



# **Entscheidungshilfen und Informationen für durch die Avenue-Pal LL-Implementierung betroffenen Partner**

Wolfgang George  
Dr. Mia Richter  
Stand 20.08.2020

## Allgemeine Einführung

Entscheidungshilfen sind im Bereich des Konsums weit verbreitete Instrumente. Organisationen des Verbraucherschutzes oder berufsständische Vertretungen stellen solche Angebote etwa zur Vorbereitung für individuelle Kaufentscheidungen oder zu Entscheidungen vor medizinischen Behandlungen zur Verfügung. Entscheidungshilfen unterstützen dabei, die Zielsetzung, den Willen und die Präferenzen von Verbrauchern zu formulieren und zu verwirklichen. Um dies zu ermöglichen, werden schrittweise möglichst objektivierbare Kriterien, wie z.B. voraussichtliche Art, Dauer und Umfang, Haltbarkeit des Produkts, Funktionalitäten, Rücktrittsrechte, Garantie etc., eines Produktes oder Dienstleistung identifiziert (1), deren Ausprägung bezüglich des Nutzens oder Auswirkungen auf die Gesundheit für die jeweilige Entscheidung bewertet (2), häufig auch als Gesamtwert- oder Nutzen addiert (3), in medizinischen Entscheidungsprozessen frühzeitig auch alternative Möglichkeiten, Risiken oder Prognosen gegenübergestellt (4). Auf diese Weise entsteht eine möglichst wissensbasierte und zugleich individuelle Entscheidung. Gehen Verbraucher alleine oder auch mit Unterstützung professioneller Unterstützung so vor, können sie Impuls- oder Spontanentscheidungen vermeiden. Stattdessen bereiten sie eine Entscheidung vor, die im Vorfeld abgewogen und bedacht wurde.

Entscheidungshilfen, die in der Regel durch eine ethische Bewertung ergänzt werden, finden auch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung Anwendung. Auch hier existieren bereits verschiedene Entscheidungshilfen, wie z.B. Informationsbroschüren, Leitlinien als Therapeuten- und/oder Patientenversionen, Handlungsalgorithmen, öffentliche und private Beratungsstellen. Sie werden von ganz unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen angeboten, wie z.B. von Krankenhäusern, Ärzteverbänden, Apotheken, Pflegediensten, Pflegekassen, Verbraucherberatungen, Angebote des öffentlichen Gesundheitswesens, Patientenschutzbündnisse.

Entscheidungshilfen für das Gesundheitswesen verfolgen das Ziel, einen nachvollziehbaren, objektiven und ergebnisoffenen Entscheidungsprozess zu begleiten. Nachvollziehbare Informationen über Chancen und Risiken, wissensbasierte Prognosen und die Einbeziehung aller betroffenen Akteure unterstützen den Aushandlungs- und Entscheidungsprozess, der als gemeinsam entwickelte Entscheidung in die gesundheitliche oder pflegerische Versorgung integriert werden kann. Abschließend erstellte Dokumente mit handlungsleitenden Vorgaben stehen allen am Prozess beteiligten Personen zur Verfügung und können auf ihre Initiative hin evaluiert und an neuen Rahmenbedingungen angepasst werden.

Folgende Verfahren kommen in diesem Zusammenhang zur Anwendung:

**Evidenzbasierte Patienteninformationen (EBPI):** Diese stehen inzwischen in hoher Zahl zur Verfügung und sind inhaltlich verbraucherfreundlich aufbereitet. Sie bilden den derzeit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zum typischen Krankheitsverlauf, zur derzeit empfohlenen Diagnostik, zu wirksamen Interventionen, zum Erfolg von Therapien, möglichen Risiken und Nebenwirkungen ab (vgl. Patientenleitlinien AWMF). Die Empfehlungen der Leitlinien können auf subjektive Patientenziele abgestimmt werden, da medizinische Endpunkte, wie z.B. die

Lebensqualität, berücksichtigt werden können. Ihre Entwicklung ist zeitaufwändig, da in der Regel eine professionelle Leitlinie in eine laienverständliche Sprache „übersetzt“ wird.

**Shared-Decision-Making (SDM):** Hierbei handelt es sich um eine Methode, eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu gesundheitlichen und pflegerischen Fragen zwischen Patienten, seinen Angehörigen und professionellen Personen zu gestalten. Alle in eine Entscheidungsfindung involvierten Personen bekommen die Gelegenheit, relevante Informationen auszutauschen, zu bewerten, um im Anschluss eine gemeinsam zu tragende Entscheidung zu treffen. In der Regel bietet hierzu der professionelle Experte, z.B. der behandelnde Arzt, alle relevanten und evidenzbasierten Empfehlungen zu einem geplanten therapeutischen oder diagnostischen Vorgehen an, stellt hierzu mögliche Alternativen vor oder empfiehlt die Einholung einer Zweitmeinung. Bei Entscheidungen zu komplexen Krankheitsbildern oder zu lebensbedrohlichen Lebenssituationen können die Vertrauenspersonen der Patienten hinzugezogen werden. Der Patient nutzt vor der endgültigen Entscheidung eine Bedenkzeit.

**Entscheidungshilfen (EH):** Bei medizinischen Entscheidungshilfen handelt es sich um Erläuterungen zum Krankheitsbild und dessen Verlauf, z.B. mit verbraucherfreundlich gestalteten Printmedien, Filmen, Erfahrungsberichten etc. Sie sollen dabei sowohl die Kognition als auch die Emotionen des Patienten ansprechen und können dabei helfen, zukünftige Diagnostik und Interventionen begründeter zu befürworten oder abzulehnen. In der Auseinandersetzung mit Entscheidungshilfen hat der Patient die Gelegenheit, sich in Details der Erkrankung etc. zu vertiefen, um eine Informationsbasis zu erlangen, die eine persönliche Sicherheit vermitteln kann. Ihr wird eine positive Auswirkung auf die spätere Krankheitsbewältigung oder einer positiv empfundenen Lebensqualität zugesprochen. Die Entwicklung von Entscheidungshilfen für spezifische Versorgungssituationen ist aufwendig, denn sie sollte auf ihre Wirkung bei Patienten und ihren Vertrauenspersonen geprüft werden.

