

## In ein Krankenhaus verlegen oder nicht?

Als Hausarzt stehen Sie bei Einsätzen in Pflegeeinrichtungen sicherlich häufig vor dieser Frage. Von besonderer Bedeutung ist die Frage bei Ihren Patienten in der letzten Lebensphase bzw. im Sterbeprozess. Welche medizinischen Maßnahmen sollen noch eingeleitet werden? Inwieweit sind diese ethisch vertretbar? Was entspricht dem Willen des Patienten?

Mit unserem Projekt möchten wir Sie dabei unterstützen. In der „Entscheidungshilfe für Hausärzte“ finden Sie Empfehlungen, wie Sie dank vorausschauender Planung eine „kluge“ Entscheidung treffen, die Situation vor Ort stabilisieren und Beeinträchtigungen der Lebensqualität des Patienten durch unnötige Verlegungen vermeiden können.

In diesem Flyer enthalten sind Auszüge aus dieser Entscheidungshilfe mit Ratschlägen zu notwendigen Informationen und hilfreichen Beratungen und Schulungen. Zudem bietet er Empfehlungen, wie Sie Unterstützung durch aktive Netzwerkkompetenz und dem Einbeziehen der beteiligten Akteure finden können.

## Help Desk

Die Entscheidungshilfen basieren auf Leitlinien, die im Projekt Avenue-Pal gemäß den Anforderungen der AWMF entwickelt wurden. Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung ist daher, die in den Entscheidungshilfen formulierten Empfehlungen in Zusammenhang mit den Leitlinien zu betrachten. Zur Implementierung der Leitlinien in Ihrer Praxis wird Ihnen ein Help Desk zur Verfügung stehen, der Sie, angepasst an Ihre Ausgangssituation, mit Informationen über erforderliche Maßnahmen bis hin zu einem individuellen Projektmanagement unterstützt.

Der Help Desk ist zurzeit in Entwicklung begriffen. Aktuelle Informationen dazu finden Sie auf unserer Projekt-Website [www.avenue-pal.de](http://www.avenue-pal.de).

## Kontakt

Für Informationen und Fragen stehen wir Ihnen als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

### Prof. Dr. Wolfgang George (Wiss. Projektleitung)

TransMIT-Projektbereich für  
Versorgungsforschung und Beratung  
c/o THM, Jahnstraße 14, 35394 Gießen  
Telefon: 0641/9482111  
E-Mail: [george@transmit.de](mailto:george@transmit.de)

### Michael Haberland (Projektmanagement)

TransMIT GmbH, Kerkrader Str. 3, 35394 Gießen  
Telefon: 0641/94364-50  
E-Mail: [michael.haberland@transmit.de](mailto:michael.haberland@transmit.de)

[www.avenue-pal.de](http://www.avenue-pal.de)

# Entscheidungshilfe für Hausärzte





► **Eigene Information**



► **Beratung anderer Personen**



► **Eigene Schulung / Praxisschulung**



► **Unterstützung (Familie)**



► **Unterstützung (Eigenes Netzwerk/Team)**



► **Unterstützung (Pflegeeinrichtung)**



► **Dokumentation und Struktur**

**1. Ziel:** Die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sowie die Belastungen und Informationsbedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen erfasse und aktualisiere ich wiederholt. Bei Diagnose einer nicht heilbaren Grunderkrankung biete ich Patienten Informationen über palliative Behandlungskonzepte und die auf ihre Bedarfe abgestimmte Unterstützung an.

► Prüfen Sie den eigenen Informationsbedarf (eigene Ausbildung, Kenntnis S3-Leitlinie oder Informationen der DGP) und frischen Sie Wissen regelmäßig auf.

► Beraten Sie sich mit Bewohnern, Angehörigen u. der Pflegeeinrichtung über Aktualisierungsbedarf. Geben Sie gezielt Informationen zu palliativen Behandlungskonzepten weiter.

► Stärken Sie die Kompetenzen eines Mitarbeiters zur Identifikation von Bedürfnissen und Belastungen. Mitarbeiter sollten über palliat. Behandlungskonzepte informiert sein u. Absprachen kennen.

► Identifizieren Sie den familiären Ansprechpartner und überprüfen Sie regelmäßig dessen Kontaktdaten. Es ist wichtig, Angehörige oder weitere Caregiver einzubinden.

► Identifizieren Sie das regionale informelle oder professionelle Netzwerk und stimmen Sie den Aktualisierungsbedarf ab. Bauen Sie sich ein kollegiales Beratungsnetz auf.

► Klären Sie die Ansprechpartner und deren Erreichbarkeit. Wichtige Parameter sollten zeitnah aktiv an Sie weitergegeben werden. Alle Mitarbeiter sollten den aktuellen Versorgungsstand kennen.

► Nutzen Sie Visiten und Besuche zum Monitoring. Passen Sie die eigene Patientenakte, ACP bzw. Dokumentation an. Halten Sie eine Auswahl von Informationsmaterial zur Verteilung vorrätig.

**2. Ziel:** Patienten bzw. Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen erhalten frühzeitig sowie wiederholt bei Veränderungen der Situation das Angebot der vorausschauenden Versorgungsplanung (Advance Care Planning).

► Das ACP-Verfahren sollte bekannt sein. Informieren Sie sich ggf. über das Verfahren.

► Geben gezielt Informationen zu palliativen Behandlungskonzepten weiter und halten Sie Infomaterial bereit.

► Es ist wichtig, dass alle Mitarbeiter im Team über ein vorliegendes ACP informiert sind und Absprachen kennen.

