wobei Zuständigkeiten vielfach bei Pflegefachpersonen, teilweise aber auch bei der Einrichtungsleitung oder der Pflegedienstleitung liegen. Ein Träger aus der Eingliederungshilfe berichtete, seit Herbst 2024 das Thema Bayerischer Notfallbogen in das Einarbeitungskonzept übernommen und eigene Schulungsunterlagen (unabhängig vom ACP-Prozess) dazu entwickelt zu haben.

In der Praxis bestehen heterogene Implementierungsstände – Hemmnisse waren z. B. Wissensverlust durch Personalwechsel, parallele Nutzung alter/neuer Dokumente und ressourcenbedingte Verzögerungen. Fehlende Zeit im Einsatz des Notfallbogens, eine uneinheitliche Ablage der Dokumente sowie eine bislang geringe digitale Einbindung verweisen auf Umsetzungsprobleme im Alltag, die künftig noch gelöst werden müssen.

Es wurde berichtet, dass Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter Begleitmaterialien aus dem ACP-Konzept nutzen, um Inhalte besser zu verdeutlichen; diese Materialien werden als hilfreich eingeschätzt, sind jedoch bislang nur im Rahmen des ACP-Komplettpakets verfügbar und nicht spezifisch auf den Bayerischen Notfallbogen zugeschnitten. Für die Eingliederungshilfe werden zusätzlich Genehmigungs-/Abrechnungsprobleme mit den Krankenkassen als organisatorische Hürden bei der Bereitstellung von Beratungsleistungen nach § 132g SGB V beschrieben.

5. Inwieweit wird der im „Bayerischen Notfallbogen“ dokumentierte Wille einer Person im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit von den Leistungserbringern (intern und extern) befolgt?

Aus der Falldokumentation geht hervor, dass strukturierte Notfallfestlegungen bei Krankenhauseinweisungen häufig verfügbar waren (in 80 % der Fälle). Gleichzeitig war die Zahl der Notfälle, in denen sowohl eine Krankenhauseinweisung erfolgte als auch ein Bayerischer Notfallbogen oder ein ACP-FeNo-Dokument vorlag, sehr gering (n = 5). In 80 % dieser Fälle war der Notfallbogen zwar vorhanden, wurde

jedoch nicht in allen Fällen ins Krankenhaus mitgegeben. Als Gründe hierfür wurden unter anderem genannt, dass keine akut lebensbedrohliche Situation vorlag oder an die Notfallplanung nicht gedacht wurde. Aufgrund der geringen Zahl dokumentierter Fälle mit Einwilligungsunfähigkeit im Evaluationszeitraum ($n = 3$), konnte die Umsetzung des dokumentierten Willens, insbesondere durch externe Leistungserbringer, nicht valide beurteilt werden. Von den Befragten wurden in der Onlinebefragung jedoch juristische Unsicherheiten sowie eine als gering wahrgenommene Verbindlichkeit der Vorsorgedokumente im Krankenhausalltag benannt. In der Diskussion im Reflexionsworkshop wurden diese Punkte aufgegriffen und anhand konkreter Situationen vertieft. Als mögliche Verbesserungen wurden eine bessere Kennzeichnung der Akten mit Notfallbogen, standardisierte Checklisten für Notfälle sowie die konsequente Mitgabe der Unterlagen bei Verlegungen genannt. Zugleich wurde betont, dass betriebliche Implementierungsstrategien einrichtungsindividuell angepasst werden müssen und nicht pauschal von einer Einrichtung auf andere übertragbar sind.

6. Wie hat sich die Zahl der Notfalleinsätze in den Einrichtungen durch die Einführung des „Bayerischen Notfallbogen“ verändert?

Hierzu lassen sich auf Grundlage der vorliegenden Befragungs- und Falldokumentationsdaten keine belastbaren Vorher-Nachher-Aussagen ableiten. Ursächlich hierfür waren zum einen die geringe Beteiligung an der retrospektiven Befragung ($n = 1$ Einrichtung) und zum anderen der Umstand, dass zahlreiche Einrichtungen bereits vor der Implementierung des Bayerischen Notfallbogens mit dem nahezu identischen Notfallbogen FeNo von ACP gearbeitet hatten, sodass ein Vorher-Nachher-Vergleich nicht möglich war.

7. Können Krankenhauseinweisungen in Notfallsituationen, dem (vorverfügbaren) Willen der Bewohner folgend, vermieden werden?

Die Ergebnisse der Onlinebefragung liefern Hinweise auf ein Potenzial zur Vermeidung nicht gewünschter Maßnahmen, einschließlich Klinikeinweisungen. So stimmten 72 % der Befragten ($n = 45$ von $n = 63$) der Aussage zu, dass der Notfallbogen potenziell dazu beiträgt, unerwünschte Maßnahmen zu vermeiden. Die qualitativen Erkenntnisse aus den Falldokumentationen zeigen jedoch, dass Entscheidungen über eine Klinikeinweisung nicht ausschließlich auf Grundlage vorhandener Festlegungen getroffen werden. Vielmehr sind anwesende An- und Zugehörige häufig an der Entscheidungsfindung beteiligt. Dabei komme es auch bei vorliegenden Verfügungen vor, dass An- und Zugehörige in der konkreten Situation abweichende Einschätzungen äußern oder von den getroffenen Festlegungen ihrer Angehörigen überrascht sind. Diese Situationen wurden im Reflexionsworkshop für alle Beteiligten als emotional belastend beschrieben. Zugleich wurde darin aber auch ein Hinweis gesehen, An- und Zugehörige möglichst immer in ACP- und Beratungsgespräche einzubeziehen. Eine datenbasierte Aussage zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen lässt sich jedoch auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse nicht treffen, da die Datenbasis zu gering ist. Diese Ergebnisse entsprechen den Befunden des Rapid Reviews, wonach direkte Versorgungseffekte von

ACP, wie etwa eine Reduktion von Krankenhauseinweisungen, bislang auch in Studien mit deutlich größeren Stichproben und längeren Laufzeiten nur sehr eingeschränkt nachweisbar sind – u. a. auch, weil der Implementierungsprozess der ACP-Beratung in den Einrichtungen deutlich länger dauert, als die Laufzeit der Studien.

Im Rahmen des Reflexionsworkshops wurde betont, dass der Bayerische Notfallbogen insbesondere dann wirksam wird, wenn er ausreichend bekannt ist, im Arbeitsalltag schnell verfügbar vorliegt und sowohl technisch als auch organisatorisch gut eingebunden ist. Als konkrete Beispiele hierfür wurden eine eindeutige Kennzeichnung in der papierbasierten oder elektronischen Akte, das automatische Anzeigen des Notfallbogens beim Öffnen der Akte sowie standardisierte Abläufe genannt, welche sicherstellen, dass das Dokument im Notfall mitgeführt wird.

8. Welche Maßnahmen und Projektschritte sind nötig und/oder hilfreich, um die Implementierung des „Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg“ auf andere Regionen Bayerns zu übertragen (Stichwort „Blaupause“)?

Eine Einführung des Bayerischen Notfallbogens kann nur dann gelingen, wenn regionale Strukturen systematisch erhoben und berücksichtigt und zentrale Akteursgruppen frühzeitig eingebunden werden. Die Erkenntnisse aus den Befragungen, der Fokusgruppe und dem Reflexionsworkshop ergaben folgende notwendige Implementierungsschritte:

1. Status quo der Vorsorgeberatung erfassen

Zu Beginn ist ein umfassender Überblick über die jeweilige Region und den Stand der Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase zu gewinnen. Dazu zählen vorhandene stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, geschultes Personal für die Gesprächsbegleitung, eingesetzte Dokumentationen/Notfalldokumente sowie Hospiz- und Palliativstrukturen. Dieser Schritt wurde als zentral beschrieben, um tragfähige Prozesse aufzubauen und überhaupt mit relevanten Akteuren in Kontakt zu kommen, insbesondere auch mit Einrichtungen, welche § 132g SGB V bislang nicht umsetzen.

2. Alle relevanten Akteure einbinden – Steuerungsgruppe bilden

Im nächsten Schritt wurde die gezielte Einbindung aller relevanten Akteursgruppen hervorgehoben. Genannt wurden insbesondere Krankenhäuser, Hausärztinnen und Hausärzte, Rettungsdienste sowie Beratungsstellen und Ausbildungseinrichtungen der Gesundheitsberufe. Dabei wurde betont, dass Krankenhäuser frühzeitig einzubinden sind, da ohne deren Mitwirkung eine durchgängige Umsetzung nicht erreichbar ist. Eine fehlende Beteiligung wurde dabei weniger als Ausdruck von Desinteresse, sondern vielmehr als Folge akuter Überlastung beschrieben. Darüber hinaus wurde empfohlen, auch Akteure einzubeziehen, die nicht unmittelbar mit der gesundheitlichen Vorausplanung befasst sind, insbesondere Staatsanwaltschaft und Polizei.

Als förderlich erwies sich im Projekt die Arbeit einer multiprofessionell besetzten Steuerungsgruppe, in der zentrale Akteure vertreten waren. Für eine Übertragung im Sinne einer Blaupause erscheint eine solche Struktur empfehlenswert, da sie die Funktion von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bündelt und dazu beiträgt, das Vorhaben in der Region zu verankern und weiterzutragen.

3. Koordination sicherstellen

Wiederholt wurde die Notwendigkeit einer koordinierenden Stelle aufgezeigt, welche die regionale Implementierung steuert. Diese Funktion umfasst insbesondere die Vernetzung relevanter Akteure, die Organisation und Koordination von Schulungen, die strukturierte Informationsweitergabe sowie ein kontinuierliches Nachhalten der Implementierungsprozesse. Als mögliche Anbindung einer solchen Koordinationsfunktion wurden neben kommunalen Stellen auch Pflegestützpunkte sowie bestehende Hospiz- und Palliativnetzwerke benannt. Zugleich stellt das Fehlen einer eigenständigen und verlässlichen Finanzierung dieser Koordinationsaufgabe ein wesentliches Hemmnis für eine nachhaltige Umsetzung dar.

Auf einen entsprechender Koordinationsbedarf wird auch in der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V hingewiesen. Dort wird im Rahmen der externen Vernetzung festgehalten, dass „durch die Beraterin bzw. den Berater eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen Leistungserbringern [...] sicherzustellen“ ist und dass Beraterinnen und Berater in der Region regelmäßige Treffen mit regionalen Akteuren durchführen oder an bestehenden Netzwerken teilnehmen sollen (§ 11 Abs. 1 und 3). Damit wird die Aufgabe der regionalen Vernetzung und Koordination den Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleitern zugewiesen.

Aus Projektsicht zeigt sich jedoch, dass diese Aufgaben weder im Vergütungssystem ausreichend abgebildet noch von einzelnen Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleitern realistisch leistbar sind. Umfang, Steuerungsanforderungen und Reichweite regionaler Koordination gehen deutlich über das individuelle Rollenprofil hinaus und erfordern eine einrichtungsübergreifende, strukturell verankerte Koordinationsstelle mit klar definiertem Auftrag und entsprechender Ressourcenausstattung je Region. Neben Hospizvereinen bieten sich regionale Versorgungsnetzwerke (insb. Hospiz- und Palliativnetzwerke) oder Beratungsstellen (Pflegestützpunkte, Demenzberatungsstellen etc.) als Träger einer solchen Stelle an.

