

Avenue-Pal – Entscheidungshilfen für den Notarzt

Wolfgang M. George

TransMIT Projektbereich für Versorgungsforschung

c/o Technische Hochschule Mittelhessen

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

Ablauf des Projektes



Partner des Projektes



Kontext: Entscheidungshilfen

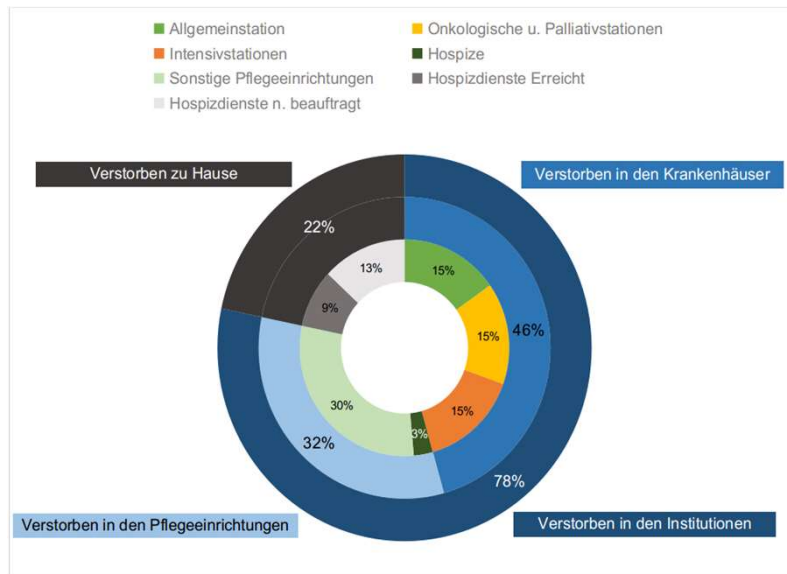
Entscheidungshilfen (EH) sind **Kommunikationswerkzeuge**, welche regelhaft zwischen Verbrauchern (im Gesundheitswesen Patienten) und Experten (im Gesundheitswesen z.B. Mediziner) zur Anwendung gebracht werden.

Regelmäßiges Ziel von EH ist es, bei zu treffenden Entscheidungen (z.B. der Wahl zwischen zwei therapeutischen Angeboten) evidenzbasierte Informationen beider Alternativen bereitzustellen. Hierfür wird häufig auch der Kommunikationsprozess (Ablauf der Gespräche) beschrieben. Als *Decision Aids* werden Sie im *Shared Decision Making (SDM)* Prozess verwendet.

Zusehend gibt es auch Entscheidungshilfen die sich die professionellen Experten adressieren. Auch hier besteht das Ziel zusätzliche, **evidenzbasierte Informationen** strukturiert vorzustellen / zu vermitteln um gültige Entscheidungen vorzubereiten / zu ermöglichen.

z.B. AWMF-Qualitätsinitiative: „**Gemeinsam klug Entscheiden**“

Kontext und Vorarbeiten: Betreuung Sterbender am Lebensende



Tab. 1: Verlegungsmöglichkeiten

Bereich/Sektor	von	nach
innerhalb einer Versorgungseinrichtung	Wohnbereich A Station A	Wohnbereich B Station B
innerhalb eines Versorgungssektors	Krankenhaus A Pflegeeinrichtungen A	Krankenhaus B Pflegeeinrichtungen B
zwischen Versorgungseinrichtungen	Krankenhaus	Pflegeeinrichtung Hospiz
zwischen Versorgungssektoren	Krankenhaus	Häusliche (ambulant) Versorgung

Tab. 2: Verlegungshäufigkeit am eigenen Arbeitsplatz (Prozentwerte)

Verlegungs-häufigkeit	Krankenhaus	Pflegeheim
nie bzw. selten	5,0	6,2
10-30%	73,0	89,7
31-50%	18,0	3,1
> 51%	4,0	1,5

Tab. 3: Verlegungsorte (Prozentwerte)

Verlegung	von Krankenhaus	von Pflegeheim
nach Hause	8,8	82,0
- nie	62,7	18
- selten	27,5	0
in ein Hospiz	10,4	57,7
- nie	20,0	36,5
- selten	39,6	5,8
ins Krankenhaus	47,3	4,6
- nie	31,2	35,4
- selten	21,6	40,0

sein können. Kosten- bzw. ökonomische Gründe, wie sie sich etwa aus dem DRG-Abrechnungssystem [109], dürfen keinesfalls eine Verlegungsbeurteilung darstellen, auch wenn dieses Einflusssystem in diesem Kontext – zuletzt etwa im Positionspapier des Ethikrates 2015 [7] – problematisiert wird. Über die sicheren Bedingungen der Verlegung von Sterbenden in Krankenhäusern und Pflegeheimen, gibt es im deutschsprachigen Raum keine empirischen Studienergebnisse.

