

**Durch vorausschauende Planung
und Organisation soziale Teilhabe
bis zuletzt ermöglichen.**



© utah51 - stock.adobe.com

Regionale Versorgungsleitlinie
Krankenhaus


Avenue-Pal



**Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden
Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung / Avenue-Pal**



Gliederung

An der Erstellung der Versorgungsleitlinie beteiligte Organisationen

1. Einleitung

2. Einführung in die Versorgungsleitlinie

3. Adressaten und Anwendungsbereich der Versorgungsleitlinie Krankenhaus

4. Allgemeine und operationalisierte Ziele der Versorgungsleitlinie und Vorgehensprozess

5. Herleitung der spezifischen Risikofaktoren

Ermittlung der Risikofaktoren

Steuerung der Risikofaktoren

Risikofaktorenübersicht

6. Anwendungshilfen

Risikofaktoren und deren Steuerung

- Risikofaktor 1: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot
- Risikofaktor 2: Starke bzw. schwer beherrschbare Schmerzen
- Risikofaktor 3: Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung, Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung
- Risikofaktor 4: Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz/Akutsituation/akute Verschlechterung des physiologischen Zustands
- Risikofaktor 5: Psychische und motorische Unruhe
- Risikofaktor 6: Quantitativ wenig Personal
- Risikofaktor 7: Zu wenig qualifiziertes Personal/fehlender Palliativdienst/ fehlende palliative Kompetenz
- Risikofaktor 8: Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern
- Risikofaktor 9: Notfallregime/fehlende definierte Entscheidungsprozesse, Standards etc.
- Risikofaktor 10: Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigenintegration
- Risikofaktor 11: Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä.

An der Erstellung der Versorgungsleitlinie beteiligte Organisationen

Auftraggeber:

- Innovationsfonds und Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Auftragnehmer:

- TransMIT
- TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung

Projektteam:

- TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung
- AWO Stadtkreis Gießen
- Justus-Liebig-Universität Gießen
- Deutsches Krankenhausinstitut
- AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement

Projektassistenz:

- TransMIT GmbH

Projektbeirat:

- | | |
|------------------------------|--|
| • Prof. Dr. Rochus Allert | Caritas-Akademie Köln-Hohelind GmbH |
| • Dr. Christian Arndt | UKGM Standort Marburg |
| • Uwe Brömmer | Altenzentrum Heilsberg GfDE |
| • Gesine Dannenmaier | Qualitäts- und Pflegeberaterin |
| • Sabine Freudenberger | Wohnstift Hanau (Alten- und Pflegezentren des Main-Kinzig-Kreises) |
| • Dr. med. Thorsten Fritz | Gesundheitszentrum Wetterau |
| • Sandy Genge | Ketteler Krankenhaus gGmbH |
| • Dr. Holger Hauch | Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH |
| • Andrea Hinz | Santa Isabella Pflegeeinrichtung |
| • Astrid Hochschild | Pflegeberaterin |
| • Manuela Karl | Zum Schönbachtal GmbH & Co. KG - Senioren- und Pflegeheim |
| • Prof. Dr. Ina B. Kopp | AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement |
| • Edna Künne | Hanse-Zentrum Alten- und Pflegeheim |
| • Christian Lanz | Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf |
| • Susanne Lind | Wohnstift Hanau (Alten- und Pflegezentren des Main-Kinzig-Kreises) |
| • Hardy Müller | Aktionsbündnis Patientensicherheit |
| • Ronald Neubauer | KTQ GmbH |
| • Thomas Nöllen | spectrumK GmbH |
| • Prof. Dr. med. Jens Papke | Internistische Praxis u. Tagesklinik |
| • Dr. med. Egbert Reichwein | Hausärzterverband Hessen |
| • Dr. Mia Richter | Praxis-Hausärztin |
| • Prof. Dr. Werner Schneider | Universität Augsburg |
| • Susette Schumann | Ev. Diakonieverein Berlin-Zehlendorf e. V. |
| • Dr. med. Stefan Steidl | St. Josefs Krankenhaus gGmbH |
| • Stephan Wach | Asklepios Klinik Lich GmbH |
| • Prof. Dr. Christoph Wiese | Stiftung Herzogin Elisabethen Hospital Braunschweig |

1. Einleitung

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) aus dem Jahr 2015 wurden verschiedene Impulse für den weiteren Ausbau der Versorgung Sterbender in den stationären Pflegeeinrichtungen und im Krankenhaus formuliert. Ziel ist es, die Versorgungsqualität sterbender Menschen unabhängig des Sterbeortes weiter zu verbessern. In den Krankenhäusern soll dies durch den Aufbau von Palliativstationen und durch palliative Versorgungsteams gelingen:

„Zur Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern können für eigenständige Palliativstationen krankenhausesindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden, wenn das Krankenhaus dies wünscht. Aber auch in Krankenhäusern, in denen keine Palliativstationen zur Verfügung stehen, wird die Palliativversorgung gestärkt: Krankenhäuser können krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren, ab 2019 wird es auf entsprechender gesetzlicher Grundlage bundesweit einheitliche Zusatzentgelte hierfür geben. Die Krankenhäuser können dafür hauseigene Palliativ-Teams aufbauen oder mit externen Diensten kooperieren.“¹

In eigenen Studien und Metaanalysen von Versorgungsdaten konnte aufgezeigt werden, dass es in ungefähr 20-25 % aller Versorgungsfälle Sterbender zu nochmaligen Verlegungen innerhalb des Krankenhauses kommt, obwohl der überwiegende Teil nicht hätte verlegt werden sollen. Auch kommt es zu sehr späten Verlegungen in Pflegeeinrichtungen. In einigen Fällen kommt es auch zu Verlegungen nach Hause. Die vorliegende Leitlinie richtet sich auf Verlegungen innerhalb des Krankenhauses. Ziel ist es, dort Verlegungen, die pflegerisch, sozial oder medizinisch nicht berechtigt sind, zu verhindern bzw. signifikant zu reduzieren.

Wie soll dies erreicht werden?

Leitlinien dienen dem Zweck, Betreuungs- und Qualitätskriterien zu definieren und durch ihre Einführung eine individuelle und bedürfnisorientierte Versorgung der Betroffenen (Patienten und Angehörige) auf qualitativ hohem Niveau zu ermöglichen.

Anschluss genommen wird an die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ aus dem Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Krebshilfe (DKH); AWMF-Registernummer 128-001OL (verfügbar: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/128-001OL.html>).

Auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse des Istzustands der aktuellen regionalen Verlegungspraxis (Avenue-Pal Projektphase 1) werden aus den Empfehlungen der nationalen Leitlinie prioritäre Interventionen für die regionale Implementierung identifiziert sowie hinderliche und förderliche Faktoren für deren Umsetzung ermittelt und im Konsens der regionalen Akteure und Interessengruppen ergänzende Umsetzungsempfehlungen im Sinne eines systematischen Local Tailorings erarbeitet. Die Umsetzung orientiert sich am AWMF-Regelwerk Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.). Die regionale Leitlinie wird aus 2 Modulen bestehen: 1. PH, 2. KH.

¹ Quelle: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/hospiz-und-palliativgesetz

Das Ziel zur Veröffentlichung der Leitlinienempfehlungen durch das Avenue-Pal-Projekt liegt darin begründet, eine in der Expertengruppe abgestimmte Handlungsleitlinie vorzulegen, die für Mitarbeitende in der stationären Krankenhausversorgung nachvollziehbar und handlungsleitend ist.

Die Formulierung der Leitlinie erfolgt dabei aus der Sicht der Betroffenen und bezieht sich explizit auf die Versorgung sterbender Patienten in der stationären Krankenhausversorgung. Intention der Leitlinie ist es, alle beteiligten Partner und unterschiedlichen Verantwortlichkeitsstufen durch einen kontinuierlichen/formativen Entwicklungsprozess zu adressieren.

2. Einführung in die Versorgungsleitlinie

Die Leitlinie richtet sich an die stationäre Krankenhausversorgung, wo auch sterbende Menschen behandelt werden. Prinzipiell betrifft sie damit alle knapp 2.000 Krankenhäuser, auch wenn sterbende Patienten in deutlich weniger Einrichtungen regelmäßig betreut werden. Jedoch – so auch das Ergebnis der Krankenhausbefragung – sind es eher die nicht spezialisierten Allgemeinkrankenhäuser und Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, in denen sterbende Patienten versorgt werden. Eigene Vorarbeiten zeigen, dass es zu Verlegungen in der letzten Lebensphase kommt. Dies betrifft vor allem Einweisungen ins Krankenhaus. Aber auch im Krankenhaus gibt es Verlegungen. So liegt laut den Daten der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik 2016 der Großteil der im Krankenhaus verstorbenen bzw. der Palliativpatienten nur auf einer Fachabteilung. Knapp ein Fünftel der verstorbenen und knapp ein Viertel der Patienten, die auf einer Palliativstation behandelt wurden, wurden auf 2 Fachabteilungen betreut. Ungefähr 10 % der Patienten wurden auf 3 und mehr Fachabteilungen versorgt. Verlegungen gehen grundsätzlich mit Risiken der Gewährleistung der Versorgungsqualität einher. Dies betrifft insbesondere die Verlegung älterer, umfassend unterstützungsbedürftiger Menschen. Dass die Verlegung sterbender Patienten die Problemlagen bzw. Anforderungen auf allen Seiten nochmals steigert, wurde vielfach nachgewiesen. Zudem kann gezeigt werden, dass Verlegungen Sterbender häufig im Szenario der Krisenintervention durchgeführt werden. Dabei erweisen sich bestimmte Patientengruppen als besonders vulnerabel für nicht indizierte Verlegungen: Patienten, die sich nicht (mehr) verständlich machen können und keine Patientenverfügung verfasst haben, sowie Patienten ohne bzw. mit unzureichender Angehörigeneinbindung und verwirrte bzw. desorientierte Patienten, aber auch Angehörige sozial stigmatisierter Gruppen.

Der vorliegende Leitlinienentwurf dient dem Ziel, nicht notwendige durch das Krankenhaus veranlasste interne und externe Verlegungen sterbender Patienten durch ein geeignetes geplantes und systematisches Vorgehen zu verhindern. Dabei schließen die Leitlinie und die darin beschriebenen Risikofaktoren an die bestehende S3-Leitlinie an und übersetzen diese für die Handlungswelt der stationären Krankenhausversorgung.

Auch wenn zahlreiche der empfohlenen Interventionen und das mit diesen verbundene präventive und kurative Vorgehen über den Gegenstand der Verlegung allein hinausführen, da sie in einer Gesamtsicht anders nicht erreicht werden können, wird in dieser Leitlinie auf den Verlegungsprozess fokussiert.

Einzelne der Risikofaktoren stehen in einer wechselseitigen Beziehung (Korrelation) bzw. sind in einem anderen Handlungsbereich angesiedelt (medizinisch-pflegerische, organisatorisch-personelle, externe Faktoren). Dies zeichnet Leitlinien in einem komplexen Versorgungsumfeld aus. Durch die kurz-, mittel- und langfristige Interventionsperspektive zur Reduktion der Risikofaktorenwirkung entsteht eine – auf unterschiedliche Praxen bezogene – umsetzungsbezogene Vorgehensweise.

Deutlicher herausgearbeitet wird auch die Verantwortlichkeit der Trägereinrichtung und des Einrichtungsmanagements. Ohne deren verpflichtende Einbindung ist die Umsetzung der Leitlinie nicht möglich.

In der organisatorischen Umsetzung der Leitlinie im Krankenhaus besitzt der Aufbau eines palliativen Konsildienstes zentrale Bedeutung. Auf diese Weise gelingt es nicht nur, schwerst- bzw. sterbenskranke Patienten in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen frühzeitig zu erreichen. Die beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter des palliativen Konsildienstes ermöglichen es auch, die notwendigen Kompetenzen und mit diesen einhergehenden Interventionen zugunsten einer bestmöglichen Betreuung auf den Stationen sicherzustellen. Ein großer Teil der identifizierten Risikofaktoren und deren Steuerung sind diesen Mitarbeitern aufgrund ihrer Erfahrungen und Ausbildungen bekannt.

3. Adressaten und Anwendungsbereich der Versorgungsleitlinie Krankenhaus²

- Krankenhäuser

² Die Erfahrungen in der Umsetzung der Leitlinie ab September 2019 sollen begleitend evaluiert bzw. angepasst werden. In der abschließenden Projektphase 4 (2. Quartal 2021) wird der Beirat erneut eingebunden, um z. B. die Leitlinienform anzupassen.