4. Schulungen zeitlich und organisatorisch einbetten

Die Schulung von Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleitern zur Nutzung des Bayerischen Notfallbogens wurde als weiterer zentraler Implementierungsschritt identifiziert. Zu beachten ist, dass zwar die inhaltlichen Schwerpunkte der Schulungen regional weitgehend vergleichbar sind, die konkrete Umsetzung in den Einrichtungen jedoch sehr unterschiedlich erfolgt. Als zentrale Erkenntnis wurde herausgestellt, dass Schulungsangebote möglichst früh im Rahmen der Implementierung des Bayerischen Notfallbogens in einer Region stattfinden und zeitlich eng aufeinander abgestimmt sein sollten.

5. Zentrale Informationsstrukturen aufbauen

Als unterstützende Maßnahme wurde der Aufbau einer zentralen digitalen Informationsstelle beschrieben. Konkret genannt wurde ein digital verfügbarer Onepager, welcher grundlegende Informationen zum Bayerischen Notfallbogen bündelt und auf welchen gezielt verlinkt werden kann. Der Onepager soll Hinweise zu rechtlichen Informationen, Schulungsangeboten und regionalen Ansprechpartnern sowie eine Ansicht des Bayerischen Notfallbogens (nicht ausfüll- oder kopierbar) beinhalten. Weiter sollten praxisnahe Begleitmaterialien (ähnlich ACP) zur Verfügung gestellt werden. Die Entwicklung eines Glossars zu zentralen Begrifflichkeiten der gesundheitlichen Vorausplanung, insbesondere vor dem Hintergrund der Vielfalt bestehender Nomenklaturen, wurde ebenfalls als äußerst hilfreich eingeschätzt.

6. Strukturelle Verankerung in den Einrichtungen sicherstellen

Als zentrale Voraussetzung für eine gelingende Implementierung des Bayerischen Notfallbogens wurde die aktive Beteiligung der Leitungsebene der jeweiligen Einrichtung benannt. Neben dieser grundlegenden Voraussetzung ist auch die Einbindung aller Mitarbeitenden von hoher Bedeutung und sollte systematisch in den Implementierungsprozess integriert werden. Darüber hinaus wurden eine gute Auffindbarkeit sowie eine Standardisierung der relevanten Dokumente, etwa durch klare Ablage- und Markierungsvorgaben, als essenziell hervorgehoben. Perspektivisch wurde zudem die digitale Integration, beispielsweise in die elektronische Patientenakte, als zentrales Handlungsfeld benannt.

7. Regionale Anpassung und kontinuierliches Nachsteuern

Eine Blaupause kann kein starres Modell sein, welches 1:1 auf jede Region angewendet werden kann. Eine Implementierung muss unbedingt an regionale Gegebenheiten, die vorhandene palliative Kultur und bestehende Finanzierungs- und Vernetzungsstrukturen angepasst werden. Verzögerungen oder Rückschläge sind ein „normaler“ Bestandteil eines Implementierungsprozesses, die ein Nachsteuern erfordern. Ein kontinuierliches Monitoring trägt dazu bei, etwaigen Nachsteuerungsbedarf frühzeitig zu entdecken. Der Zeitraum für eine Implementierung sollte realistisch bemessen werden – je nach Ausgangslage sollte mindestens ein Jahr, besser zwei Jahre eingeplant werden.

8. Besonderheit Eingliederungshilfe

Für die Eingliederungshilfe sind spezifische Anpassungen der Beratungsdokumente erforderlich, etwa in Bezug auf die Verwendung leichter Sprache oder eine inhaltliche Adaptation beziehungsweise Übersetzung der Inhalte durch die Gesprächsbegleiterin oder den Gesprächsbegleiter. Zudem bestehen in diesem Versorgungssetting potenzielle Hürden im Rahmen der Finanzierungs- und Abrechnungswege, die zu berücksichtigen sind (nicht alle Klientinnen/Klienten sind krankenversichert). So stellt die Abrechnung gesundheitlicher Vorausplanung gegenüber den Kostenträgern in der Eingliederungshilfe einen neuen Vorgang dar, der entsprechend erläutert und etabliert werden muss.

9. Inwiefern schlägt sich die Akzeptanz des Bewohnerwillens auch in Notfallsituationen in Aus- und Weiterbildungen relevanter Berufsgruppen (Krankenpflege, Rettungsdienste, Heilerziehungspflege, etc.) nieder?

Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass sich die Akzeptanz des Bewohnerwillens bislang nur teilweise und uneinheitlich in den Aus- und Weiterbildungsstrukturen relevanter Berufsgruppen widerspiegelt. Aufgrund der sehr geringen Zahl der Akteure aus der Aus-, Fort- und Weiterbildung ($n = 4$), die sich an der Online-Befragung beteiligt haben, sind diese Ergebnisse jedoch vorsichtig zu interpretieren. Zugleich zeigen sich Hinweise darauf, dass Umfang und Tiefe der Vermittlung gesundheitlicher Vorausplanung im Unterricht deutlich variieren. Vertiefende Inhalte zur gesundheitlichen Vorausplanung, einschließlich des Bayerischen Notfallbogens, scheinen dabei eher im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsangeboten verortet zu sein als in der grundständigen Ausbildung.

Fort- und Weiterbildungsangebote sind insbesondere dann wirksam, wenn sie berufsgruppenspezifisch aufbereitet werden. Für den Rettungsdienst liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass Inhalte zur palliativen Versorgung und zum Bayerischen Notfallbogen in einzelnen Ausbildungseinrichtungen bereits curricular verankert sind und dort auf eine hohe Resonanz stoßen. Für andere Berufsgruppen, etwa in der Heilerziehungspflege oder in außerklinischen Versorgungssettings, besteht hingegen weiterhin Entwicklungspotenzial. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse auf die Relevanz kultursensibler Aspekte in Qualifizierungsmaßnahmen hin. Mitarbeitende mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen bringen teils abweichende Vorstellungen von palliativem Handeln mit, was bei der Konzeption und Durchführung von Schulungen stärker berücksichtigt werden sollte. Hinweise ergeben sich zudem zur Frage der nachhaltigen Verankerung entsprechender Inhalte. Diese kann unter anderem durch Fortbildungspflichten, regelmäßige Austauschformate mit Ausbildungseinrichtungen oder die Integration in curriculare Vorgaben unterstützt werden. Als förderlich wird dabei die Nutzung bestehender Formate und Netzwerke eingeschätzt, anstatt zusätzliche parallele Strukturen zu etablieren.

5.2 Gesamtbewertung und Ausblick

Die vorliegende Evaluation hat gezeigt, dass die Bekanntheit des Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg durch das Projekt „Einführung Bayerischer Notfallbogen in der Modellregion Nürnberg“ deutlich gesteigert werden konnte. Knapp 60 % der online-befragten Akteure haben durch Veranstaltungen/Informationsmaterialien/Schulungen des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. vom Bayerischen Notfallbogen erfahren, von 75 Personen stuften 39 (52 %) ihren Kenntnisstand dazu als sehr gut bis befriedigend ein. Um auch die fachlich korrekte Anwendung des Bayerischen Notfallbogens zu gewährleisten, wurden die Nürnberger Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter im Rahmen des Projektes spezifisch zu dessen Anwendung geschult (es fanden zwei dreitägige Schulungen statt).

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass die Mehrheit der Akteure mit der Einführung des Bayerischen Notfallbogens ein hohes Potenzial verbindet, im Notfall mehr

Handlungssicherheit, Transparenz und Orientierung für alle Beteiligten zu gewährleisten. Aufgrund der sehr begrenzten Anzahl auswertbarer Falldokumentationen (vor allem infolge der kurzen Beobachtungsdauer) lassen sich jedoch keine belastbaren Aussagen zur tatsächlichen Umsetzung des dokumentierten Willens in akuten Notfallsituationen treffen.

Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass die Wirksamkeit des Bayerischen Notfallbogens maßgeblich von strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen abhängt. Hierzu zählen insbesondere eine stabile personelle Situation in den Einrichtungen, die aktive Einbindung der Leitungsebene, klare Zuständigkeiten sowie eine gute Auffindbarkeit der Dokumente in den Bewohnerunterlagen (digital/physisch). Auch die noch begrenzte Bekanntheit des Notfallbogens außerhalb stationärer Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe, insbesondere bei Rettungsdiensten, Krankenhäusern und weiteren externen Akteuren, stellt eine zentrale Herausforderung für eine flächendeckende Nutzung des Instrumentes dar. Die identifizierten Unsicherheiten im Hinblick auf rechtliche Verbindlichkeit und Anwendungspraxis unterstreichen zudem den Bedarf an weiteren kontinuierlichen Schulungs- und Informationsangeboten.

Die insgesamt überwiegend positive Bewertung des Instruments durch die befragten Akteursgruppen, insbesondere die hohe Bereitschaft des Rettungsfachpersonals, sich vertieft mit der Thematik auseinanderzusetzen, spricht für eine grundsätzliche Akzeptanz und Anschlussfähigkeit des Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg. Die Ergebnisse legen nahe, dass der Notfallbogen weniger als isoliertes Dokument, sondern vielmehr als Bestandteil eines umfassenden Implementierungsprozesses zu verstehen ist, der Schulung, Koordination, Kommunikation und regionale Vernetzung systematisch miteinander verknüpft.

Für zukünftige Implementierungen und weiterführende Evaluationen ergibt sich daraus der Bedarf, längere Einführungs- und Beobachtungszeiträume vorzusehen, um dem tatsächlichen Zeitbedarf bei der betrieblichen Implementierung gerecht zu werden, eine größere Zahl an Falldokumentationen einbeziehen zu können und insbesondere die Schnittstellen zwischen stationären Einrichtungen, Rettungsdiensten und Krankenhäusern intensiver betrachten zu können. Das setzt voraus, dass auch letztere Akteure entsprechende interne Implementierungsprozesse vorgenommen haben. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, die Übertragbarkeit der entwickelten Blaupause in weiteren Regionen zu erproben und dabei unterschiedliche Ausgangsbedingungen systematisch zu berücksichtigen.