Von den medizinischen Fachgesellschaften wird häufig kritisiert, dass die derzeit im Umfeld der Patienten- und Pflegeversorgung eingesetzten Entscheidungshilfen, wie z.B. Informations- und Beratungsmaterialien für die Patienten und Angehörigen, nicht den fachlichen Anforderungen entsprechen, nicht hinreichend laienverständlich sind und damit in ihrer Wirkung unzuverlässig sind, was zu Unsicherheiten bei den Patienten führen kann.

In der praktischen Umsetzung der in Avenue-Pal entwickelten Leitlinien zur Reduktion unzulässiger und vermeidbarer Verlegungen Sterbender werden unterschiedliche Zielgruppen angesprochen, deren gelungene Einbindung und Kooperation von hervorragender Bedeutung für das Erreichen der formulierten Projektziele ist. Es ist klar, je komplexer der Zielanspruch, umso mehr Akteure aus unterschiedlichen Handlungsbereichen mit unterschiedlichen Aufträgen sollten erfolgreich und zielführend angesprochen und eingebunden werden. Für fünf ausgewählte Zielgruppen wurden EH's formuliert:

1. die Angehörigen, Verwandte, Freunde, Caregiver,
2. der Hausarzt,
3. der Krankenhausarzt,
4. der Notarzt,
5. die Gemeinde, Organisationen und Akteure, die das das Quartier einer Gemeinde konstituieren (Kirche, Bürgerschaft, Vereine, etc.).

Diese heterogene Gruppe mit ihren zahlreichen Akteuren eint das Avenue-Pal-Ziel, die Versorgung eines sterbenden Menschen vor Ort zu konsolidieren, um so dazu beizutragen, dass schwerkranke, hochaltrige, sterbende Patienten, Bewohner und Bürger keinen unnötigen Verlegungen ausgesetzt sind. Dazu muss die Situation dieser fünf relevanten Akteure in Bezug auf die Projektziele genauer erfasst werden (siehe etwa die Ergebnisse der Ärztebefragung in Phase 1) und durch geeignete Ansprache und Informationen bestmöglich unterstützt werden. Auch wenn diese Herausforderung nicht allein durch Entscheidungshilfen bearbeitet werden kann, stellen diese doch eine wichtige Hilfestellung in der Klärung der Rolle und Aufgaben der Angehörigen, Hausärzte, Krankenhausärzte, Notärztliche Versorger und der Gemeinde dar.

**Handlungsempfehlungen:** Diese werden z.T. sinngleich mit oben beschriebenen EH's verwendet. In allgemeineren und abgeschwächten Sinn resultieren diese häufig als verhaltensorientierte Empfehlung aufgrund der Ergebnisse substanzieller Ausarbeitungen bzw. Berichterstattungen.

**Übersicht der Entscheidungshilfen:**

Zielgruppe	Genauere Zielbestimmung der EH	Anschluss	Prinzipieller Aufbau	Mögliche Medien Papier / Online / ...
Angehörige	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese verhindert werden können.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	
Hausärzte <sup>1</sup>	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen,	Print, Help-Desk

<sup>1</sup> Fokus liegt auf der Situation Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen

	zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese verhindert werden können.		Anhänge	
Krankenhausarzt	Der „normale“ Krankenhausarzt auf Allgemein- aber auch auf Intensivstation ist von großer Bedeutung für die Versorgung in der letzten Lebensphase. Auch wenn er einen palliativen Konsildienst einbindet, sind dessen Kompetenzen begrenzt und seine Empfehlungen bedürfen der Koordination im gesamten Stationsteam.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	Print, Help-Desk
Notarzt	Not-, Nacht- und Wochenenddienste werden in Krisensituationen hinzugezogen. Sie sind auf die zur Verfügung gestellten Informationen und ihre Erfahrungen angewiesen. Häufig wird sehr frühzeitig auf eine Verlegung / Einweisung hingewirkt. Es gilt, die geeigneten Informationen strukturiert vorzuhalten.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, handlungsleitende Empfehlungen, Anhänge	Print, Help-Desk
Gemeinde	Vor allem vorausschauende (präventive) Befassung mit der Betreuungssituation im Falle des Versterbens (allgemein) bzw. den Risiken, die zu einer nochmaligen (Fehl-) Verlegung führen können und wie diese vermieden werden können.	Syntax: Gemeinsam klug entscheiden Inhaltlich: Unsere Ergebnisse S-3 Leitlinie Literatur:	Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung, Anhänge	

Tabelle: Übersicht der Entscheidungshilfen

## 2. Entscheidungshilfe für den Hausarzt

- Ausgangssituation:

Der Hausarzt (HA) ist von herausragender Bedeutung bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen<sup>2</sup>. Seit Jahren steht die erreichte Ergebnisqualität der hausärztlichen Versorgung in der Kritik: zu wenige HA würden ihre Patienten situationsgerecht im Heim begleiten, viele HA seien dazu nicht motiviert, zu niedrig deren Finanzierung und hoch der Aufwand, zu weit die Anfahrtswege, die Prozesse in den Pflegeheimen in Bezug auf die Anforderungen des HA nicht hinreichend organisiert. Die Bewältigung von Nacht-, Wochenend- und in Notsituationen wird durch nicht angemessen informierte und eingebundene HA häufig zur ultimativen Herausforderung für alle Beteiligten. Die vorliegende unklare und unübersichtliche Situation geht häufig zu Lasten der Bewohner. Klar ist, dass die insgesamt als „schwierig“ zu charakterisierende Situation für Bewohner in der letzten Phase ihres Lebens als besonders risikobehaftet zu bezeichnen ist. Eigene Studien belegen dies (vgl. ???). Demnach kommt es etwa zu vermehrten Verlegungen sterbender Bewohner in Krankenhäuser. Ist diese Analyse gültig, so ist es dringend geboten, möglichst effektiven Formen der Organisationen der Zusammenarbeit zu identifizieren und zu realisieren.