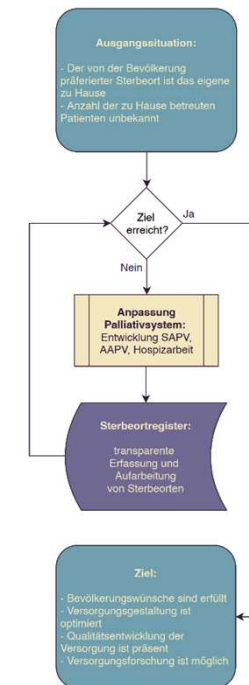
Studienziele
Ziel dieser Studie ist es, zu einer näheren Erfassung von Häufigkeit, Verlegungsgrund und Begründung der Verlegung Sterbender in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu gelangen.

Methode
Mit Hilfe eines schriftlichen und Online-Fragebogens wurden Einstellungsdaten betroffener Mitarbeiter erhoben. Da bisher keine weiteren empirischen Ergebnisse vorliegen, und aufgrund des inhaltlichen Zuschnitts des Fragebogens und

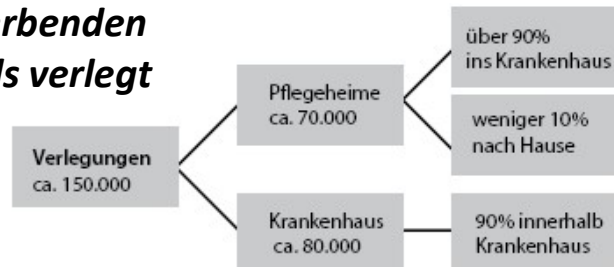
b) 4 Fragen zu Ausmaß, Zielort der Verlegung, Uhrzeit und Weichenstellung (20 inhaltliche Fragen davon 3 offen Items). Angesprochen wurden die mit der praktischen Versorgung Sterbender betrauten Mitarbeiter (Pflegekräfte u. Ärzte beider Einrichtungstypen).

Ansprache der Zielgruppen und Rücklauf
Auf die Studie wurde in den Fachmedien und durch gezielte Ansprache beider Einrichtungstypen – unterschiedlicher GGK-Trägerschaft und Bundesland – aufmerksam gemacht. Die Rücklaufquote der verschiedenen Fragebögen lag bei ca. 10%. 31,40% der Fragebögen waren nicht vollständig ausgefüllt (mehr als 3 fehlende Fragen) und wurden nicht in der statistischen Auswertung berücksichtigt.

Stichprobenbeschreibung
545 Personen haben den Fragebogen I beantwortet. Nach Selektion von Personen mit vornehmlich ausgefüllten Fragebögen und durchgeführter Clusterung gelangten 166 Organisationen – 65 Pflegeeinrichtungen und 101 Krankenhäuser – in die statistische Auswertung. I Clusterung wurde aus methodischen u. inhaltlichen Begründungen durchgeführt, d.h. jede Einrichtung erhält für statistische Auswertung nur einen – i. der Summe der teilnehmenden Mitarbeiter – ermittelten Durchschnittswert. In den Pflegeheimen waren 5 aller Befragten examinierte Pflegekräfte, 42% entstammten anderen Berufsgruppen. In den Krankenhäusern waren 6 der Befragten Pflegekräfte, 23% Ärzte u.



