



UCCH Pathway

UCCH Guideline

Aufnahmekriterien auf die Palliativstation

Version März 2021

Guideline Aufnahmekriterien auf die Palliativstation Version 02, Juni/2021

Geprüft von:

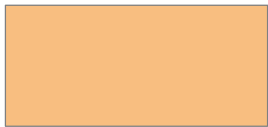
Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Dipl.-Caritaswiss. Gerhild Becker, MSc (Uniklinik Freiburg)
PD Dr. med. Peter Thuss-Patience (Charité Universitätsmedizin Berlin)
Dr. med. Johannes Rosenbruch (Klinikum der Universität München)
Julia Berendt, MSc (Universitätsklinikum Erlangen)

Modifiziert für das UCCH:

Prof. Dr. med. Karin Oechsle
+ allen Mitgliedern der UCCH Task force Palliative Care

Erstellt von:	PD Dr. med. Jan Gärtner (Uniklinik Freiburg) Dr. med. Karin Jaroslowski (Uniklinik Freiburg)
Adaptiert am:	Juni/2018
Erstellt am:	März/2021
Nächste geplante Überprüfung:	März/2023

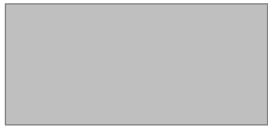
Legende



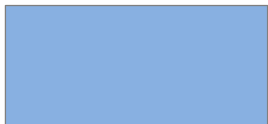
= (therapeutische) Handlung



= klinischer Zustand



= diagnostische Handlung



= klinische Studie



= unterstützende Maßnahmen