- Ziele der EH:

Eine vorrausschauende Analyse der vorliegenden Situation bei einem sterbenden Bewohner bildet die Basis für eine präventiv wirksame und bestmögliche Planung der letzten Lebensphase. Hierbei kommt dem HA eine zentrale Rolle durch seine Steuerungs- und Lotsenfunktion im Gesundheitswesen zu. Es gilt, die für die Situation typischen und auch individuellen Risiken zu identifizieren und durch geeignete Maßnahmen bestmöglich zu steuern und einzuschränken. Ein typisches und individuelles Risiko, dessen Eintritt es zu verhindern gilt, ist eine unnötige Verlegung in das Krankenhaus.

---

<sup>2</sup> Auch wenn sich in der vorliegenden Entscheidungshilfe maßgeblich auf die Situation einer Verlegung aus einer Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus bezogen wird, gelten die vorgestellten Reflexionshilfen auch für die Situation im Krankenhaus (auch hier kommt es zu zumeist internen Verlegungen) und auch die Einweisung eines sterbenden Menschen aus dem häuslichen Umfeld in das Krankenhaus muss grundsätzlich als problematisch bewertet werden bzw. lässt die Frage entstehen, ob das häusliche Umfeld tatsächlich bestmöglich unterstützt worden ist.

- Einführung<sup>3</sup>

Der Implementation der vorliegenden Leitlinie und der Anwendung der vorliegenden Entscheidungshilfe liegt die AWMF – Initiative „*Gemeinsam klug entscheiden*“ zu Grunde und möchte die wichtigsten Empfehlungen in Kurzform zugänglich machen mit dem Ziel, Patienten/ Bewohnern mit ihren individuellen Versorgungsaspekten zu Erkrankungen in den Mittelpunkt stellen, um in der Folge die Versorgungsqualität zu verbessern.

In Anlehnung an eine weitere Initiative der *Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)* bildet eine Positiv- und Negativ-Empfehlung den Ausgangspunkt für diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Die Empfehlungen richten sich sowohl an Ärzte als auch an Patienten, denn beide Parteien sollen dahingehend sensibilisiert werden, dass nicht immer alles theoretisch Machbare auch in der Praxis durchgeführt werden sollte. Im Fokus steht dabei die Arzt-Patient-Beziehung, die im Ergebnis die Indikationsqualität verbessern kann. Durch das gemeinsame Erkennen und die gemeinsame Beantwortung von Fragen zu relevanten Entscheidungen ist dies möglich (konsensuelle Wahrheitsfindung). Die so entwickelten und veröffentlichten Empfehlungen werden von einer Konsensus-Kommission kontinuierlich überprüft. Diese erarbeitet auch neue Empfehlungen. Das Vorgehen wird auf dessen Wirksamkeit im Sinne einer externen oder lokalen Evidenz evaluiert. Die Vermeidung von Überversorgung bzw. nicht indizierter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen in der letzten Lebensphase ist hierbei von hervorragender Bedeutung.

In Bezug auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung in der Phase des Lebensendes wird an dieser Stelle auf verschiedene Positionen verwiesen:

*„Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten ... Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr“ (Bundes-Ärzttekammer).* Ähnliche Aussagen finden sich in der Charta zur Betreuung Sterbender. Zugleich gilt es, eine Unterversorgung, insbesondere zur Behandlung belastender Symptome oder einer umfassenden psycho-sozialen Unterstützung, zu vermeiden. Die in der Charta formulierten fünf Leitsätze, die mit Unterstützung der Politik auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene entwickelt wurde, sollte systematisch so umgesetzt werden, dass jeder Betroffene

---

<sup>3</sup> Ausführungen erfolgen entlang und z.t. unter wörtlicher Bezugnahme auf **Bernd Alt-Epping**, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Die Verbindung und Übernahme muss abschließend geklärt werden bzw. kann durch geeignete eigene Veröffentlichungen kompensiert werden.

unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung, Lebenslage oder des Versorgungsortes eine menschenwürdige Behandlung und Begleitung erhält. Zentrale Risikofaktoren könnten die Umsetzung erschweren. Dabei handelt es sich um:

1. Unzureichende Schmerztherapie bei schwerkranken und sterbenden Bewohnern/ Patienten
2. Unzureichende Steuerung der Atemnot
3. Fehlender Einbezug palliativer Kompetenzen
4. Verbesserbarer Einbezug der Angehörigen
5. Verbesserbarer Einbezug der hausärztlichen Versorgungsperspektive

Es folgen Positiv- und Negativaussagen, sie beziehen sich auf obige Risikofaktoren und berücksichtigen dabei im allgemeinen Teil ausgewählte Empfehlungen der „Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ und in einem speziellen Teil die eigens erstellte eigene Leitlinie „Verhinderung nicht indizierter Verlegungen“.

Beruhend die Empfehlungen der S3 LL maßgeblich auf Empfehlungen, denen kontrollierte klinische Studien zugrunde liegen, gründen die spezielleren Empfehlungen auf einer Literaturrecherche, auf zu diesem Zweck durchgeführten Fokusgruppengesprächen und einem zweistufigen Konsensusverfahren.

