
ALLPRAX – Interventionspaket

Übergeordnetes Ziel der Nachwuchsforschergruppe „Allgemeine Ambulante Palliativversorgung in der Hausärztlichen Praxis“ (ALLPRAX) ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung allgemeiner ambulanter Palliativversorgung (AAPV) durch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte. Langfristig sollen die Ergebnisse des Projekts dazu beitragen die AAPV für Patientinnen und Patienten am Lebensende zu verbessern.

In der ersten Projektphase wurden Förderfaktoren und Barrieren für die AAPV mit unterschiedlichen Methoden und Zielgruppen ermittelt. Auf dieser Grundlage wurden in der zweiten Projektphase 120 Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung der AAPV in Hausarztpraxen partizipativ entwickelt. Im Rahmen der dritten Projektphase wurden einige von diesen Interventionsmaßnahmen von Praxisteams ausgewählt und in einer dreimonatigen Interventionsphase im Praxisalltag erprobt. Schließlich wurden die praktisch erprobten und evaluierten Interventionsmaßnahmen bundesweit von Hausärztinnen und Hausärzten konsentiert.

Insgesamt wurden so 26 Empfehlungen in ein finales Interventionspaket zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung der AAPV durch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte aufgenommen. Dieses Interventionspaket stellen wir Ihnen kostenlos zum Download zur Verfügung. Sie können die Materialien für Ihre Praxis nutzen, individuell anpassen und nach Bedarf weiterentwickeln.



QR-Code zum ALLPRAX – Interventionspaket

https://www.mhh.de/fileadmin/mhh/allgemeinmedizin/downloads/weitere_Downloadelemente/AllgMed_ALLPRAX_Interventionspaket.pdf

Wir danken allen Teilnehmenden für Ihre Unterstützung in ALLPRAX!

Übersicht ALLPRAX – Maßnahmen

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht der erprobten und konsentierten Maßnahmen mit Verweis auf die dazu notwendigen Materialien, die sich im Anhang dieser Datei befinden. Die Interventionsmaßnahmen können den fünf Hauptthemen zugeordnet werden:

1. vorausschauende Versorgung von Patientinnen und Patienten,
2. Beratung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen,
3. Organisation in der Hausarztpraxis,
4. Fort- und Weiterbildung sowie
5. Kooperation mit anderen medizinischen Leistungserbringern

I Vorausschauende Versorgung von Patientinnen und Patienten	Anhang
Das Praxisteam führt mit Patient*innen mit allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und deren Angehörigen ein strukturiertes Erst-Assessment durch.	Palliativmedizinisches Basisassessment (siehe Anhang 1)
Das Praxisteam erarbeitet mit Patient*innen mit allgemeiner ambulanter Palliativversorgung einen Notfalldatensatz und hinterlegt diesen in der Praxis und bei den Patient*innen.	Notfallbogen (siehe Anhang 2)
Hausarzt*innen identifizieren mit ihrer persönlichen Erfahrung und unter möglicher Hinzuziehung eines strukturierten Leitfadens (z.B. SPICT – Supportive and palliative care indicators tool) Patient*innen, die von einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung profitieren können.	SPICT-DE™ + Merkblatt (siehe Anhang 3)
Ein ausgefüllter aktueller krisenbogen in Papierform ist bei Palliativpatient*innen zu Hause gut sichtbar hinterlegt (z.B. am Bett).	Palliativkrisenbogen (siehe Anhang 4)
Praxisteams haben Krisenbögen ihrer Palliativpatient*innen in der Praxis hinterlegt.	
II Beratung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen	
Eine Koordinationskraft der Praxis informiert Palliativpatient*innen über die Möglichkeit einer Schweigepflichtentbindung zwischen involvierten Leistungserbringer*innen, was die Kooperation und Kommunikation erleichtert.	Schweigepflichtentbindung (siehe Anhang 5)
Bei allen Patient*innen mit palliativen Bedarfen sind Telefonnummern der von den Patient*innen	

gewünschten Notfallkontakten und Willensvertreter*innen in der Praxis (-software) hinterlegt.	
Hausarzt*innen händigen, unterstützend zu persönlichen Gesprächen, Flyer mit Informationen zur Palliativversorgung an Patient*innen, die von einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung profitieren könnten und ihre Angehörigen aus.	Flyer „Palliativversorgung – Was ist das?“ (siehe Anhang 6) Flyer „Kurse für pflegende Angehörige“ (siehe Anhang 7)
Hausarzt*innen händigen in Ergänzung zu persönlichen Gesprächen, Flyer mit Internetquellen oder Informationen zu Patientenverfügungen und/oder Vorsorgevollmachten an Patient*innen mit einem potenziell palliativen Erkrankungsverlauf aus.	Flyer „Informationen für Ihre gesundheitliche Vorsorgeplanung“ (siehe Anhang 8)
Hausarzt*innen informieren alle Patient*innen und ihre Angehörigen über die Erreichbarkeit des Kassenärztlichen Notdienstes außerhalb regulären Praxis-Öffnungszeiten.	
III Organisation in der Hausarztpraxis	
MFAs füllen die Hausbesuchstasche unmittelbar	
Das Praxisteam koordiniert in gemeinsamen Absprachen die Versorgung von Patient*innen mit allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und kooperiert, wenn möglich/nötig mit Palliativstützpunkten oder Palliativdiensten.	
Ärzt*innen übernehmen die Aktualisierung von Medikamentenplänen für Patient*innen mit allgemeiner ambulanter Palliativversorgung und prüfen regelmäßig die Indikationen.	Medikamentenplan (siehe Anhang 9)
Um mögliche Probleme zwischen verschiedenen Kooperationspartner*innen auszuräumen, können gemeinsame Fortbildungs- und Austauschveranstaltungen angeboten werden.	
Im Bestand von Praxen gibt es für das Team schriftliche Anweisungen und Nachschlagemöglichkeiten für seltene Aufgaben (z.B. Verfahren bei BG-Fällen, Ausfüllen von Reha-Anträgen)	
MFAs erfragen bei der Annahme von Patient*innen in der Praxis deren Anliegen, dokumentieren die Beschwerden und leiten ggf. erste Behandlungsschritte (z.B. Zuteilung in einen spezifischen Raum mit EKG) ein.	
Für MFAs wird, wenn es die Praxisräume ermöglichen, während der Arbeitszeit eine störungsfreie Umgebung zur Dokumentation eingeplant.	