6. Anhang

- A1 Onlinebefragung – Programmervorlage**
 - A2 Falldokumentation**
 - A3 Befragung der betroffenen Personen und deren An-
und Zugehörigen**
 - A4 Fokusgruppe mit Gesprächsbegleiterinnen und -
begleiter – Datenschutzhinweis und Leitfaden**
-

A1 Onlinebefragung – Programmiervorlage

ID	Item+ Antworten	Programmierhinweise
	Allgemeine Angaben	ALLE
	Zunächst bitten wir Sie, einige allgemeine Angaben zu machen.	Einfachauswahl; Filter
PROG		
A1	Welchen Bereich vertreten Sie? <i>Bitte wählen Sie hier einen Bereich aus, für den Sie die Befragung im weiteren Verlauf beantworten möchten. Die Fragen sind angepasst an die jeweiligen Bereiche, sodass Sie bitte, den am meisten zutreffendsten Bereich für sich auswählen.</i>	Freitext Freitext
1	Altenhilfe-/Pflegeeinrichtung	
2	Einrichtung der Eingliederungshilfe	
3	Rettungsdienst	
4	Krankenhaus	
5	Pflegeschule	
6	Bildungseinrichtung (Aus-, Fort- und Weiterbildung)	
7	freiberufliche Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter nach §132g SGBV	
8	Pflegestützpunkt	
9	Anderes und zwar:	
PROG		
A2	Bitte tragen Sie hier Ihre berufliche Position ein.	Freitext Keine Angabe
	Freitext Keine Angabe	
	Allgemeine Angaben zum Bayerischen Notfallbogen	ALLE
	In diesem Abschnitt interessieren uns Ihre Erfahrungen rund um den Bayerischen Notfallbogen.	Einfachauswahl
PROG		
B1	Haben Sie durch Veranstaltungen/Informationsmaterialien/Schulungen des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. vom Bayerischen Notfallbogen erfahren?	Mehrfachauswahl
1	Ja	
2	Nein	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn B1=1	
B2	Wie haben Sie von dem Bayerischen Notfallbogen erfahren?	

_a _b _c _d _e _f _g _h _i	Im Rahmen des Lehrgangs zur Gesprächsbegleiterin/zum Gesprächsbegleiter nach §132g SGBV (3-Tages-Seminar) durch das Hospiz-Team Nürnberg e. V. Über eine Informationsveranstaltung vom Hospiz-Team Nürnberg e. V. Über einen Infostand (z. B. auf einer Fachmesse oder Tagung) des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. Durch Informationsmaterialien des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. Durch eine Fachzeitschrift oder einen Fachartikel des Hospiz-Team Nürnberg e. V. Über eine Online-Quelle (z. B. Website) des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. Durch telefonischen Austausch mit dem Hospiz-Team Nürnberg e. V. Sonstiges/Weiteres, und zwar: (Freitext) Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn B1=2 oder 3	Mehrfachauswahl
B3	Wie haben Sie von dem Bayerischen Notfallbogen erfahren? <i>Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.</i>	
_a _b _c _d _e _f _g _h _i _j	Im Rahmen des Lehrgangs zur Gesprächsbegleiterin/zum Gesprächsbegleiter nach §132g SGBV (3-Tages-Seminar) Durch meine Einrichtung, z. B. über Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen, etc. Über eine Informationsveranstaltung, z. B. einen Vortrag, und zwar: (Freitext) Über einen Infostand (z. B. auf einer Fachmesse oder Tagung), und zwar: (Freitext) Durch eine andere Einrichtung oder Organisation (z. B. Träger, Verband, Netzwerk), und zwar: (Freitext) Durch Informationsmaterialien (z. B. Broschüren, Flyer), und zwar: (Freitext) Durch eine Fachzeitschrift oder einen Fachartikel, und zwar: (Freitext) Über eine Online-Quelle (z. B. Website, Newsletter, Webinar), und zwar: (Freitext) Sonstiges/Weiteres, und zwar: (Freitext) Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG		Einfachauswahl
B4	Wie würden Sie Ihren eigenen Kenntnisstand zum Bayerischen Notfallbogen einschätzen? <i>Bewerten Sie bitte anhand von "Schulnoten" Von 1 sehr gut bis 6 ungenügend.</i>	
1 2 3 4	sehr gut gut befriedigend ausreichend	

5	mangelhaft	
6	ungenügend	
7	weiß ich nicht/keine Angabe	
PROG		Einfachauswahl
B5	Sind Ihnen neben dem Bayerischen Notfallbogen noch weitere Dokumente im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase explizit für den Notfall bekannt?	
1	Ja	
2	Nein	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn B5=1	Mehrfachauswahl
B5_1	Welche weiteren Dokumente im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, explizit für den Notfall, sind Ihnen bekannt?	
_a	FeNo der ACP-Dokumente	
_b	BVP Dokumente	
_c	Erfurter Notfallbogen (bzw. "Thüringer Notfallbogen")	
_d	VorAN-Bogen	
_e	Notfallbogen: Reanimation und Krankenhaus (Nobo)	
_f	„PALMA“	
_g	Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen	
_h	Augsburger Notfallplan Verfügung für Notfälle	
_i	Sonstiges, und zwar: (Freitext)	
	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
	Akteursgruppe stat. Pflegeeinrichtung und Eingliederungshilfe (Nutzerinnen und Nutzer des Notfallbogens in Einrichtungen)	Wenn A1= 1 oder 2
	In diesem Abschnitt möchten wir mehr über Ihre Erfahrungen mit dem Bayerischen Notfallbogen in Ihrer Einrichtung erfahren. Zudem interessiert uns, wo Sie Potenziale und Herausforderungen sehen.	
PROG		Mehrfachauswahl
C1	Führen Sie grundsätzlich in Ihrer Einrichtung aktuell die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach §132g SGB V für Bewohnerinnen und Bewohner durch?	
1	Ja	
2	Nein, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	

3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	Mehrfachauswahl
PROG		
C2	Wer ist in Ihrer Einrichtung hauptsächlich für das Thema gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase zuständig?	
_a _b _c _d _e _f _g	Geschäftsführung/Einrichtungsleitung Pflegedienstleitung Wohnbereichsleitung Pflegefachpersonen Es gibt keine klar zugeordnete Zuständigkeit Sonstiges, und zwar: (Freitext) Weiß ich nicht/Keine Angabe	Wenn C1_e ausgewählt wurde, dann nur diese Antwort zulassen
PROG	Wenn C1=1	Einfachauswahl
C3	Sind die Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleiter für die gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Ihrer Einrichtung (intern) oder extern über den Hospizverein tätig?	Einfachauswahl
1 2 3 4	Sie sind in unserer Einrichtung (intern) angestellt. Sie sind extern von einem Hospizverein (oder einem anderen Träger oder freiberuflich) in unserer Einrichtung tätig. Es sind sowohl interne als auch externe Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter in unserer Einrichtung tätig. Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn C1=1	
C4	Nutzen Sie in Ihrer Einrichtung den Bayerischen Notfallbogen als Dokument für die notfallbezogene Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase?	
1 2 3 4	Ja, ausschließlich den Bayerischen Notfallbogen Ja, neben weiteren Dokumenten für die notfallbezogene Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase Nein, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext) Weiß ich nicht/Keine Angabe	Mehrfachauswahl
PROG	Wenn C1=1 und Wenn C4=2	
C4_1	Bitte geben Sie an, welches/welche Dokument(e) Sie neben dem Bayerischen Notfallbogen nutzen.	
_a _b _c _d _e	FeNo der ACP-Dokumente BVP-Dokumente Erfurter Notfallbogen (bzw. Thüringer Bogen) VorAN-Bogen Notfallbogen: Reanimation und Krankenhaus (Nobo)	

_f	„PALMA“	
_g	Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen	
_h	Augsburger Notfallplan Verfügung für Notfälle	
_i	Sonstiges, und zwar: (Freitext)	
	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn C1=1 und Wenn C4=1 oder 2	Freitext Numerisch
C4_1	Seit wann nutzen Sie den Bayerischen Notfallbogen?	
	____ Monat/ ____ Jahr	
	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn C1=1 und Wenn C4=1 oder 2	Einfachauswahl
C5	Hatten Sie bereits vor der Einführung des Bayerischen Notfallbogens in Ihrer Einrichtung eine Dokumentation der <u>notfallbezogene</u> Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase?	
1	Ja	
2	Nein	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn C1=1 und C5=1	Mehrfachauswahl
C5.1	Welche Dokumentation(en) für die <u>notfallbezogenen</u> Vorsorgeplanung für die letzte Lebensphase hatten Sie vor der Einführung des Bayerischen Notfallbogens ? <i>Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.</i>	
_a	FeNo der ACP-Dokumente	
_b	BVP-Dokumente	
_c	Erfurter Notfallbogen (bzw. Thüringer Bogen)	
_d	VorAN-Bogen	
_e	Notfallbogen: Reanimation und Krankenhaus (Nobo)	
_f	„PALMA“ Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen	
_g	Augsburger Notfallplan Verfügung für Notfälle	
_h	Sonstiges, und zwar: (Freitext)	
_i	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn C1=1	Einfachauswahl
C6	Führen Sie in Ihrer Einrichtung Informationsveranstaltungen zu dem Thema gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase durch?	
1	Ja, für die Beschäftigten	
2	Ja, für die (zukünftigen) Bewohnerinnen und Bewohner und Angehörige	
3	Nein, weil: (Freitext)	
4	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn C1=1 und wenn C6 = 1,2	Einfachauswahl
C6_1	Führen Sie zur Vorstellung des Bayerischen Notfallbogens Informationsveranstaltungen durch?	

1	Ja, im Rahmen von Veranstaltungen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung	Mehrfachauswahl
2	Ja, gesonderte Informationsveranstaltungen nur zum Thema Bayerischer Notfallbogen	
3	Ja, aber anders, und zwar: (Freitext)	
4	Nein, bisher noch nicht – ist aber geplant	
5	Nein, aktuell und auch perspektivisch eher nicht	
6	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn C1=1	
C7	Wie stellen Sie in Ihrer Einrichtung sicher, dass der Bayerische Notfallbogen im Notfall verfügbar ist?	Einfachauswahl
_a	Der Bayerische Notfallbogen ist in den Stammdokumenten/der Akte der Bewohnerinnen und Bewohner hinterlegt.	
_b	Der Bayerische Notfallbogen ist im Zimmer der Bewohnerin/des Bewohners in ausgedruckter Form hinterlegt.	
_c	Sonstiges, und zwar: (Freitext)	
_d	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG		
C8	Was schätzen Sie: wie bekannt ist der Bayerische Notfallbogen insgesamt ... (Antwortmöglichkeit: Sehr bekannt; eher bekannt; eher unbekannt; unbekannt; kann ich nicht einschätzen/keine Angabe)	Einfachauswahl
1	... bei Rettungsfachpersonal	
2	... bei Hausärztinnen und Hausärzten, die regelmäßig in die Einrichtung kommen	
3	... im Krankenhaus	
	Potenziale	
PROG		
C9	Wie schätzen Sie die folgenden Merkmale des Bayerischen Notfallbogens im Hinblick auf seine Inhalte ein? Der Bayerische Notfallbogen ... (Auswahlmöglichkeit: trifft voll und ganz zu; trifft eher zu; trifft eher nicht zu; trifft ganz und gar nicht zu; kann ich nicht einschätzen)	Einfachauswahl
_a	... ist übersichtlich gestaltet und gut strukturiert.	
_b	... verwendet eine klare, leicht verständliche Sprache.	
_c	... enthält alle wesentlichen Informationen kompakt aufbereitet.	
PROG		
C10	Wie bewerten Sie den Nutzen des Bayerischen Notfallbogens? Der Bayerische Notfallbogen ... (Auswahlmöglichkeit: trifft voll und ganz zu; trifft eher zu; trifft eher nicht zu; trifft ganz und gar nicht zu; kann ich nicht einschätzen)	