Die folgenden Empfehlungen adressieren an die Hausärzte, obwohl es sich dabei nur um eine Arztgruppe handelt, die in die medizinische Betreuung von Bewohnern involviert sind. Sie sind aber in der Regel maßgeblich am Prozess des „gemeinsam klug entscheiden“ beteiligt. Dies gilt umso mehr und dringender, da zunehmend ältere Menschen in den Praxen zu betreuen sind.

Teilziel der neuen LL ist es deshalb, zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte, eingebundene und in die Entscheidungen einbezogene Hausärzte Verlegungen veranlassen die - im oben beschriebenen Sinn - nicht indiziert sind. Es gilt die Hausärzte bestmöglich zu integrieren, diese in ihrer Verantwortung aktiv einzubinden und diese hierfür bestmöglich, d.h. insbesondere durch geeignete Planungen und Prozesse, aktiv zu entlasten.

**Von besonderer Bedeutung ist, dass die hier formulierten Empfehlungen mit der LL- Implementierung zusammen bedacht und eingeführt werden. Das Projektmanagement für die Einführung wird durch die Pflegeheime (bzw. Krankenhäuser) vorgetragen. Die definierte Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist wichtiger Gegenstand der LL. So gilt es, die Hausärzte frühzeitig zu informieren und für das Vorgehen der LL-Implementierung zu gewinnen. So wird den Hausärzten empfohlen, mit den Angehörigen zu kooperieren und diese auch für das ACP-**

**Verfahren zu gewinnen. Obwohl für das Gelingen des ACP-Prozesses die Verantwortung auf Seiten der Pflegeheimbetreiber liegt, ist klar, dass dessen Wirksamkeit ohne die aktive-motivationale Einbindung des Hausarztes begrenzt bleiben wird.**

*Problematisches Fallbeispiel: Aus der Perspektive des Hausarztes Dr. K ist die Qualität der Versorgung in dem Pflegeheim S. problematisch. Gleichwohl betreut er dort immer wieder Bewohner, die er als Patienten viele Jahre betreut hat. Praktisch führt dies dazu, dass wenn auch der Angehörige mit der Situation in der Pflegeeinrichtung in der absehbaren Situation des Sterbens nicht zufrieden ist, Dr. K. die Bewohner in das Krankenhaus einweist.*

**Positivempfehlungen (allgemein)<sup>4</sup>**

**Bei nicht heilbaren schweren Erkrankungen sollen die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sowie die Belastungen und Informationsbedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen wiederholt und bei einer Änderung der klinischen Situation aktualisiert und erfasst werden.**

*Die Bedürfnisse und Belastungen von Bewohnern/Patienten können vielfältig sein und reichen von der Linderung belastender Symptome über therapieentscheidungsrelevanten Informationsbedarf hin zu psychosozialen Unterstützungsbedarf bei der Krankheitsbewältigung oder religiös-spirituellen Unterstützungsbedarf. Die Bedürfnisse der Angehörigen, Caregiver oder nahestehender Personen sind zu berücksichtigen. Es hat sich neben einer guten Informiertheit als hilfreich erwiesen, wenn diese möglichst aktiv einbezogen werden.*

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
<b>Eigene Information</b> Intellektueller Wissenserwerb	Yellow		Eigener Informationsbedarf (eigene Ausbildung, Kenntnis S3-Leitlinie oder Informationen der DPG).		
<b>Beratungen anderer Personen</b> Zwei oder mehrere Personen im Gespräch	Orange		Beratung mit Bewohner/ Angehörigen/ Mitarbeiter Pflegeeinrichtung über Aktualisierungsbedarf		

<sup>4</sup> Für das Gelingen der im folgenden formulierten Entscheidungshilfen ist von zentraler Bedeutung, dass die Thematik und das Vorgehen als ein Geschehen (ein Prozess) der gesamten ärztlichen Praxisteams zu sehen ist d.h. die allermeisten erkennbar gemachten Aktivitäten werden händisch durch das Praxisteam ermöglicht. Auch wenn im Folgenden der Hausarzt adressiert und so benannt wird, ist vielfach die Arzthelferin bzw. eine angestellte andere Fachkraft des niedergelassenen Arztes angesprochen.



<b>Eigene Schulung bzw. Praxisschulung</b> Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)			Stärkung der Kompetenzen eines Mitarbeiters zur Erfassung und Bewertung körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse und Belastungen, Identifikation von Informationsbedürfnissen bei Bewohnern/ Angehörigen		
<b>Unterstützung (Support)</b> Familie			Identifizieren des familiären Ansprechpartners (ist in der Praxis zumeist bekannt)		
<b>Unterstützung (Support)</b> Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Identifikation des regionalen informellen oder professionellen Netzwerks, z.B. Kirchengemeinde, gesetzliche Betreuung, SAPV und damit interne und externe Abstimmungen zum Aktualisierungsbedarf		
<b>Unterstützung (Support)</b> Pflegeeinrichtung			Ansprechpartner kennen und Erreichbarkeit klären, z.B. Visiten und Besuche nutzen  Zeitnah werden wichtige Parameter der Zustandsverschlechterung von Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung aktiv an Praxis gegeben		
<b>Dokumentation und Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste Ansprechpart.</li> <li>• Zustandsentwicklung</li> <li>• To do</li> </ul>			Monitoring der betroffenen Patienten / Bewohner (Visiten und Besuche nutzen). Eigene Patientenakte ACP bzw. Dokumentation anpassen.		