= Ereignis/Entscheidung

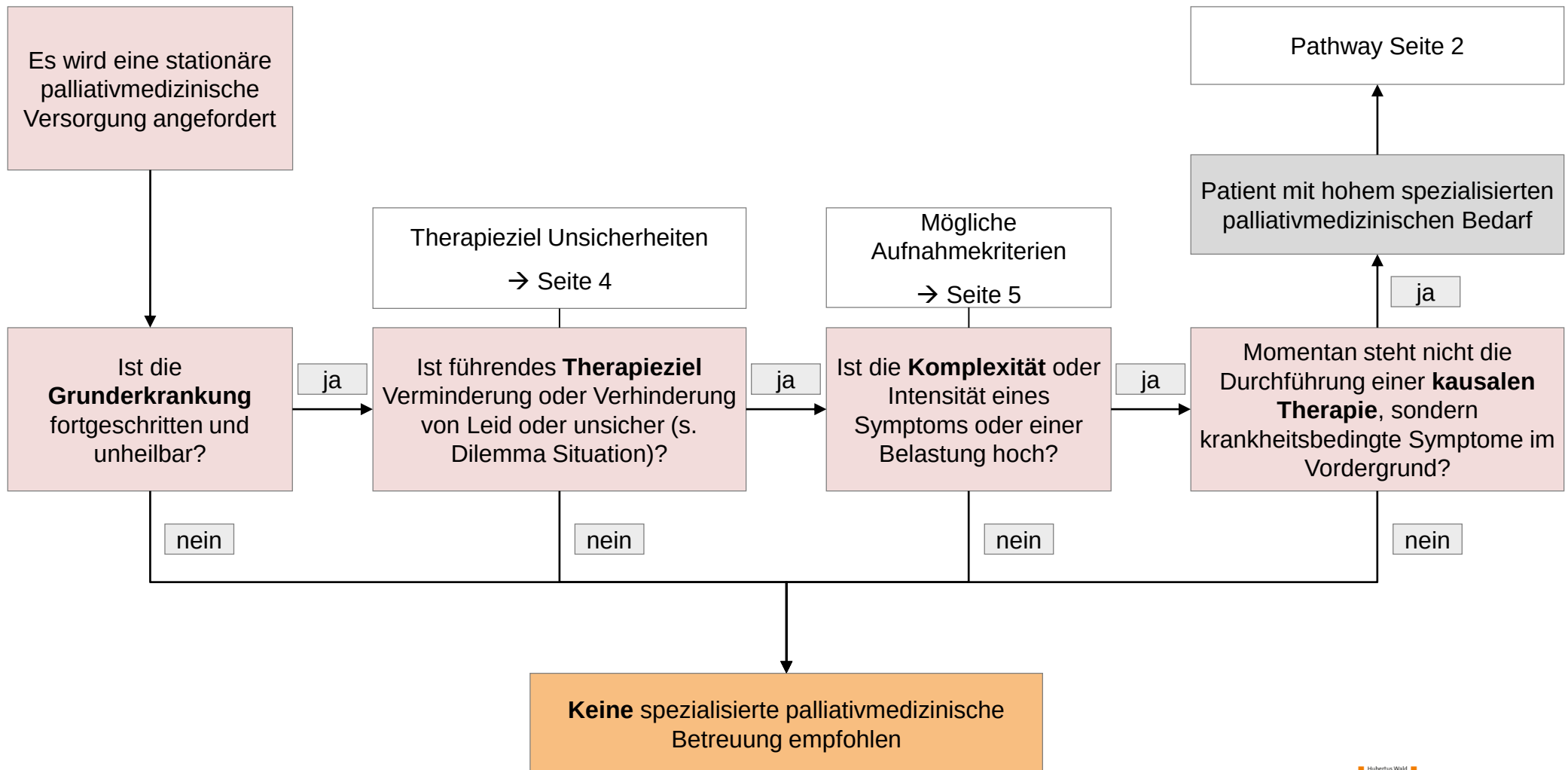


= Verweis

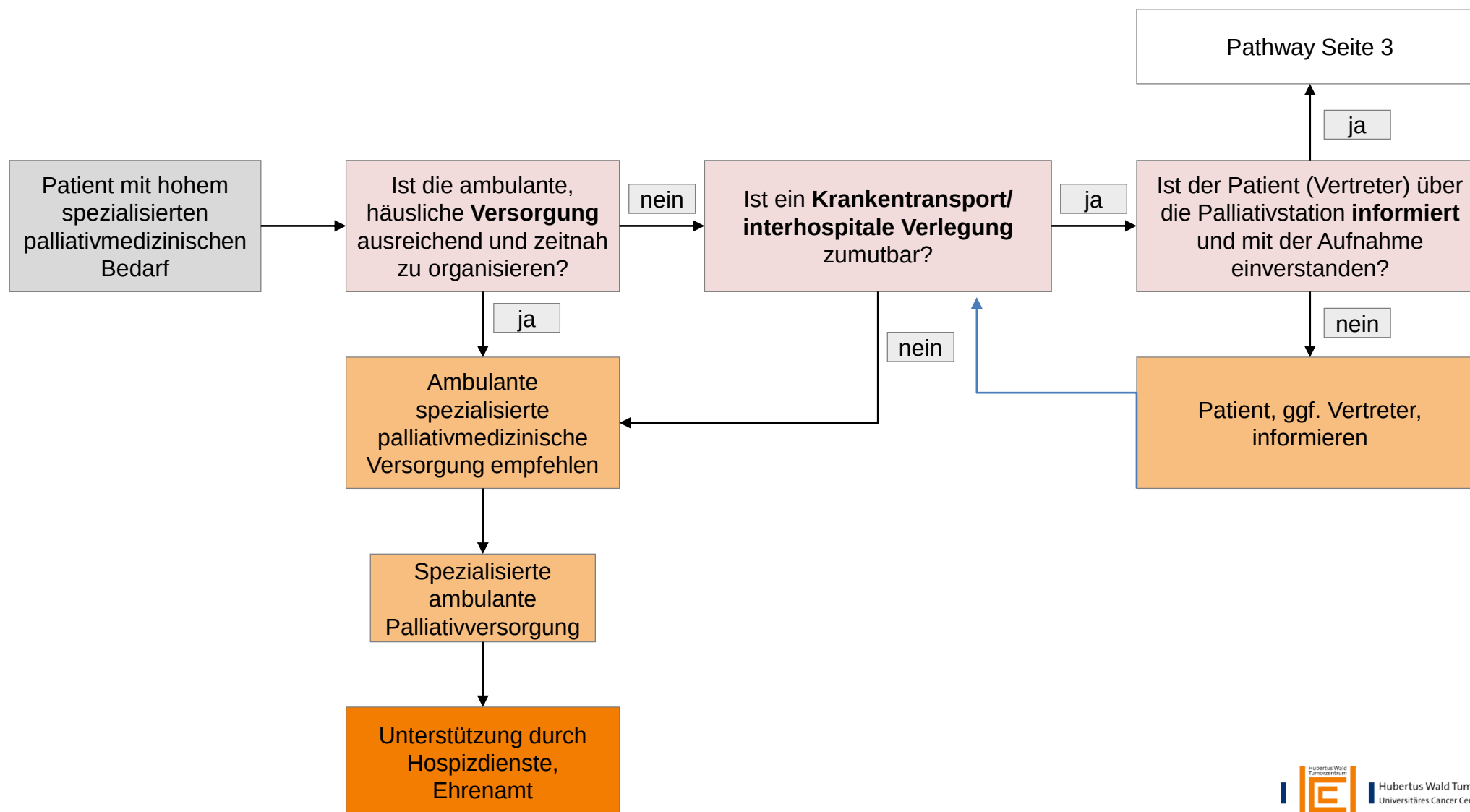
Abkürzungen

SPC	Spezialisierte palliativmed. Behandlung
z.B.	Zum Beispiel
ggf.	gegebenenfalls

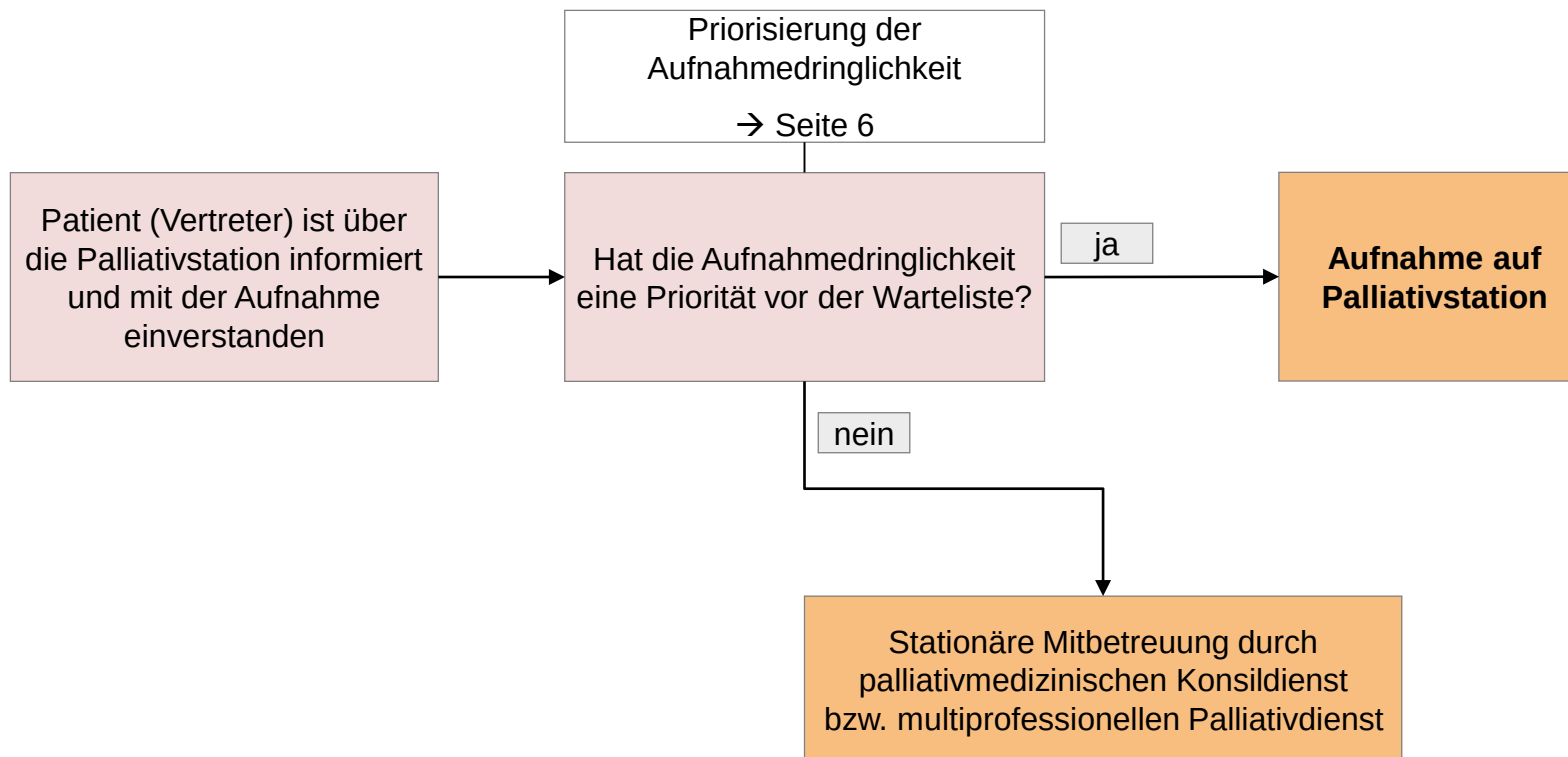
Pathway: Patient mit hohem SPC Bedarf



Pathway: Versorgung des Patienten mit hohem SPC Bedarf I



Pathway: Versorgung des Patienten mit hohem SPC Bedarf II



Seite 4: Therapieziel Unsicherheiten

Unsicherheiten bezüglich des Therapieziels (Dilemma Situation)