20-25 % aller Sterbenden werden nochmals verlegt

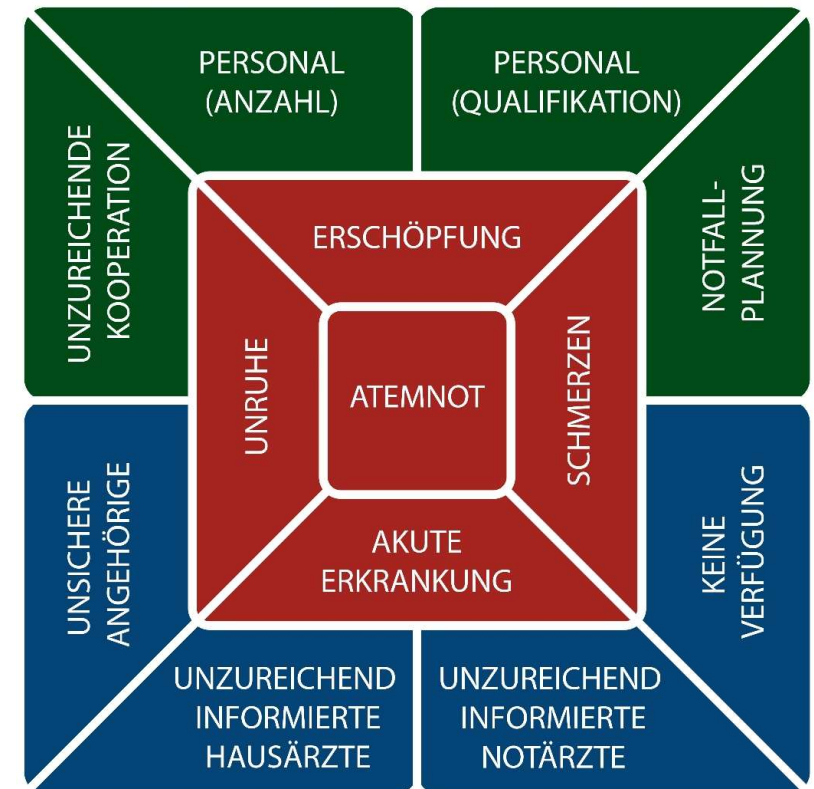


+ von zu Hause in eine Einrichtung

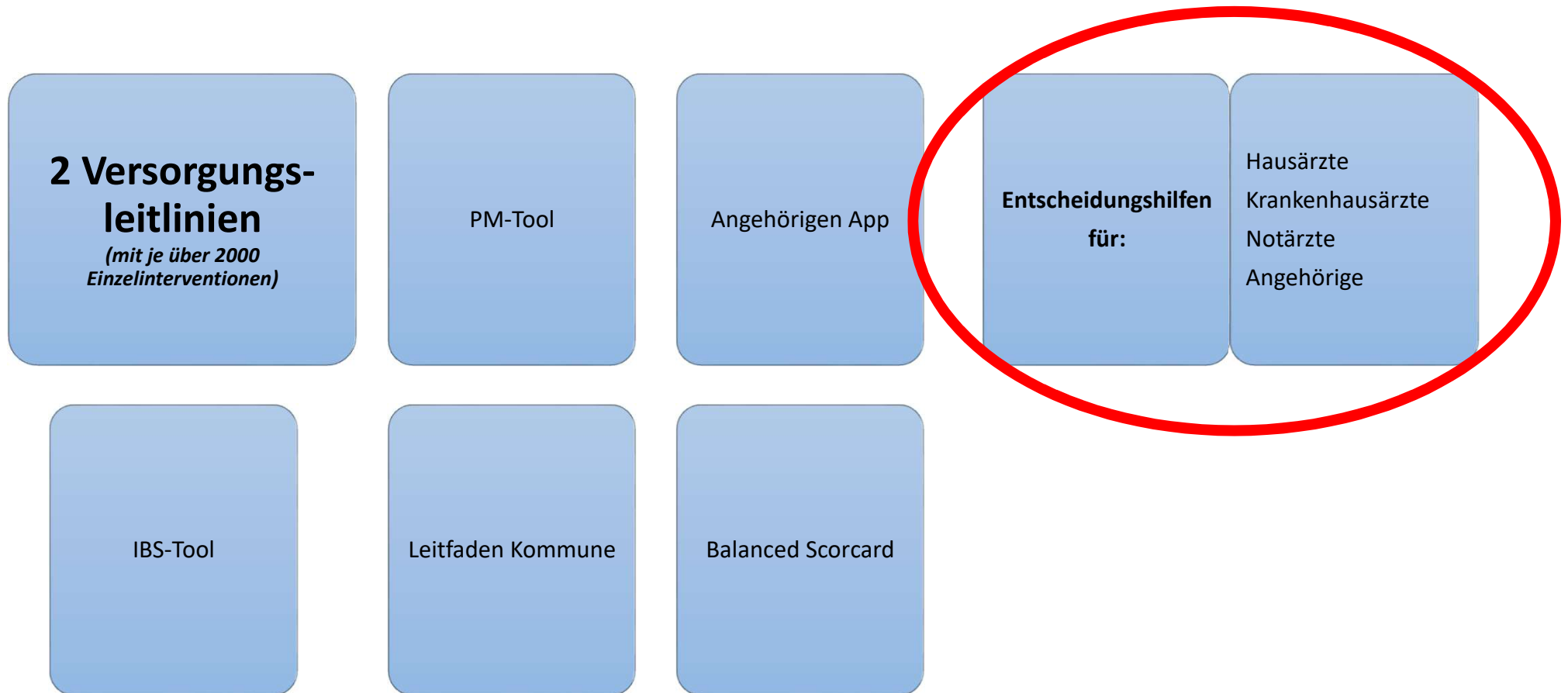
Ziel, Hypothese und identifizierte Risikofaktoren des Avenue-Pal Projektes

Ziel: Reduktion der Zahl nicht indizierter Verlegungen Sterbender

Hypothese: Durch die gezielte Unterstützung der relevanten Akteure ist es möglich nicht indizierte Verlegungen auf unter 5% der Fälle zu reduzieren.