**Bei Diagnose einer nicht heilbaren Grunderkrankung sollen Patienten Informationen über palliative Behandlungskonzepte und die auf ihre Bedarfe abgestimmte Unterstützung angeboten bekommen.**

*Palliative Handlungskompetenz wird vielfach zu spät angefordert. Ihr Nutzen als Unterstützungsangebot ist umfassend abgesichert.*

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
<b>Eigene Information</b> Intellektueller Wissenserwerb			Eigener Informationsbedarf (eigene Ausbildung, Kenntnis S3-Leitlinie oder Informationen der DPG)		

<b>Beratungen anderer Personen</b> Zwei oder mehrere Personen im Gespräch			Im Rahmen von Anamnese bzw. weiteren Beratungsgespräche werden gezielt Informationen zu palliativen Behandlungskonzepten weitergegeben		
<b>Eigene Schulung bzw. Praxisschulung</b> Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)			Alle Mitarbeiter im Team sind über palliative Behandlungskonzepte informiert und kennen die Absprachen zu einzelnen Patienten (proaktives Handeln)		
<b>Unterstützung (Support)</b> Familie			Angehörige oder weitere Caregiver werden in Gespräche über schwerwiegende Befunde oder der Entscheidung über ein palliatives Behandlungskonzept eingebunden		
<b>Unterstützung (Support)</b> Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Aufbau eines kollegialen Beratungsnetzes, um sich durch erfahrene Kollegen in AAPV- Teams bzw. SAPV- Teams, die bereits Beratungsarbeit leisten, unterstützen zu lassen		
<b>Unterstützung (Support)</b> Pflegeeinrichtung					
<b>Dokumentation und Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Liste Ansprechpart.</li> <li>Zustandsentwicklung</li> <li>To do</li> </ul>			Eine Auswahl von Informationsmaterial von professionellen und ehrenamtlichen Hilfen – insbesondere zu regionalen Partnern – sind zur Verteilung vorrätig		

**Patienten bzw. Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen erhalten das Angebot der vorausschauenden Versorgungsplanung (*Advance Care Planning*). Die Gesprächsbegleitung soll frühzeitig im Verlauf sowie wiederholt bei Veränderungen der Bewohnersituation angeboten werden. Auch in den Krankenhäusern wird das Angebot für schwerstkranke und absehbar sterbende Patienten gegenwärtig geprüft und angeboten.**

Die „vorausschauende Versorgungsplanung“ (ACP) beschreibt einen systematischen, interprofessionell begleiteten Kommunikations- und Implementierungsprozess zwischen Bewohner/Patienten, Angehörigen und an der Betreuung/Behandlung beteiligten Personen. Dieser Prozess dient der Identifizierung und Umsetzung individueller Ziele des Bewohners/Patienten und seiner Angehörigen (Caregiver).

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
--	-------	------------	--------	-------------------------------	--

<b>Eigene Information</b> Intellektueller Wissenserwerb			Das Verfahren der vorausschauenden Versorgungsplanung ist bekannt oder es besteht eigener Informationsbedarf über das Verfahren		
<b>Beratungen anderer Personen</b> Zwei oder mehrere Personen im Gespräch			Im Rahmen von Anamnese bzw. weiteren Beratungsgesprächen werden gezielt Informationen zu palliativen Behandlungskonzepten weitergegeben		
<b>Eigene Schulung bzw. Praxisschulung</b> Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)			Alle Mitarbeiter im Team sind über eine vorliegende vorausschauende Versorgungsplanung informiert und kennen die Absprachen zu einzelnen Patienten (proaktives Handeln)		
<b>Unterstützung (Support)</b> Familie			Die Familie/ Caregiver wird frühzeitig, d.h. so bald als möglich bei problematischen Krankheitsverlauf bzw. fortgeschrittenem Lebensalter, über die vorausschauende Versorgungsplanung informiert und zur Erstellung motiviert, Informationsblätter und Ansprechpartner werden weitergegeben.		
<b>Unterstützung (Support)</b> Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Handlungspartner vor Ort, die sich mit Patientenverfügung, vorausschauender Lebensplanung befassen, identifizieren und abstimmen z.B. Hospizgruppen, Kirchengemeinden, Kommune Interessierte Patienten und Angehörige an Ansprechpartner vermitteln, z.B. für eine vorausschauende Versorgungsplanung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung		
<b>Unterstützung (Support)</b> Pflegeeinrichtung			Identifikation des jeweiligen Ansprechpartners, der in der Pflegeeinrichtung den ACP-Prozess verantwortet, und wer aus dem Praxisteam an einem regelmäßigen Informationsaustausch mit der Pflegeeinrichtung teilnehmen kann		
<b>Dokumentation und Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste Ansprechpart.</li> <li>• Zustandsentwicklung</li> <li>• To do</li> </ul>			Entsprechende Ansprechpartner und Informationsabläufe für das Praxisteam dokumentieren Vorliegende vorausschauende Versorgungsplanung, Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten in Kopie archivieren		

**Abführmittel zur Behandlung oder Vorbeugung von opioidbedingter Obstipation sollen routinemäßig verordnet werden.**

Eine prophylaktische Laxanzienbehandlung stellt eine häufige und wichtige flankierende Maßnahme bei Patienten mit langanhaltender Opioid-Therapie dar. In der palliativen Therapie bzw. in der letzten Lebensphase sollte sie präventiv verordnet werden.