_a	... ist im Notfall gut einsetzbar.	
_b	... stärkt die Handlungssicherheit von Rettungsfachpersonal.	
_c	... stärkt die Handlungssicherheit von Mitarbeitenden in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Eingliederungshilfe.	
_d	... stärkt die Handlungssicherheit von Angehörigen und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern.	
_e	... ist rechtssicher (juristisch geprüft).	
_f	... hilft dabei, den Willen der betroffenen Person im Notfall deutlich zu machen.	
_g	... hilft, nicht gewünschte Maßnahmen zu vermeiden (z. B. Wiederbelebung oder Krankenhauseinweisung).	
PROG		Einfachauswahl
C10_1	Sehen Sie darüber hinaus andere/weitere Vorteile, die der Bayerische Notfallbogen mit sich bringt?	
1	Ja, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	
2	Nein	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn B5=1	Einfachauswahl
C11	Sehen Sie im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung spezifische Vorteile des Bayerischen Notfallbogens?	
1	Ja	
2	Nein, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn C11=1	Mehrfachauswahl
C11_1	Welche Vorteile bietet der Bayerische Notfallbogen aus Ihrer Sicht im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten oder genutzten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung? Der Bayerische Notfallbogen ... <i>Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.</i>	
_a	... erleichtert die Orientierung in Notfallsituationen besser als andere Ihnen bekannte Dokumente.	
_b	... stellt individuelle Wünsche der betroffenen Person klarer dar.	
_c	... ist insgesamt leichter verständlich und anwenderfreundlicher.	
_d	... verringert Unsicherheiten bei Entscheidungen in Notfällen.	
_e	... ermöglicht eine einfachere und klarere Kommunikation des Patientenwillens.	
_f	... reduziert das Risiko von Fehlinterpretationen im Vergleich zu anderen Dokumenten.	
_g	... hat andere/weitere Vorteile, und zwar: (Freitext)	

_h	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
	Herausforderungen	
PROG		Mehrfachauswahl
C12	Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Einsatz des Bayerischen Notfallbogens aus.	
_a	Eine Abrechnung der Beratung nach § 132g SGB V mit der Krankenkasse ist schwierig.	
_b	Die Bewohnerinnen und Bewohner lehnen die Beratung nach § 132g SGB V häufig ab.	
_c	Der Bayerische Notfallbogen passt nicht zu den Bedarfen bzw. Strukturen unserer Einrichtung.	
_d	Es fehlen ausreichende Ressourcen für die Anwendung des Bayerischen Notfallbogens (z. B. Zeit, Personal), weil (Freitext)	,weil erscheint erst bei Auswahl
_e	Unsere Beschäftigten fühlen sich unzureichend geschult im Umgang mit dem Bayerischen Notfallbogen.	
_f	Der Bayerische Notfallbogen wird von externen Akteuren (z. B. Hausärztinnen, Rettungsdienst) kaum beachtet.	
_g	Die Vielfalt verschiedenster Dokumente für den Notfall ist unübersichtlich und führt zu Unsicherheit	
_h	Es ist nicht ganz klar ob/inwieweit der Bayerische Notfallbogen rechtlich bindend/rechtssicher ist.	
_i	Keine der genannten Herausforderungen trifft zu.	Wenn C12_i ausgewählt wurde, dann nur diese Antwort zulassen
_j	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG		
C12_1	Welche anderen/weiteren Herausforderungen nehmen Sie im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogen wahr?	
1	Folgende, und zwar: (Freitext)	
2	Ich nehme keine (weiteren) Herausforderungen wahr.	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
	Akteursgruppe Gesprächsbegleiterinnen und Gesprächsbegleiter (§ 132g SGB V – intern/extern)	Wenn A1 = 7
	In diesem Abschnitt möchten wir mehr über die Anwendung des Bayerischen Notfallbogen erfahren. Zudem interessiert uns, wo Sie Potenziale und Herausforderungen sehen.	
PROG		
D1	Sie haben angegeben, ausgebildete Gesprächsbegleiterin oder Gesprächsbegleiter zu sein. Führen Sie aktuell persönlich Beratungen nach §132g SGBV durch?	
1	Ja	
2	Nein	

3	Keine Angabe	Mehrfachauswahl
PROG	Wenn D1=1	
D2	Für wie viele Einrichtungen sind Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit im Kontext der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V tätig?	
1	Für eine Einrichtung.	PROG: zweistellig
2	Für mehrere Einrichtungen. <i>(Bitte geben Sie die Anzahl an):</i> (Freitext)	
3	Keine Angabe	
PROG	Wenn D1=1	Mehrfachauswahl
D3	Welche Dokumente nutzen Sie für die vorgeschriebene Dokumentation des Beratungsprozesses und der Willensäußerungen für den Notfall ? <i>Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.</i>	PROG: zweistellig, eine Dezimalstelle (= x,0 = x,5) numerisch
_a	Bayerischen Notfallbogen	
_b	FeNo der ACP-Dokumente	
_c	BVP-Dokumente	
_d	Erfurter Notfallbogen (bzw. Thüringer Bogen)	
_e	VorAN-Bogen	
_f	Notfallbogen: Reanimation und Krankenhaus (Nobo)	
_g	„PALMA“	
_h	Augsburger Notfallplan Verfügung für Notfälle	
_i	Sonstiges, und zwar: (Freitext)	
_j	Weiß ich nicht/Keine Angabe	Mehrfachauswahl
PROG	Wenn D1=1 und Wenn D3=a	
D4	Wie lange verwenden Sie bereits den Bayerischen Notfallbogen (NICHT FeNo ACP)? <i>Bitte geben Sie die Dauer in Monaten an.</i>	
	Seit ____ Monat/en	PROG: zweistellig, eine Dezimalstelle (= x,0 = x,5) numerisch
	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn D1=1 und Wenn D3 = _b, _c, _d, _e, _f, _g, _h	Mehrfachauswahl
D5	Was ist der Grund, weshalb Sie (noch) nicht oder nicht vollständig auf den Bayerischen Notfallbogen umgestiegen sind? <i>Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.</i>	
_a	Der FeNo des ACP ist fast identisch mit dem Bayerischen Notfallbogen.	
_b	Ich bevorzuge die Nutzung eines bereits vertrauten Dokuments, das ich in meiner Praxis etabliert habe.	

_c	Ich hatte bislang keinen Zugang zum Bayerischen Notfallbogen.	Einfachauswahl
_d	Der Bayerische Notfallbogen ist mir bekannt, wird aber aus strukturellen oder organisatorischen Gründen (noch) nicht eingesetzt.	
_e	Sonstiges, und zwar: (Freitext)	
_f	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn D3=_a	
D5_1	Wann kommt bei Ihnen der Bayerische Notfallbogen zum Einsatz?	
1	Immer im Rahmen der Beratung gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V.	
2	Nur, wenn bei einer Person bereits Dokumente für die gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vorliegen, jedoch <u>noch keine Versorgungsplanung für den Notfall</u> erfolgt ist.	
3	In anderen Fällen, und zwar: (Freitext)	
4	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
Potenziale		Einfachauswahl
PROG		
D6	Wie schätzen Sie die folgenden Merkmale des Bayerischen Notfallbogens im Hinblick auf seine Inhalte ein? Der Bayerische Notfallbogen ... (Auswahlmöglichkeit: trifft voll und ganz zu; trifft eher zu; trifft eher nicht zu; trifft ganz und gar nicht zu; kann ich nicht einschätzen)	
_a	... ist übersichtlich gestaltet und gut strukturiert.	
_b	... verwendet eine klare, leicht verständliche Sprache.	
_c	... enthält alle wesentlichen Informationen kompakt aufbereitet.	
PROG		
D7	Wie bewerten Sie den Nutzen des Bayerischen Notfallbogens? Der Bayerische Notfallbogen ... (Auswahlmöglichkeit: trifft voll und ganz zu; trifft eher zu; trifft eher nicht zu; trifft ganz und gar nicht zu; kann ich nicht einschätzen)	
_a	... ist im Notfall gut einsetzbar.	
_b	... stärkt die Handlungssicherheit von Rettungsfachpersonal.	
_c	... stärkt die Handlungssicherheit von Mitarbeitenden in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Eingliederungshilfe	
_d	... stärkt die Handlungssicherheit von Angehörige und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern.	
_e	... Ist rechtssicher (juristisch geprüft)	
_f	... hilft dabei, den Willen der betroffenen Person im Notfall deutlich zu machen	

_g	.. hilft, nicht gewünschte Maßnahmen zu vermeiden (z. B. Wiederbelebung oder Krankenhauseinweisung).	Freitext
PROG		
D7_1	Sehen Sie darüber hinaus andere/weitere Vorteile , die der Bayerische Notfallbogen mit sich bringt?	
1	Ja, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	Einfachauswahl
2	Nein	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn B5=1	
D8	Sehen Sie im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung spezifische Vorteile des Bayerischen Notfallbogens?	Mehrfachauswahl
1	Ja	
2	Nein, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn D8=1	
B8_1	Welche Vorteile bietet der Bayerische Notfallbogen aus Ihrer Sicht im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten oder genutzten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung? Der Bayerische Notfallbogen ... <i>Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.</i>	Mehrfachauswahl
_a	... erleichtert die Orientierung in Notfallsituationen besser als andere Ihnen bekannte Dokumente.	
_b	... stellt individuelle Wünsche der betroffenen Person klarer dar.	
_c	... ist insgesamt leichter verständlich und anwenderfreundlicher.	
_d	... verringert Unsicherheiten bei Entscheidungen in Notfällen.	
_e	... ermöglicht eine einfachere und klarere Kommunikation des Patientenwillens.	
_f	... reduziert das Risiko von Fehlinterpretationen im Vergleich zu anderen Dokumenten.	
_g	... hat andere/weitere Vorteile, und zwar: (Freitext)	
_h	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
	Herausforderungen	
PROG		
D9	Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogen aus.	Mehrfachauswahl
_a	Die Formulierungen im Bayerischen Notfallbogen sind für manche betroffene Personen schwer verständlich.	
_b	Der Platz für die Dokumentation des Willens auf dem Notfallbogen ist nicht ausreichend.	