Methode: Versorgungsleitlinie, Werkzeuge (u.a. Entscheidungshilfen)



Versorgungsleitlinie Pflegeheim Auszug RF 12 Unzureichend eingebundene und informierte Notärzte

Risikofaktor 12: Unzureichend eingebundene und informierte Notfallärzte

Welches Ziel besteht? Ziel ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte und in relevante Entscheidungen einbezogene Notärzte (Wochenenddienste) Verlegungen veranlassen, die nicht indiziert sind.

Ziel ist es, Not-, Wochenend- und Nachtdienste bestmöglich zu informieren und durch möglichst klare Festlegungen zu entlasten.

Fallbeispiel Frau O., 86 J., befindet sich in schlechtem Allgemeinzustand, zu dem auch eine zunehmende Körpertemperatur und Zeichen einer Infektion gehören. Der Hausarzt ist nicht erreichbar. Die Bezugspflegekraft wendet sich an die Bereichsleitung, welche den ärztlichen Notdienst informiert. In einem damit verbundenen Gespräch ordnet der Notarzt die Einweisung in das benachbarte Krankenhaus an.

Schlüsselbegriffe Unsicherheiten, fehlende Verfügung, unzureichende Informationsabläufe, Unerfahrenheit zumeist jüngerer Ärzte, Überlastung

Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll) Allgemein Versorgungsstrukturen S. 173-183

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) -- --	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	1. Ermittlung der Relevanz in Einrichtung (Umfang, welche Bereiche, welche Zeiten, Tage, Begründungen/ Krisen?) 2. Identifizieren des organisatorischen Worst Case Szenarios 3. Ermittlung der relevanten betroffenen Dienstleistungen, z.B. (Pflege) Notdienst, Rettungsdienste 4. Prüfen, ob und wie der RF 12 Gegenstand des QM ist bzw. werden sollte	Isanalyse Eindeutigung in bzw. Ergänzung von bereits etablierten Verfahren Quick Win ermöglichen
Personell/personal-bezogen	1. Ansprechpartner bzw. Festlegung einer interdisziplinären AG, welche das Risikofeld abdeckt (eigene Einrichtung) 2. Identifizieren des personellen Worst Case Szenarios 3. Identifizieren von Ansprechpartnern außerhalb medizinischer und ärztlicher Dienste (besonders wichtig: SAV/IANV) 4. Prüfen, ob es für diese Situation geeignete Schulungen gibt	Identifizieren von Lernfeldern (gute und problematische Muster) Quick Win ermöglichen
Informationell/informations-bezogen	1. Feststellen, wer die Kontaktaufnahme (aus der eigenen Einrichtung heraus) wie veranlasst 2. Identifizieren des informationellen Worst Case Szenarios 3. Gibt es bevorzugt verwendete Medien? Welche Rolle spielt das Telefon bzw. wer ruft wen an? 4. Identifizieren einer festzulegenden Informationskette	Informationsanalyse Quick Win ermöglichen

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) - - - - -	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	1. Abgrenzung mit QM bzw. anderen organisationenstreichenden Maßnahmen (Standards, aber auch Qualitätsziel, Vision etc.) 2. Notfallregime entwickeln (in den hierfür geeigneten Bereichen), um (einen am Modell zu ermöglichen Problemfeld und mögliche Lösungen in Unternehmensleitung thematisieren	Konsolidierung der ersten Effekte und Transfer der Interventionen Erste strategische Ziele erreichen
Personell/personal-bezogen	1. Thema für Informationsveranstaltungen bzw. Schulungen (eigene Mitarbeiter) - etwa zu ACP/bewährten bzw. Patientenverfügung - prüfen bzw. integrieren 2. Einbindung von SAV, Hausärzten, Angehörigen, Hauswirtschaft etc. zugunsten der Entwicklung des Risikofeldes 3. Besonders risikobehaftete Zeitebenen werden durch personale Prävention (vorausschauende Planung) bzw. Rückgriffsmöglichkeiten (hospitieren, Leihkräfte etc.) bestmöglich kompensiert 4. Schulung und Qualifizierung der Mitarbeiter in der Versorgung/Bezugspflegekräfte	Personalentwicklung forcieren Kooperationspartner bestärken und verpflichten Erste strategische Ziele erreichen
Informationell/informations-bezogen	1. Durchführung eines Treffens mit betroffenen Akteuren mit ersten Festlegungen bzw. aktiven Aufsuchen der (zeitlichen) Risikowerte, um Informationsmenge und -wegen festzulegen 2. Liste der Ansprechpartner für den Krisenfall liegt vor (dieses führt nicht zwangsläufig auf einen externen ärztlichen Notdienst, sondern zu SAV)	Informations- und Kommunikationskette festlegen und anwenden