4. Allgemeine und operationalisierte Ziele der Versorgungsleitlinie und Vorgehensprozess

Ein unzureichend beschriebenes Problem in der Versorgung Sterbender ist, dass ein großer Teil dieser Patienten in deren letzten Lebenstagen noch in ein anderes Versorgungsumfeld verlegt wird. Solche späten Verlegungen werden häufig als Notfall-Kriseninterventionen vollzogen. Aus dieser bis heute weitgehend unreflektierten Praxis ergeben sich nicht nur erhebliche wirtschaftliche Kosten und rechtliche Unsicherheiten, sondern auch erhebliche Beeinträchtigungen in der Versorgungs- und Lebensqualität der Sterbenden. Den betroffenen Angehörigen und betreuenden Helfern bereiten Verlegungen schwerstkranker, sterbender Menschen in aller Regel Stress, auch durch spätere ethische Reflexionen begründet. In vielen Fällen bleibt offen, inwieweit die durchgeführten Verlegungen medizinisch, pflegerisch oder psychosozial tatsächlich indiziert waren. Unklar bleibt auch, ob die Verlegungen tatsächlich den Wünschen der sterbenden Menschen entsprechen. So kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei einem großen Teil der in den letzten Lebenstagen oder -wochen der Patienten durchgeführten Verlegungen um nicht indizierte „Fehlverlegungen“ handelt.

Ziel der Leitlinie ist es, einen fachlich sowie organisations- und personalentwickelnden Prozess zu identifizieren, der durch eine prospektive Risikosteuerung geeignet ist, die Versorgungsqualität vor Ort zu erhöhen, indem Verlegungsrisiken ermittelt und durch geeignete Interventionen substanziell gemindert werden. Gelingen kann dies durch den Aufbau und die Einbindung eines palliativen Konsildienstes.

Somit sollen **durch diese Leitlinie drei Ziele erreicht werden:**

1. Verhinderung von aus medizinisch, pflegerisch, psychosozial und anderen Gründen nicht indizierten Verlegungen sterbender Patienten in Krankenhäusern
2. menschenwürdige Betreuung sterbender Menschen auf allen Stationen
3. Sicherung des Patientenwillens bei bestmöglicher Einbindung der Angehörigen

5. Herleitung der spezifischen Risikofaktoren

Ziel war es, Ursachen bzw. Begründungen zu identifizieren, die zu nicht notwendigen Verlegungen führen (Istanalyse). Hierzu wurden folgende quantitativ und qualitativ erhobene Informationen verwendet:

- eigene empirische Vorarbeiten der Projektpartner
- Befragungen in Pflegeheimen
- Befragungen von Hausärzten
- Befragungen in Krankenhäusern
- Experteninterviews
- Fokusgruppengespräche
- Literaturanalyse

Als Resultat wurden 11 Risikofaktoren identifiziert, die 3 Kategorien zuordenbar sind. Dabei bilden die 3 Kategorien keine Rangfolge der Bedeutung/Wichtigkeit, sondern eine inhaltliche Zuordnung ab.

Kategorie 1:

Medizinische und pflegerische Risiken:

1. Atemnot (Dyspnoe)
2. Schmerzen
3. Verschlechterung Grunderkrankung/Erschöpfung
4. akute Erkrankung (Sturz, Infekt, u. Ä.)
5. psychische Beeinträchtigung/Unruhe

Kategorie 2:

Personale und organisatorische Risiken:

1. Personal (Anzahl)
2. kein Palliativteam
3. Kooperation
4. fehlende palliative „Notfallplanung“

Kategorie 3:

Externe Risikofaktoren:

1. unsichere und destabilisierte Angehörige
2. keine Verfügung/kein Testament/ACP

Ferner wurde eine Ziel- bzw. Sollanalyse erstellt. Hierzu wurden zusätzliche Informationen erhoben:

- S3-Leitlinie zur Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung
- Beispiel: Best Practice Einrichtung

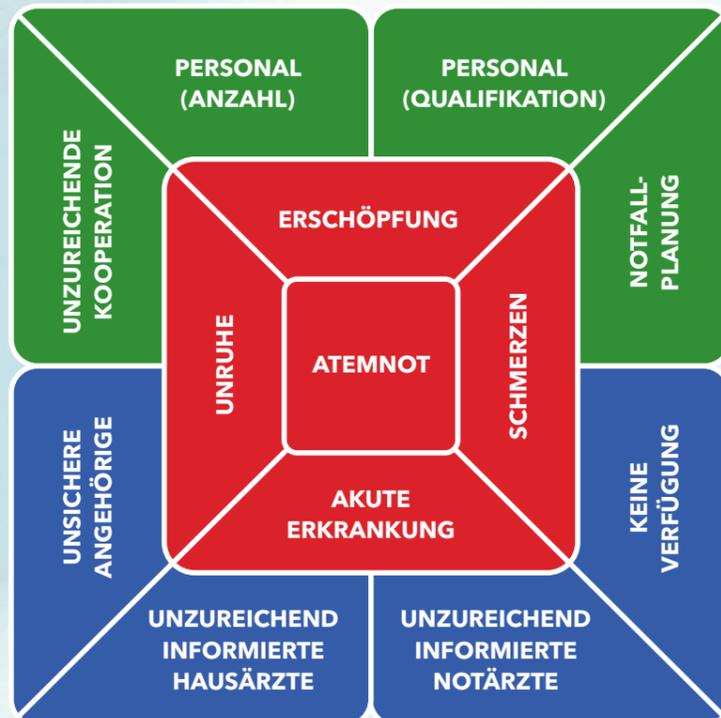
Ermittlung der Risikofaktoren

Obwohl sich ein Teil der Risikofaktoren erst im Verlauf des Aufenthaltes bzw. der Betreuung entwickelt und damit eines beständigen Monitorings kritischer auf den Eintritt des Risikos hinweisender Parameter bedarf, weisen alle ermittelten Informationen auf die große Bedeutung der (sozial-)pflegerischen Patientenaufnahme und der in diesem Zusammenhang erhobenen Informationen bzw. verwendeten Methoden hin.

Steuerung der Risikofaktoren

Das Vorgehen orientiert sich am 4-stufigen Plan-Do-Check-Act-Prozess (PDCA-Zyklus). Dieser deckt sich weitestgehend mit dem Modell der Strukturierten Informationssammlung (SIS). In diesem Prozess bzw. bei den dabei verwendeten Verfahren findet auch eine Risikodetektion statt, d.h. eine Einschätzung von pflegesensitiven Risiken und Phänomenen im Kontext der Themenfelder.

Risikofaktorenübersicht



6. Anwendungshilfen Risikofaktoren und deren Steuerung

Risikofaktor 1:	Atmungsschwierigkeiten und Atemnot	S. 12
Risikofaktor 2:	Starke bzw. schwer beherrschbare Schmerzen	S. 14
Risikofaktor 3:	Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung, Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung	S. 16
Risikofaktor 4:	Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz/Akutsituation/akute Verschlechterung des physiologischen Zustands	S. 18
Risikofaktor 5:	Psychische und motorische Unruhe	S. 20
Risikofaktor 6:	Quantitativ wenig Personal	S. 22
Risikofaktor 7:	Zu wenig qualifiziertes Personal/fehlender Palliativdienst/fehlende palliative Kompetenz	S. 24
Risikofaktor 8:	Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern	S. 26
Risikofaktor 9:	Notfallregime/fehlende definierte Entscheidungsprozesse, Standards etc.	S. 28
Risikofaktor 10:	Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigenintegration	S. 30
Risikofaktor 11:	Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä.	S. 32

Risikofaktor 1: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von (starker) Luftnot, Atmungsschwierigkeiten, eintretender Dyspnoe, Atmungsschwierigkeiten und/oder Atmungsgeräuschen (Rasselatmung) und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der behandelnden Station kommt, infolge derer Patienten auf eine andere Station verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Patienten durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Anamnese (Aufnahmesituation) oder im Rahmen von akuten Vorfällen im Krankenhaus zu erkennen und dies in der Behandlung sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch im Fall einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Herr L., 86 J., alleinstehend, seit 3 Tagen Patient im Krankenhaus, in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, entwickelt binnen 24 Stunden zunehmende Atemnot. Da der Patient zunehmend Atemgeräusche und damit verbundene Unruhe entwickelt, ordnet der in der Nacht hinzugezogene Arzt eine Verlegung auf die Intensivstation mit besserer Überwachung an. Es fand keine sedierende Therapie statt.

Schlüsselbegriffe

Schwierigkeiten Einatmung, Atmungsgeräusche, zunehmende Zyanose, Hypo-, Hyperventilation, Angst, Überforderung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie Palliativmedizin (Soll)

Ausführliche Beschreibung (AG Atemnot) z. B. S. 56-57, Sterbephase S. 148-171
Leitlinie der DGP-Sektion Pflege: Atemnot in der letzten Lebensphase
<https://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html>

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Überprüfung der bisherigen Vorgehensweise bezüglich RF 1 im Krankenhaus/auf den Stationen. Sichtung evtl. vorhandener SOPs Klärung der bisherigen Umgangsweise mit diesem RF Explizite Einbeziehung des RF 1 in die Schichtübergaben 	<p>Istanalyse</p> <p>Erste Maßnahmen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Identifizierung von bereits palliativ geschultem Personal und nicht geschultem Personal im Hause Insbesondere bei fehlender palliativer Kompetenz im Hause: Überprüfung der möglichen externen Kooperationspartner (Palliativmediziner anderer Krankenhäuser, Hausärzte ...) sowie deren Einsatzmöglichkeiten/Erreichbarkeiten und Finden von Lücken Dem Personal ist der Handlungsplan zu RF1 bekannt. Es kann handlungssicher agieren. 	<p>Istanalyse</p> <p>Erste Maßnahmen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung der expliziten Einschätzung der Sterbephasen im Team Information und Einbindung der Angehörigen Handlungsabläufe ggf. in aktueller Änderung werden allen an der Versorgung Beteiligten und Behandelnden zeitnah mitgeteilt. 	<p>Istanalyse</p> <p>Erste Maßnahmen</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung der strukturierten Erfassung des RF 1 (Einschätzung Patient/Angehörige und medizinisch-pflegerisches Personal) Etablierung der strukturierten Einschätzung der Ursache des RF 1 Nicht medikamentöse und medikamentöse Therapien werden strukturiert angewandt, insbesondere Bedarfsmedikation. 	<p>Aktivitäten konsolidieren</p> <p>Berichts- und Dokumentationswesen anpassen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Organisation von regelmäßigen Schulungen für Personal am sinnvollsten im Team durch die Mitarbeiter mit palliativer Kompetenz bzw. mit den Kooperationspartnern Ausreichend qualifizierte Ansprech-/Kooperationspartner werden gesucht, Lücken in der Versorgung werden geschlossen. Sicherstellung der Besetzung mit geschulten Mitarbeitern 	<p>Schulungen konsolidieren</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Durchführung von Fallkonferenzen bei stattgefundenen Verlegungen Erarbeitung einer klaren Dokumentation für die Erfassung der Patientenrisiken für die Risikofaktoren Evtl. Erarbeitung einer Edukationsmöglichkeit für Angehörige speziell im Hinblick auf RF 1 	<p>Neue Formate etablieren</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Konsequente Umsetzung der S3-Leitlinie Palliativmedizin und der DGP-Leitlinie Atemnot Regelmäßige Assessments (pflegerische Erhebung und Bewertung) des RF 1 sowie die Einschätzung der Auftretenswahrscheinlichkeit sind etabliert und werden durchgeführt. Diese sind mittels SOP hinterlegt. 	<p>Konsolidieren</p> <p>Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ausreichend auf die RF geschultes Personal in den Häusern/auf Stationen ist vorhanden. Stationsübergreifende Kooperationen mit Palliativmedizinern (auch extern) sind vorhanden und werden gelebt. Palliativmedizinische Fachauskünfte können durch Kenntnis der Ansprechpartner im Haus oder bei kooperierenden Spezialisten auch kurzfristig erbracht werden. Insbesondere in der Sterbephase engmaschige Kooperation mit behandelndem ärztlichem Personal Regelmäßige Schulungen sind etabliert. Kommunikation/Informationsübergabe zu allen Beteiligten ist adäquat, individuell, zeitnah und routinemäßig. 	<p>Kontinuierliche Personalentwicklung</p>
Informationell/informationsbezogen	<p>Klarer Ablauf etabliert für:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dokumentation des Patientenwillens und der Edukation der Angehörigen Regelmäßige Atemnot-Assessments (pflegefachliche Erhebung und Einordnung) werden klar dokumentiert. Eingeleitete Maßnahmen werden erfasst und bewertet. Etablierung bzw. Verwendung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) Personal kann gut und präzise im Rahmen des RF 1 kommunizieren. 	<p>Systemische Verfahren der stetigen Verbesserung</p>

Risikofaktor 2: Starke bzw. schwer beherrschbare Schmerzen

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von akuten, aber auch chronischen Schmerzzuständen und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der behandelnden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Patienten (Schmerzpatienten) durch eine geeignete Identifikation und Monitoring (Schmerzskala) bereits möglichst in der Anamnese zu erkennen und dies in der Behandlung und Versorgung sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Frau M. entwickelt binnen Tagesfrist aus einem eher diffusen und unstetigen Schmerzgeschehen einen starken Schmerzzustand im Oberkörper. Der hinzugezogene Arzt verordnet nach einer Untersuchung Analgetika, deren Einnahme die Beschwerden nicht mildern. Eine entferntere, sich allein kümmernde Angehörige von Frau M. wirkt auf eine Verlegung, die nach einem belastenden Wochenende vollzogen wird. In der Nachbetrachtung wird deutlich, dass kein Schmerzprotokoll/keine Schmerzskala geführt wurde.