_c Es fehlen geeignete Schulungen oder Austauschformate zum Bayerischen Notfallbogen. _d Externe Akteure (z. B. Rettungsdienste, Hausärztinnen, Kliniken) erkennen den Bayerischen Notfallbogen nicht immer als verbindlich an. _e Es ist nicht ganz klar ob/inwieweit der Bayerische Notfallbogen rechtlich bindend/rechtssicher ist. _f Die Vielfalt verschiedenster Dokumente für den Notfall ist unübersichtlich und führt zu Unsicherheit _g Keine der genannten Herausforderungen trifft zu _h Weiß ich nicht/Keine Angabe		Wenn D9_g ausgewählt wurde, dann nur diese Antwort zulassen
PROG		
D9_1	Welche anderen/weiteren Herausforderungen nehmen Sie im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogens wahr?	
1 Folgende, und zwar: (Freitext) 2 Ich nehme keine (weiteren) Herausforderungen wahr. 3 Weiß ich nicht/Keine Angabe		
	Akteursgruppe Nutzer und Nutzerinnen in Notfallsituationen (z. B. Rettungsdienst, Notärztinnen/Notärzte, Krankenhauspersonal)	Wenn A1=3,4
	In diesem Abschnitt möchten wir mehr über die Anwendung des Bayerischen Notfallbogen erfahren. Zudem interessiert uns, wo Sie Potenziale und Herausforderungen sehen.	
PROG	Wenn A1=4	
E1	Was schätzen Sie: wie bekannt ist der Bayerische Notfallbogen insgesamt ... (Antwortmöglichkeit: Sehr bekannt; eher bekannt; eher unbekannt; unbekannt; kann ich nicht einschätzen/keine Angabe)	
1 ...in der Rettungsstelle 2 ...auf den Stationen 3 ... bei den Ärztinnen und Ärzten 4 ... bei den Pflegefachpersonen		
PROG	Wenn A1=3	
E2	Was schätzen Sie: wie bekannt ist der Bayerische Notfallbogen insgesamt ... (Antwortmöglichkeit: Sehr bekannt; eher bekannt; eher unbekannt; unbekannt; kann ich nicht einschätzen/keine Angabe)	
1 ... bei den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern 2 ... bei den Notärztinnen und Notärzten 3 ... in den (integrierten) Leitstellen		

4	... bei den Bereichs- oder Einsatzleitungen im Rettungsdienst	
5	... in der rettungsdienstlichen Aus- und Fortbildung	
PROG	Wenn A1=3	
E3	Wie gut kann Ihrer Meinung nach das Rettungsfachpersonal im Notfall auf den Bayerischen Notfallbogen zugreifen?	
1	In der Regel wird der Notfallbogen beim Notfalleinsatz schnell bereitgestellt oder gezeigt.	
2	Gelegentlich ist der Notfallbogen beim Notfalleinsatz verfügbar, je nach Einrichtung oder häuslichem Umfeld.	
3	Häufig ist unklar, ob ein Notfallbogen vorhanden ist oder wo er zu finden wäre.	
4	Sonstiges: und zwar: (Freitext)	
5	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG		Einfachauswahl
E4	Wurden in Ihrer Einrichtung infolge der Einführung des Bayerischen Notfallbogens entsprechende Verfahrensanweisungen angepasst?	
1	Ja, und zwar (Freitext)	" , und zwar " erscheint erst bei Auswahl
2	Nein, das war nicht erforderlich	
3	Nein, weil: (Freitext)	" , und zwar " erscheint erst bei Auswahl
4	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG		Einfachauswahl
E5	Wie sicher fühlt sich Ihrer Erfahrung nach das Rettungsfachpersonal/Rettungsstellenpersonal im Hinblick auf die rechtliche Verlässlichkeit des Bayerischen Notfallbogens in Entscheidungssituationen?	
1	sehr sicher	
2	eher sicher	
3	eher unsicher	
4	unsicher	
7	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
	Potenziale	
PROG		
E6	Wie schätzen Sie die folgenden Merkmale des Bayerischen Notfallbogens im Hinblick auf seine Inhalte ein? Der Bayerische Notfallbogen ... (Auswahlmöglichkeit: trifft voll und ganz zu; trifft eher zu; trifft eher nicht zu; trifft ganz und gar nicht zu; kann ich nicht einschätzen)	
_a	... ist übersichtlich gestaltet und gut strukturiert.	
_b	... verwendet eine klare, leicht verständliche Sprache.	

_c	... enthält alle wesentlichen Informationen kompakt aufbereitet.	
PROG		
E7	Wie bewerten Sie den Nutzen des Bayerischen Notfallbogens? Der Bayerische Notfallbogen (Auswahlmöglichkeit: trifft voll und ganz zu; trifft eher zu; trifft eher nicht zu; trifft ganz und gar nicht zu; kann ich nicht einschätzen)	
_a	... ist im Notfall gut einsetzbar.	
_b	... stärkt die Handlungssicherheit von Rettungsfachpersonal.	
_c	... stärkt die Handlungssicherheit von Mitarbeitenden in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Eingliederungshilfe.	
_d	... stärkt die Handlungssicherheit von Angehörige und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern.	
_e	... ist rechtssicher (juristisch geprüft).	
_f	... hilft dabei, den Willen der betroffenen Person im Notfall deutlich zu machen.	
_g	... hilft, nicht gewünschte Maßnahmen zu vermeiden (z. B. Wiederbelebung oder Krankenhauseinweisung).	
PROG		Freitext
E7_1	Sehen Sie darüber hinaus andere/weitere Vorteile, die der Bayerische Notfallbogen mit sich bringt?	
1	Ja, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	
2	Nein	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn B5=1	Einfachauswahl
E8	Sehen Sie im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung spezifische Vorteile des Bayerischen Notfallbogens?	
1	Ja	
2	Nein, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn B7=1	Mehrfachauswahl
E8_1	Welche Vorteile bietet der Bayerische Notfallbogen aus Ihrer Sicht im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten oder genutzten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung? Der Bayerische Notfallbogen ... Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.	
_a	... erleichtert die Orientierung in Notfallsituationen besser als andere Ihnen bekannte Dokumente.	
_b	... stellt individuelle Wünsche der betroffenen Person klarer dar.	

_c	... ist insgesamt leichter verständlich und anwenderfreundlicher.	
_d	... verringert Unsicherheiten bei Entscheidungen in Notfällen.	
_e	... ermöglicht eine einfachere und klarere Kommunikation des Patientenwillens.	
_f	... reduziert das Risiko von Fehlinterpretationen im Vergleich zu anderen Dokumenten.	
_g	... hat andere/weitere Vorteile, und zwar: (Freitext)	
_h	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
Herausforderungen		
PROG	A1=3	Mehrfachauswahl
E9	Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogen aus.	
_a	In Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und der Eingliederungshilfe ist der Notfallbogen häufig nicht einheitlich oder systematisch hinterlegt.	Wenn E10_g ausgewählt wurde, dann nur diese Antwort zulassen
_c	Es wird vor Ort nicht oder nur unzureichend darauf hingewiesen, ob ein Notfallbogen vorhanden ist.	
_d	Der Notfallbogen ist in digitalen Systemen (z. B. ePA, Übergabedaten) (noch) nicht eingebunden.	
_e	Es ist nicht ganz klar ob/inwieweit der Bayerische Notfallbogen rechtlich bindend/rechtssicher ist.	
_f	Im Einsatz fehlt häufig die Zeit, gezielt nach dem Notfallbogen zu suchen.	
	Die Vielfalt verschiedenster Dokumente für den Notfall ist unübersichtlich und führt zu Unsicherheit.	
_g	Keine der genannten Herausforderungen trifft zu.	
_h	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	A1=4	Mehrfachauswahl
E10	Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogen aus.	
_a	Es wird bei Ankunft der Patientin/des Patienten nicht oder nur unzureichend darauf hingewiesen, ob ein Notfallbogen vorhanden ist.	
_c	Der Notfallbogen ist in digitalen Systemen (z. B. ePA, Übergabedaten) (noch) nicht eingebunden.	
_d	Es ist ganz klar ob/inwieweit der Bayerische Notfallbogen rechtlich bindend/rechtssicher ist.	
	Bei der Ankunft einer Patientin/eines Patienten fehlt häufig die Zeit, gezielt nach dem Notfallbogen zu suchen und ihn zu sichten.	
_e		

_f	Die Vielfalt verschiedensten Dokumente für den Notfall ist unübersichtlich und führt zu Unsicherheit	Wenn E10_f ausgewählt wurde, dann nur diese Antwort zulassen
_g	Keine der genannten Herausforderungen trifft zu. Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG		
E11	Welche anderen/weiteren Herausforderungen nehmen Sie im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogens wahr?	Einfachauswahl
1	Folgende, und zwar: (Freitext)	
2	Ich nehme keine (weiteren) Herausforderungen wahr.	
3	keine Angabe	
Akteursgruppe Multiplikatoren (z.B. Ausbildungseinrichtungen)		Wenn A1=5 oder 6
	In diesem Abschnitt möchten wir mehr über die Einbindung des Bayerischen Notfallbogens in Ausbildung und Weiterbildung erfahren. Zudem interessiert uns, wo Sie Chancen und Herausforderungen sehen.	Einfachauswahl
PROG		
F1	Was schätzen Sie: wie bekannt ist der Bayerische Notfallbogen insgesamt ... (Antwortmöglichkeit: Sehr bekannt; eher bekannt; eher unbekannt; unbekannt; kann ich nicht einschätzen/keine Angabe)	
1	... bei der Schulleitung	
2	... bei den Lehrerinnen und Lehrern	
PROG		
F2	Ist die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase nach § 132g SGB V Bestandteil Ihres Lehrplans/Curriculums?	
1	Ja	
2	Nein, weil: (Freitext)	
3	Weiß ich nicht/keine Angabe	
PROG		Einfachauswahl
F3	Ist der Bayerische Notfallbogen Bestandteil Ihres Lehrplans/Curriculums?	Einfachauswahl
1	Ja	
2	Nein, weil: (Freitext)	
3	Weiß ich nicht/keine Angabe	
PROG	Fe3=1	Einfachauswahl
F3_1	Wird in diesem Rahmen ausführlich auf den Bayerischen Notfallbogen eingegangen?	

1	Ja	", weil" erscheint erst bei Auswahl ", und zwar" erscheint erst bei Auswahl
2	Nein, weil: (Freitext)	
3	Anderes, und zwar: (Freitext)	
4	Weiß ich nicht/keine Angabe	
PROG		Einfachauswahl
F4	Sollte der Bayerische Notfallbogen in Zukunft (ausführlicher) in Ihrer Einrichtung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt werden?	
1	Ja, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	
2	Nein, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
	Potenziale	
PROG		
F5	Wie schätzen Sie die folgenden Merkmale des Bayerischen Notfallbogens im Hinblick auf seine Inhalte ein? Der Bayerische Notfallbogen ... (Auswahlmöglichkeit: trifft voll und ganz zu; trifft eher zu; trifft eher nicht zu; trifft ganz und gar nicht zu; kann ich nicht einschätzen)	
_a	... ist übersichtlich gestaltet und gut strukturiert.	
_b	... verwendet eine klare, leicht verständliche Sprache.	
_c	... enthält alle wesentlichen Informationen kompakt aufbereitet.	
PROG		Mehrfachauswahl
F6	Wie bewerten Sie den Nutzen des Bayerischen Notfallbogens? Der Bayerische Notfallbogen ... (Auswahlmöglichkeit: trifft voll und ganz zu; trifft eher zu; trifft eher nicht zu; trifft ganz und gar nicht zu; kann ich nicht einschätzen)	
_a	... stärkt die Handlungssicherheit von Rettungsfachpersonal.	
_b	... stärkt die Handlungssicherheit von Mitarbeitenden in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Eingliederungshilfe.	
_c	... stärkt die Handlungssicherheit von Angehörige und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern.	
_d	... hilft dabei, den Willen der betroffenen Person im Notfall deutlich zu machen.	
_e	... ist rechtssicher (juristisch geprüft).	
_f	... hilft, nicht gewünschte Maßnahmen zu vermeiden (z. B. Wiederbelebung oder Krankenhauseinweisung).	