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) - - - - -	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/strukturell	1. Ausdrücklich gestabelter Teil zu Notfallorganisationen 2. Es besteht ein explizites Notfallregime, in welchem auch der RF 12 abgebildet ist. 3. Handlungsfeld ist Gegenstand des QM der Einrichtung und sollte mit dem Leitbild (L3) verbunden sein.	Konsolidierung bzw. stetige Verbesserung und Anpassung der mit RF 12 verbundenen Prozesse und Strukturen
Personell/personal-bezogen	1. Regelmäßige interdisziplinäre Beratungen/Abstimmungen mit allen betroffenen internen und externen Akteuren 2. Es existiert ein verbindliches (internes und externes) Ansprechpartnersystem. 3. Alle Bezugspflegekräfte (vergleichbare Rollen) sind geschult und werden weiter stabilisiert. 4. Eine enge Abstimmung mit Hausärzten und SAV ist erreicht.	Stabile Kooperationen
Informationell/informations-bezogen	1. Gütige Patienten-Bewertungsverfügungen sind der Regelfall. 2. Ein abgestufter „Notfall“ (Regime-Informationsplan) wird eingesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt. 3. Advanced Care Planning (vorausschauende Lebensplanung) gelingt weitestgehend.	Vorauschauende Information, Vereinbarung und Planung vermindert/risikoreduziert „Notfallsituationen“

Ziel der Entscheidungshilfe

Die EH Notarzt verfolgt das Ziel:

- einen **nachvollziehbaren, objektiven und ergebnisoffenen Entscheidungsprozess** im Kontext einer möglichen Verlegung von sterbenden Bewohnern zu ermöglichen,
- nachvollziehbare Informationen über Chancen und Risiken,
- wissensbasierte Prognosen und die Einbeziehung aller betroffenen Akteure,
- Unterstützung des Aushandlungs- und Entscheidungsprozess, der als gemeinsam entwickelte Entscheidung in die gesundheitliche oder pflegerische Versorgung zu sehen ist.

Werkzeug: Entscheidungshilfe Notarzt

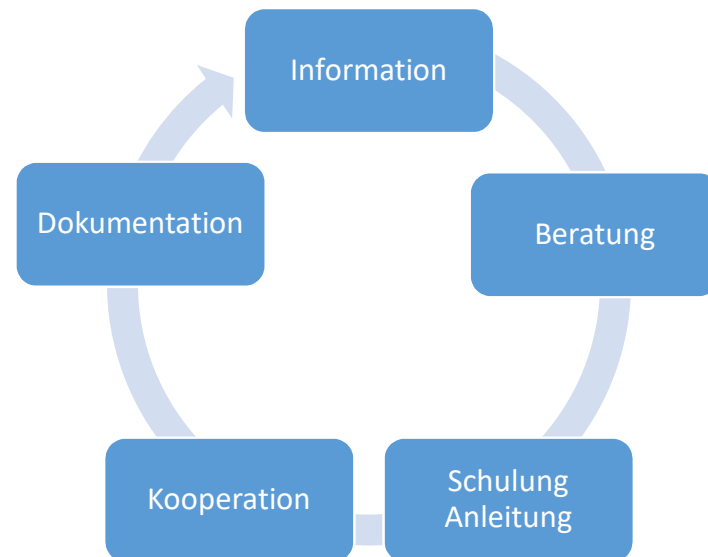
Wie wurde die EH entwickelt?

- Im Kontext der Entwicklung mehrerer EH (Hausarzt, Angehörige, Krankenhausarzt)
- Einbindung des 25 Personen umfassenden Projektbeirates (*interdisziplinär und transsektoral*)
- Maßgeblich hier: Christoph Wiese, Jens Papke, Stephan Steidl

Werkzeug: Entscheidungshilfe Notarzt

Kompetenzorientierung

Als Kompetenz wird die Fähigkeit bezeichnet, durch Erfahrung und Lernen erworbenes Wissen und Können in auch neuartigen Situationen selbstständig, verantwortungsbewusst und situationsangemessen anzuwenden.