Schlüsselbegriffe

Akuter Schmerz, chronischer Schmerz, psychosoziale Dimension von Schmerz, fehlerhafte Medikation und Dokumentation/fehlerhaftes Schmerzprotokoll, notwendiges Medikament liegt nicht vor

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Ausführliche Beschreibung Schmerzen S. 58-92 (trotz Konzentration auf Tumorschmerz sind die Ausarbeitungen zielführend), Sterbephase S. 148-171

Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-001.html>

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Schmerzmanagement_in_der_Pflege_bei_chronischen_Schmerzen/Schmerz-chron_Auszug.pdf

Die Gesamtausgabe inkl. Literatur etc. ist beim DNQP zu beziehen.

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Bestimmung der Istsituation auf der Station/im Krankenhaus (gibt es Standard, wie gelingt die medikamentöse und nicht medikamentöse Schmerzlinderung, Anamnese, wie wird dokumentiert, welche Ressourcen bestehen?) In der Anamnese Ermittlung des patientenbezogenen Risikos bzw. Pflegeziels und Maßnahmenplanung Identifizieren/Festlegen eines Standards Einbindung von Arzt und Apotheke (Auswirkungen Medikamentengabe) sowie Angehörigen in das operative und prinzipielle Vorgehen der Schmerzprävention und Behandlung Betroffene auf Patientenverfügungen hinweisen (auch für diesen speziellen Kontext hilfreich) Fallbesprechungen im Team zum Thema „Istanalyse von Verlegungen von Patienten mit starken Schmerzen“. Ebensolche Besprechung mit Betrachtung von Fällen mit Situationen, die zu nicht notwendigen Verlegungen hätten führen können, und Diskussion, welches Vorgehen die Verlegung letztendlich nicht mehr notwendig machte. Diese „Verlegungs-Vermeidungsprozesse“ erfassen und im Sinne von Handlungsempfehlungen optimieren. 	<p>Bestimmung der Ausgangssituation auf der Station/im Haus</p> <p>Prüfung der prinzipiell vorhandenen bzw. zu ergänzenden Strukturen und Prozesse der Ergebnissicherung</p> <p>Etablierung zeitnaher möglicher Interventionen</p> <p>Nur längerfristig zu etablierende Ziele beschreiben und wo möglich initiieren</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Einbindung des leitenden Managements und QM-Verantwortlichen Konsequente standardisierte Schmerzerfassung in der Anamnese schulen sowie ein- und durchführen Anamnesekompetenz fördern bzw. hierfür geeignete Fachkräfte identifizieren Transfer auf die Stationen/in andere Krankenhäuser fokussieren d. h. Stationsleitungen anleiten/beraten Einführende Pflichtfortbildung mit aktiver Bearbeitung/Workshops mit Fallbeispielen zum Thema „Schmerz - Verlegung vermeiden“ zur Problemverdeutlichung Nonverbale Schmerzsignale können erkannt, bewertet und behandelt sowie an die zuständige Stelle kommuniziert werden. 	<p>Internes Wissen fördern und (selektiv) einbinden</p> <p>Personalentwicklung ergänzen</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Dokumentation in der Versorgung/Behandlung identifizieren; Formulieren eines geeigneten Risikofeldes, falls notwendig Anpassung des bisherigen Einrichtungsstandards sowie bisheriger Checklisten und Entscheidungshilfen, möglichst durch eigene Mitarbeiter Alarmplan und Notfallregime in Häusern als Intervention besprechen/aktuelle Telefon- bzw. E-Mail-Liste für jeden Patienten bzw. Angehörigen/Hausarzt. 	<p>IuK/Dokumentationssysteme für Zweck prüfen bei Bedarf anpassen</p> <p>Geeignete Materialien (elektronisch oder Papier) schaffen</p>

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Umsetzung und Weiterentwicklung des Betreuungsstandards (Expertenstandard) durch Kurzfeedback in den Teambesprechungen RF wird (auch) mit QM des Hauses gesichert. Festlegung eines anerkannten multimodalen Schmerzprotokolls Komplementäre Verfahren über Pflegetherapie (z. B. Validation), andere Therapeuten testen (Physio- und Ergotherapie, Körperverfahren, Musik) Übergaben insbesondere zum Thema „Verlegungen wegen Schmerzen“ besprechen, auch ob die bisherigen Maßnahmen ein verbessertes Problembewusstsein schaffen konnten Schaffung einer erreichbaren Notfallstruktur „Schmerz“ ggf. auch mit Ansprechpartner als Experten, auch in externen Einrichtungen (Schmerzambulanz etc.) 	<p>Bestehende bzw. notwendige Strukturen ausbauen</p> <p>Eruieren, was individuell hilft und in einem Mix zur Unterstützung genutzt werden kann</p> <p>Expertise/Kooperationen nutzen</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein Schmerzprotokoll wird geführt. Etablierung eines schnell wirksamen Prozesses bei akuten Schmerzen (informationelle Alarmkette) Der RF ist ein mögliches/regelmäßiges Thema bei der Übergabe/bei Pflegevisiten. Informationen zum Thema „Schmerz“ im Haus aktuell halten z. B. über Fachzeitschriften („Schmerz- und Schmerzmanagement“ o. ä.) und den Mitarbeitern niederschwellig zur Verfügung stellen Übermittlung der laufenden Anpassungen des Hausstandards über Rundmail, Flyer o. Ä. Etablierung von Patienten- und Angehörigenschulungen, um die Akzeptanz einer Nichtverlegung zu schaffen 	<p>Ausbau der Handlungskompetenzen</p> <p>Ausbau der ethischen Reflexivität der Teams</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Durchführung von Fallkonferenzen bei stattgefundenen Verlegungen Erarbeitung einer klaren Dokumentation für die Erfassung der Patientenrisiken für die Risikofaktoren Evtl. Erarbeitung einer Edukationsmöglichkeit für Angehörige speziell im Hinblick auf RF 1 	<p>Inhalte und Strukturen für Informationen und zur Einbindung schaffen/ausbauen</p>

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Patientenverfügungen bzw. ACP sowie Anamnese funktionieren bestmöglich und berücksichtigen RF 2. Medikamentenmanagement: Über- und Fehlmedikationen sind nur in sehr seltenen Fällen möglich. Die Betreuung Sterbender - und damit das Management von RF 2 - ist als Gegenstand des normativen und operativen Vorgehens implementiert. Der RF kann prinzipiell in einem systematischen Fehlermanagementsystem abgebildet werden (KVP). Komplementäre Verfahren sowie interne und externe Know-how-Träger sind Routine. Transfer auf andere Verlegungskontexte Erfassung aller „Notfallverlegungen“ am Lebensende mit Analyse der Verlegungsgründe trotz Schaffung vorgenannter Strukturen Fallanalyse mit Beschreibung problematischer Situationen Kontinuierliche Verbesserung: Bei einer problematischen Verlegung für das gesamte Team klar und nachvollziehbar dokumentieren, welche Vermeidungsstrategie erfolgreich war. Permanente Anpassung der Pflegedokumentation und des Hausstandards an die Aktualisierungen des Expertenstandards. Verantwortlichkeiten für den KVP-Prozess bestehen. Schaffung eines Feedbacksystems zur Erfassung der Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und externen Partnern (z. B. Einweisern) mit dem Schmerzmanagement im Haus 	<p>Kontinuierliche Verbesserung und Anpassung der organisatorischen Strukturen und Voraussetzungen</p> <p>Transfer auf andere Verlegungen und Schnittstellen</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Schmerzkompetenz bei Mitarbeitern selbst aus-, fort- und weiterbilden (algesiologische Fachkompetenz) Train-the-Trainer-Vorgehen: Die geschulten Mitarbeiter beraten und schulen ihrerseits, z. B. bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Internes und externes Netzwerk zugunsten der präventiven und kurativen Überwindung des RF ist etabliert. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Personalentwicklung und Kooperation als ein Kennzeichen des Hauses</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein verbindendes Informations-(Alarm-)System aus Ärzten, Pflegekräften, Angehörigen und Externen zeigt den Entwicklungsverlauf des Patienten und mögliche prospektive und kurative Interventionen auf. Der RF ist (auch) Gegenstand eines Ethikreises oder einer anderen Aussprachemöglichkeit. Transfer auf andere Verlegungskontexte Etablierung einer regelmäßigen Fortbildung zum Themenkomplex „Palliativversorgung“, in der das Thema „Schmerz“ ein fester Bestandteil ist. Dadurch werden die Schnittmengen zwischen der Problematik „Schmerz am Lebensende“ und anderen relevanten Palliativthemen (z. B. Patientenverfügung etc.) deutlich. 	<p>Zeitgemäßes Informationssystem (mobil und selbsterklärend)</p>

Risikofaktor 3: Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung, Verschlechterung einer bestehenden Grund- erkrankung

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von allgemeiner Zustandsverschlechterung bzw. der Verschlechterung einer bestehenden Grunderkrankung und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der betreuenden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Patienten durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Anamnese zu erkennen und dies in der Behandlungsplanung sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Der Zustand von Herrn K. verschlechtert sich in den letzten Wochen zusehend und wird sukzessive kritisch. In dieser Situation kommt es zu einer Verlegung. Nachträglich kann festgestellt werden, dass die finale Sterbephase nicht erkannt bzw. dokumentiert war und entsprechend steuernd gehandelt wurde.

Schlüsselbegriffe

Allgemeine Verschlechterung (Vitalwerte und Bewusstseinszustand), Nichterkennen terminaler Sterbephase, Verantwortungsübernahme

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Ausführliche Beschreibung Sterbephase S. 148-173,
Bedürfnisse der Patienten S. 179-183,
Grundsätze Palliativversorgung S. 32-37

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Nach Wahrnehmung des Eintritts der Finalphase muss die medizinisch-pflegerische Versorgung nachjustiert werden (Information der/des Zimmernachbarn, vermehrte Zuwendung, intensivere Pflege, ggf. Sitzwache, engmaschigere Zustandskontrolle, ggf. Einbindung eines Palliativteams, Evaluation des Positionswechsels, der Essensangebote, der Gestaltung von Ruhephasen und aktiven Phasen, komplementäre Angebote). Hierzu besteht ein höherer personeller Bedarf (Einbindung einer qualifizierten Palliative-Care-Fachkraft). Erklärtes Ziel des Hauses muss die Vermeidung von Verlegungen in dieser Phase sein (Leitbild). Sollte es dennoch zu Verlegungen in der Finalphase kommen, ist eine anschließende Analyse der dazu führenden Umstände in der Teambesprechung wünschenswert. Information bzw. Einbindung der nächsten Angehörigen und des betreuenden Hausarztes durch die Pflegenden und Ärzte, wenn es zur Finalphase kommt. Angebot an die Angehörigen, sich an der Pflege zu beteiligen. Möglichst regelmäßige Informationen zum Istzustand. To-do-Liste: Tätigkeiten bei Zustandsverschlechterung (Info an Angehörige, Hausarzt, Neustrukturierung der Pflegekonzeption ...) Abgleichen der ggf. vorhandenen ACP-Festlegungen, die vorab mit dem Sterbenden getroffen wurden 	<p>Optimierung der medizinisch-pflegerischen Versorgung</p> <p>Vermeidung unbedachter Verlegungen Einbindung von An- und Zugehörigen</p> <p>Vermeidung von unruhigen, sorgelosen Angehörigen</p>
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Das Hauptproblem ist die Identifizierung der wahrgenommenen Zustandsverschlechterung als Beginn der Finalphase. Da die Betreuung in der Finalphase essenzieller Bestandteil der Versorgung im Heim ist, muss das Pflegepersonal so weit qualifiziert/erfahren sein, dass es den Übergang in die Finalphase als solchen erkennt und dann die Betreuung entsprechend modifiziert (Kontrolle ACP/Patientenverfügung, intensivierete Symptomkontrolle, Reduzierung der oralen Medikation, Verständigung der Angehörigen etc.). Entsprechende Qualifizierung der betreuenden Pflegenden ist essenziell. Absicherung des erhöhten Betreuungsaufwandes in der Finalphase durch Einbindung einer „mobilen“ (= nicht an eine Abteilung oder einen Wohnbereich gebundenen) Palliative-Care-Pflegekraft der Einrichtung Strukturierte Fortbildungen und Sensibilisierung der Pflegenden (ACP, Erkennung der Finalphase, Vorgehen ...) 	<p>Verbleiben des sterbenden Menschen auf der betreuenden Station</p> <p>Einbindung externer Kompetenz</p> <p>Umsetzung des Betroffenenwunsches</p>
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Information und Reflexion im Pflege team (bei Dienstübergabe Information der folgenden Schicht), ggf. Einbindung eines palliativpflegerisch erfahrenen Pflegenden/Palliativmediziners Information und Einbindung der Angehörigen bei Zustandsverschlechterungen (Angebot zur Übernahme pflegerischer Handlungen, Verbleiben beim Sterbenden, Übernachtung im Heim) Information und Beratung zu jeder Zeit 	<p>Permanent abrufbare medizinisch-pflegerische Kompetenz und Expertise</p> <p>Gesicherte Kommunikation mit allen Beteiligten der individuellen Situation</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung von Fallbesprechungen zur Selbstanalyse und Ursachensuche nach stattgehabten Verlegungen in der Finalphase (Ursachen: nicht beherrschbare Symptomlast bei Angst, Atemnot, Unruhe etc., Dekompensation der Mitarbeiter, Druck seitens der Angehörigen ...) Prospektive Erfassung der Verlegungen in der Finalphase mit dem Ziel, diese pro Zeitraum unter einem zu definierenden Prozentsatz aller Verstorbenen zu halten (=> je weniger Patienten verlegt, desto bessere eigene palliative Versorgung vor Ort). Wahrscheinlich sollte dieser Anteil unter 20 % liegen (vergleichbar mit der Sterberate zu Hause in der ambulanten Palliativversorgung). Feste Anbindung des örtlichen SAPV-Teams in die Einrichtung mit gemeinsamen Teambesprechungen/Fortbildungen, Präsenz einer Teamvertretung bei Fallbesprechungen 	<p>Optimierung der Teamqualifikation</p> <p>Ursachenanalyse für Verlegungen</p> <p>Netzwerkgestaltung mit externen Partnern</p>
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Sensibilisierung des (Pflege-)Personals für die Wahrnehmung der Betreuung des Patienten in der Finalphase als Herausforderung und essenzielle eigene Aufgabe, Stärkung des Selbstbewusstseins der Pflegenden. Eine gute Patientenversorgung im Sterben ist eine gute Grundlage für die Trauerarbeit der Hinterbliebenen sowie ein positives Außenmerkmal für das Haus und erleichtert den Pflegenden die eigene Verarbeitung der Konfrontation mit dem Sterben. Laufende Qualifikation des Personals in Palliative Care, Patientenbeobachtung 	<p>Schaffung einer angemessenen Betreuungskultur und eines angemessenen Selbstverständnisses</p>
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Signale der Verschlechterung werden erkannt und kommuniziert, auch zu den Angehörigen. Das Team ist informiert und kann reflektieren. Das Team kommuniziert Überforderung sofort, um Hilfe zu involvieren. 	<p>Das Team arbeitet gut zusammen. Das Team kommuniziert und fällt nicht in die unteren Teambildungsphasen zurück.</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Etablierung belastbarer Versorgungsstrukturen im Haus zur Vermeidung von finalen Verlegungen Selbstverständnis der Krankenhausversorgung als Versorgung von Menschen an ihrem Lebensende. Damit ist Palliativversorgung essenzieller Bestandteil der Krankenhausversorgung. Palliativsiegel für Krankenhäuser 	<p>Allgemein: Vermeidung finaler Verlegungen, da dies dem Wunsch des Patienten nicht entspricht; im Gegenzug Schaffung optimaler Versorgungsbedingungen im Haus</p>
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Strukturierte (Pflicht-)Fortbildung in Palliative Care, Patientenbeobachtung, ACP etc. für die Mitarbeiter des Hauses Etablierung eines belastbaren Personalschlüssels, der die bedarfsweise Freisetzung von Pflegepersonal für pflegeaufwendigere Patienten zulässt 	<p>Personelle Kapazitäten (quantitativ, qualitativ)</p>
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Einbringung des Hauses in das Projekt Pflege 2020 zur Etablierung von anerkannten pflegerischen Betreuungsstandards 	<p>Standards bestehen und werden im Haus von allen Beteiligten gelebt.</p>