<p>Im Praxisteam finden regelmäßige Teambesprechungen statt.</p>	
<p>Für Aufnahmeanfragen an Hospize oder Palliativstationen verwenden Praxisteams eine standardisierte Fax-Vorlage, die durch individuelle Eintragungen ergänzt werden kann und suchen für komplexere Patient*innen ggf. zusätzlich den persönlichen Kontakt.</p>	
<p>IV Fort- und Weiterbildung</p>	
<p>Hausarzt*innen bieten interne Kurse wie z.B. Hygienestandards aktiv für ihre MFAs an.</p>	
<p>Hausarzt*innen setzen Fortbildungswünsche ihrer MFAs zeitnah um.</p>	
<p>Mitglieder*innen des Praxisteams sollte die Möglichkeit gegeben werden bei Interesse an internen oder externen Kursen über „Palliativversorgung“ und „Kommunikation am Lebensende“ teilzunehmen, indem sie für diese freigestellt werden.</p>	
<p>Mitglieder*innen des Praxisteams sollte die Möglichkeit gegeben werden bei Interesse an internen oder externen Kursen über „Beratung zur Patientenverfügung und gesundheitliche Vorausplanung“ teilzunehmen, indem sie für diese freigestellt werden.</p>	
<p>MFAs begleiten, wenn es die Personalkapazität der Praxis zulässt, Arzt*innen aus Ihren Praxisteams bei Hausbesuchen bei Patient*innen mit allgemeiner ambulanter Palliativversorgung, um bei der weiteren Versorgung mitzuwirken, Arzt*innen bei der Koordination und Versorgung zu entlasten und weitere praktische Erfahrung in der Palliativversorgung zu sammeln.</p>	
<p>V Kooperation mit anderen medizinischen Leistungserbringern</p>	
<p>Wenn es die Personalkapazität ermöglicht, ist es wünschenswert interessierten MFAs die Möglichkeit zu geben, eine kurzzeitige Hospitation bei palliativ-hospizlichen Versorgenden, z.B. für einen Tag im Hospiz oder in der SAPV zu absolvieren.</p>	
<p>Vor einer Vertretungszeit einer Praxis werden z.B. in einer telefonischen ärztlichen Übergabe insbesondere Patient*innen in Palliativsituationen mit zu erwartender Problemlage und besonderem Versorgungsbedarf thematisiert und die entsprechenden Dokumentationen wie z.B. PALMA-Bogen, Patientenverfügung und Notfalldatensatz ausgetauscht sowie bei Bedarf vorab bei den betreffenden Patient*innen hinterlegt.</p>	<p>„P A L M A“ Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen + Merkblatt (siehe Anhang 10)</p>

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Palliativmedizinisches Basisassessment

Anhang 2: Notfallbogen

Anhang 3: SPICT-DE™ + Merkblatt

Anhang 4: Palliativkrisenbogen

Anhang 5: Schweigepflichtentbindung

Anhang 6: Flyer „Palliativversorgung – Was ist das?“

Anhang 7: Flyer „Kurse für pflegende Angehörige“

Anhang 8: Flyer „Kurse für pflegende Angehörige“

Anhang 9: Medikamentenplan

Anhang 10: „P A L M A“ Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen + Merkblatt

Anhang 1 Palliativmedizinisches Basisassessment

Datum:

Name des/der Patient/in:

Palliativmedizinisches Basisassessment

Hauptdiagnose:

Bisherige Therapien:

Weitere Diagnosen:

Aufklärung über Grunderkrankung:	Patient/in: <input type="checkbox"/> aufgeklärt <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> unklar Angehörige/r: <input type="checkbox"/> aufgeklärt <input type="checkbox"/> nicht aufgeklärt <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> unklar
	<input type="checkbox"/> 0 Normale Aktivität <input type="checkbox"/> 1 Gehfähig, leichte Aktivität möglich <input type="checkbox"/> 2 Selbstversorgung, kann >50% der Wachzeit aufstehen <input type="checkbox"/> 3 Begrenzte Selbstversorgung, >50% der Wachzeit bettlägerig <input type="checkbox"/> 4 Pflegebedürftig, permanent bettlägerig
Barthel-Index:	<input type="text"/> Punkte

Medikation bis heute		Medikamente
<input type="checkbox"/> Nichtopioide	<input type="checkbox"/> Sedativa / Anxiolytika	
<input type="checkbox"/> Opioide WHO-Stufe 2	<input type="checkbox"/> Magenschutz	
<input type="checkbox"/> Opioide WHO-Stufe 3	<input type="checkbox"/> Laxanzien	
<input type="checkbox"/> Koanalgetika	<input type="checkbox"/> Antibiotika	
<input type="checkbox"/> Kortikosteroide	<input type="checkbox"/> Diuretika	
<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Kardiaka / Antihypertensiva	
<input type="checkbox"/> Antiemetika	<input type="checkbox"/> Sonstige:	
<input type="checkbox"/> Neuroleptika		

Symptome und Symptomintensitäten				
Schmerzen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Übelkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Erbrechen	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Luftnot	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Belastender Husten	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Verstopfung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Durchfall	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Schwäche	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Appetitmangel	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Pflegeprobleme wegen Wunden/Dekubitus	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Hilfebedarfe bei Aktivitäten des tägl. Lebens	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Depressivität	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Angst	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Anspannung	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Desorientiertheit, Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
Sonstige:	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark
	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark

Patientenbezogene Daten

Wohnsituation:	<input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> mit Angehörigen
	<input type="checkbox"/> im Pflegeheim	<input type="checkbox"/> sonstige: _____
Angehörige:		
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> Grad _____	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Antrag auf Hochstufung
	<input type="checkbox"/> Beantragung soll erfolgen durch/mit: _____	
Vorsorge:	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht
	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> nicht mehr aktuell
Ambulante Betreuung:	<input type="checkbox"/> Pflegedienst: _____	
	<input type="checkbox"/> SAPV-Team: _____	
	<input type="checkbox"/> Hospizgruppe Leine-Bergland	
	<input type="checkbox"/> Ehrenamt	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Rechtliche Betreuung:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> vorhanden, folgende: _____	
Zuzahlungsbefreiung:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> vorhanden, bei Apotheke: _____	

Behandlungsplan

Hauptprobleme:

Weitere Probleme:

Behandlungsziele:

Maßnahmen

Symptomkontrolle:			
Psychotherapie:			
Physiotherapie:			
Sozialdienst:			
Pflegedienst:	<input type="checkbox"/> aktivierend	<input type="checkbox"/> begleitend	<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung
	<input type="checkbox"/> Wundbehandlung	<input type="checkbox"/> Versorgung von Katheter	
	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
Ernährung:	<input type="checkbox"/> enteral	<input type="checkbox"/> parenteral	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung
	<input type="checkbox"/> Astronautennahrung	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	
Sonstiges:			

Name/Unterschrift

Anhang 2 Notfallbogen




Medizinische Hochschule
Hannover

Was tun im Notfall?