PROG		Freitext
F6_1	Sehen Sie darüber hinaus andere/weitere Vorteile, die der Bayerische Notfallbogen mit sich bringt?	
1	Ja, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	
2	Nein	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn B5=1	Einfachauswahl
F7	Sehen Sie im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung spezifische Vorteile des Bayerischen Notfallbogens?	
1	Ja	
2	Nein, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn F7=1	Mehrfachauswahl
F7_1	Welche Vorteile bietet der Bayerische Notfallbogen aus Ihrer Sicht im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten oder genutzten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung? Der Bayerische Notfallbogen ... <i>Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.</i>	
_a	... erleichtert die Orientierung in Notfallsituationen besser als andere Ihnen bekannte Dokumente.	
_b	... stellt individuelle Wünsche der betroffenen Person klarer dar.	
_c	... ist insgesamt leichter verständlich und anwenderfreundlicher.	
_d	... verringert Unsicherheiten bei Entscheidungen in Notfällen.	
_e	... ermöglicht eine einfachere und klarere Kommunikation des Patientenwillens.	
_f	... reduziert das Risiko von Fehlinterpretationen im Vergleich zu anderen Dokumenten.	
_g	... hat andere/weitere Vorteile, und zwar: (Freitext)	
_h	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
	Herausforderungen	
PROG		
F8	Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogen aus.	
_a	Es fehlen Informationen zum Bayerischen Notfallbogen wie passende Lehrmaterialien oder Fallbeispiele.	
_b	Es ist nicht ganz klar ob/inwieweit der Bayerische Notfallbogen rechtlich bindend/rechtssicher ist.	
_c	Die Vielfalt verschiedenster Dokumente für den Notfall ist unübersichtlich und führt zu Unsicherheit.	

_d	Keine der genannten Herausforderungen trifft zu.	Wenn F8_d ausgewählt wurde, dann nur diese Antwort zulassen
_e	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG		
F9	Welche anderen/weiteren Herausforderungen nehmen Sie im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogens wahr?	
1	Folgende, und zwar: (Freitext)	Wenn A1=8 oder 9
2	Ich nehme keine (weiteren) Herausforderungen wahr.	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
Akteursgruppe Sonstiges		
Potenziale		Mehrfachauswahl
In diesem Abschnitt möchten wir mehr über Ihre Erfahrungen mit dem Bayerischen Notfallbogen in Ihrer Einrichtung erfahren. Zudem interessiert uns, wo Sie Potenziale und Herausforderungen sehen.		
PROG		
G1	Wie schätzen Sie die folgenden Merkmale des Bayerischen Notfallbogens im Hinblick auf seine Inhalte ein? Der Bayerische Notfallbogen ... (Auswahlmöglichkeit: trifft voll und ganz zu; trifft eher zu; trifft eher nicht zu; trifft ganz und gar nicht zu; kann ich nicht einschätzen)	
_a	... ist übersichtlich gestaltet und gut strukturiert.	
_b	... verwendet eine klare, leicht verständliche Sprache.	
_c	... enthält alle wesentlichen Informationen kompakt aufbereitet.	
PROG		
G2	Wie bewerten Sie den Nutzen des Bayerischen Notfallbogens? Der Bayerische Notfallbogen ... (Auswahlmöglichkeit: trifft voll und ganz zu; trifft eher zu; trifft eher nicht zu; trifft ganz und gar nicht zu; kann ich nicht einschätzen)	
_a	... stärkt die Handlungssicherheit von Rettungsfachpersonal.	
_b	... stärkt die Handlungssicherheit von Mitarbeitenden in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Eingliederungshilfe.	
_c	... stärkt die Handlungssicherheit von Angehörige und rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern.	
_d	... hilft dabei, den Willen der betroffenen Person im Notfall deutlich zu machen.	
_e	... ist rechtssicher (juristisch geprüft).	

_f	... hilft, nicht gewünschte Maßnahmen zu vermeiden (z. B. Wiederbelebung oder Krankenhauseinweisung).	Freitext
PROG		
G2_1	Sehen Sie darüber hinaus andere/weitere Vorteile, die der Bayerische Notfallbogen mit sich bringt?	
1	Ja, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	Einfachauswahl
2	Nein	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn B5=1	
G3	Sehen Sie im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung spezifische Vorteile des Bayerischen Notfallbogens?	Mehrfachauswahl
1	Ja	
2	Nein, bitte begründen Sie Ihre Antwort kurz: (Freitext)	
3	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG	Wenn G3=1	
G3_1	Welche Vorteile bietet der Bayerische Notfallbogen aus Ihrer Sicht im Vergleich zu anderen Ihnen bekannten oder genutzten Dokumenten zur gesundheitlichen Versorgungsplanung? Der Bayerische Notfallbogen ... <i>Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.</i>	
_a	... erleichtert die Orientierung in Notfallsituationen besser als andere Ihnen bekannte Dokumente.	
_b	... stellt individuelle Wünsche der betroffenen Person klarer dar.	
_c	... ist insgesamt leichter verständlich und anwenderfreundlicher.	
_d	... verringert Unsicherheiten bei Entscheidungen in Notfällen.	
_e	... ermöglicht eine einfachere und klarere Kommunikation des Patientenwillens.	
_f	... reduziert das Risiko von Fehlinterpretationen im Vergleich zu anderen Dokumenten.	
_g	... hat andere/weitere Vorteile, und zwar: (Freitext)	
_h	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
	Herausforderungen	
PROG		
G4	Bitte wählen Sie alle zutreffenden Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogen aus.	
_a	Es ist nicht ganz klar ob/inwieweit der Bayerische Notfallbogen rechtlich bindend/rechtssicher ist.	
_b	Die Vielfalt verschiedenster Dokumente für den Notfall ist unübersichtlich und führt zu Unsicherheit.	

_c	Keine der genannten Herausforderungen trifft zu.	Wenn G4_c ausgewählt wurde, dann nur diese Antwort zulassen Wenn G4_d ausgewählt wurde, dann nur diese Antwort zulassen
_d	Weiß ich nicht/Keine Angabe	
PROG		
G5	Welche anderen/weiteren Herausforderungen nehmen Sie im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogens wahr?	
1	Folgende, und zwar: (Freitext)	
2		
3	Ich nehme keine (weiteren) Herausforderungen wahr. Weiß ich nicht/Keine Angabe	
ALLE		
H1	Sie haben nun das Ende der Befragung erreicht. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Teilnahme an der Befragung.	
PROG		Freitext
	Gibt es etwas was Sie uns in Bezug auf den bayerischen Notfallbogen mitteilen möchten?	

A2 Falldokumentation

Herzlich Willkommen zur elektronisch-gestützten Falldokumentation im Rahmen der Evaluation der Einführung des Bayerischen Notfallbogens in der Region Nürnberg!

Bitte füllen Sie nachfolgend die Angaben zur Einrichtung und Kontaktmöglichkeit aus, damit wir Sie für etwaige Rückfragen zu den Daten erreichen können.

Einrichtungsname	
ggf. Abteilung/Wohnbereich	
Name der ausfüllenden Person	
Kontaktmöglichkeit (Mail und/oder Telefonnummer)	

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Sollten Sie Fragen haben, bitte kontaktieren Sie:
Frau Freja Engelmann unter +49 30 230 809 217 oder schreiben Sie eine Mail an freja.engelmann@iges.com.

Anleitung zur elektronisch-gestützten Falldokumentation im Rahmen der Evaluation der Einführung des Bayerischen Notfallbogens in der Region Nürnberg

Diese Erhebung dient der Erfassung von Notfällen mit Notarzteinsatz/Einsatz von Rettungsfachpersonal in Ihrer Einrichtung in den **nächsten sechs Monaten**. Bitte erfassen Sie hier alle Personen, bei welchen der Notarzt oder Rettungsfachpersonal gerufen wurde. Im Erhebungszeitraum können bei einer Person auch mehrere Notfälle auftreten - dann müssen die Angaben zum weiteren Notfall ergänzt werden, die Angaben zur Person (Grunddaten) sind mit einer Ausnahme nur einmalig zu erfassen (siehe nachfolgende Abbildung).

Ausnahme: Wurde nach dem ersten dokumentierten Notfall für die Person eine Beratung gemäß § 132g SGB V durchgeführt und ein Bayerischer/ACP Notfallbogen ausgefüllt, tragen Sie bitte das Erstellungsdatum sowie die weiteren Angaben zum Bayerischen/ACP Notfallbogen in den Grunddaten ein.

Hinweis: Da der Bayerische Notfallbogen inhaltlich (fast) dem ACP Notfallbogen entspricht, soll in der Falldokumentation sowohl der Bayerische Notfallbogen wie auch der ACP-Notfallbogen betrachtet werden.

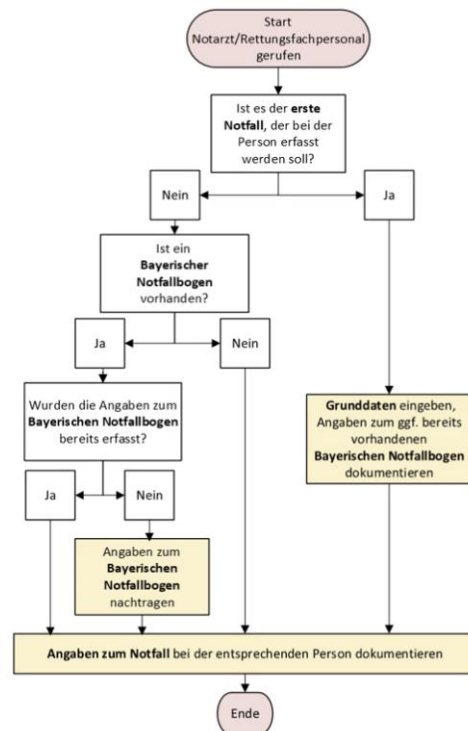
In den untenstehenden Reitern (**Person 1, Person 2...**) finden Sie die Vorlagen für die entsprechend zu dokumentierenden Angaben.

Der weiß hervorgehobene Reiter "**Beispieldoku Notfall**" zeigt exemplarisch, wie ein Notfall eingegeben wird.

Die rot hervorgehobenen Reiter "**Person 1**", "**Person 2**" etc. enthalten die Datenmasken zur Erfassung der Grunddaten, Notfälle für diese Person (das kann von einem einmaligen Notfall bei einer betroffenen Person bis zu mehrmaligen Notfällen möglich sein) und Angaben zum Abschluss des Erhebungszeitraums. Alle Eintragungen finden für die entsprechende Person in einen Reiter statt - bei mehreren Notfällen bitte runterscrollen.