Risikofaktor 4: Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz/Akutsituation/ akute Verschlechterung des physiologischen Zustands

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund eines akuten Krankheitsereignisses (z. B. eines Infektes) und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der betreuenden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Patienten durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Anamnese zu erkennen und dies in der Behandlung sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Der Nachtdienst findet die sturzgefährdete hochaltrige Frau L. vor dem prophylaktisch tiefer gestellten Bett liegend vor. Die Patientin ist weitestgehend orientiert. Der Nachtdienst ruft den Arzt hinzu, der die Patientin verlegt.

Schlüsselbegriffe

Fehlende Planung, fehlende Notfallplanung bzw. fehlendes Notfallregime, fehlende bzw. unklare Patientenverfügung/fehlendes bzw. unklares Testament

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

(eher indirekt) Sterbephase S. 149-151, vorausschauende Lebensplanung (ACP) S. 144-147/179, kurzzeitige Prognose S. 122
Leitlinie: Ältere Sturzpatienten https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/_Alte%20Inhalte%20Archiv/Sturz/LL-4_Langfassung-sturz001.pdf

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regelmäßig, z. B. immer dienstags, Leitungsbesprechung (Schichtleitung, PDL und GF) über bereits erfolgte Verlegungen (Grund, Follow-up, OP?, verstorben?, Symptome im Verlauf bekannt, z. B. akutes Delir entwickelt, Sturzneigung, Infektionen, Fieber o. Ä.?). Das betriebswirtschaftliche Interesse des Hauses sollte darin bestehen, dass die Betten auch belegt sind. 2. Bei „besonderen“ Verlegungen (z. B. Patient verstirbt nach einem Sturz mit Oberschenkelhalsbruch an Komplikationen einer Endoprothese-OP) sollten die betroffenen Pflegekräfte zumindest ein Feedback bekommen. Hier könnte ein Mitglied des Teams als Feedbackverantwortlicher benannt werden. 3. In der Hoffnung, dass Punkte 1 und 2 zu einer Sensibilisierung und zu einem Problembewusstsein führen, könnte man nach 3-9 Monaten eine kurze Zwischenanalyse in der Leitungsbesprechung (Punkt 1) diskutieren und überlegen, ob der RF 4 als wichtig genug angesehen wird, um diesen weiter zu bearbeiten. 	<p>Istanalyse</p> <p>Überblick</p> <p>Erste Ergebnisse erzielen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Man könnte einen (externen) Vortragenden (z. B. einen Mitarbeiter der Avenue-Pal-Studie) in die Einrichtung einladen und einen Impulsvortrag organisieren. Aufbau: 1. kurze Einführung die Thematik Tod und Sterben im Krankenhaus, 2. Fallbeispiel „Der Schocker“ zur Sensibilisierung (Patient mit akuter Pneumonie stirbt auf dem Weg ins Krankenhaus, erstickt mit unkontrollierten, leidvollen Symptomen), 3. Würde des Menschen und Selbstbestimmtheit als wichtiges gesellschaftliches und individuelles Gut, 4. kurze Darstellung der Grundzüge von ACP und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung. 2. Regelmäßige Workshops zum Thema „Anamnese und Behandlungsplanung“ anbieten. Hier könnte man auch die Charta für schwerstkranke und sterbende Menschen vorstellen. 	<p>Stand der Dinge</p> <p>Erste naheliegende Maßnahmen ergreifen</p> <p>Fortbildungen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Übermittlung der Zusammenfassungen von Feedbacks, „besonderen Verlegungen“ und personalbezogenen Maßnahmen in Form eines Informationsblattes im Telegrammstil (z. B. monatlich in die Postfächer der Mitarbeiter), Übermittlung von grundlegenden Informationen zu den aktuellen juristischen Rahmenbedingungen zur Patientenverfügung, DNR-Order, freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, um ggf. Ängsten des Personals vor Strafe oder anderen Sanktionen vorzubeugen 	<p>Überblick zu Abläufen</p>

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eine gemeinsame Sitzung der Mitarbeiter einer Station mit Feedback über die Ereignisse der letzten 12 Monate: Verlegungen, besondere Fälle, kurze Wiederholung der wichtigsten Erkenntnisse der Fortbildungen zu RF 4 2. Feedback der Mitarbeitergruppe, ob sich an der Einstellung bezüglich Verlegungen etwas geändert hat. Wenn ja, wäre es gut, einen Leitsatz, ein Motto oder eine Grundhaltung für das weitere Vorgehen zum Ausdruck zu bringen. Dieser Satz sollte eingängig sein, auf den Punkt bringen, was man den Pflegenden als Kernbotschaft sagen will, und sich zur Redundanz ohne geistige Abnutzung eignen: Erste Beispiele: „Hier bestimmt der Patient“, „Würde ist wichtig - für alle“, „Ich bin vorbereitet und stark“. Dies könnten die Mitarbeiter mit ihren Namensschildern tragen. 3. Fortführung der Leitungsbesprechungen und Feedbacks 	<p>Praxislernen ermöglichen</p> <p>Verbesserungen vor Ort</p> <p>Einbindung der Leitung</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung des Wettbewerbes „Team des Monats“. Dies kann ein Team sein, das eine besonders gute Pflegeanamnese gemacht und diese auch so gut nachvollziehbar dokumentiert hat, dass eine Verlegung am Lebensende nicht stattfinden musste. 	<p>Verbindlichkeiten des Wissens und Kompetenzen erhöhen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Weiterhin Übermittlung der Zusammenfassungen von den Feedbacks, den „besonderen Verlegungen“ und den personalbezogenen Maßnahmen in Form eines Informationsblattes im Telegrammstil (z. B. monatlich in die Postfächer der Mitarbeiter). Die Redundanz ist wahrscheinlich sehr wichtig, um eine dauerhafte Verhaltens- und Haltungsänderung zu bewirken. 2. Übermittlung von grundlegenden Informationen zu den aktuellen Themen der Palliativversorgung, z. B. Ernährung am Lebensende. Ziel ist es, durch konsequentes Fortführen von Informationsweitergaben auf die Thematik „Tod und Sterben in Würde“ als wichtiges Thema für alle hinzuwirken. Der Tod eines Heimpatienten sollte in allen Dimensionen wahrgenommen werden (biologisch, psychologisch, sozial und spirituell). 	<p>Effektive und effiziente Informationen entwickeln</p> <p>Wissen wertorientiert ausweiten</p>

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Da die ersten ACP-Schulungen abgeschlossen sind, wird in der Anamnese ein konsequentes Assessment darüber durchgeführt, was bei RF 4 zu tun ist. Sollte dies bei Aufnahme auf der Station noch nicht entschieden werden können, z. B. weil der mutmaßliche Wille des Patienten nicht bekannt ist oder Angehörige noch Zeit für eine Entscheidung brauchen, dann muss in regelmäßigen Abständen an die erforderlichen Absprachen erinnert werden. 2. Ziel könnte sein, im Rahmen der Einführung einer digitalen Akte in regelmäßigen Abständen von der Software auf fällige ACP-Absprachen hingewiesen zu werden. 3. Ein Berichtswesen wird eingeführt. Da alle Mitarbeiter nun auf dem Stand sein sollten, dass Verlegungen am Lebensende nicht Routine, sondern Ausnahmen darstellen sollen, muss die verantwortliche Person Verlegungen, die im weiterhin stattfindenden Feedback als solche identifiziert werden, begründen. 	<p>Konsolidierung</p> <p>Regelmäßigkeiten etablieren</p> <p>Berichtswesen etablieren</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortführung des Wettbewerbes „Teams des Monats“. Dies kann ein Mitarbeiter sein, der eine Pflegesituation besonders wahrgenommen und bewertet sowie gut nachvollziehbar dokumentiert hat, dass eine Verlegung am Lebensende nicht stattfinden musste. 2. In der Hoffnung, dass palliative Themen im Team als wichtig, bereichernd und zur Stärkung des eigenen Berufsbildes empfunden werden, sollte regelmäßig eine gewisse Zahl an Mitarbeitern in Palliative Care geschult werden. 	<p>Persönliche und Teamwürdigungen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durch die konsequente Vorarbeit ist die Einführung von halbjährlichen Informationsveranstaltungen zum Thema „Tod und Sterben“ anzustreben. 2. Beispiele könnten sein: Letzte-Hilfe-Kurs Spirituelle Aspekte in der Palliativversorgung Soziokulturelle Unterschiede zum Thema „Tod und Sterben“ (Muslime, Freikirchen ...) 	<p>Informationen konsolidieren und ausweiten</p>

Risikofaktor 5: Psychische und motorische Unruhe

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund psychischer (mentaler) und motorischer Unruhe bzw. unzureichender Orientierung und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der betreuenden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, gefährdete Patienten durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Anamnese zu erkennen und dies in der Behandlung und Versorgung sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.

Fallbeispiel

Frau M., 88 J., wurde vor ein paar Tagen auf der Station aufgenommen und war zuletzt zunehmend motorisch unruhig und schwer ansprechbar. Die Situation wird durch eine Schwerhörigkeit akzentuiert. Die Unruhe überträgt sich in Bettflüchtigkeit, und dies bei bestehender Sturzgefahr. Ein mitgebrachtes und unbemerkt weiter genommenes Sedativum lässt die Situation eskalieren, so dass die Patientin verlegt wird.