Ein Notfallplan auf Basis der Selbstbestimmung für Patienten, die zuhause in einer Palliativsituation versorgt werden

Name, Vorname (Patient/in)

(Geburtsdatum)

(Adresse)

(Wesentliche Diagnosen/Grundkrankheit)

Das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäußerten Willen des/der Patient/in

Das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung

Das vorliegende Dokument entspricht dem mutmaßlichen Patientenwillen

Der/Die Patient/in befindet sich in einer Palliativ-situation

Name, Vorname (Ansprechpartner/in)

Angehörige/r / Bevollmächtigte/r / Betreuer/in
(Telefonnummer)

Hausarzt/Hausärztin (Telefonnummer)

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Vorsorgevollmacht vorhanden? ja nein

Betreuung vorhanden? ja nein

Folgendes Vorgehen wurde vereinbart:

Reanimation (Wiederbelebung)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Intubation und apparative Beatmung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Transfusionsbehandlung (Blutgabe)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einweisung in ein Krankenhaus nur im Rahmen eines Unfallgeschehens
Spezialdiagnostik + Antibiotikagabe bei Fieber	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Symptomkontrolle soll vorrangig in der Pflegeeinrichtung/zu Hause erfolgen, nur bei Erfolglosigkeit soll eine Einweisung in ein Krankenhaus zur Palliativversorgung erfolgen
PEG bei Schluckstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bei Bedarf soll der kassenärztliche Notdienst oder der Notarzt hinzugezogen werden. Diese sollen unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten handeln
Tägliche Kontrolle der Flüssigkeitseinfuhr und -ausfuhr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Der/Die Patient/in darf bei der nächsten lebensbedrohlichen Verschlechterung versterben

(Bemerkungen)

Ort, Datum, Unterschrift Patient/in Ort, Datum, Unterschrift Bevollmächtigte/r / Betreuer/in Ort, Datum, Unterschrift (Haus-)Arzt/Ärztin Ort, Datum, Unterschrift Pflegefachpersonal

Was tun im Notfall?

Name, Vorname
(Patient/in)

(Geburtsdatum)

Bedarfsmedikation (Medikament, Dosierung, Applikation)

Schmerzen:

Atemnot:

Unruhe/Angst:

Erregungszustand:

Fieber:

Krampfanfall:

Sonstiges:

Ort, Datum, Unterschrift Hausarzt/Hausärztin

Ort, Datum, Unterschrift Stationsarzt/Stationsärztin

Anhang 3 SPIC-T-DE™ + Merkblatt



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPIC-T™)

SPIC-T-DE™ ist ein Leitfaden zur Identifikation von Patienten, die von einer Palliativversorgung profitieren können, und bei denen ein palliatives Basisassessment sowie eine palliative Versorgungsplanung angezeigt sind.

Allgemeine Indikatoren, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten können:

- (Mehrfache) ungeplante Krankenhauseinweisungen.
- Reduzierter Allgemeinzustand oder zunehmende Verschlechterung; Verbesserung ist unwahrscheinlich (z.B. Patient verbringt mehr als den halben Tag liegend oder sitzend).
- Patient ist aufgrund körperlicher und/oder seelischer Beeinträchtigungen im Alltag auf Unterstützung angewiesen.
- Pflegende Angehörige benötigen (zusätzliche) Unterstützung/Entlastung.
- Progredienter Gewichtsverlust; persistierendes Untergewicht; geringe Muskelmasse.
- Anhaltende belastende Symptome trotz optimaler Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung(en).
- Patient/Angehörige signalisieren den Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung/Therapiezieländerung.

Spezifische Indikatoren, wenn Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium vorliegen:

Krebserkrankung	Kardiovaskuläre Erkrankung	Nierenerkrankung
Progredienz mit zunehmender Symptomlast und funktionalen Einschränkungen.	Herzinsuffizienz oder ausgeprägte koronare Herzerkrankung mit Atemnot oder Thoraxschmerz in Ruhe oder bei geringer Belastung.	Chronische Niereninsuffizienz mit deutlicher AZ-Verschlechterung.
Patient ist zu schwach für eine Tumorthherapie bzw. primäres Ziel ist die Symptomkontrolle.	Schwere, inoperable periphere Gefäßerkrankung.	Niereninsuffizienz als komplizierender Faktor anderer Erkrankungen/Behandlungen.
Demenz/Gebrechlichkeit	Atemwegserkrankung	Beendigung oder Verzicht auf Einleitung einer Dialyse wird erwogen.
Multiple Beeinträchtigungen, z.B.:	Fortgeschrittene chronische Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe/bei geringer körperlicher Belastung.	Lebererkrankung
Hilfe beim Anziehen, Gehen oder Essen erforderlich.	Benötigt Sauerstofftherapie aufgrund anhaltender Hypoxämie.	Leberzirrhose mit Komplikationen in den letzten 12 Monaten, z.B.:
Essen und Trinken vermindert; zunehmende Schluckstörungen.	Zustand nach Lungenversagen; (erneute) Beatmung ist nicht erfolgversprechend.	• Diuretikum-resistenter Aszites
Harn- und Stuhlinkontinenz.	Andere lebenslimitierende Erkrankungen	• hepatische Enzephalopathie
Verbale Kommunikation und/oder soziale Interaktion kaum möglich.	AZ-Verschlechterung aufgrund anderer nicht reversibler Gesundheitsprobleme, bei denen eine kurative Therapie wenig erfolgversprechend ist.	• hepatorenales Syndrom
Wiederholte Sturzereignisse; Fremurfraktur.	Mögliche Maßnahmen und nächste Schritte:	• bakterielle Peritonitis
Wiederholte fieberhafte Episoden bzw. Infekte; Aspirationspneumonie(n).	• Überprüfung der medikamentösen/nicht-medikamentösen Therapie zur Versorgungsoptimierung und Vermeidung von Polypharmazie.	• rezidivierende Ösophagusvarizenblutungen
Neurologische Erkrankung	• Überprüfung, ob ein palliatives Konsil/eine spezialisierte Palliativversorgung angezeigt ist, z.B. bei schwer kontrollierbaren Symptomen, komplexen Versorgungsproblemen.	Lebertransplantation nicht angezeigt bzw. nicht erfolgversprechend.
Progredienz mit zunehmenden körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen trotz optimaler Therapie, z.B.:	• Klärung der Therapieziele/Versorgungsplanung mit dem Patienten und der Familie	
Zunehmende Sprachstörungen und eingeschränkte soziale Interaktion.	• Klärung von Unterstützungsbedarf/Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige.	
Zunehmende Schluckstörungen, Aspirationspneumonien; Atemnot und/oder Lungenversagen.	• Frühzeitige Einleitung einer vorausschauenden Versorgungsplanung bei erhöhtem Risiko des Verlusts der Entscheidungskompetenz.	
Anhaltende Lähmungen nach Schlaganfall mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit/Behinderung.	• Dokumentation, Kommunikation und Koordination des Versorgungsplans.	