Bitte stellen Sie sicher, dass die Personen-ID während des gesamten Erhebungszeitraums der jeweiligen Person zugeordnet bleibt.

Ablaufplan bei einem Notfall



Person 1

Grunddaten

Datum:

Anmerkungen

bitte tragen Sie hier ggf. Besonderheiten zum Fall im Zusammenhang mit dem Bayerischen Notfallbogen bzw. der Berücksichtigung des Bewohnerwillens ein

Altersgruppe:

Wurde der Bewohner/die Bewohnerin in Ihrer Einrichtung nach §132g SGB V beraten?

☐ Ja☐ Nein

Versorgungsplanung

Welche Festlegung für den Notfall wurde verwendet?

☐ Bayerischer Notfallbogen (Patienten- oder Vertreterdokumentation)☐ ACP - FeNo (Patienten- oder Vertreterdokumentation)☐ Es liegt keine Festlegung für den Notfall vor

Falls nein, was war der Grund:

► Frage nur beantworten wenn kein Bayerischer Notfallbogen und kein ACP Notfallbogen erstellt wurde:

Liegen andere Dokumente zur Vorsorgeplanung vor?

☐ Ja☐ Nein

Falls ja, welches Dokument liegt vor:

► Falls nach einem bereits dokumentierten Notfall für diese Person eine Beratung nach 132g SGB V durchgeführt und ein Bayerischer/ACP Notfallbogen ausgefüllt wurde, tragen Sie bitte im folgenden Feld das Datum des Notfallbogens ein und füllen die nachfolgenden Angaben zum Bayerischen/ACP Notfallbogen aus.

► Nur ausfüllen wenn ein Notfallbogen erstellt wurde:

Datum der Erstellung des Notfallbogens

Eine Festlegung für den Notfall (FeNo) - Patientenverfügung - liegt vor

☐ Ja☐ Nein

ODER

Eine Festlegung für den Notfall (FeNo) - Vertreterdokumentation - liegt vor

☐ Ja☐ Nein

Enthält die Festlegung für den Notfall (FeNo) eine ärztliche Stellungnahme mit Unterschrift?

☐ Ja☐ Nein

Falls nein, was war der Grund:

Festgelegtes Therapieziel für den Notfall

☐ A☐ B0☐ B1☐ B2☐ B3☐ C

Notfallerfassung 1

Datum:

War eine Willensäußerung durch die betroffene Person möglich?

Ja

☐ Nein☐ Notfall mit Notarzteinsatz/Einsatz von Rettungsfachpersonal☐ (notfallbedingte) Krankenhauseinweisung☐ Sonstiges und zwar:

► Nur auszufüllen bei einer Krankenhauseinweisung und vorhandenem Bayerischen/ACP Notfallbogen:

War der Notfallbogen beim Eintreffen des Notarztes/Rettungsfachpersonals

☐ Ja☐ Nein

Falls nein, was war der Grund:

☐ nicht bekannt

Wurde der Notfallbogen vom Notarzt/Rettungsfachpersonal gelesen?

☐ Ja☐ Nein

Falls nein, was war der Grund:

☐ nicht bekannt

Wurde der Notfallbogen mit ins Krankenhaus mitgegeben?

☐ Ja☐ Nein

Falls nein, was war der Grund:

☐ nicht bekannt

► Nur auszufüllen wenn die Willensäußerung der betroffenen Person nicht mehr möglich war und ein Bayerischer/ACP Notfallbogen vorlag:

Umsetzung des Willens der Patientin/des Patienten

Alle relevanten Akteure...

..... (intern) wussten, ob für die Bewohnerin/den Bewohner ein Notfallbogen vorliegt.

☐ Ja☐ Nein

Falls nein, was war der Grund:

☐ nicht bekannt

..... (intern) kannten den im Notfallbogen dokumentierten Willen.

☐ Ja☐ Nein

Falls nein, was war der Grund:

☐ nicht bekannt

..... (z. B. Notarzt/Rettungsfachpersonal) setzen den dokumentierten Willen um.

☐ Ja☐ Nein

Falls nein, was war der Grund:

☐ nicht bekannt

(soweit beurteilbar)

Anmerkungen

bitte tragen Sie hier ggf. Besonderheiten zum Fall im Zusammenhang mit der Nutzung des Bayerischen/ACP Notfallbogens bzw. der Berücksichtigung des Bewohnerwillens in diesem Notfall ein

Abschluss

Datum:

Bitte erfassen Sie **am Ende des Erhebungszeitraumes** folgende Angaben.

Ist die Person im Erhebungszeitraum verstorben?

Falls ja, bitte tragen Sie hier das Sterbedatum und -ort ein:

Sterbedatum

Sterbeort

☐ in der
Einrichtung

☐ in der Klinik

☐ Sonstiges und zwar:

Anmerkungen

bitte tragen Sie hier ggf. Besonderheiten zum Fall im Zusammenhang mit der Nutzung des Bayerischen Notfallbogens bzw. der Berücksichtigung des Bewohnerwillens in diesem Notfall ein.

A3 Befragung der betroffenen Personen und deren An- und Zugehörigen



Einschätzung zum Bayerischen Notfallbogen

Bitte geben Sie die Altersgruppe der Betroffenen Person an:

☐ 0-20 ☐ 21-40 ☐ 41-60 ☐ 61-80 ☐ 81-100 ☐ 101 Jahre und älter ☐ keine Angabe

1. Wie verständlich ist der Bayerische Notfallbogen für Sie?

☐ sehr verständlich ☐ keine Angabe
☐ eher verständlich
☐ eher nicht verständlich
☐ nicht verständlich

2. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Wünsche und Vorstellungen davon, wie Sie im Notfall behandelt werden möchten, gut im Bayerischen Notfallbogen abgebildet werden können?

☐ ja, sehr gut ☐ keine Angabe
☐ eher gut
☐ eher nicht gut
☐ gar nicht gut

3. Wie hilfreich finden Sie es, dass es den Bayerischen Notfallbogen gibt?

☐ sehr hilfreich ☐ keine Angabe
☐ eher hilfreich
☐ eher nicht hilfreich
☐ gar nicht hilfreich

4. Haben Sie Vertrauen darin, dass der Bayerische Notfallbogen in einer Notfallsituation von Ärzten, Rettungsfachpersonal und Pflegekräften beachtet und umgesetzt wird?

☐ ja, voll und ganz ☐ keine Angabe
☐ eher ja
☐ eher nicht
☐ nein

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen? Falls Sie Anmerkungen, Gedanken oder Wünsche zum Bayerischen Notfallbogen haben, können Sie diese jetzt gern noch mitteilen/eintragen.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail an die untenstehende Adresse zurück:

Ansprechpartnerin ist Freja Engelmann E-Mail: freja.engelmann@iges.com und

Telefon: 030 / 030 / 230 809 217 oder an die Mail von Herrn Hecke: Hecke@hospiz-team.de

Die Erfassung der ausgefüllten Fragebögen endet im Oktober/November 2025, das genaue Enddatum lassen wir Ihnen rechtzeitig per E-Mail zukommen.

Bei Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung – und bedanken uns schon jetzt herzlich für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement!

A4 Fokusgruppe mit Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter – Datenschutzhinweis und Leitfaden

Arbeitsorganisation ambulanter Pflegeeinrichtungen
Information, Datenschutzhinweise und Einverständniserklärung
Fokusgruppe



Sehr geehrte Damen und Herren,
mit diesem Schreiben möchten wir Ihnen neben Informationen auch Hinweise zum Datenschutz zukommen lassen. Bitte lesen Sie dieses Informationsblatt aufmerksam durch. Wenn Sie mit einer Teilnahme an der Fokusgruppe einverstanden sind, bestätigen Sie dies mit Ihrer Unterschrift auf der letzten Seite dieses Dokumentes.

Senden Sie uns bitte anschließend das unterschriebene Dokument per E-Mail zurück.

Worum geht es in dem Projekt?

Ziel der wissenschaftlichen Begleitstudie ist es, die Wirksamkeit der Einführung des Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg ermitteln.

Es geht darum, die Bekanntheit, Nutzung und Wirkung des „Bayerischen Notfallbogens“ in vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Eingliederungshilfe, die ihren Bewohnerinnen und Bewohnern die Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V anbieten, in der Region Nürnberg zu untersuchen. Im Fokus stehen die Maßnahmen des Hospiz-Teams Nürnberg e. V. zur Information und Schulung der Einrichtungen, die Bekanntheit und Implementierung des Bayerischen Notfallbogens sowie dessen Einfluss auf die Handlungssicherheit und Zufriedenheit relevanter Akteure. Schließlich sollen Maßnahmen identifiziert werden, die eine Übertragung des Modells auf andere Regionen Bayerns erleichtern und als „Blaupause“ für andere Regionen dienen können.

Worum geht es in der Fokusgruppe?

Die Fokusgruppe ist Teil der Evaluation des Bayerischen Notfallbogens in der Modellregion Nürnberg. Sie soll auf Basis der Erfahrungen der Gesprächsbegleiterinnen und -begleiter die Nutzung, Implementierung und Wirkung des Notfallbogens erfassen und die Perspektive der Betroffenen indirekt mit einbeziehen, da die direkte Befragung der Betroffenen kaum Rücklauf hatte.

Leitende Fragen sind:

- Wie verständlich und ist der Bayerische Notfallbogen aus Sicht der Betroffenen, und wie groß ist ihr Vertrauen, dass die dokumentierten Wünsche tatsächlich umgesetzt werden?
- Inwieweit führt die Einführung des Bayerischen Notfallbogens bei Betroffenen und Begleitpersonen wie Angehörigen, Mitarbeitenden in Einrichtungen, Hausärztinnen und Hausärzten zu mehr Handlungssicherheit, Vertrauen und Zufriedenheit?
- Welche Maßnahmen und Projektschritte braucht es für eine Übertragung als „Blaupause“ in andere Regionen Bayerns?

Wann und wie soll die Fokusgruppe stattfinden?

Die Veranstaltung wird am **27.11.2025 online** via Zoom von **15.00 – 16.30 Uhr** stattfinden. Die Durchführung erfolgt durch am Projekt beteiligte IGES-Mitarbeiterinnen. Die Fokusgruppe wird via Zoom aufgezeichnet und die Ergebnisse der Veranstaltung und Diskussionen werden protokollartig verschriftlicht.

Beginn

Ich würde Sie bitten, sich kurz vorzustellen, gerne auch ob Sie neben der Tätigkeit als Gesprächsbegleiterin oder Gesprächsbegleiter noch andere Tätigkeiten ausüben. Und dazu bitte auch ein bis zwei Stichworte, die Ihnen spontan zum Bayerischen Notfallbogen einfallen – egal, ob positiv oder eher kritisch.