Schlüsselbegriffe

Altersgerechte Medikation, demenzielle Symptome, psychiatrische Störung, Orientierungsverlust, soziale Verarmung, Delir, Schmerzen, mangelhafte Flüssigkeitsversorgung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Sterbephase S. 148-171, Medikation S. 47-49, Patientenbedürfnisse S. 179-182
Vorgehen bei akuter Verwirrtheit <https://pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-verwirrtheit.htm>
Prävention von Unruhe- und Verwirrheitszuständen, siehe auch Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz 2018, erhältlich beim DNQP

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Bestimmung der Istsituation im Haus/auf der behandelnden Station (sind demenziell-verwirrte oder auch psychiatrisch Kranke eine besondere Risikogruppe, wie ist die Flüssigkeitsversorgung organisiert, wie wird dokumentiert, welche Ressourcen bestehen?) In der Anamnese Ermittlung des patientenbezogenen Risikos bzw. Behandlungsziels und Maßnahmenplanung Identifizieren/Festlegen eines Standards Einbindung der Apotheker/Ärzte (Auswirkungen der Medikamentengabe z. B. Diuretika, Sedativa prüfen) sowie des SAPV und Angehöriger in das operative und prinzipielle Vorgehen (Achtung: Kein Patient wird zum Trinken gezwungen, zugleich darf kein Patient weniger Flüssigkeit erhalten, als er möchte!) Betroffene auf Patientenverfügungen hinweisen (auch für diesen speziellen Kontext hilfreich) In der Sterbephase: (unruhige) Patienten nicht alleinlassen Personal im Ehrenamt ist vorhanden. 	<p>Bestimmung der Ausgangssituation im Haus</p> <p>Prüfung der prinzipiell vorhandenen bzw. zu ergänzenden Strukturen und Prozesse der Ergebnissicherung</p> <p>Etablierung zeitnaher möglicher Interventionen</p> <p>Nur längerfristig zu etablierende Ziele beschreiben und wo möglich initiieren</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Einbindung des leitenden Managements und der QM-Abteilung Anamnesekompetenz fördern bzw. hierfür geeignete Fachkräfte identifizieren Transfer auf die Stationen herstellen d. h. Stationsleitungen anleiten/beraten Sitzwachenpool aufbauen (Verfügbarkeit und Einbindemöglichkeiten von Ehrenamtlichen prüfen) Beratung und Information von Angehörigen 	<p>Internes Wissen fördern und (selektiv) einbinden</p> <p>Personalentwicklung ergänzen</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Dokumentation in der Behandlung, Identifizieren/Formulieren eines geeigneten Risikofeldes, falls notwendig Geeignete Checklisten, Entscheidungshilfen erstellen bzw. bestehende für RF 5 anpassen Alarmplan und Notfallregime in Einrichtung als Intervention besprechen/aktuelle Telefon- bzw. E-Mail-Liste jedes Patienten 	<p>LuK/Dokumentationssysteme für Zweck prüfen und bei Bedarf anpassen</p> <p>Geeignete Materialien (elektronisch oder Papier) schaffen</p>

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Umsetzung und Weiterentwicklung des Betreuungs- und Versorgungsstandards RF 5 wird (auch) mit QM der Einrichtung gesichert. Dezentrale Getränkeversorgung Komplementäre Verfahren über Pflgetherapie (z. B. Validation), andere Therapeuten testen (Physio- und Ergotherapie, Körperverfahren, Musik, basale Stimulation) 	<p>Bestehende bzw. notwendige Strukturen ausbauen</p> <p>Eruieren, was individuell hilft und in einem Mix zur Unterstützung getan werden kann</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Bezugspersonen schulen, z. B. zu Delir im Sterbeprozess Einbindung des (Experten-)Wissens der Mitarbeiter, welche die speziellen Bedingungen von demenziell beeinträchtigten Patienten kennen Grundsätzliche Abstimmung des Vorgehens mit dem Patienten sowie Angehörigen, Hausarzt, SAPV z. B. in Fallkonferenzen, Visiten (Belastbaren) Pool von Laien, Studenten etc. als Sitzwache aufbauen 	<p>Ausbau der Handlungskompetenzen</p> <p>Ausbau der ethischen Reflexivität der Teams</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Patienten, die eine negative Flüssigkeitsbilanz aufzeigen, werden als solche erkannt. Nebenwirkungen von Medikamenten und Ess- und Trinkverhalten werden erkannt. Der RF 5 ist ein mögliches/regelmäßiges Themenfeld bei der Übergabe/bei Pflegevisiten. 	

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Patientenverfügungen bzw. ACP sowie Anamnese funktionieren bestmöglich. Medikamentenmanagement: Über- und Fehlmedikationen sind nur in sehr seltenen Fällen möglich. Die Betreuung Sterbender - und damit das Management von RF 5 - ist als Gegenstand des normativen und operativen Vorgehens implementiert. Der RF 5 kann prinzipiell in einem systematischen Fehlermanagementsystem abgebildet werden (KVP). Komplementäre Verfahren sowie interne und externe Know-how-Träger sind Routine. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Kontinuierliche Verbesserung und Anpassung der organisatorischen Strukturen und Voraussetzungen</p> <p>Transfer auf andere Verlegungen und Schnittstellen</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Palliativfachkräfte selbst ausbilden bzw. einstellen Train-the-Trainer-Vorgehen: Die geschulten Mitarbeiter beraten und schulen ihrerseits, z. B. bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Ein internes und externes Netzwerk zugunsten der präventiven und kurativen Überwindung des RF 5 ist etabliert. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Personalentwicklung und Kooperation als Kennzeichen der Einrichtung</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Verbindendes Informations-(Alarm-)System aus Ärzten, Pflegekräften, Angehörigen und Externen zeigt den Entwicklungsverlauf des Patienten und mögliche prospektive und kurative Interventionen auf. Der RF 5 ist (auch) Gegenstand eines Ethikkreises oder einer anderen Aussprachemöglichkeit. Transfer auf andere Verlegungskontexte 	<p>Zeitgemäßes Informationssystem (mobil und selbsterklärend)</p>

Risikofaktor 6: Quantitativ wenig Personal

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund unzureichender Personalanzahl insbesondere in der Nacht oder an Wochenenden zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der betreuenden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, unter den bestehenden Personalbedingungen eine bestmögliche Steuerung insbesondere für Zeiten mit geringer Personalausstattung zu erreichen.

Ziel ist es, durch den Einsatz von Personen unterstützender Partner (z. B. Hospizgruppe, Ehrenamtliche, Kirchengemeinde) Entlastungen beispielsweise in Form von Sitzwachen zu schaffen.

Fallbeispiel

Es ist Ferienzeit und die Personalsituation auf Station G insgesamt angespannt. Die Hitze erhöht den Pflegebedarf der Patienten erheblich. In diesem Kontext kommt es vermehrt zu Verlegungen, insbesondere bei Patienten, die darüber hinaus noch speziellen Risikogruppen angehören (Verwirrt-Unruhige, Patienten mit Kommunikationsstörungen etc.).

Schlüsselbegriffe

Personalmangel, Pflegenotstand, Krankenstand, Risiko Nacht, Urlaubszeit

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Grundsätze S. 32-37, Versorgungsstrukturen S. 173-226, ACP S. 144-148
Schneider H: Sterben zuhause im Heim - Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/_SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Die Dienste sind werktags sowie an Wochenenden und Feiertagen personell gleich besetzt organisiert. Die Unterstützung durch den Träger ist gegeben. Ein Qualitätszirkel zur Entwicklung und Implementierung des Verfahrens eigenverantwortlicher Organisation von Diensten durch die Mitarbeiter ist eingerichtet. Ein Qualitätszirkel zur Erarbeitung von Dienst- und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht ist eingerichtet. Teambesprechungen und Schulungen zum Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht sind regelhafter Bestandteil der Kommunikationsstruktur. Das Verfahren zur regelhaften Evaluation der Ablauforganisation der Dienste durch die Stationsleitung liegt vor und wird umgesetzt. Die (erste) Analyse für den Einsatz digitaler Technik liegt vor. Einrichtung durch einrichtungsinternen Konsiliardienst 	<p>Die Versorgungsqualität wird durch die individuell auf die Erfordernisse der Patienten abgestimmte Dienstplanung optimiert.</p> <p>Die Qualitätssicherung in der Versorgung der Patienten ist durch die regelhafte Überprüfung und Anpassung der Ablauforganisation optimiert.</p> <p>Die Möglichkeiten moderner Technologien werden in Betracht gezogen.</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Die Mitarbeiter aller integrierten Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Sozialer Dienst etc.) haben ihre Schnittstellen definiert und ein Verfahren für die Zusammenarbeit in Bezug auf individuell erforderliche Betreuungsmaßnahmen festgelegt. Die Mitarbeiter aller Berufsgruppen kommunizieren und haben das Ziel, als Team zu funktionieren. 	Die Zusammenarbeit von allen integrierten Berufsgruppen ist vernetzt und koordiniert.
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Das Verfahren im Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und nachts ist den Mitarbeitern bekannt und wird umgesetzt. Der Unterschied zwischen einem medizinischen Notfall und einem unvorhergesehenen Verlauf einer palliativen Versorgung ist den Mitarbeitern bekannt. Die Mitarbeiter wissen, an wen sie sich an den Wochenenden, Feiertagen und nachts wenden können, um Verlegungen zu thematisieren bzw. zu vermeiden. 	Die Vorgehensweise zur Vermeidung unnötiger Verlegung an Wochenenden, Feiertagen und nachts ist bekannt und wird umgesetzt.

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Der „Runde Tisch Pflege“ ist installiert und hat die Arbeit aufgenommen. Die Stand-by-Dienste für die Haupturlaubszeiten sind eingerichtet. (Erste) unterstützende Maßnahmen der Digitalisierung sind vorhanden und werden erfolgreich eingesetzt. Die Einsatzplanung wird regelmäßig evaluiert und den Erfordernissen entsprechend angepasst. Die organisatorischen und personalbezogenen Risiken für die Einleitung von Sofort- und Gegenmaßnahmen sind regelhaft identifiziert/weitestgehend beseitigt. 	<p>Interne und externe Vernetzung</p> <p>Nutzung moderner Technologien (Digitalisierung)</p> <p>Risikomanagement und Identifizierung von Frühwarnindikatoren</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Die Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen ist eingespielt. Die Mitarbeiter planen die Dienste zur Versorgung der Patienten an den aktuellen Bedarfen eigenverantwortlich. Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch ein hohes Maß an verlässlichen Diensten Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch die enge Vernetzung und Zusammenarbeit der Bereiche an den Wochenenden, Feiertagen und ggf. auch nachts Kein Einsatz von Leihpersonal an den Wochenenden, Feiertagen und nachts 	Stärkung von Verantwortung und Kompetenzen, auch zur Aufwertung (vor allem) des Pflegeberufs und der damit verbundenen Mitarbeiterzufriedenheit
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Positives Feedback der Angehörigen über die Verlegungspraxis sowie die interne und externe Zusammenarbeit Positives Feedback des Personals zur Verlegungspraxis und Zusammenarbeit Die erforderlichen Schulungen zu Dienst- und Verfahrensanweisungen sowie im Umgang mit Notfällen finden regelmäßig statt. Das Ergebnis des Mitarbeiterfeedbacks aus den Schulungen ist positiv. Die Auswertung der internen und externen Verlegungen weist eine deutliche Reduzierung auf das unbedingt erforderliche Ausmaß auf. Die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und der Angehörigen in Bezug auf die Verlegungspraxis und die Notfallversorgung werden nachweislich berücksichtigt. 	Optimierung des Informationstransfers

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Umfassende unterstützende Maßnahmen der Digitalisierung sind vorhanden. Die Dienste an den Wochenenden, Feiertagen und nachts können zur Zufriedenheit aller Beteiligten abgedeckt werden. Interne und externe Vernetzung und Zusammenarbeit sind beim „Runden Tisch“ nachhaltig gestärkt und weiterentwickelt. Mit jeder Krankenhausaufnahme wird das ACP-Planning angeboten. Mit jeder Krankenhausaufnahme erfolgt die Besprechung eines sensiblen Worst-Case-Szenarios mit den Betroffenen und/oder den Angehörigen/Betreuern. 	<p>Umfassendes ACP-Planning</p> <p>Regionale und überregionale Vernetzung zur Vermeidung unnötiger Verlegungen</p> <p>Bestmögliche Vernetzung und Kommunikation durch Digitalisierung</p> <p>Vorhandensein eines individuellen Worst-Case-Szenarios und der damit verbundenen gewünschten Maßnahmen</p> <p>Gleiche Personalbesetzung an allen Tagen ist Standard.</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch Stärkung der Verantwortlichkeiten und Kompetenzen - auch bei Diensten an den Wochenenden, Feiertagen und nachts Hohe Kompetenz im Umgang mit Notfällen Große Bereitschaft zur Beteiligung an der eigenverantwortlichen Dienstplangestaltung Ärzte auf der Station oder im Krankenhaus haben eine abgeschlossene Zusatzweiterbildung in Palliativmedizin; übergreifende Kenntnis der Ansprechpartner mit entsprechender Weiterbildung Die Pflegefachkräfte sind als Palliative-Care-Fachkräfte weitergebildet. Die Mindestanforderung, dass eine Palliative-Care-Fachkraft pro Schicht im Dienst ist, ist erfüllt. Die Fachkräfte des Sozialen Dienstes haben eine Fachweiterbildung „Palliative Care für Soziale Dienste“. Die nicht examinierten Kräfte sind in Palliative Care geschult; ebenso die Betreuungskräfte gemäß § 43b. 	<p>Hoher Weiterbildungsgrad in der Palliativmedizin und Palliative Care ist realisiert.</p> <p>Die Dienstleistungsplanung durch die Mitarbeiter selbst ist Standard.</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> Die Auswertung der Verlegungen dokumentiert eine Reduzierung auf das unbedingt erforderliche Ausmaß. Die Verlegungspraxis berücksichtigt eine Reduzierung auf das absolut unumgängliche bzw. von den Betroffenen gewünschte Ausmaß. Die Kommunikation ermöglicht ärztliche 24-Stunden-Beratung z. B. per Televisite. Die Angehörigen/Betreuer sind mit dem Haus vernetzt; wenn vonseiten der Angehörigen/Betreuer gewünscht, ist ein Austausch rund um die Uhr möglich. Falls keine Palliativmediziner im Haus: Das Haus ist über persönlichen Kontakt und auch digital mit Ärzten vernetzt. 	<p>24-Stunden-Visite ist Standard.</p> <p>Eine Verlegung erfolgt ausschließlich auf Wunsch und ist auf das absolut unumgängliche Maß reduziert.</p> <p>Einsatz von Robotik und Digitalisierung gehört zum Standard im Haus.</p>

Risikofaktor 7: Zu wenig qualifiziertes Personal/fehlender Palliativdienst/fehlende palliative Kompetenz

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund unzureichend qualifizierten Personals insbesondere in Akutsituationen zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen auf der behandelnden Station kommt, infolge derer Patienten verletzt werden.