Bitte melden Sie sich auf der SPIC-T Website für Informationen und Updates an (www.spic-t.org.uk)

SPIC-T-DE™, A 2019

Warum sollte SPICT-DE™ genutzt werden?

SPICT-DE™ unterstützt die Identifikation von Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen, bei denen sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustands abzeichnet und für die ein weitergehendes (palliatives) Assessment sowie eine vorausschauende Versorgungsplanung angezeigt sein können.

Der individuelle Krankheitsverlauf ist oft nicht absehbar. SPICT-DE™ ermöglicht keine Prognoseabschätzung. Die frühzeitige Identifikation von Patienten mit progredienten Erkrankungen, die von einer palliativen Versorgung profitieren können, kann die Versorgungs- und Lebensqualität der Betroffenen verbessern.

Einsatz von SPICT-DE™ zur Einschätzung der Bedürfnisse und Versorgungsplanung

- Nach einer **ungeplanten Krankenhauseinweisung** oder bei **Verschlechterung des Gesundheitszustandes**: Überprüfung der aktuellen Versorgungssituation, Therapie und Medikation, Klärung der Therapieziele, Einleitung von Gesprächen zur vorausschauenden Versorgungsplanung.
- Bei Patienten mit **unzureichender Schmerz- und Symptomkontrolle**: Überprüfung und Optimierung der Behandlung der Grunderkrankung, Überprüfung und Absetzen von Medikamenten ohne patientenrelevanten Nutzen, Einleitung von Maßnahmen für eine effektive Schmerz- und Symptomkontrolle.
- Identifikation von Patienten, die aufgrund von Funktionseinschränkungen, allgemeiner Gebrechlichkeit und/oder psychischen Problemen **zunehmend auf Hilfe im Alltag angewiesen** sind.
- Identifikation von Patienten, die eine **proaktive koordinierte Versorgung** durch das hausärztliche Praxisteam und ambulante Gesundheits- und Pflegedienste benötigen.
- Identifikation von Patienten (und Angehörigen) mit **komplexen Problemen** und Klärung der Notwendigkeit für spezialisierte ambulante Palliativversorgung oder die Einbindung anderer Spezialisten bzw. Dienste.
- Prüfung der **Entscheidungskompetenz der Patienten**, Klärung der Verfügbarkeit und Einbeziehung nahestehender Angehöriger bzw. der in einer Vorsorgevollmacht benannten Person, wenn die Entscheidungskompetenz des Patienten beeinträchtigt ist.
- Vereinbarung, Dokumentation und Kommunikation einer **vorausschauenden Versorgungsplanung**, einschließlich eines Behandlungsplans für Krisen- und Notfallsituationen und für den Fall, dass sich der Gesundheitszustand (oder die häusliche Versorgung) rasch und unerwartet verschlechtert.

Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung

Hilfreiche Fragen

- Was wissen Sie über Ihre gesundheitlichen Beschwerden und die mögliche weitere Entwicklung?
- Was ist Ihnen wichtig? Worüber machen Sie sich Sorgen? Was könnte Ihnen helfen?
- Wer sollte vorrangig benachrichtigt werden und wie dringend, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verschlechtern würde?

Einleitung von Gesprächen über

- Nutzen von Krankenhausaufnahmen und Behandlungsmaßnahme, wie z.B. i.v. Antibiotikagaben, chirurgische Eingriffe, Interventionen bei Schlaganfall, Gefäß- oder Herzerkrankungen, Sonden- oder parenterale Ernährung, künstliche Beatmung
- Behandlungsmaßnahmen, die keinen Nutzen versprechen oder die die Prognose nicht verbessern (z.B. kardiopulmonale Reanimationsmaßnahmen)
- Erstellung einer Vorsorgevollmacht für den Fall einer eingeschränkten Entscheidungskompetenz (in der Zukunft)
- Hilfe und Unterstützung für (betreuende) Angehörige

Tipps zur Einleitung von Gesprächen über die Verschlechterung der Gesundheit

- **Ich wünsche** es gäbe eine Behandlung für ..., aber können wir darüber sprechen, was wir für Sie tun sollen, falls eine Behandlung nicht möglich sein sollte?
- Ich bin froh, dass es Ihnen besser geht und **hoffe**, dass es so bleibt; **ich befürchte jedoch**, dass es sich wieder verschlechtern könnte.
- **Können wir darüber sprechen**, wie wir mit dem nicht absehbaren Verlauf Ihrer Erkrankung umgehen wollen?
- **Falls** es Ihnen einmal schlechter gehen sollte, was wäre dann wichtig für uns zu bedenken?
- Statt einer Einweisung ins Krankenhaus möchten **manche Patienten** lieber über die **Möglichkeiten einer häuslichen Versorgung** sprechen.