► Informieren Sie die Familie/ Caregiver frühzeitig über ACP und motivieren Sie diese zur Erstellung.

► Identifizieren Sie Handlungspartner vor Ort u. vermitteln Sie interessierte Patienten und Angehörige an Ansprechpartner.

► Identifizieren Sie den ACP-Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung und tauschen Sie regelmäßig Informationen aus.

► Dokumentieren Sie Ansprechpartner u. Informationsabläufe u. archivieren Sie relevante Dokumente in Kopie.

**3. Ziel:** Alle Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität bzw. Patientenwohls des sterbenden Menschen dienen, werden in der Sterbephase nicht eingeleitet bzw. beendet. Alle medizinischen, pflegerischen u.a. Aktivitäten qualifiziere ich dahingehend, dass diese nicht zu Verlegungen an einen anderen Sterbeort führen.

► Eigene Information ist unerlässlich, (z.B. S3-Leitlinie, Informationen der DPG, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung).

► Weisen Sie auf die Möglichkeit der Beendigung von Therapien hin. Wichtig ist die Beratung zu den Sterbephasen sowie eine empathische Begleitung.

► Achten Sie auf regelm. Fortbildungen zu Palliativ- und Hospizversorgung, zu Sterbephasen und dem Umgang mit Sterbenden und Angehörigen.

► Es ist wichtig, dass Angehörige über den möglichen Verlauf der Sterbephase informiert sind u. in Entscheidungen einbezogen werden.

► Stimmen Sie sich mit AAPV, SAPV über die geplante Beendigung von Therapien ab. Das Netzwerk sollte jederzeit zur Verfügung stehen.

► Eine enge Abstimmung des Vorgehens mit der Pflegeeinrichtung ist notwendig. Sterbende Bewohner sollten identifiziert u. benannt werden.

► Die Entscheidungsfindung muss in der Dokumentation sichtbar sein. Wichtig ist, dass der palliative Notfallplan auch zur Handlungsleitlinie wird.

**4. Ziel:** Zeichnet sich der Eintritt des Sterbeprozesses ab, initiiere ich ein Monitoring- und Informationsprozess zwischen meiner Praxis und der Pflegeeinrichtung und erstelle einen gemeinsamen „palliativen Notfallplan“.

► Bauen Sie Ihre eigene Informiertheit aus, so dass tagesaktuelles Wissen besteht.

► Gefestigte empathische Kommunikation und Beratungskompetenzen sollten bestehen bzw. erworben werden.

► Stimmen Sie sich im Praxisteam über Nutzung, Aufbewahrung u. Bedeutung von „palliativen Notfallplänen“ ab.

► Wichtig ist, Angehörige/ Caregiver über die Festlegungen im „palliativen Notfallplan“ zu informieren.

► Erstellen Sie eine Übersicht relevanter regionaler Partner in Einrichtungen u. entwickeln Sie einen „palliativen Notfallplan“.

► Wichtig ist die Etablierung eines stabilen Informationsprozesses, dazu gehört immer ein Ansprechpartnersystem.

► Erstellen Sie eine Übersicht über Patienten in der letzten Lebensphase, die sich in stat. Pflegeeinrichtungen befinden.

**5. Ziel:** Ich übernehme proaktiv eine gestaltende Rolle bei den in den Pflegeeinrichtungen verbindlich durchgeführten Prozess der „vorausschauenden Versorgungsplanung“ (Advance-Care-Planning).

► Eigene Information ist unerlässlich (eigene Ausbildung, S3-Leitlinie oder Informationen der DPG).

► Ergänzen Sie die eigenen Anamnesen um Informationen zur letzten Lebensphase, z.B. ACP.

► Ein kognitiv-intellektuelles Erarbeiten der Ziele und des Vorgehens sowie eine regelmäßige Evaluation sind notwendig.

► Binden Sie die Angehörigen in den ACP-Prozess ein.

► Hilfreich ist die Gestaltung von Kooperationen z.B. durch einen Letter of Intend bzw. eine Kooperationsvereinbarung.

► Wichtig ist eine gute Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern/Partnern in der Pflegeeinrichtung, die den ACP-Prozess verantworten.

► Halten Sie Informationsmaterial für Patient und Angehörige bereit und achten Sie auf die Nachsicherung.

**6. Ziel:** Ich weiß um die familiäre Situation, kenne die wichtigsten Angehörigen und Bezugspartner. Ich wirke darauf hin, dass diese den Sterbeprozess in der Pflegeeinrichtung so gut als möglich konsolidieren.

► Eigene Information (eigene Ausbildung, S3-Leitlinie oder Informationen der DPG) ist unerlässlich.

► Wichtig ist eine gefestigte Kommunikationskompetenz.

► Achten Sie auf eine regelmäßige und zielgerechte Teilnahme an Schulungen zur Erweiterung der Kompetenzen.

► Sie sollten den „wichtigsten“ Angehörigen/ Caregiver kennen. Bieten Sie eine Angehörigen-sprechstunde proaktiv an.

► Wichtig ist, dass in der Pflegeeinrichtung alle beteiligten professionelle Helfer über den aktuellsten Stand informiert werden.

► Die Pflegeeinrichtung bietet ggf. Gespräche mit Experten an, hält geeignete Räumlichkeiten und evtl. Sprechzeiten vor.

► Alle Beteiligten sollten die Organisations- und Ablaufpläne etc. kennen und im Umgang innerhalb des Systems gefestigt sein.