Ziel ist es, unter den bestehenden Personalbedingungen eine bestmögliche Steuerung insbesondere für Zeiten mit geringer Personalausstattung zu erreichen.

Ziel ist es, die Versorgungsprozesse durch den Einsatz verbesserter Informationsabläufe und eines virtuellen Expertensystems zu konsolidieren.

Fallbeispiel

Auf der Station L des Krankenhauses K arbeiten 10 Nationalitäten. Dieser kulturelle Reichtum ist sowohl in der sprachlichen Abstimmung der Mitarbeiter als auch in der Arbeit mit den Patienten ein tägliches Problem, besonders in krisenhaft verlaufenden Situationen. Als sich der Gesamtzustand der Patientin L verschlechtert, übersetzt der Pflegenden die sprachlich abzustimmenden zeitig zu beachtenden Anordnungen (Blasenkatheter entfernen) fehler- bzw. lückenhaft. Eine Verlegung wegen Verunsicherung wird initiiert.

Schlüsselbegriffe

Personalentwicklung, Stress durch Überforderung, sprachliche Barrieren, Zusatzqualifikationen, Schulungen

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Ausführliche Beschreibung nicht hinreichend qualifiziertes Personal
Schneider H: Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/_SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Die Kontaktdaten der versorgenden Ärzte (evtl. Vertretungen) oder Ärzte mit Palliativexpertise, Angehörigen, Betreuer etc. sind bekannt und können jederzeit erreicht werden („Notfallnummer“). Klare Absprachen zur Erreichbarkeit liegen vor. Regelmäßige Aktualisierung der Patientenwünsche, auch Übernahme und Integration der Dokumente aus Pflegeeinrichtungen Mögliche Entscheider bei Akutsituationen sind bekannt und verfügen über Entscheidungsbefugnis. Berater/Experten der letzten Lebensphase führten das Gespräch bei Aufnahme. Der ausgefüllte Fragenkatalog liegt vor, ist allen bekannt und in der Dokumentation hinterlegt. Bücher zur palliativen Expertise (z. B. „Pflegetipps in der Palliative Care“) liegen auf Rumänisch, Polnisch, Russisch, Spanisch, Portugiesisch, Italienisch, Türkisch und Englisch vor und werden von ausländischen Mitarbeitern verpflichtend gelesen. Für Rückfragen hinsichtlich des Verständnis steht ein Mentor zur Verfügung. 	Zu jeder Zeit sind behandelnde Ärzte, Mitarbeiter und betreuende Personen erreichbar.
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein Mitarbeiterpool besteht, der bei Akutsituationen genutzt werden kann (auch Externe aus Ehrenamtlichen, Hospizdiensten, etc.). Keine Alleineinsätze von nicht deutsch sprechenden oder nicht eingearbeiteten Mitarbeitern 	Zu jeder Zeit können bei Akutsituationen Mitarbeiter gerufen werden.
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Dokumentation/Erhebung aller Patientenwünsche (Patientenverfügungen) Legende/Übersicht, auf der Patientenwunsch auf kurzen Blick wiedergegeben wird Aktualisierte hausinterne Standards Erarbeiteter Fragenkatalog (siehe Punkt Organisatorisches) 	Jeder an der Behandlung Beteiligte kennt den Inhalt der Verfügung.

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Haus/Stationen verfügen über eine festgelegte Anzahl von Fachkräften (Palliative Care). Etablieren und Fördern eines Ethikrats Wechsel von externen Experten, falls diese nicht kooperieren Kooperationen eingehen (SAPV, Hospiz, Ethiknetz, Wünsche am Horizont ...) Haus- und Führungsphilosophie zu dieser Thematik festschreiben 	Ausreichend qualifiziertes Personal ist vorhanden.
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Personalentwicklung: Pflegekräfte, Ärzte, Betreuungskräfte weiterbilden Die Institution als Ganzes sehen und nicht nur bereichsbezogen. Das fördert Sicherheit unter den Mitarbeitern. 	Ausreichend qualifiziertes Personal ist vorhanden.
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Über Patientenverfügungen, deren Umsetzung und Handhabung informieren (in der Institution, Stadt, Gemeinde etc.), um flächendeckende Kenntnis zu haben Von Anfang an alle am Prozess Beteiligten einbeziehen und informieren 	Anzahl der Patientenverfügungen steigt.

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	<ol style="list-style-type: none"> Finanzielle Förderung von Weiterbildungen durch Kostenträger Finanzielle Förderung/Unterstützung beim Einstellen von qualifiziertem Personal durch Kostenträger 	Sicherstellung der palliativen Versorgung in stationären Einrichtungen
Personell/ personal- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Keine ungeeigneten Personaleinstellungen aus der Not heraus, hohe Kosten und Überlastung des Personals durch Doppelbelastung vermeiden 	Kompetente fachliche Versorgung in der Palliativmedizin und Palliativpflege
Informationell/ informations- bezogen	<ol style="list-style-type: none"> Ein ständig evaluiertes und auf dem neuesten Stand implementiertes QM 	Alle am Prozess Beteiligten sind informiert.

Risikofaktor 8: Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund fehlender bzw. nicht hinreichend ausgestalteter interner (i) und externer (e) Kooperationen mit relevanten Partnern (intern: Palliativkräften, QM, Seelsorge, Sozialarbeit etc.; extern: Palliativstationen oder -dienste anderer Häuser, SAPV, AAPV, Hospizgruppen, Bürgerschaft etc.) zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen (fehlenden Entlastungen) auf der behandelnden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden.

Ziel ist es, ein Kooperationsnetzwerk zu etablieren bzw. das bestehende dahingehend zu erweitern, dass die Einrichtung sowohl strategisch (Leitungsebene) als auch operativ (Ebene der Patientenversorgung) profitiert.

Fallbeispiel

Auch wenn eine offizielle Zusammenarbeit mit dem Palliativdienst des Hauses besteht, kommt es in der praktischen Ausgestaltung und beim Kontinuitäts-erhalt auf der Station C regelmäßig zu fachlichen und personellen Überforderungen, in deren Folge auch Verlegungen entstehen.

Schlüsselbegriffe

Kooperationsverträge, integrierte Versorgung, Bürgerschaft, Marketing, Netzwerk, Öffentlichkeitsarbeit, Letter of Intent (LoI)

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Versorgungsstrukturen S. 173-226 (ein großer Teil der fachlichen Kooperationspartner wird sichtbar)

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klärung, welche Kooperationen mit welchen Zielsetzungen und erreichten Ergebnissen zu internen (z. B. Palliativstation, Palliativdienst, QM, Seelsorge, Hauswirtschaft, etc.) und externen Partnern (z. B. Palliativstation, Palliativdienst anderer Häuser, ambulantes Hospiz, SAPV, Hausärzte, Gemeinde etc.) vollzogen werden 2. Klärung, ob und wie oft es zu Krisensituationen mit der Konsequenz einer Verlegung aufgrund fehlender Kompetenzen im Haus/auf der Station kommt, die durch geeignete und organisierbare Partner hätten verhindert bzw. gesteuert werden können 3. Identifizieren eines Arbeitsbereiches (Station), in welchem die Kooperationen am besten gelingen können 4. Prüfung der Voraussetzungen und Strukturen durch Krankenhausleitung, Ermittlung der Handlungsbedarfe und Möglichkeiten für Verbesserungen 5. Sicherstellen, dass Patientenverfügung stets erreichbar ist (auch am Wochenende und bei Aushilfskräften) 6. Sicherstellen der Möglichkeit zur gesundheitlichen Versorgungsplanung im Haus 	Istanalyse erstellen, Schaffung erster Voraussetzungen für Verbesserungen
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etablierung von Arbeitsgruppen (z. B. zur Erarbeitung von Leitlinien, Standards, Behandlungspfaden, auch zu Verlegung bzw. Nichtverlegung) 2. Identifizieren von Ansprechpartnern (ergänzend zu Leitungsebene), Case-Managern, Sozialarbeitern 3. Einbindung des QM 4. Einbindung von Unternehmenskommunikation/Marketing 5. Feststellen von internem Qualifizierungsbedarf (z. B. Palliative-Care-Fachkräfte) auf allen Stationen, z. B. Normalstationen im Krankenhaus 6. Vermeidung von Verlegung sterbender Menschen innerhalb und aus dem Krankenhaus mit hoher Wahrscheinlichkeit der Rückverlegung oder des Sterbens (Vermeidung Drehtüreffekt, Verlegung in Sterbephase) 	<p>Projektmanagement vorbereiten</p> <p>Personalentwicklung initiieren</p> <p>Bestehende Zuständigkeiten einbinden</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifizieren der Kontaktmedien und informationellen Abläufe zwischen dem Haus/der Station und den externen und internen Partnern 2. Ermitteln der Arbeits-/Unternehmensbereiche, in denen die Kooperationen gut funktionieren (welche Zuständigkeiten, Ansprechpartner, Medien etc.?) 3. Einrichtung interner Informationen zu internen und externen Angeboten von internen Palliativdiensten im Krankenhaus, ambulanten Hospizdiensten, „Grünen Damen“, SAPV usw. 4. Informationen eventuell mit den ersten Vorgaben zur Nutzung dieser Angebote verbinden 	Ermitteln der informationellen Abläufe, erste Informationen und Vorgaben

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ermittlung einer ABC-Liste der Wichtigkeit der Partner 2. Ermittlung und Festlegung der genaueren Leistungserwartungen mit den Partnern 3. Prüfen und Erstellen geeigneter Kooperationsstrukturen durch Träger/Management etwa Entwicklung eines Standard-Lols 4. Unterstützung der AG 5. In-Kraft-Setzen verschiedener Vorschläge der Arbeitsgruppen 6. Prüfen, Entscheiden und baldmöglichst Realisieren als Lösungsmodell, ob bestimmte Leistungen bei unzulänglicher Kooperation wegen fehlender Bereitschaft oder fehlender Existenz eines Kooperationspartners (z. B. ambulanter Hospizdienst) eigenständig erbracht werden können 	<p>Wichtigkeit und Dringlichkeit identifizieren</p> <p>Klärung der Ziele und mit diesen verbundenen Maßnahmen/Aktivitäten</p> <p>Erste operative positive Ergebnisse</p>
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bei Bedarf und Möglichkeit: Ergänzung der laufenden Aus-, Fort und Weiterbildungen um Gegenstand 2. Identifizieren und Schulen relevanter Mitarbeiter und Führungskräfte 3. QM-Aufgaben sind gesichert und bekannt. 4. Öffentlichkeitsarbeit wird gelebt. 	<p>Klärung der Ziele und mit diesen verbundenen Maßnahmen/Aktivitäten</p> <p>Erste operative positive Ergebnisse</p>
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifizierung eines IuK-Standards der Kontaktaufnahme bzw. Zusammenarbeit mit den als relevant identifizierten Partnern 	