Anhang 4 Palliativkrisenbogen




Palliativkrisenbogen

Name: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____	Telefon: _____
Nächste/r Angehörige/r: _____	Betreuer/in: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Telefon: _____	Telefon: _____

<input type="checkbox"/> Pflegedienst	Station: _____	
	Mobil: _____	
<input type="checkbox"/> Palliativteam	Mobil: _____	
<input type="checkbox"/> Hausarzt/Hausärztin	Praxis: _____	
	Mobil: _____	
<input type="checkbox"/> Kassenärztlicher Notdienst	116 117	
<input type="checkbox"/> Notarzt/Notärztin	112	
<input type="checkbox"/> Seelsorge	_____	
<input type="checkbox"/>	_____	

Diagnosen:

Patientenverfügung Ja Nein Datum: _____

Reanimation Ja Nein

Krankenhauseinweisung Ja Nein

Letzter stationärer Aufenthalt: _____

Unterschrift Patient/in
Unterschrift Arzt/Ärztin
Datum

Aufklärung über Diagnose/Prognose

Patient/in: Ja Nein

Angehörige/r: Ja Nein

Betreuer/in: Ja Nein

Aktuelle Probleme:

Schmerzen Luftnot Obstipation **Ernährung:** enteral parenteral
 Übelkeit Unruhe Verschleimung **Allgemeinbefinden:** mobil bettlägerig
 Schwäche Schlafstörung
 Sonstiges _____ Gewicht (kg) _____

Anhang 5 Schweigepflichtentbindung

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Erklärt von/für (Patient/in)

(Vor- und Nachname)

(Anschrift)

(Geburtsdatum)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e behandelnde/r Hausarzt/Hausärztin Behandlungsdaten und Befunde von mir bei allen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern einholt.

Dafür entbinde ich alle an der Behandlung Beteiligten von ihrer (ärztlichen) Schweigepflicht.

Mein/e Hausarzt/Hausärztin darf alle mich betreffenden Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann. Ohne Widerruf ist diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht für ein Jahr gültig.

Behandelnde/r
Hausarzt/Hausärztin:

Praxisname, Anschrift, Tel. Nr./Praxisstempel

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Betreuer/in

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Erklärt von/für (Patient/in)

(Vor- und Nachname)

(Anschrift)

(Geburtsdatum)

Hiermit entbinde ich bzw. mein/e Betreuer/in folgende Behandler/innen und/oder Einrichtungen von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Die vorliegende Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht gilt gegenüber meinem/meiner behandelnden Hausarzt/Hausärztin:

Praxisname, Anschrift, Tel. Nr./Praxisstempel

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e behandelnde/r Hausarzt/Hausärztin Behandlungsdaten und Befunde einholt.

Mein/e Hausarzt/Hausärztin darf alle mich betreffenden Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann. Ohne Widerruf ist diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht für ein Jahr gültig.

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Betreuer/in

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Erklärt von/für (Patient/in)

(Vor- und Nachname)

(Anschrift)

(Geburtsdatum)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e behandelnde/r Hausarzt/Hausärztin Behandlungsdaten und Befunde von mir bei allen an der Behandlung beteiligten Einrichtungen, Institutionen und Versorgern einholt.

Dafür entbinde ich alle an der Behandlung Beteiligten von ihrer (ärztlichen) Schweigepflicht.

Mein/e Hausarzt/Hausärztin darf die mich betreffenden Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann. Ohne Widerruf ist diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht für ein Jahr gültig.

Von der Schweigepflichtsentbindung sind folgende Personen ausgenommen:

Eine Schweigepflichtsentbindung wird nicht erwünscht

Behandelnde/r Hausarzt/Hausärztin:

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Betreuer/in

Verschickt am:

Anhang 6 Flyer „Palliativversorgung – Was ist das?“

Hilfreiche Adressen und Kontakte

**ampa - Palliative Care Team Region
Hannover PCT Region Hannover**
Hohenzollernstraße 22, 30161 Hannover
Tel.: 0511- 89 84 57 57
Fax: 0511- 89 84 57 77
Mobil: 0171 77 451 57
E-Mail: info@ampa-hannover.de

**Ambulanter Palliativ- und
Hospizdienst der Diakoniestationen
Hannover**
Sallstraße 57, 30171 Hannover
Tel.: 0511 - 909 27 7700
Fax: 0511 - 909 27 7799
E-Mail: info@aphd.de

**Palliativdienst der
DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH**
Calenberger Straße 40, 30169 Hannover
Tel.: 0511-166 0160
Fax: 0511-166 0127
E-Mail: palliativdienst.dpf@diakovere.de

**Ambulanter Palliativdienst des Hospiz
Luise**
Brakestraße 2, 30559 Hannover
Tel.: 0511-524 87 630
Fax: 0511-524 87 631
E-Mail: apd@hospiz-luise

**Wegweiser für Angebote der Hospiz-
und Palliativversorgung im Internet**
Verfügbar unter: <https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>

Stand 14.01.2021

Palliativversorgung – Was ist das?

Informationen für Patient*innen und Angehörige

Liebe Patientin, Lieber Patient, Liebe Angehörige,

Im Verlauf einer fortschreitenden, nicht heilbaren Erkrankung können Betroffene unter belastenden Symptomen wie z. B. Schmerzen, Schwäche, Luftnot oder Appetitmangel leiden.

Neben körperlichen Beschwerden können Betroffene und Angehörige in dieser Zeit auch durch psychische, soziale und spirituelle Probleme wie z. B. Ängste, familiäre oder finanzielle Sorgen belastet sein.

Palliativversorgung setzt genau dort an.

Der Fokus liegt auf einer ganzheitlichen Begleitung von Betroffenen und Angehörigen, um Probleme zu lösen, Leiden zu lindern und somit die Lebensqualität zu fördern.

Sprechen Sie uns jederzeit an, wenn Sie Fragen zur Palliativversorgung haben!

Wir unterstützen Sie gerne.

Ihre Hausarztpraxis

Was ist Palliativversorgung?

Palliativversorgung richtet sich an Patient/innen mit einer begrenzten Lebenserwartung, bei denen eine Heilung ihrer Erkrankung nicht im Vordergrund steht.

