

# Entscheidungshilfe für Krankenhausärzte



## Wo und wie wird mein Patient bestmöglich versorgt?

Als Arzt im Krankenhaus stehen Sie 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 Krankenhausärzte“ 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 ist eine Kurzform aus dieser Entscheidungshilfe mit Ratschlägen zu notwendigen Informationen und hilfreichen Beratungen und Schulungen. Zudem bietet sie Empfehlungen, wie Sie Unterstützung durch aktive Netzwerkcompetenz 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)



► **Eigene Information**



► **Beratung anderer Personen**



► **Schulung (intellektuell u. praktisch)**



► **Unterstützung (Eigenes Netzwerk)**



► **Unterstützung (prof. Helfer/Netzwerk)**



► **Kooperation**



► **Eigene Dokumentation**

**1. Ziel:** Bei nicht heilbaren schweren Erkrankungen erfasse und aktualisiere ich die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse und Belastungen von Patienten und Angehörigen wiederholt. Bei der Diagnose einer nicht heilbaren Grunderkrankung biete ich Patienten und auch Angehörigen Informationen über palliative Behandlungskonzepte und deren Möglichkeiten an.

► Informieren Sie sich über die Möglichkeiten und Verfahren der palliativen Versorgung.

► Wichtig ist ein möglichst klarer Informationsprozess in Bezug auf eine regelmäßige als auch situative Zustandserfassung. Nutzen Sie Übergaben, Teamgespräche u.ä. Stimmen Sie sich gut mit der zuständigen Pflegekraft ab.  
► Sie sollten Patienten als auch Angehörige immer auf deren „subjektive“ Zustandsbeschreibung ansprechen und einbeziehen, empfehlenswert ist eine Angehörigensprechstunde. Binden Sie Angehörige früh mit ein und stellen Sie ihnen schriftl. Unterlagen zur Verfügung.  
► Stimmen Sie sich mit Ihren Kollegen / mit Ihren Vorgesetzten ab.

► Suchen Sie sich eine Fortbildung zu Basis-kennnissen der palliativen Versorgung sowie zum Kompetenzerwerb für eine „offene Kommunikation“ mit Betroffenen.

► Es ist hilfreich, früh zu prüfen, wer aus dem Team entlastende Gespräche anbieten kann und welche ergänzenden Dienste das Krankenhaus anbietet.  
► Prüfen Sie, wen Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein palliativer Dienst existiert sowie die Einbindung des SAPV-Teams.

► Identifizieren Sie auch psycholog. u. soziale Verhaltensweisen, die das Befinden des Patienten beschreiben. Prüfen Sie die Eignung der verwendeten Patientendokumentation.  
► Dokumentieren Sie sorgfältig Ihr Vorgehen und stimmen Sie relevante Termine früh ab.

**2. Ziel:** Ich kenne das Prinzip der „vorausschauenden Lebensplanung“ (Advance-Care-Planning/ACP) und setze mich für den Einsatz der Möglichkeit der Patientenverfügung ein. Die Gesprächsbegleitung zum Patiententestament zur Klärung der Abläufe der letzten Lebensphase setzt dabei frühzeitig ein, im idealen Fall bereits vor einem Krankenhausaufenthalt.

► Informieren Sie sich über das Prinzip des ACP und von Patientenverfügungen.

► Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team und mit der zuständigen Pflegekraft ab.  
► Weisen Sie Betroffene auf diese Angebote hin und stellen Sie Kontakt zu den Experten der eigenen Einrichtung her, binden Sie die Angehörigen früh mit ein.

► Das Anwenden des ACP-Verfahrens bedarf einer Schulung. Wichtig ist auch, Ziele, Aufbau u. Inhalt eines Patiententestamentes zu kennen.  
► Organisieren Sie Fortbildungen auf Station zu den Zielen des ACP.

► Prüfen Sie, wen Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein palliativer Dienst existiert sowie die Einbindung des SAPV-Teams.  
► Klären Sie das Verhältnis zu SAPV, Hospizgruppen u.a. Akteuren z.B. über einen letter of interest.

► Ergänzen Sie die Anamnese um Informationen zur letzten Lebensphase bzw. ein Patiententestament.

**3. Ziel:** In der Sterbephase auftretende Unruhe und Angst erfasse und berücksichtige ich regelmäßig. Neben sprachlichen Äußerungen achte ich auf nonverbale und klinische Hinweise.

► Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team und mit der zuständigen Pflegekraft ab.

► Handlungswissen zu medizinischen und sozialen Symptomen sowie Begleitumständen u. die Fähigkeit, fachkollegiale Hilfe einzubeziehen, sind notwendig.

► Die Einbindung der Familie ist von großer Bedeutung. Unterstützen Sie deren Zugangsmöglichkeit.

► Prüfen Sie, wen Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein palliat. Dienst existiert sowie die Einbindung des SAPV-Teams.

► Dokumentieren Sie Ihr Vorgehen u. stimmen Sie einen „palliativen Versorgungsplan“ mit allen Betroffenen ab.

**4. Ziel:** Alle Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität bzw. Patientenwohls des sterbenden Menschen dienen, werden in der Sterbephase nicht eingeleitet bzw. beendet. Ich weiß um die Praxis der bestehenden Notfallversorgung vor Ort und wirke darauf hin, dass diese miteinbezogen werden, so dass nicht notwendige Verlegungen in ein Krankenhaus reduziert werden.

► Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team u. mit der zuständigen Pflegekraft ab. Führen Sie „Teamwissen“ in Fallbesprechungen zusammen.  
► Unterstützen Sie bei der Identifizierung von Patienten/Bewohnern, die nicht mehr verlegt werden wollen.

► Die Formulierung von Therapiezieländerungen bedarf einer Schulung.

► Erarbeiten Sie ein Programm unterstützender Maßnahmen für Patienten und Angehörige zur Erhöhung der Lebensqualität des Patienten.

► Klären Sie das Verhältnis zum ärztl. Notfall- Nacht- und Wochenenddienst sowie zu Krankenhäusern z.B. über einen Lol.

► Prüfen Sie, wen Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein palliativer Dienst existiert sowie die Einbindung des SAPV-Teams.  
► Hilfreich ist zudem die Initiative eines „runden Tisches“ o.ä. der die betroffenen Helfer zusammenführt.

► Dokumentieren Sie Ihr Vorgehen u. stimmen Sie früh einen „palliativen Versorgungsplan“ mit allen Betroffenen ab.

**5. Ziel:** Zeichnet sich der Eintritt des Sterbeprozesses ab, ermögliche ich ein Monitoring- und Informationsprozess zwischen den Beteiligten und erstelle einen gemeinsamen „palliativen Notfallplan“.

► Etablieren Sie einen stabilen Informationsprozesses mit einem Ansprechpartnersystem.

► Entwickeln Sie einen „palliativen Notfallplan“.

► Erstellen Sie eine Übersicht mit perspektivisch palliativ zu versorgenden Patienten  
► Erstellen Sie eine Übersicht relevanter Partner im eigenen Krankenhaus und in der Region.

**6. Ziel:** Ich kenne die wichtigsten Angehörigen und relevanten Bezugspartner und wirke darauf hin, dass die finale Lebensphase in der Pflegeeinrichtung und auch zu Hause so gut als möglich gelingen kann.

► Es ist wichtig, sich mit dem Leitungsteam auf Station und auch der Klinik bzw. dem Krankenhaus insgesamt abzustimmen sowie Gremien / Treffen und Orte zu nutzen, um interdisziplinär und auch intersektoral zu kooperieren.

► Wichtig sind Fortbildungen zum Thema im Krankenhaus sowie die Teilnahme an regionalen Veranstaltungen.

► Prüfen Sie, welche Netzwerke, Zusammenschlüsse bereits in ihrer Region existieren und wie Sie, Ihre Klinik und Krankenhaus einbezogen sind.

► Dokumentieren Sie Kooperationspartner und Abstimmungszweck.

**7. Ziel:** Sind die letzten Tage eines Patienten erreicht, qualifiziere ich alle medizinische, pflegerische u.a. Aktivitäten dahingehend, dass keine Verlegungen an einen anderen Sterbeort begründet werden.

► Alle Bezugs- und Handlungspartner sollten zeitnah über die Entwicklung und das Vorgehen informiert sein.

► Setzen Sie sich (mit) dafür ein, dass sterbende Bewohner identifiziert und erkannt werden können.

► Entscheidend ist, dass der palliative Notfallplan und die in diesen getroffenen Vereinbarungen / Aktivitäten zur Handlungsleitlinie werden.