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es existiert ein eindeutiges Kooperationsverhältnis zu den unterschiedlichen internen und externen Partnern, das sich aufgrund systematisch (z. B. durch Befragung) erhobener Informationen im Sinne eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses vollzieht. 2. Die Unternehmensleitung bzw. Trägerschaft partizipiert und befördert das Kooperationsmanagement und bezieht hierbei die Bereiche und Mitarbeiter ein. 3. Zu den einzelnen Kooperationspartnern bestehen schriftliche Verträge in Form von Lols, die es erlauben, die wechselseitigen Ziel- und Leistungserwartungen zu präzisieren. 4. Es existiert ein Jahres-, Monats- und Wochenprogramm der (partnerbezogenen) Aktivitäten der Einrichtung. 5. Im Krankenhaus bedeutet dies im Bedarfsfall die gesicherte Einbeziehung interner Dienste (Konsile, Palliativdienste) wie externer ambulanter Hospizdienste (anstelle z. B. einer Verlegung von der Normalstation auf die Intensivstation) sowie quantitativ und qualitativ ausreichende personelle Ausstattung mit u. a. Palliative-Care-Fachkräften. 6. Im Heimbereich bedeutet dies verlässliche Kooperationen insbesondere mit ambulanten Hospizdiensten und SAPV-Teams zur bestmöglichen Versorgung am Lebensende, im Bedarfsfall auch rund um die Uhr und am Wochenende. 7. Bessere finanzielle Ausstattung der eigenen Einrichtung: Vermeidung unnötiger Verlegung spart (volkswirtschaftlich) Geld. Leistungen einer anderen Einrichtung müssen nicht finanziert werden, dafür aber höhere Kosten in der eigenen Einrichtung. 8. Vielfach als Alternative zur Lösung unzureichender Kooperation: Leistungen werden eigenständig erbracht. 9. Bessere Bevorratung von Medikamenten, auch BTM 	Die Konsolidierung und systematische Verbesserung (d. h. Ausbau in Qualität und Quantität) der Kooperationen sowohl zu den zur Vermeidung von Verlegungen relevanten Partnern als auch zu allgemeineren Kooperationspartnern gelingt.
Personell/personalbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansprechpartner der einzelnen Kooperationspartner existieren. 2. Schulungen und Beratungen zum Gegenstand werden befördert und finden regelmäßig statt. 3. Qualitativ und quantitativ ausreichende personelle Ausstattung an Palliativmedizinern und Palliative-Care-Fachkräften im Haus, um die Versorgung auch am Wochenende und nachts eigenständig sicherstellen zu können und nur im Bedarfsfall mit externer Unterstützung Verlegungen von der Normal- auf die Intensivstation zu vermeiden 4. Die Kompetenzbereiche sind klar geregelt und lassen im Bedarfsfall Spielraum zu, wenn eine Handlung gesichert ist und eine Verlegung vermieden werden kann. 	Alle Mitarbeiter sind sich der Bedeutung gelungener interner und externer Kooperationen bewusst. Die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten sind definiert. Verlegungen vom Heimbereich in das Krankenhaus sind deutlich reduziert, Verlegungen im Krankenhaus von der Normal- auf die Intensivstation sind deutlich reduziert, auch nachts und am Wochenende.
Informationell/informationsbezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regelmäßige Austauschsituationen (Treffen, Telkos, Newsletter etc.) mit den Kooperationspartnern finden statt. 2. Systematische Außenkommunikation mit den Partnern (Veranstaltungen, Website) 3. Es gibt einen Kooperationsmasterplan/Marketingplan. 4. Es existiert ein IuK-Standard zwischen Unternehmen und Partnern, der ausdrücklich die Situation in den Versorgungsbereichen berücksichtigt. 5. Es wird angestrebt, dass nahezu von allen Patienten qualifizierte Patientenverfügungen vorliegen und für alle Patienten, die dies wünschen, Beratungen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung stattgefunden haben. 	<p>Weitreichende Medienintegration ist erreicht.</p> <p>Qualifizierte Dokumente zur Vermeidung unnötiger Verlegungen sind vorhanden.</p>

Risikofaktor 9: Notfallregime/fehlende definierte Entscheidungsprozesse, Standards etc.

Welche Ziele bestehen?

Durch einen Lösungsprozess (zumeist in Standards und Entscheidungsprozessen und mit personeller Zuständigkeit hinterlegt) gilt es, bereits eingetretene bzw. sich unmittelbar abzeichnende „Notfälle“ deeskalierend (Verlegung) zu steuern. Diese „Notfälle“ sind entweder medizinischer, pflegerischer, sozialer oder organisatorischer Art bzw. ergeben sich aus externen (Umwelt-)Bezügen. Dabei gilt in der Versorgung sterbender Patienten vielfach, dass es sich bei den „Notfällen“ um vermeintliche Notfälle handelt.

Fallbeispiel

In dem Krankenhaus L wird versucht, echte und vermeintliche Notfälle im Ad-hoc-Verfahren zu lösen. Es wird auf die Ausbildungsqualität und die gute Zusammenarbeit mit den spezialisierten Stationen bzw. externen Partnern vertraut. In einer kritischen Betrachtung der vollzogenen Verlegungen wird deutlich, dass dies nicht hinreichend ist.

Schlüsselbegriffe

Alarmplan, Überforderung, Eingreifteam, vorausschauende Planung/Anamnese, Informationsfluss

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Sterbephase S. 148-171, Patientenbedürfnisse S. 179-183

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entsprechende Medikamente stehen zur Verfügung, insbesondere Bedarfsmedikamente. 2. Ein konkretes Medikationsschema liegt vor und beschreibt die Spielräume in der Dosierung. 3. Falls die Patienten auf einem Mehrbettzimmer liegen, ist die Möglichkeit der Verlegung in ein Einzelzimmer möglich. 4. Medizinprodukte wie Sauerstoff etc. stehen immer zur Verfügung. 5. Angehörige können auf Wunsch auf Station übernachten, wenn sie den Sterbenden längerfristig begleiten möchten. 	Sicherheit bei der Medikation Dokumentation anderer Spezialisten liegt vor.
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Beteiligten des therapeutischen Teams für die palliative Versorgung sind allen Mitarbeitern und Patienten/Angehörigen bekannt (Arzt, Seelsorge, Bezugspflege, Therapeuten, Apotheke etc.). 2. Die Zuständigkeiten für die verschiedenen Pflege- und medizinischen Angebote wurden im Rahmen einer Teambesprechung geklärt. 3. Die Kompetenzen bzw. Entscheidungsbefugnisse für die Mitarbeiter sind geklärt. 4. Es wurde geklärt, wer die Fallsteuerung übernimmt (z. B. Pflege, da sie 24 h anwesend ist und den Verlauf oder den Arzt kennt, der für die überwiegend medizinischen Belange Entscheidungsbefugnisse hat). 5. Die Mitarbeiter kennen spezielle Versorgungsangebote für die palliative Versorgung, z. B. Aromatherapie, Wunschesen. 	Therapeutisches Team ist vorhanden. Die Zuständigkeiten im therapeutischen Team sind geklärt. Teambesprechungen finden regelmäßig statt. Spezielle pflegerische Angebote sind bekannt.
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klärung des Begriffes „Notfall“ im Zusammenhang mit einer palliativen Versorgung. Rekurs des Begriffs auf die Anforderungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und Diskussion des Themas im Kontext der Patientensicherheit. Patientensicherheit wird hier verstanden als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse. 2. Der Unterschied zwischen einem medizinischen Notfall, einer medizinisch-pflegerischen Komplikation oder dem unvorhergesehenen Verlauf einer palliativen Versorgung ist bekannt. 3. Die Bedürfnisse der Patienten sind den Mitarbeitern bekannt und es ist ihnen möglich, diese zu erfüllen (z. B. Realisierung bestimmter sozialer Kontakte, Wunschmobil etc.). 4. Die Mitarbeiter verfügen über Informationsstrategien, um die Bedürfnisse von Patienten herauszufinden, die nicht mehr verbal kommunizieren können (z. B. Menschen mit einer Demenz). 5. Korrekte und aktuelle Kontaktdaten sowie Dokumente liegen vor (z. B. Urlaubsanschriften Angehöriger, Patientenverfügung etc.). 6. Die Erreichbarkeit von Angehörigen, Ansprechpartnern seitens des therapeutischen Teams ist gegeben (vor allem bei externen Kooperationen, auch außerhalb von Öffnungszeiten etc.). 	Finden einer neuen Bezeichnung für unvorhergesehene Behandlungs- und Pflegeanforderungen in der Sterbesituation Definition unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit einer Sterbesituation Nötige Informationen sind rund um die Uhr verfügbar. Ansprechpartner des therapeutischen Teams sind rund um die Uhr ansprechbar.

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Für die palliative Versorgung von Patienten stehen ausschließlich Einzelzimmer zur Verfügung. 2. Die Zimmer für die Palliativversorgung verfügen über einen Balkon oder Gartennutzung ist möglich. 3. Erweiterung der Fallbesprechungen um ethische Gesichtspunkte (u. a. „Primum non nocere“) 4. Betreuung von Angehörigen während einer palliativen Versorgung und die Integration ihrer Perspektive in die palliative Versorgung 5. Vorgaben zu Visiten und Fallbesprechungen werden an die besondere palliative Situation angepasst. 6. Mitarbeitern ist es ggf. möglich, an der Bestattung verstorbener Patienten teilzunehmen, um sich nach einer intensiven Betreuung und Beziehung zu verabschieden. 	Anpassung des Wohnumfelds an die Bedürfnisse Sterbender Etablierung einer Fallbesprechung mit ethischen Aspekten Die Qualitätsinstrumente sind an die Besonderheiten der Sterbesituation angepasst. Bezugspersonen und Pflegenden haben die Möglichkeit, sich von Patienten zu verabschieden/zu trauern.
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alle Beteiligten des therapeutischen Teams haben die Möglichkeit, bei Bedarf Supervisionsangebote oder eine Auszeit in Anspruch zu nehmen. 2. Wenn möglich sollten Mitarbeiter mit einer mehrjährigen Berufserfahrung eingesetzt werden. Dies ermöglicht ihnen eine reflektierte Situationseinschätzung. 3. Mitarbeiter sind in der Lage, eine strukturierte Teambesprechung zu moderieren und mit ihren Beiträgen zu unterstützen. 4. Mitarbeiter sind in der Lage, am Bedürfnis der Patienten orientiert Prioritäten zu setzen. D. h., professionelle Anforderungen müssen an die Bedürfnisse angepasst werden. 5. Individuelle Entscheidungsspielräume für pflegerische Entscheidungen könnten trotz standardisierter Verfahrensweisen begründet genutzt werden. 	Professionelle Entlastungsangebote sind etabliert und zugänglich. Die Mitarbeiterauswahl orientiert sich auch an persönlichen/sozialen Kompetenzen. Die flexible individuelle Anpassung von Verfahrensweisen ist möglich.
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACP-Pläne stehen zur Verfügung. Im gesamten Haus gibt es ein ACP-Angebot für alle Patienten. 2. Teambesprechungen für das gesamte therapeutische Team sind in den Wochenablauf integriert. Ihre Ergebnisse sind den Beteiligten als Bestandteil der Sicherheitskultur bekannt. 	Die Informationsgrundlagen für die meisten Patienten sind vorhanden und einsehbar. Teambesprechungen sind regelmäßiger Bestandteil der Versorgung Sterbender.

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) - - - - -		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schaffung eines speziellen Bereiches für die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen 2. Sterben in Krankenhäusern wird offensiv diskutiert und als Bestandteil der Unternehmenskultur angesehen. 3. An- oder Zugehörige können auch nach dem Tod des Angehörigen die Station aufsuchen. 	Einrichtung eines segregativen Bereichs für die Versorgung Sterbender Integration von Sterben in die Unternehmens-/Sicherheitskultur
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Mitarbeiter sind in der Lage, den palliativen Prozess zu steuern. Sie müssen nicht mehr auf jede unvorhergesehene Situation reagieren, sondern können vorausschauend agieren. 2. Die Mitarbeiter benötigen den Rückhalt der Leitung bezüglich ihrer getroffenen Entscheidungen, die ggf. von standardisierten Verfahrensweisen abweichen. 	Die Steuerungskompetenz des pflegerischen Prozesses durch Pflegefachkräfte bringt Sicherheit für alle Beteiligten. Der Umgang mit Sterbenden ist Anforderung an Leitungspersonen.
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Informationsfluss im Netzwerk ist reibungslos. 2. Auch in den Teambesprechungen fehlende Mitglieder bekommen Informationen in Form von Besprechungsprotokollen. 3. Kurz- und mittelfristige Interventionen werden problemlos umgesetzt. 	Die Teamarbeit im Notfallregime ist im Ablauf sowie in der Kommunikation gefestigt und reibungslos.

Risikofaktor 10: Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigen- integration

Welche Ziele bestehen? Ziel ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte, beratene, geschulte und in die Entscheidungen einbezogene oder am Willen des Patienten und Expertise der Helfer orientierte Angehörige Verlegungen auf den Weg bringen.
Ziel ist es, Angehörige (Care-Giver, rechtliche Vertreter) deren Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechend bestmöglich d. h. aktiv zu integrieren.

Fallbeispiel Herr G., 87 J., nach Reanimation auf Normalstation bei Kammerflimmern und hypoxischem Schaden, keine Kontaktaufnahme, Hintergrund Lungenentzündung, wird entgegen den Rat des Arztes und des Teams auf massiven Wunsch der Schwiegertochter auf die Intensivstation verlegt („Ihr könnt ihn nicht sterben lassen“).