Werkzeug: Entscheidungshilfe Notarzt

Voraussetzung und Aufbau der EH

Umsetzungsvoraussetzungen

1. Trägerschaft (Kreis, Kommune)
2. Leitung des Notärztlichen Dienstes d.h. Ärztliche Leitung des Rettungsdienstes (Trägerschaft)
3. Managements der Pflegeeinrichtung bzw. Krankenhaus
4. Motivierte Notärzte

Gliederung bzw. formulierte Empfehlungen

1. + Identifizieren der letzten Lebensphase
2. + Vorliegenden Behandlungsplan umsetzen
3. + Eigenes fachliches Wissen
4. + **Wille des Patienten (Bewohner) identifizieren**
5. + Angehörigenintegration
6. + Advance-Care-Planing
7. - Not-to-do: Aktivismus und Übertherapie
8. Fallbeispiel / Grenzen

Auszug: Seite 14

Wille des Patienten identifizieren: Der Notarzt verschafft sich selber (aktiv und bestmöglich) einen Überblick zu dem Bewohnerwillen und verwendet hierfür mögliche Verfügungen (z.B. Patientenverfügung), die Ergebnisse der vorausschauenden Lebensplanung (ACP), befragt die Pflegekräfte nach relevanten Informationen, eventuell anwesende Angehörige – informiert sich zusätzlich bezüglich einer Vorsorgevollmacht bzw. Betreuung des Patienten.

Der Notarzt tritt in Pflegeheimen immer wieder in offene Situation d.h. er weiß bis zu seinem Eintreffen nicht was ihn erwartet. Auch vor Ort ist es nicht immer möglich die relevanten Informationen zum Patientenwillen so zeitnahe wie eigentlich notwendig – vor dem einleiten interventioneller Maßnahmen - zu erhalten. So muss bestmöglich erkannt werden welcher Patientenwill vorliegt. Aktivitäten:

14

Information (Kognitive Kompetenz)		Der Notarzt erarbeitet sich aufgrund von Literaturstudium einen Prozess wie er - in einer Einrichtung angekommen - zeitnahe an die relevanten Informationen zu dem Patientenwillen gelangen kann.	kurz – mittel - längerfristig	
Beratung (Kognitive Kompetenz)		Besprechen Sie diesen Prozess mit (Einsatz-) Teamkollegen Besorgen Sie sich schriftliche Unterlagen (zum Palliativdienst o.ä.) die Sie dem Patienten/Angehörigen geben können	kurz – mittel - längerfristig	
Schulung (Kognitive- und Handlungskompetenz)		Die Organisation einer Schulung, deren Ziel es ist dieses Vorgehen zu identifizieren ist hilfreich Gemeinsame Schulungen bzw. Abstimmungen mit den betroffenen Akteuren sind notwendig	kurz – mittel - längerfristig	
Anleitung + Übungen (Handlungs- und emotionale Kompetenz)		Rollenspiele / Simulationstrainings sind hilfreich und kaum zu ersetzen. Etwa für den Umgang mit „anspruchsvollen Angehörigen“	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch eigenes Team (Soziale und Handlungskompetenz)		Aufgabenteilung im Rettungs-Team (Wer konzentriert sich auf welchen Sachverhalt)	kurz – mittel - längerfristig	
Unterstützung/Support durch andere Akteure (Soziale und Handlungskompetenz)		Einen anwesenden Angehörigen einzubinden ist wichtig. Angehörige dürfen zugleich in wichtigen Entscheidungen (etwa auch einer Verlegung) nicht allein gelassen werden, sondern benötigen fachliche und soziale Beratung und Annahme auch in einer Notfallsituation Prüfen Sie vor Ort welche Unterstützungsmöglichkeiten Sie benötigen. Hierfür ist ein früh identifizierter Ansprechpartner hilfreich.	kurz – mittel - längerfristig	
Kooperationen (Strategisch-reflexive Kompetenzen)		Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und Palliativdiensten mit möglicher „Alarmierung“ eines Palliativdienstes durch den Notarzt (z.B. Modellprojekt Fulda)	kurz – mittel - längerfristig	
Eigene Dokumentation - Liste Ansprechpart. - Zustandsentwicklung - To do		Es ist wichtig, dass die entsprechenden Dokumentation für den Patienten vorliegen und Sie die in den Einrichtungen verwendeten Planungs-Dokumentationssysteme anwenden können.	kurz – mittel - längerfristig	