Das Ziel ist es, die erkrankten Menschen und ihre Angehörigen dabei zu unterstützen, mit einer möglichst hohen Lebensqualität, selbstbestimmt und ohne Leid zu leben. Dabei umfasst die Palliativversorgung eine angemessene medizinische Betreuung und unterstützt bei allen psychischen, sozialen und spirituellen Anliegen. Die Begleitung von Angehörigen wird als ebenso wichtig erachtet wie die Versorgung der erkrankten Menschen.

Unterstützungsangebote

In der Palliativversorgung gibt es verschiedene Unterstützungsangebote – sowohl im ambulanten Rahmen (zu Hause, Pflegeheim) als auch im stationären Kontext (Krankenhaus, Hospiz).

Viele Patient*innen mit schweren Erkrankungen können durch ihre/n Hausarzt/Hausärztin und andere Versorger wie z. B. Pflegedienste gut unterstützt werden. Reicht dies jedoch nicht aus, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, werden die Angebote der spezialisierten Palliativversorgung eingebunden.

Wichtig ist jedoch immer, dass die Wünsche der Betroffenen bei der Auswahl von Angeboten der Palliativversorgung im Vordergrund stehen.

Was ist SAPV?

SAPV bedeutet „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ und richtet sich an Patient/innen mit komplexen Beschwerden und erhöhtem Versorgungsbedarf, die zu Hause leben. In der SAPV bilden speziell geschulte Palliativmediziner/innen und Palliativ-Pflegekräfte ein Team, um Patient/innen und ihre Angehörigen zu Hause bestmöglich zu unterstützen. Ihr/e Hausarzt/Hausärztin wird Sie während dieser Zeit weiter begleiten, wenn Sie dies wünschen.

Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann durch Ihre/n Hausarzt/Hausärztin oder einen Facharzt/ eine Fachärztin verordnet werden. Die Kostenübernahme hierfür muss bei der Krankenkasse beantragt werden.

Kontaktadressen zu regionalen Angeboten der SAPV finden Sie auf der Rückseite dieses Flyers.

Hospize und Palliativstationen

Hospize sind wohnliche Einrichtungen für Menschen mit einer fortschreitenden, lebensbegrenzenden Erkrankung, wenn eine Versorgung zu Hause nicht mehr sichergestellt werden kann.

Palliativstationen sind hingegen fest in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen integriert.

Die Kosten für diese Formen der Palliativversorgung werden von den Krankenkassen übernommen. Bei einem stationären Aufenthalt erfolgt dies automatisch bei vorliegender Einweisung.

Anhang 7 Flyer „Kurse für pflegende Angehörige“

Beratungsangebote

Pflegestützpunkte in Hannover

Individuelle Pflegeberatung

Ort: Hannover

<https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Soziales/Senioren/Pflege-Betreuung/Senioren-und-Pflegest%C3%BCtzpunkte>

DRK-Sozialstationen Hannover

Individuelle Pflegeberatung

Ort: Diverse Standorte in Hannover

☎ 0511-3671-0

📠 0511-3671-114

<https://www.drk-hannover.de/pflege-und-betreuung/ambulante-pflege/>

Pflegen-und-leben.de

Psychologische Online-Beratung für

pflegende Angehörige

Online-Beratung

<https://www.pflegen-und-leben.de/online-beratung.html>



Kurse für pflegende Angehörige

Informationen für Patient*innen und Angehörige

Liebe Patientin, Lieber Patient, Liebe Angehörige,

wenn Angehörige einen Menschen im häuslichen Umfeld pflegen und versorgen wollen, stehen Sie oftmals vor vielen Fragen und Herausforderungen: *Wie pflege ich richtig? Was muss ich bei der Pflege beachten? Wo erhalte ich Unterstützung und Informationen?*

Gesetzliche und private Pflegekassen bieten kostenlose Kurse und Schulungen für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen an. Hierbei werden nicht nur spezielle Pflegetechniken erlernt, sondern ebenfalls bieten diese Kurse die Möglichkeit, sich mit der neuen Situation bewusst auseinanderzusetzen.

In diesem Flyer finden Sie Informationen zu kostenlosen Pflegekursen und Beratungsangeboten für pflegende Angehörige.

Sprechen Sie uns an, wenn Sie weitere Fragen haben!

Wir unterstützen Sie gerne.

Ihre Hausarztpraxis

Wichtige Informationen

Kursanbieter

Gesetzliche und private Pflegekassen sind nach §45 SGB XI dazu verpflichtet, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anzubieten.

Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Kosten

Es entstehen keinerlei Kosten. Die vollständigen Gebühren für die Pflegekurse tragen die Pflegekassen, bzw. das private Versicherungsunternehmen.

Termine

Pflegekurse werden von Pflegekassen oder anderen lokalen Einrichtungen (z. B. Sozialstationen, Volkshochschulen) angeboten. Fragen Sie dazu bei Ihrer Krankenkasse nach, wann und wo in Ihrer Umgebung der nächste Pflegekurs stattfindet.

Alle Krankenkassen bieten ebenfalls individuelle häusliche Schulungen bei Ihnen zuhause an. Um nähere Informationen zu erhalten, kontaktieren Sie bitte Ihre Krankenkasse.

Kursangebote

AOK Niedersachsen

Kurse: Gesprächskreis für pflegende Angehörige; Basiswissen für Pflegenden und Interessierte

Ort: Hannover

☎ 0511 285-0

☎ 0511 28533 35179

🌐 <https://www.aok.de/pk/niedersachsen/landingpages/pflegekurs/>

Techniker Krankenkasse

Kurs: TK-PflegeCoach

Online-Kurs

☎ 0511- 3018530

🌐 <https://www.tkpflegecoach.de/>

DAK

Kurs: DAK Pflegecoach

Online-Kurs

☎ 040-325 325 555

🌐 <https://www.dak-pflegecoach.de/>

Angehörige pflegen

Kurs: Pflegekurs für die Pflege zu Hause

Online-Kurs

🌐 <https://www.angehoerigepflegen.de/pflegekurs-online/>

Anhang 8 Flyer „Informationen für Ihre gesundheitliche Vorsorgeplanung“

Weitere Informationen

Das „Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz“ hat umfangreiche Erläuterungen und Mustertexte zur Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung erstellt:

- Die Broschüre ‚Betreuungsrecht‘ liefert ausführliche Informationen zur Vorsorgevollmacht und zur Betreuungsverfügung (www.bmjv.de)
- Die Broschüre ‚Patientenverfügung‘ gibt Hilfestellung zur Erstellung einer Patientenverfügung (www.bmjv.de)