Schlüsselbegriffe Angst der Angehörigen, nicht präsente Angehörige, Angehörigenintegration, Schulung, Edukation

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll) Grundsätze Palliativversorgung S. 32-37, Kommunikation mit Angehörigen S. 141-144, Versorgungsstrukturen S. 174-175, Angehörige S. 223-226

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erstellung eines aktuellen Status zur Situation (Anzahl Angehörige/gesetzliche Betreuer, Besuchsverhalten, Verfügungen, Krisen/Konflikte, Schulungen etc.) 2. Klärung der Rolle des Angehörigen im Sterbeprozess bzw. der Situation auf den Stationen 3. Kontaktaufnahme mit relevanten internen und externen Partnern (u. a. Palliativexperten im Haus oder in anderen Häusern, Freiwilligen, Hausärzten, Kooperationspartnern) 4. Auftrag der Unternehmensleitung zur Erstellung eines Standards zum Umgang mit Angehörigen von Sterbenden 	<p>Verschaffen eines qualifizierten Überblicks über Personal, Organisation und Informationsabläufe</p> <p>Aufbau einer Struktur für den Umgang mit Angehörigen von Sterbenden</p> <p>Leitfaden/Standard entwickeln</p> <p>Best-Practice-Lösungen identifizieren und Transfer herstellen</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Berufsgruppen sind konfrontiert und kooperieren? Diese Beteiligten des therapeutischen Teams benennen. 2. Falls keine Palliativstation vorhanden: Identifizieren der „besten Station“ bzw. der mit diesen verbundenen modellhaft arbeitenden Mitarbeitern 3. Versuch der Herstellung eines kurzfristigen Transfers der 3 wichtigsten dort bzw. auf der Palliativstation geübten Praxen, Modelle, Lösungen für die anderen Stationen durch Unterstützung der Kompetenzträger 4. Informieren von Personal und Führungskräften 	Mitarbeiter identifizieren und früh einbinden
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prüfung des aktuellen Informationsverhaltens des Hauses/der Station (a) bzw. Kontaktaufnahme von Angehörigen/Care Givern in Krisensituationen (b) 2. Bestehendes Informationsmaterial prüfen und ergänzen 3. Auch hier: Wie sieht die beste Informationskette im Haus aus (welche Medien, welche Inhalte, welche Akteure etc.)? 4. Probelauf: Telefonhotline für Angehörige 5. Meeting zum Thema mit allen Stationen 6. Schulungsangebote vorstellen und platzieren 	Identifizieren einer gültigen Informations-(Alarm-)Kette bzw. bestmöglicher Abläufe

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transfersgeschehen gezielt ausbauen 2. Standards, SOPs und andere QM-Tools (Zirkelarbeit u. Ä.) für die Verlegungsthematik nutzen 3. Angehörigenintegration in der Sterbephase auch in der Managementebene/Trägergesellschaft zum Gegenstand machen (Leitbild, normatives Modell) 4. Patientenverfügungen zum kontinuierlichen Ziel bereits in der Aufnahmesituation/Anamnese 5. Erstes Treffen mit Betroffenen 	<p>Bestehende Systeme/Tools besser verwenden</p> <p>Ergänzende Systeme/Werkzeuge implementieren</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansprechpartner auf den Stationen identifizieren und zusammenführen 2. Schulungs- und Beratungsprogramm mit Stationen (d. h. Mitarbeitern s. o.) erarbeiten 3. Schulungs- und Informationsmaterial für die Angehörigen für den speziellen Zweck (Begleitung letzte Lebensphase) ausarbeiten und gezielt an Angehörige führen 4. Sterbeberater bzw. -beratung qualifizieren 	<p>Zuständigkeiten klären und Befähigungen gezielt weiterentwickeln</p> <p>Wünsche und Vorsorge von Patienten sind erfasst.</p> <p>Die Themen sind transparent.</p> <p>Die Ablauforganisation ist gefestigt.</p>
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. AACP-System bekannt machen, Angehörige aktiv in diesen Prozess einbeziehen (etwa auch über Beirat u. Ä.) 2. Informationskette für Krisenfälle identifizieren bzw. so gestalten, dass Deeskalation der Regelfall ist 	<p>Grundsätzliche Verfahren (auch aufgrund gesetzlicher Vorgaben) ausgestalten</p> <p>„Krisensituationen“ erkennen und beherrschen lernen</p>

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regelmäßige Angehörigenprechstunden 2. Verankerung des Themas in Krankenhausleitbild 3. Thema ist Teil des systematischen QM des Krankenhauses. 4. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess durch QM 5. Verstetigung des Themas in Gremien (Ethikbeirat) 6. ACP ist eingeführt. 7. Gültige Patientenverfügungen sind Regelfall. 	<p>Organisatorische Verstetigung durch kontinuierliche Verbesserung</p> <p>Einbindung in QM</p>
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. (Selektives) Schulungskonzept für Mitarbeiter 2. (Selektives) Schulungs- und Beratungskonzept für Angehörige/Betroffene 3. Regelmäßige Abstimmung mit Kooperationspartnern 4. Pflichtfortbildungen werden vom Personal sehr gerne angenommen und motivieren zur Umsetzung. 5. Das Personal hat sehr gute Grundlagen in Auskunft und Beratung. 6. Das Personal hat guten Umgang mit schwierigen Angehörigen sowie gutes Situationsverständnis in herausfordernden Situationen. 7. Das Personal kann gut mit Stress umgehen und hat ein gutes Selbstpflegemanagement. 	Verstetigung der Befähigung Gut geschultes, motiviertes und freundliches Personal in allen Versorgungssituationen
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Informations- und Benachrichtungssystem für „Krisenfälle“ bzw. die Sterbephase wird auf den Stationen verwendet. Informationsunterlagen liegen schriftlich und auch auf der Website der Einrichtung vor. 2. Es existieren Kooperationspartner, welche über die Angehörigenarbeit der Einrichtung berichten. 	<p>Allgemeine und individuelle (fallbezogene) Informations- und Edukationsverfahren dienen der Verstetigung.</p> <p>Positive Kommunikation gibt Transparenz der Einrichtungsarbeit in der Öffentlichkeit.</p>

Risikofaktor 11: Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä.

Welche Ziele bestehen?

Ziel ist es, Verlegungen zu verhindern, welche nicht dem Willen des Patienten entsprechen (a), aufgrund unzureichender Anamnese (b) oder fehlender Patientenverfügungen (c) zustande kommen.

Ziel ist es, einen möglichst hohen Anteil (über 90 %) von Patienten zu versorgen, die eine Patientenverfügung (PV) oder ein Testament besitzen (a), hierfür die Anamnese bestmöglich einzusetzen und (b) das ACP im Haus umzusetzen (c).

Fallbeispiel

Frau M., 85 J., seit Jahren an einer Leukämie erkrankt, ist seit Tagen bettlägerig und seit dieser Zeit auch zusehend desorientiert und somnolent. Sie hat ein vor Jahren gezeichnetes Patiententestament. Es sind keine Angehörigen in der Nähe verfügbar. Die einzige Tochter lebt im Ausland und kümmert sich kaum um ihre Mutter. Der Willen von Frau M. kann nicht mehr klar erfragt werden. Eine junge Ärztin verlegt die Patientin von der Normal- auf die Intensivstation.

Schlüsselbegriffe

Patientenwillen, fehlende oder unvollständige Verfügung, Anamnese, Aufnahme, ACP-Verfahren, Aufklärung, Unsicherheit, Regress, Haftung, unterlassene Hilfeleistung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)

Kommunikation S. 132-144, Patiententestament, Willen S. 179-183, Anamnese und ACP S. 144

Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auftrag von GF zur Entwicklung einer Leitlinie (LL) und Hausregel „Verlegung Sterbender“ bei Beachtung PV und Indikation (a), falls keine PV-Indikation und mutmaßlicher Wille (b) an z. B. Klinisches Ethikkomitee (KEK) oder Projektgruppe 2. Genehmigung GF und Implementierung QM 3. Qualitätszirkelarbeit wird zur Begleitung der Einführung und der Evaluation erhoben. 4. Ablaufanalyse durch alle Beteiligten, um Abläufe transparent zu machen, z. B. durch die 3-tägige Ablaufanalyse 5. Die Pflegeorganisation bekommt Klarheit und Zuverlässigkeit, nimmt Stress. 	Strukturelle Verankerung der Verlegepraxis Sterbender durch LL und Hausregel
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildungsangebote zur Einführung der LL und Hausregel 2. Infos an Personal, z. B. Ärzterrunden, Stationsleitungskonferenzen, Sozialdienst 3. Qualitätszirkelarbeit auf freiwilliger Basis, personelle Zusammensetzung aus allen mitwirkenden Ebenen 4. Das Personal bekommt Unterweisung in der Ablaufanalyse. 5. Das Personal erhält Kompetenzen zur Selbstorganisation. 	Multiplikatoren zur Bekanntmachung der LL und Hausregel
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infos über LL und Hausregel in Kommunikationsmedien der Einrichtung, z. B. Intranet, Ethikordner, Standards 2. Zur Verankerung der Hausregel Pathway zur Eruerung des Patientenwillens und Dokumentation in Patientenakte, Pflegebogen etc. 3. ACP-Entwicklung im Behandlungsteam, z. B. Beratung über Angebote der Versorgung in letzter Lebensphase in Form von Versorgungsmappen o. Ä. 4. Die Qualitätszirkelarbeit sowie die Ablaufanalysen sind dem Personal bekannt. 5. Die Angehörigen bekommen regelmäßig Informationen über die Weiterentwicklung und sind somit Kommunikationsinstrument zur Umwelt. Das Beschwerdemanagement erhält wieder mehr Bedeutung. 	Standards für Behandlung und Betreuung Sterbender implementieren. Schaffung entsprechender Kommunikationsstrukturen.

Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. LL und Hausregel sind im QM-Handbuch oder in vergleichbaren verbindlichen Medien dokumentiert. 2. Überprüfung der Realisierung von LL und Hausregel durch z. B. KEK oder „Projektgruppe“ etc., z. B. pro- und retrospektive Fallbesprechungen 3. Qualitätszirkelarbeit 4. Erste Analysen stehen zur Verfügung. 5. Pflegeorganisation 	Die Ausrichtung der Einrichtung in Fragen der Verlegung Sterbender ist allen bekannt.
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Das gesamte Personal hat an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema teilgenommen. 2. ACP im Behandlungs- und Pflegeteam unter Einbezug des Sozialdienstes und anderer Dienste, formal kommuniziert z. B. in „Kitteltaschenpocket“ 3. Qualitätszirkelarbeit mit ausreichender personeller Besetzung 4. Das Personal erkennt Problemstellungen und evaluiert Situationen in Eigenregie. 	Das Personal kennt die Vorgehensweise zum Umgang mit der Verlegung Sterbender. Dokumentation von Beratung Dritter, z. B. Angehöriger, Betreuer etc.
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informationen über den Umgang mit der Verlegung Sterbender sind abrufbar, z. B. in QM-Handbuch, Leitlinien des KEK, Pathways etc. 2. Informationen und Beratung über Betreuungsangebote in der letzten Lebensphase sind verfügbar, z. B. Flyer etc. 3. Die Qualitätszirkelarbeit ist transparent. 4. Die Angehörigen bekommen einen Ansprechpartner/Beauftragten. 	Vorgehensweisen zur Beratung und Beachtung des Willens Sterbender bzw. der Versorgung in der letzten Lebensphase sind implementiert.

Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) — — — — —		Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	<ol style="list-style-type: none"> 1. LL und Hausregel sind implementiert und Bestandteil von Einarbeitungskonzepten. 2. Die Qualitätszirkelarbeit ist flüssig. 3. Ablaufanalysen erfolgen regelmäßig. 4. Die Pflegeorganisation ist zuverlässig. 	Die Beachtung des Patientenwillens und die Indikation bei der Verlegung Sterbender sind normiert.
Personell/personal-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Standards des Umgangs mit der Verlegung Sterbender sind bekannt und werden selbstverständlich beachtet. 2. Die Weitergabe der Standards ist Bestandteil von Einarbeitungskonzepten, z. B. allg. Einführung Pflege, allg. Einführung medizinische Disziplinen, allg. Einführung KEK o. Ä. 3. Der Qualitätszirkel ist fachlich und qualitativ hochwertig. 4. Das Personal hat fachliche Kompetenzen entwickelt. Die Beratungskompetenz wurde erhoben und ist bereit zur Weiterentwicklung. 5. Selbstorganisation innerhalb der Evaluation 	Verankerung und Implementierung als Hausstandard
Informationell/informations-bezogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infos über Standards, LL und Hausregel in allen Informations- und Kommunikationsmedien des Hauses 2. Beratungsangebote für Patienten zur Erstellung eines Versorgungsplans/einer Verfügung etc. sind Bestandteil der Behandlung/Betreuung. 3. Kooperationen mit vorstationären Einrichtungen, Bereichen, Partnern sind vorhanden (z. B. Hausärzten, Pflegedienste, Angehörige und weitere relevante Personen). 4. Beratungsangebote/Informationen für Patienten zur Erstellung eines Versorgungsplans/einer Verfügung sind ein Teil der Öffentlichkeitsarbeit 5. Angehörigenschulungen 	Netzwerk bei der Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase

Literatur und weitere Informationen

Eine die Leitlinie mitbegründende, umfassende Literaturliste ist auf der Website www.avenue-pal.de hinterlegt. Auf dieser Website erhalten Sie auch weitere Informationen zu den Leitlinien, entwickelten Tools, Veröffentlichungen und dem Projekt Avenue-Pal.

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

Michael Haberland (Projektmanagement)

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