Flyer zur Entscheidungshilfe

Information	Beratung	Schulung, Anleitung, Übung	Unterstützung (durch eigenes Team)	Unterstützung (durch andere Akteure)	Kooperation	Dokumentation
1.+ 2. Ziel: Auf Grundlage der zur Verfügung gestellten Informationen erkenne ich die Situation des Bewohners und kann den Behandlungsplan umsetzen.						
▶ Sie sollten möglichst viele Informations- und Dokumentationssysteme kennen. ▶ Die palliativen <u>Behandlungsplanungen</u> gleichen sich und verschaffen einen schnellen Überblick.	▶ Stimmen Sie sich mit Ihren Kollegen / <u>Vorgesetzten</u> ab. ▶ Stimmen Sie sich im Behandlungsteam über das prinzipielle Medikamentenregime in einem Palliativen Notfall ab.	▶ Schulungen u. Abstimmungen mit den betroffenen Akteuren sowie Fortbildungen zur <u>Anwendung palliat.</u> Behandlungspläne sind notwendig. ▶ Anfänger im <u>notärztlichen</u> Team sollten gezielt angeleitet werden.	▶ Kein Aktionismus und voreilige Entscheidungen, stattdessen vorliegende Informationen des Patientenwills würdigen. ▶ Aufgabenteilung und gute Abstimmung des Vorgehens im Rettungsteam sind wichtig.	▶ Wirken Sie auf Informationsbereitstellung hin (falls notwendig). ▶ Einen Ansprechpartner in der Einrichtung zu identifizieren ist hilfreich.	▶ Aktive Netzwerkkompetenz kann jederzeit gestartet werden. Prüfen Sie, welche Dienste und Unterstützung vor Ort Sie gezielt hinzuziehen können bzw. welche parallel durch die Einrichtung zu informieren sind.	▶ Sie können das vorhandene System anwenden bzw. einen nicht vorhandenen Prozessstandard (SOP) durch einen eigenen ersetzen.
3. Ziel: Ich kann eigenes fachliches Wissen - der jeweiligen Situation angemessen - ergänzend zu dem vorliegenden Behandlungsplan einbringen und somit die Situation vor Ort stabilisieren.						
▶ Sie sollten über Basiskenntnisse über die Möglichkeiten und <u>Verfahren</u> der palliativen <u>Versorgung</u> verfügen.	▶ Stimmen Sie sich mit Ihren Kollegen / mit Ihren Vorgesetzten ab.	▶ Handlungswissen zu medizinischen und sozialen Symptomen sowie Begleitumständen ist notwendig.	▶ Aufgabenteilung und gute Abstimmung des Vorgehens (und nicht Vorgehens) im Rettungsteam sind wichtig.	▶ Die Betreuung anwesender Angehöriger sollte möglichst vor dem Eintreffen geklärt sein.	▶ Ein Netzwerk kann bei Bedarf und Wunsch hinzugezogen werden.	▶ Sie können einen in dem Heim vorhandenen Doc-Standard anwenden bzw. durch einen eigenen Doc-Standard ersetzen.
4+ 5. Ziel: Ich verschaffe mir selber aktiv einen Überblick zum Bewohnerwillen und verwende hierfür mögliche Verfügungen und ACP. Ich befrage die Pflegekräfte und befrage und berate anwesende Angehörige.						
▶ Erarbeiten Sie sich gedanklich einen Prozess, wie Sie zeitnah an die relevanten Informationen gelangen könnten. ▶ Beschäftigen Sie sich mit Arbeiten zum Verständnis und zur Trauerbewältigung der Betroffenen und deren Angehörigen.	▶ Besprechen Sie diesen Prozess mit Teamkollegen. Besorgen Sie sich schriftl. Unterlagen für den <u>Patienten</u> bzw. die Angehörigen. ▶ Der Umgang mit anspruchsvollen Angehörigen kann durch kollegiale Beratung und Supervision vermittelt werden.	▶ Die Organisation von Schulungen zur <u>Identifikation</u> des Vorgehens, zum Umgang mit Angehörigen sowie Rollenspielen zur empathischen <u>Kommunikation</u> sind hilfreich. ▶ Wichtig ist, sich selber mit den Themen Trauer, Endlichkeit und Sterben zu befassen.	▶ Die Aufgaben- und Rollenteilung bzw. auch das Rollenverständnis im Rettungsteam ist zu klären. Es ist wichtig zu klären, wer sich auf welchen Sachverhalt konzentriert.	▶ Binden Sie anwesende Angehörigen mit ein. Zur Unterstützung in der fachlichen und sozialen Beratung der Angehörigen bei wichtigen <u>Entscheidungen</u> ist ein früh <u>identifizierter</u> Ansprechpartner hilfreich.	▶ Arbeiten Sie mit Palliativdiensten zusammen, auch mit dem Ziel einer möglicher „Alarmierung“ eines Palliativdienstes durch den Notarzt. ▶ Sie sollten ein planbares kooperatives Netzwerk unter Einbindung von Kompetenzen vor Ort herstellen.	▶ Wichtig ist, dass die entsprechende <u>Dokumentation</u> für den Patienten vorliegt und Sie die <u>Dokumentationssysteme</u> anwenden können. ▶ Nutzen Sie das Notarztprotokoll, um sowohl die Struktur, den Prozess und das Ergebnis dokumentieren zu können.
6. Ziel: Ich kenne das Prinzip und Verbindlichkeit der „vorausschauenden Versorgungsplanung“ (<u>Advance-Care-Planning/ACP</u>) und setze mich für deren Einsatz ein.						
▶ Sie kennen Ziele, Methode und <u>Verbindlichkeit</u> der vorausschauenden Lebensplanung (ACP), Patientenverfügung bzw. von Vollmachten.	▶ Sie stimmen sich mit Ihren Kollegen / mit Ihren Vorgesetzten ab.	▶ Schulungen mit den betroffenen Akteuren, zur Durchführung und zum Umgang mit absehbaren Konsequenzen sind notwendig.	▶ Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team ab.	▶ Führen Sie regelmäßige interdisziplinäre Sitzungen mit Fallbeispielen durch.	▶ Arbeiten Sie <u>zielabgestimmt</u> mit Hausarzt, Angehörigen und Einrichtung zusammen. Prüfen Sie, wen Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein ACP existiert.	▶ Sie können das vorhandene System anwenden.