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
<b>Eigene Information</b> Intellektueller Wissenserwerb	Yellow		Eigene Information liegen vor, z.B. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, 2019		
<b>Beratungen anderer Personen</b> Zwei oder mehrere Personen im Gespräch	Orange		Im Rahmen von Anamnese oder Beratung wird auf die präventive Wirkung von Laxantien hingewiesen		
<b>Eigene Schulung bzw. Praxisschulung</b> Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)	Purple				
<b>Unterstützung (Support)</b> Familie	Red		Angehörige/ Caregiver sind über die Anordnung von Laxantien informiert und kennen die Gründe		
<b>Unterstützung (Support)</b> Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team	Green		Es erfolgt eine Abstimmung mit AAPV, SAPV über die Anordnung von Laxantien zur Vermeidung von doppelten Anordnungen oder unerwünschten Wechselwirkungen mehrerer Medikamente		
<b>Unterstützung (Support)</b> Pflegeeinrichtung	Blue		Es erfolgt eine Abstimmung des individuellen Behandlungsprozesses. Bei einer regelhaften Anordnung von Laxantien liegt eine standardisierte Verfahrensanweisung in der Pflegeeinrichtung vor		
<b>Dokumentation und Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• z.B. Liste Ansprechpartner</li> <li>• z.B. Monitoringabbildung</li> </ul>	Grey		Eigene Bevorratung mit den am häufigsten verordneten Laxantien, direkte Liefermöglichkeit über eine kooperierende Apotheke schaffen		

• Aufbau geeigneter Struktur					
------------------------------	--	--	--	--	--

**In der Sterbephase auftretende Unruhe und Angst sollen regelmäßig erfasst und berücksichtigt werden. Hierbei soll neben sprachlichen Äußerungen auf klinische Hinweise - wie Unruhe (Nesteln), Schwitzen, Mimik oder Abwehrreaktionen - geachtet werden. Bei Unruhe in der Sterbephase sollen die im Vordergrund stehenden auslösenden Ursachen bestimmt werden, zum Beispiel Schmerz, Obstipation, Harnverhalt, Atemnot, Angst und/oder ein Delir.**

*Neben Traurigkeit können Emotionen wie Angst und Verzweiflung die Auseinandersetzung mit dem Sterben und den eigenen Tod akzentuieren, insbesondere dann, wenn der Tod unmittelbar bevorsteht. Angst und Unruhe in der Sterbephase verstärken das Leid des Bewohners/Patienten, aber auch der Angehörigen. Sie sind durch geeignete Beobachtung zeitig zu identifizieren und durch Beistand u.a. supportive Unterstützung zu mildern.*

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
<b>Eigene Information</b> Intellektueller Wissenserwerb	Yellow		Eigene Information liegen vor, z.B. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, 2019		
<b>Beratungen anderer Personen</b> Zwei oder mehrere Personen im Gespräch	Orange		Im Rahmen von Anamnese oder Beratung wird auf die Symptomatik der Unruhe und ihre Ursachen hingewiesen		
<b>Eigene Schulung bzw. Praxisschulung</b> Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)	Purple				
<b>Unterstützung (Support)</b> Familie	Red		Angehörige/ Caregiver sind über das Auftreten von Unruhe informiert und kennen die Gründe		
<b>Unterstützung (Support)</b> Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team	Green		Es erfolgt eine Abstimmung mit AAPV, SAPV über die Anordnung von beruhigenden Medikamenten zur Vermeidung von doppelten Anordnungen oder unerwünschten Wechselwirkungen mehrerer Medikamente		

<b>Unterstützung (Support)</b> Pflegeeinrichtung			Informationen (Monitoring), Unterstützung und Zusammenarbeit entlang der bestehenden und auftretenden Symptome. Orientierung sollte die ACP-Planung bieten, ein vorausschauend entwickelter „palliativer Notfallplan“ ergänzt die ACP- Planung um die Behandlung akut auftretende Symptome  Der Hausarzt bzw. die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung sollten das Ziel haben, das Sterben ohne Präsenz des HA zu ermöglichen. Dies verlangt eine vorausschauende Planung.		
<b>Dokumentation und Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Liste Ansprechpart.</li> <li>Zustandsentwicklung</li> <li>To do</li> </ul>			Eigene Bevorratung mit den an den häufigsten verordneten beruhigenden Medikamenten, Liefermöglichkeit über eine kooperierende Apotheke schaffen		

### Negativempfehlungen (allgemein)

**Alle medizinischen, pflegerischen, physiotherapeutischen u.a. Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität bzw. Patientenwohls des sterbenden Menschen dienen, werden in der Sterbephase nicht eingeleitet bzw. beendet.**

*Darunter fallen sowohl therapeutische Maßnahmen wie tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen, Beatmung, Dialyse/Hämofiltration, Intensivtherapie, die Defibrillator-/Kardioverterfunktion implantierter Devices als auch Lagerungsmaßnahmen zur Dekubitus- oder Pneumonieprophylaxe, Messung und Dokumentation von Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Blutzucker, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht.*

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
<b>Eigene Information</b> Intellektueller Wissenserwerb			Eigene Information liegen vor, z.B. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, 2019, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, 2011		
<b>Beratungen anderer Personen</b> Zwei oder mehrere Personen im Gespräch			Im Rahmen von Anamnese oder Beratung wird auf die Möglichkeit der Beendigung von Therapien hingewiesen		

<b>Eigene Schulung bzw. Praxisschulung</b> Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)			Schulung des eigenen Teams zum Verhalten bei Nachfragen durch Angehörige/ Caregiver in „palliativen Notfallsituationen“, einer Verschlechterung oder in der letzten Lebensphase		
<b>Unterstützung (Support)</b> Familie			Angehörige/ Caregiver werden in die Entscheidung zur Beendigung von Therapien einbezogen und informiert		
<b>Unterstützung (Support)</b> Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Es erfolgt eine Abstimmung mit AAPV, SAPV über die geplante Beendigung von Therapien		
<b>Unterstützung (Support)</b> Pflegeeinrichtung			Enge Abstimmung des Vorgehens mit den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung während Visiten		
<b>Dokumentation und Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste Ansprechpart.</li> <li>• Zustandsentwicklung</li> <li>• To do</li> </ul>			In der Dokumentation der Pflegeeinrichtung ist die Entscheidungsfindung sichtbar und es erfolgt ein weiteres geplant-abgestimmten Vorgehen		