Block 1 – Wahrnehmung durch Betroffene, An- und Zugehörige und rechtl. Betreuerinnen und Betreuer

- Wie verständlich ist der Bayerische Notfallbogen aus Ihrer Sicht für betroffene Personen, Angehörige und rechtliche Betreuungen?
 - Woran machen Sie diese Einschätzung konkret fest? Können Sie Beispiele nennen?
 - Gibt es bestimmte Begriffe, Formulierungen oder gestalterische Aspekte (z. B. Layout, Beispiele, Begleitmaterialien), die die Verständlichkeit fördern oder erschweren?
 - Was wäre Ihrer Meinung nach hilfreich, um die Verständlichkeit weiter zu verbessern?
- Wie gut lassen sich Ihrer Meinung nach die Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen – also dazu, wie sie im Notfall behandelt werden möchten – im Bayerischen Notfallbogen abbilden?
 - Haben Sie vielleicht ein konkretes Beispiel oder eine Erfahrung, die das zeigt?
- Als wie hilfreich wird der Bayerische Notfallbogen von den Betroffenen selbst erlebt? Also, was hören oder beobachten Sie dazu in Ihrer Praxis?
- Wie groß ist Ihrer Einschätzung nach das Vertrauen der Betroffenen, dass ihre im Bayerischen Notfallbogen festgehaltenen Wünsche im Ernstfall beachtet und umgesetzt werden?
 - Was trägt dazu bei, dass dieses Vertrauen gestärkt wird – und was kann es vielleicht schwächen?
- Gibt es aus Ihrer Sicht Unterschiede zwischen Betroffenen aus der Altenhilfe und aus der Eingliederungshilfe – also zum Beispiel darin, wie sie den Bayerischen Notfallbogen wahrnehmen?

Block 2 – Wirkung: Handlungssicherheit

- Haben Sie seit der Einführung des Bayerischen Notfallbogens Veränderungen in der Handlungssicherheit bemerkt – also zum Beispiel bei Pflegefachpersonen, anderen Mitarbeitenden oder auch bei Hausärztinnen und Hausärzten?
 - Fällt Ihnen eine konkrete Situation ein?

Block 3 – Übertragbarkeit und „Blaupause“

- Wie viele Personen von Ihnen haben vor dem Bayerischen Notfallbogen nur/ausschließlich mit ACP oder der BVP gearbeitet?
 - Und wie wäre das in einer Region ohne ACP, wo man in der Beratung zur letzten Lebensphase mit einem ganz anderen Konzept arbeitet – was wäre da wichtig zu berücksichtigen?
- Was braucht es Ihrer Meinung nach, damit der Bayerische Notfallbogen auch in anderen Regionen gut eingeführt werden kann?
 - Gab es etwas, das richtig gut funktioniert hat – also etwas, das man vielleicht übernehmen sollte?
 - Und gab es auch Dinge, die eher schwierig waren oder aus denen man für zukünftige Umsetzungen lernen kann?
 - Ich denke dabei auch an Themen wie Einbindung von Beteiligten, Schulungen, Abläufe, Kooperationen mit Rettungsdienst oder Kliniken oder auch an die Dokumentation und Evaluation.

Abschluss

- Wir sind jetzt fast am Ende unserer Veranstaltung. Zum Abschluss würden wir Sie gern noch bitten, uns ein oder zwei Sätze mit auf den Weg zu geben – was halten Sie in Bezug auf den Bayerischen Notfallbogen für besonders wichtig?
Das können Wünsche, Beobachtungen oder Gedanken sein.
- Bevor wir die Runde beenden, möchte ich mich herzlich für Ihre Teilnahme und die vielen Beiträge bedanken. Gibt es noch etwas, das bisher nicht angesprochen wurde oder Ihnen zum Schluss noch wichtig ist zu ergänzen?

7. Literaturverzeichnis

- Bauer, Ann-Kathrin; Fassmer, Alexander Maximilian; Zuidema, Sytse U.; Janus, Sarah I. M.; Hoffmann, Falk (2024): End-of-life care in German and Dutch nursing homes: a cross-sectional study on nursing home staff's perspective in 2022. In: *Archives of public health = Archives belges de sante publique* 82 (1), S. 85. DOI: 10.1186/s13690-024-01316-2.
- Behnke, Jonas; Arndt, Philipp Friedrich; Cekay, Michael John; Berthold, Daniel; Herentin, Birgit; Dumitrascu, Rio et al. (2022): Outpatient palliative care during the COVID-19 pandemic: a retrospective single centre analysis in Germany. In: *BMC palliative care* 21 (1), S. 144. DOI: 10.1186/s12904-022-01035-x.
- Berloge, Christopher; Völkel, Anna; Jacobs, Hannes; Burger, Birte; Stahmeyer, Jona T.; Brütt, Anna Levke et al. (2024): Provision of hospice and palliative care and implementation of advance care planning for residents in German nursing homes - a cross-sectional study. In: *BMC geriatrics* 24 (1), S. 999. DOI: 10.1186/s12877-024-05578-x.
- Bosisio, Francesca; Sterie, Anca-Cristina; Rubli Truchard, Eve; Jox, Ralf J. (2021): Implementing advance care planning in early dementia care: results and insights from a pilot interventional trial. In: *BMC geriatrics* 21 (1), S. 573. DOI: 10.1186/s12877-021-02529-8.
- Bronner, Katharina; Bodner, Lea; Jox, Ralf J.; Marckmann, Georg; Diehl-Schmid, Janine; Hamann, Johannes (2020): Entwicklung einer Entscheidungshilfe für partizipative Vorausplanungen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige. In: *Der Nervenarzt* 91 (11), S. 1032–1039. DOI: 10.1007/s00115-020-00911-2.
- Garritty, Chantelle; Hamel, Candyce; Trivella, Marialena; Gartlehner, Gerald; Nussbaumer-Streit, Barbara; Devane, Declan et al. (2024): Updated recommendations for the Cochrane rapid review methods guidance for rapid reviews of effectiveness. In: *BMJ* 384, e076335. DOI: 10.1136/bmj-2023-076335.
- Götze, Kornelia; Vogel, Christiane; Chernyak, Nadezda; Fuchs, Angela; Icks, Andrea; Kirchner, Änne et al. (2025): Patienten-relevante Auswirkungen von Behandlung im Voraus Planen: cluster-randomisierte Interventionsstudie in Pflegeeinrichtungen.
- Günther, Andreas; Schildmann, Jan; Schmitten, Jürgen in der; Schmid, Sybille; Weidlich-Wichmann, Uta; Fischer, Matthias (2020): Opportunities and Risks of Resuscitation Attempts in Nursing Homes. In: *Deutsches Arzteblatt international* 117 (45), S. 757–763. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0757.
- Hecht, Karoline; Krones, Tanja; Otto, Theodore; Karzig-Roduner, Isabelle; Loupatatzis, Barbara (2018): Advance Care Planning in schweizerischen Alters- und Pflegeheimen: Ergebnisse einer Fokusgruppenstudie. In: *Praxis* 107 (20), S. 1085–1092. DOI: 10.1024/1661-8157/a003101.
- Jaschke, Julia; Schnakenberg, Rieke; Silies, Katharina; Berg, Almuth; Kirchner, Änne; Hoffmann, Falk et al. (2024): Measuring patients' medical treatment preferences in

- advance care planning: development and validation of the Treat-Me-ACP instrument - a secondary analysis of a cluster-randomized controlled trial. In: *BMC palliative care* 23 (1), S. 77. DOI: 10.1186/s12904-024-01404-8.
- Köstenberger, Markus; Diegelmann, Svenja; Terlutter, Ralf; Bidmon, Sonja; Neuwersch, Stefan; Likar, Rudolf (2020): Advance directives in Austrian intensive care units: An analysis of prevalence and barriers. In: *Resuscitation plus* 3, S. 100014. DOI: 10.1016/j.resplu.2020.100014.
- Luck, Tobias; Rodriguez, Francisca S.; Wiese, Birgitt; van der Leeden, Carolin; Hesel, Kathrin; Bickel, Horst et al. (2017): Advance directives and power of attorney for health care in the oldest-old - results of the AgeQualiDe study. In: *BMC geriatrics* 17 (1), S. 85. DOI: 10.1186/s12877-017-0482-8.
- Petri, S.; Rahn B.; Trautwein, M. E. (2021): Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und die Voraussetzungen der Vorausplanung für schwere gesundheitliche Krisen. Eine Handreichung zur Umsetzung von § 132g SGB V für Träger, Leitungen sowie Mitarbeitende in der Assistenz und Pflege von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.
- Schmitt, Jürgen in der; Jox, Ralf J.; Pentzek, Michael; Marckmann, Georg (2021): Advance care planning by proxy in German nursing homes: Descriptive analysis and policy implications. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 69 (8), S. 2122–2131. DOI: 10.1111/jgs.17147.
- Schmitt, Jürgen in der; Rixen, Stephan; Marckmann, Georg (2022): Advance Care Planning: ein Konzept zur Stärkung der Autonomie pflegebedürftiger Menschen (nicht nur) am Lebensende. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2022*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 83–102.
- Schwinger, Antje; Jürchott, Kathrin; Behrendt, Susann; Argüello Guerra, Felipe; Stegbauer, Constance; Willms, Gerald; Klauber, Jürgen (2022): Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnenden am Lebensende: Eine empirische Bestandsaufnahme. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2022*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 53–74.
- Silies, Katharina; Huckle, Tilman; Schnakenberg, Rieke; Kirchner, Änne; Berg, Almuth; Köberlein-Neu, Juliane et al. (2022): Contextual factors influencing advance care planning in home care: process evaluation of the cluster-randomised controlled trial STADPLAN. In: *BMC geriatrics* 22 (1), S. 345. DOI: 10.1186/s12877-022-03026-2.
- Strautmann, Anke; Allers, Katharina; Fassmer, Alexander Maximilian; Hoffmann, Falk (2020): Nursing home staff's perspective on end-of-life care of German nursing home residents: a cross-sectional survey. In: *BMC palliative care* 19 (1), S. 2. DOI: 10.1186/s12904-019-0512-8.
-

- Tricco, A. C.; Antony, Jesmin; Zarin, Wasifa; Striffler, Lisa; Ghassemi, Marco; Ivory, John et al. (2015): A scoping review of rapid review methods. In: *BMC medicine* 13, S. 224. DOI: 10.1186/s12916-015-0465-6.
- Tricco, A. C.; Langlois, E. V.; Straus, S. E. (2017): Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Hg. v. WHO. Online verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258698/9789241512763-eng.pdf>.
- Umgelter, K.; Anetsberger, A.; Blobner, M.; Kochs, E. (2016): Präoperative patientenorientierte Vorausplanung von Notfall- und Intensivbehandlung--Bedarf oder Zumutung? : Fragebogenerhebung. In: *Der Anaesthetist* 65 (2), S. 107–114. DOI: 10.1007/s00101-015-0128-1.
- Wachter, Anna; May, Arnd T.; Meinig, Torsten; Hochberg, Andreas (2021): Der Erfurter Notfallbogen. In: *Ärztblatt Thüringen*, S. 33–36.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2019): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: "Advance Care Planning (ACP)". Hg. v. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO).
-

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com