Werkzeug: Entscheidungshilfe Notarzt

Implementierung der EH

1. Umsetzung der Versorgungslelinie (*Initiator: Krankenhaus Pflegeeinrichtung*)
2. Element einer Regionalen Gesundheitsversorgung (*Initiator: Kommune bzw. Landkreis z.B. Gesundheitskonferenz*)
3. EH Notärzte ist so formuliert, dass diese „regional“ durchaus initiativ werden können (*Initiator: Notärzte und deren Leitung*)

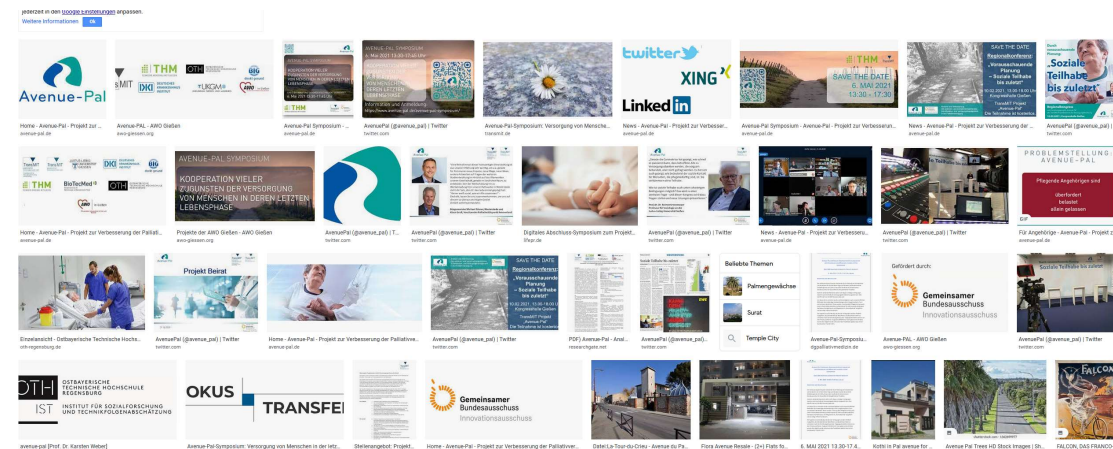
Werkzeug: Entscheidungshilfe Notarzt

Ausblick und Weiterentwicklung

Abschließend erstellte Dokumente mit handlungsleitenden Vorgaben stehen allen am Prozess beteiligten Personen zur Verfügung und können auf ihre Initiative hin evaluiert und an neue Rahmenbedingungen angepasst werden

Literatur

- George WM, Steidl S, Papke J, Wiese C.: Entscheidungshilfe (EH) für Notärzte in der Versorgung von Patienten am Lebensende, Notarzt 04, 37, (2021) [DOI: 10.1055/a-1542-8370](https://doi.org/10.1055/a-1542-8370)
- Wiese C, Vagts D, Kampa U. et al. Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen. Anästhesist 60, 161–171 (2011). DOI: [10.1007/s00101-010-1831-6](https://doi.org/10.1007/s00101-010-1831-6)
- George WM, Banat GA, Herrmann J, Richter MJ: Empirische Befunde zur Verlegungspraxis Sterbender MMW Fortschritte der Medizin 159(S6):6-14 (2017) DOI: [10.1007/s15006-017-0080-2](https://doi.org/10.1007/s15006-017-0080-2)



www.avenue-pal.de

Ansprechpartner: Michael Haberland
Michael.haberland@transmit.de