**Positivempfehlungen (speziell aufgrund des Avenue-Pal Projektes)**

**Zeichnet sich der Eintritt des Sterbeprozesses in einer Pflegeeinrichtung ab, wird ein Monitoring- und Informationsprozess zwischen hausärztlicher Praxis und Pflegeeinrichtung initiiert, der es ermöglicht, Bedürfnisse, Art und Ausmaß der benötigten Unterstützung (hierzu gehört auch die Hinzuziehung komplementärer Partner) bewohnerorientiert zu berücksichtigen. Ein gemeinsamer im Vorfeld erstellter „palliativer Notfallplan“ soll diesen Prozess sichern.**

*In eigenen Studien, Literatur und in der S-3 LL kann gezeigt werden, dass der Informations- und Kommunikationsprozess zwischen dem HA und der Pflegeeinrichtung in aller Regel verbesserbar ist bzw. dessen Defizit als zentrale Problemursache zu erkennen ist. Es ist wichtig, einen belastbaren Info-Prozess zwischen Pflegeeinrichtung und Praxis zu identifizieren. Bewährt haben sich das Tele-Fax, das Telefon bzw. ein e-basierter Prozess. Erst wenn dieser Prozess mit der Benennung eines Ansprechpartners in der Praxis und Pflegeheim etabliert ist, kann eine kontinuierliche Begleitung ermöglicht werden, auch ohne hausärztlich Präsenz in der Pflegeeinrichtung. Der Hausarzt kann in Abstimmung mit dem Pflegeheim auf die Einbeziehung komplementärer Partner hinwirken. Studien zeigen, dass sich ein frühzeitig erstellter „palliativer Notfallplan“, d.h. eine Planungsgrundlage zur informativen, interventionellen und sozialen Steuerung des Sterbeprozesses, hilfreich auswirkt. Auch hier gilt es eine Abstimmung mit den Empfehlungen der „vorausschauenden Lebensplanung“ bzw. einer Patientenverfügung herzustellen.*

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
<b>Eigene Information</b> Intellektueller Wissenserwerb			Eigene Informiertheit ausbauen, z.B. Kenntnis einschlägiger Leitlinien, regionale Leitlinie AVENUE PAL, Kenntnis Verfahren vorrausschauende Versorgungsplanung		
<b>Beratungen anderer Personen</b> Zwei oder mehrere Personen im Gespräch					
<b>Eigene Schulung bzw. Praxisschulung</b> Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)			Abstimmung im Praxisteam über die Nutzung und die Aufbewahrung von „palliativen Notfallplänen“ Abstimmung im Praxisteam über die Rolle und Bedeutung von „palliativen Notfallplänen“ in der hausärztlichen Versorgungspraxis		
<b>Unterstützung (Support)</b> Familie			Angehörige/ Caregiver sind über die Festlegungen im „palliativen Notfallplan“ informiert. Sie sind in die Aktualisierung eingebunden, z.B. durch die Teilnahme an einer Fallbesprechung in der Pflegeeinrichtung		
<b>Unterstützung (Support)</b> Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Erstellen einer Übersicht (Tabelle) relevanter regionaler Partner in Einrichtungen und in der Region (Muster siehe Anhang) Entwicklung eines „palliativen Notfallplanes“ (Muster siehe Anhang)		
<b>Unterstützung (Support)</b> Pflegeeinrichtung			Etablierung eines stabilen Informationsprozesses (Muster siehe Anhang) Zu einem stabilen Informationsprozess gehört immer ein Ansprechpartnersystem Entwicklung eines „palliativen Notfallplanes/ Alarmplanes (Muster siehe Anhang)		
<b>Dokumentation und Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• z.B. Liste Ansprechpartner</li> <li>• z.B. Monitoring</li> <li>• Strukturen</li> </ul>			Hinterlegen der Protokolle / Pläne im Dokumentations- u. Planungssystem der Praxis und in der Pflegeeinrichtung Erstellen einer Übersicht (Tabelle) welche Patienten, die sich in der letzten Lebensphase befinden, in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden (Muster siehe Anhang)		

		Erstellen einer Übersicht (Tabelle) relevanter regionaler Partner in Einrichtungen und in der Region (Muster siehe Anhang)		
--	--	--	--	--

**Der Hausarzt/die Praxis übernimmt proaktiv eine gestaltende Rolle bei den in den Pflegeeinrichtungen verbindlich durchgeführten Prozess der „vorausschauenden Lebensplanung“ (Advance-Care-Planning) und setzt sich darüber hinaus für die Umsetzung und den Einsatz von einschlägigen Fachgesellschaften und -Vertretern empfohlenen Patientenverfügungen ein.**

*Der Hausarzt/die Praxis sollte auch bei einem stationären Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung die zentrale Verantwortlichkeit auch im Sterbeprozess, der regelmäßig am Ende des Aufenthaltes in einer Pflegeeinrichtung steht, zukommen. Auch wenn ein ambulantes SAPV oder anderer palliativer bzw. hospizlicher Dienst diesen hierbei unterstützt. Damit es zu keinen notfallähnlichen Eskalationen kommt, ist die zeitige Planung des Kommenden verbindlich. Eigentlich anamnestisch, nun aber auch durch das ACP vorgetragen, gelingt dies. Der Hausarzt/die Praxis sollte das Verfahren in dessen Prinzip kennen und welcher Ansprechpartner in der Einrichtung existiert. Im Rahmen dieses Prozesses wird regelmäßig auch eine Patientenverfügung angestrebt. Dies können aber bereits einige Zeit vor einem Pflegeaufenthalt auf den Weg gebracht werden. Der Hausarzt sollte in dieser Zeit die Möglichkeit der bestehenden Beratungsangebote aufzeigen und darauf hinwirken, dass diese Patienten diese in Anspruch nehmen. Auch hier sind Kooperationen etwa zu der Gemeinde, Hospizgruppen, den kirchlichen Gemeinden u.ä. hilfreich.*