Zahlreiche weitere Institutionen stellen Informationen, Beispiele und Vordrucke zur Verfügung:

- Die Ärztekammer Niedersachsen stellt Muster für Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen und Patientenverfügungen bereit (www.aekn.de)
- Die großen Kirchen in Deutschland haben eine ‚Christliche Patientenvorsorge‘ herausgegeben (www.ekd.de; www.dbk.de)
- Der Betreuungsverein Hildesheim berät zu Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen und Patientenverfügungen (www.betreuungsverein-hildesheim.de)

Stand 14.01.2021

Informationen für Ihre gesundheitliche Vorsorgeplanung

Vorsorgevollmacht
Betreuungsverfügung
Patientenverfügung

Liebe Patientin, Lieber Patient, Liebe Angehörige,

jeder kann plötzlich in eine Situation kommen, in der er auf fremde Hilfe angewiesen ist. Eine Krankheit, ein schwererer Unfall oder auch das Nachlassen der geistigen Kräfte im Alter können dazu führen, dass man seine persönlichen Angelegenheiten nicht mehr selbstständig regeln kann.

Damit Ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen auch in schwierigen Lebenslagen berücksichtigt werden, sollten Sie rechtzeitig Ihre gesundheitliche Vorsorge planen. Wir empfehlen Ihnen daher, sich über die Möglichkeiten der

- Vorsorgevollmacht,
- Betreuungsverfügung und
- Patientenverfügung

zu erkundigen und diese ggf. zu erstellen.

Sprechen Sie uns an, wenn Sie weitere Fragen haben!

Wir unterstützen Sie gerne.

Ihre Hausarztpraxis

Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht können Sie eine Vertrauensperson für den Fall Ihrer Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit für bestimmte Bereiche bevollmächtigen, an Ihrer Stelle zu handeln, z. B. für Ihre gesundheitlichen Angelegenheiten.

Als Vertrauensperson eignet sich eine Person, die am besten über Ihre Lebenseinstellungen und Wünsche Auskunft geben kann.

Haben Sie Ihrer Vertrauensperson eine Vorsorgevollmacht erteilt, kann dadurch im Falle Ihrer Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit ein gerichtliches Betreuungsverfahren grundsätzlich vermieden werden.

Betreuungsverfügung

Wenn Sie nicht mehr dazu in der Lage sind, Ihre Angelegenheiten selbst zu regeln und eine Vorsorgevollmacht für einen bestimmten Bereich (z. B. Gesundheit) nicht vorliegt, wird vom Betreuungsgericht ein Betreuer für diesen Bereich bestellt.

Liegt eine Betreuungsverfügung von Ihnen vor, muss das Betreuungsgericht diese grundsätzlich beachten. In der Betreuungsverfügung können Sie eine Person als Betreuer/in vorschlagen sowie Handlungsanweisungen für den/die Betreuer/in festlegen.

Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung können Sie im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen medizinisch behandelt werden möchten, wenn Sie nicht mehr dazu in der Lage sind, Ihren Willen zu äußern.

Dieser schriftlich festgelegte Wille gilt unmittelbar und ist – unabhängig von der Art oder dem Stadium Ihrer Erkrankung – für Ärzte, Pflegekräfte und andere Beteiligte bindend.

Die Patientenverfügung wird mit der Angabe des Ortes, Datums und Ihrer eigenhändigen Unterschrift gültig. Eine kostenpflichtige Beratung oder notarielle Beglaubigung durch eine/n Anwalt/Anwältin oder Notar/Notarin sind nicht erforderlich. Eine Patientenverfügung können Sie jederzeit ändern oder formlos widerrufen.

Um Ihren mutmaßlichen Willen in Situationen, die in einer Patientenverfügung möglicherweise nicht erfasst wurden, besser ermitteln zu können, empfiehlt es sich, auch Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Einstellungen zum eigenen Leben und Sterben und religiöse Anschauungen als Ergänzung und Auslegungshilfe Ihrer Patientenverfügung mitzuteilen.

Ebenso empfehlenswert ist es, eine Patientenverfügung in bestimmten Zeitabständen (z. B. jährlich) zu erneuern oder zu bestätigen. So kann man im eigenen Interesse regelmäßig überprüfen, ob die einmal getroffenen Festlegungen noch gelten oder eventuell abgeändert werden sollen.

Anhang 9 Medikamentenplan

Medikamentenplan

Für: _____ Datum: _____

Dauermedikation

angesetzt Datum	Medikament/Dosis	Anwendung (p.o./s.c./i.v.)	morgens	mittags	nach- mittags	abends	nachts	Wirkung	abgesetzt Datum

Bedarfsmedikation

Indikation	Medikament (Name, Dosis, Anwendung)
Schmerzen	(1/6 der Tagesdosis)
Luftnot	
Übelkeit	
Unruhe/Panik	
Krampfanfall	

Freigabe durch Arzt/Ärztin:

(Name, Unterschrift)

**Anhang 10 „P A L M A“ Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen
+ Merkblatt**

„P A L M A“
Patienten- Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen
- für Patienten in einer palliativen Situation **ergänzend** zur ausführlichen Patientenverfügung -

Für:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

Dieser Bogen ist speziell für die Notfallversorgung von Patienten in einer palliativen Situation konzipiert (dies meint auch eine terminale Pflegesituation am Lebensende) und fasst die ausführliche Patientenverfügung zusammen. Bitte vollständig und nur mit Hilfe eines beratenden Arztes ausfüllen. Pro Rubrik ist nur eine Antwort möglich, bei widersprüchlichen Angaben wird maximal behandelt. Ein vorhandener Bevollmächtigter sollte genannt werden.