Bei ethisch komplexen Fragestellungen oder hoher Ambivalenz im Festlegen der Therapieziele kann die Palliativstation den emotional „geschützten“ Raum bieten, um eine Annäherung an Dilemmasituationen und das Kennenlernen neuer Handlungsoptionen zu bieten. Als Beispiel sei der Umgang mit parenteraler Ernährung genannt. Der Verzicht auf eine bilanzierte, aber nicht indizierte Ernährungstherapie wird häufig als emotional belastend von Patient und Angehörigen empfunden. Durch Moderation des Entscheidungsfindungsprozesses, das Kennenlernen alternativer Unterstützungsmöglichkeiten und emotionaler Stützung der Zulässigkeit des Gedankens, Therapieziele zu ändern, kann auf einer Palliativstation eine Befähigung im Umgang mit diesen Themen erreicht werden, die auch in einer Anschlussbehandlung, z. B. im häuslichen Umfeld, fortgesetzt werden kann.

Seite 5: Mögliche Aufnahmekriterien

1. Komplexe Symptom- oder Problembelastung

Die komplexe Symptom- oder Problembelastung setzt sich aus zwei grundsätzlichen Dimensionen zusammen: der Intensität und der Simultanität von Beschwerden. Die Intensität einer Symptombelastung, wie z. B. bei Schmerz oder Atemnot erfordert bei höheren Schweregraden ein schnelles, kontinuierliches und nachhaltiges Handeln, wie z. B. die schnelle Titration von Opioiden.

2. Aufwändige ärztliche oder pflegerische Versorgung

In der Palliativversorgung erfordern bestimmte Situationen wie z. B. die Wundbehandlung bei exulzierenden Tumoren oder die Lagerung bei massiver Hirndrucksymptomatik und Luftnot mit Angststörung hohe zeitliche Ressourcen und fachliche Kompetenz von mehreren Vertretern verschiedener Berufsgruppen gleichzeitig.

3. Überforderung oder Unsicherheit der häuslichen Versorgung

Wenn auch SAPV nicht mehr ausreicht oder nicht verfügbar ist, um eine häusliche Versorgung adäquat zu gewährleisten, kann die Palliativstation der angemessene Ort sein, um die oftmals dann emotional angespannte Situation für Patienten und Angehörige zu beruhigen.

Seite 6: Priorisierung der Aufnahmedringlichkeit

1. Die Reihenfolge der Aufnahme erfolgt nicht nur nach Position auf der Warteliste, sondern primär nach Dringlichkeit.
2. Höchste Priorität haben ambulante Patienten und hier Anfragen der SAPV und der Brückenpflege (Baden-Württemberg), insbesondere bei Vorliegen einer hohen oder komplexen Symptomlast, wie z.B. Schmerzen mit NRS>5, Atemnot, delirantes Syndrom; oder bei zusammengebrochener häuslicher Versorgung, z.B. durch akute Erkrankung der/des pflegenden Angehörigen.
1. Patienten aus der zentralen Notaufnahme und der Klinik für Intensivmedizin müssen nach UKE-internen Vorschriften vor Patienten auf anderen Stationen des UKEs priorisiert übernommen werden.
2. Die Priorität sollte regelmäßig evaluiert werden. Für die letztendliche Entscheidung sollte ein Mitarbeiter klar benannt sein, um im Falle von uneinheitlicher Meinung im Team der Palliativstation eine zügige und eindeutige Entscheidung gewährleisten zu können.

**Priorisierung der Aufnahmedringlichkeit erfolgt durch die zuständige palliativmedizinischen Oberärztin
(Prof. Dr. Karin Oechsle / Dr. Anja Coym) !**

Quellenangaben

Hauptquelle:

Leitlinienprogramm Onkologie: Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 1.0, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <http://leitlinienprogrammonkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html>

- Gaertner J., et al. Specialist palliative care services for adults with advanced, incurable illness. Syst Rev. 2015. 25;4:123