A	<p>Gewünschte Behandlung im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes:</p> <p><input type="checkbox"/> Herz-Lungen-Wiederbelebung <input type="checkbox"/> <u>keine</u> Wiederbelebung beginnen</p>								
B	<p>Gewünschte Behandlung in einer lebensbedrohlichen Situation bei vorhandener Herz-Kreislauf-Funktion:</p> <p><input type="checkbox"/> maximale Therapie: volle medizinisch gebotene und mögliche Behandlung inkl. künstlicher Beatmung, Intensivtherapie etc..</p> <p><input type="checkbox"/> begrenzte Therapie (Basistherapie): Notfalltherapie vor Ort und ggf. Krankenhauseinweisung falls nötig, jedoch keine künstliche Beatmung oder Intensivtherapie.</p> <p><input type="checkbox"/> nur lindernde (palliative) Maßnahmen: <u>keine</u> lebenserhaltende Therapie, ausschließlich Beschwerdelinderung und Schmerztherapie, beruhigende Therapie bei Atemnot etc..</p>								
C	<p>Hintergrundinformationen (<u>schwere</u> Vorerkrankungen, persönl. Erfahrungen etc.):</p> <p style="text-align: right;"><small>(ggf. Arztbrief anfügen)</small></p>								
D	<p>Bevollmächtigung in Gesundheitsangelegenheiten:</p> <p>Es besteht eine <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht gem. § 1896/ 2 BGB <input type="checkbox"/> gerichtlich bestellte Betreuung gem. §§ 1896-1904 BGB</p> <p style="text-align: center;"><small>(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon des Bevollmächtigten/ Betreuers)</small></p>								
E	<p>Unterschriften: Arztunterschrift und -stempel bestätigen die erfolgte Beratung. Der Bevollmächtigte/ Betreuer erklärt, die Patientenwünsche und den Inhalt der Verfügung zu kennen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Datum</th> <th style="width: 30%;">Patient</th> <th style="width: 30%;">Beratender Arzt (+Stempel)</th> <th style="width: 25%;">Bevollmächtigter/ Betreuer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Name, Adresse, Telefon des beratenden Arztes:</p>	Datum	Patient	Beratender Arzt (+Stempel)	Bevollmächtigter/ Betreuer				
Datum	Patient	Beratender Arzt (+Stempel)	Bevollmächtigter/ Betreuer						
<p>ggf. erneute Bestätigung (Datum, Unterschrift Patient):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

Version 3.2. © Gerth/ Mohr/ Paul 08/2011

Merkblatt zum „PALMA“- Formular

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei dem vorliegenden Formular handelt es sich um einen speziell für die Notfallsituation entwickelten Zusatz zu einer ausführlichen Patientenverfügung. Eine ausführliche Verfügung muss gleichzeitig bestehen. Eine ärztliche Beratung beim Abfassen ist verpflichtend, daher muss das „PALMA“- Formular von einem Arzt (z.B. dem Hausarzt) gegengezeichnet werden.

Durch dieses kurze, standardisierte Formular soll Ihren Wünschen auch in einer Notfallsituation und trotz Zeitnot Geltung verliehen werden. Ungenauigkeiten in der Formulierung sind durch die Kürze des Textes nicht zu vermeiden, aus nahe liegenden Gründen sollte jedoch auf eine handschriftliche Abänderung des Textes verzichtet werden. Bitte in Druckschrift ausfüllen.

Das „PALMA“- Formular ist nur für die erste Phase einer Notfallbehandlung entwickelt worden und ersetzt daher nicht die ausführliche Verfügung. Eine Behandlung kann hier nur generell, ohne Beachtung der näheren Notfallumstände und individuellen Heilungschancen, abgelehnt werden, da die Prognose in den ersten Stunden meist nicht zuverlässig abschätzbar ist.

- Zu A) Der Verzicht auf Wiederbelebung sollte besonders sorgfältig abgewogen werden. Er sollte im Regelfall nur bei einer weit fortgeschrittenen, tödlichen Erkrankung erfolgen. Durch den Verzicht wird die, wenn auch geringe, Überlebenschance bei einem Herz-Kreislauf- Stillstand möglicherweise vergeblich.
- Zu B) Die Behandlungswünsche können an dieser Stelle nur schematisiert, also vergrößert wiedergegeben werden. Die drei wesentlichen Behandlungsoptionen aus Sicht des Notarztes werden beschrieben. In Einzelfällen können jedoch Situationen auftreten, die so nicht vorausgesehen wurden und in der konkreten Situation entschieden werden müssen. Hierbei kann ein Bevollmächtigter hilfreich sein. Eine gewisse Entscheidungsfreiheit im Notfall muss dennoch auch für den Notarzt bestehen bleiben. Weitere Behandlungsfragen, wie z.B. die künstliche Ernährung sind für die Akutphase unbedeutend und sollten in der ausführlichen Patientenverfügung behandelt werden.
- Zu C) Durch die Angabe von Vorerkrankungen und persönlichen Erfahrungen soll die festgelegte Entscheidung für den Notarzt nachvollziehbar gemacht werden. Der Notarzt muss in einer Notfallsituation, vielfach unter Zeitdruck, entscheiden können. Daher sollten die Lebensumstände und v.a. unheilbare Erkrankungen mit starken Einschränkungen im Alltag deutlich erkennbar sein. Persönliche Erfahrungen mit Tod und Sterben sowie mit Intensivmedizin unterstreichen die Ernsthaftigkeit der Wünsche.
- Zu D) Ein vorhandener Bevollmächtigter/ Betreuer sollte genannt sein, um bei strittigen Entscheidungen helfen zu können. Er sollte daher genaue Kenntnis von den Patientenwünschen haben. Auch er unterschreibt das „PALMA“- Formular und bestätigt so seine Beteiligung.
- Zu E) Die Unterschriften aller Beteiligten sind notwendig. Die Arztunterschrift (+Stempel) bestätigt das erfolgte Beratungsgespräch, hierbei sollen alle Behandlungsmöglichkeiten und ihre Konsequenzen sowie evtl. Unklarheiten ausführlich erläutert werden. Eine erneute Bestätigung, z.B. bei Änderung der Lebensumstände, wird empfohlen. Sie ist aber nicht Bedingung für die Gültigkeit des „PALMA“.

Dieses Formular muss in einer Notfallsituation einfach auffindbar sein, um berücksichtigt zu werden. Eine Verwahrung bei den Ausweispapieren, in der Wohnung in der Nähe des Telefons und besonders in der Bewohnerakte einer Senioreneinrichtung ist sinnvoll. Der Bevollmächtigte sollte ebenfalls über ein Exemplar verfügen. Bei einer Krankenhauseinweisung sollten das „PALMA“- Formular und die ausführliche Patientenverfügung stets mitgeführt und auch besprochen werden.