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
<b>Eigene Information</b> Intellektueller Wissenserwerb	Yellow		Eigene Information (eigene Ausbildung, S3-Leitlinie oder Informationen der DPG)		
<b>Beratungen anderer Personen</b> Zwei oder mehrere Personen im Gespräch	Orange		Ergänzung der eigenen Anamnese um Informationen zur letzten Lebensphase, z.B. einer vorausschauenden Versorgungsplanung, palliativer Notfallplan		
<b>Eigene Schulung bzw. Praxisschulung</b> Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)	Purple		Kognitiv-intellektuelles Erarbeiten der Ziele und des Vorgehens „Was bedeutet vorausschauende Lebensplanung“ (ACP) (Zentrale Aussagen siehe Anhang)  Kognitiv-intellektuelles Erarbeiten der Ziele und des Vorgehens bei Patienten- Bewohnerverfügungen und Vorsorgevollmachten (Zentrale Aussagen siehe Anhang)		
<b>Unterstützung (Support)</b> Familie	Red				

<b>Unterstützung (Support)</b> Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Gestaltung von Kooperation mit Gemeinde, Hospizverein und Kirchengemeinde, z.B. durch Abfassen eines Letter of Intend bzw. Kooperationsvereinbarung Gesprächskreis mit interessierten Kooperationspartnern etablieren bzw. bestehende für eigen Praxis nutzen		
<b>Unterstützung (Support)</b> Pflegeeinrichtung			Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern/Partnern in der Pflegeeinrichtung, die den ACP-Prozess verantwortet Letter of Intent, ähnliche Klärung des Verhältnisses zu SAPV, Hospizgruppen u.a. erstellen Akteuren (Muster siehe Anhang)		
<b>Dokumentation und Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Liste Ansprechpart.</li> <li>Zustandsentwicklung</li> <li>To do</li> </ul>			Informationsmaterial für Patient und Angehörige bereithalten		

**Der Hausarzt kennt die Praxis der Notfallversorgung vor Ort und auch die Krankenhäuser, in welche die Verlegungen stattfinden. Er wirkt in seinem Rahmen und Möglichkeiten darauf hin, dass auch diese bestmöglich informiert und in die Entscheidungsprozesse strategisch miteinbezogen sind, so dass die Wahrscheinlichkeit nicht notwendiger notärztlich verordneter Verlegungen reduziert werden bzw. die Pflegeheime diese nicht unberechtigt involvieren.**

*Für den Hausarzt ist es aus vielfachen Gründen wichtig, nicht nur die rechtlich-formalen, sondern auch die fachlichen und sozialen Bedingungen, unter welchen die regionale Notfallversorgung stattfindet, zu kennen. Er kennt die Dienste, die in Frage kommenden Zielgruppen bzw. Patienten. In aller Regel kennt der Hausarzt auch die aufnehmenden Krankenhäuser bzw. Notfallambulanzen und z.T. versucht er aus seinen Erfahrungen begründet den Notfalleinweisungsprozess zu steuern. Prinzipiell gilt es, die im Gepräge des Notfalls sich vollziehenden Verlegungen Sterbender einzudämmen. Das bedeutet, die diensthabenden Mitarbeiter der Not- bzw. Wochenenddienste dahingehend zu entwickeln, dass diese den Sterbenden als solchen erkennen und die Situation vor Ort konsolidieren. Ziel der Behandlung ist der Verbleib der sterbenden Menschen in der Pflegeeinrichtung. Dies ist nur mittel- bzw. längerfristig zu erreichen, indem geeignete Beratungen, Schulungen und Kommunikations- und Abstimmungsprozesse durchgeführt werden.*

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
<b>Eigene Information</b> Intellektueller Wissenserwerb			Eigene Information über die Möglichkeiten, Pflegeheimbewohner palliativ zu versorgen (eigene Ausbildung, Kenntnis der S3-Leitlinie)		

			oder Informationen der DPG, Wissen um die Kooperationspartner im näheren Umfeld)		
<b>Beratungen anderer Personen</b> Zwei oder mehrere Personen im Gespräch					
<b>Eigene Schulung bzw. Praxisschulung</b> Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)			Es finden gemeinsame Schulungen, Fallbesprechungen statt. Teilnehmer könnten Mitarbeiter des Praxisteam, des notärztlichen Bereitschaftsdienst, der Krankenhäuser sein.		
<b>Unterstützung (Support)</b> Familie					
<b>Unterstützung (Support)</b> Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team			Vorliegen eines letter of intend, inkl. der Klärung des Verhältnisses zu Mitarbeitern des notärztlichen Bereitschaftsdienstes (Muster siehe Anhang) Unterstützung bzw. Initiative eines „runden Tisches“ o.ä., der die betroffenen Helfer zusammenführt (AGNDA-Vorschlag siehe Anhang)		
<b>Unterstützung (Support)</b> Pflegeeinrichtung			Vorliegen eines letter of intend, inkl. der Klärung des Verhältnisses der Pflegeeinrichtung zu den Krankenhäusern und den Mitarbeitern des notärztlichen Bereitschaftsdienstes (Muster siehe Anhang) Unterstützung der Pflegeeinrichtung bei der Identifizierung von Patienten/Bewohnern, die eine Verlegung in ein Krankenhaus ablehnen		
<b>Dokumentation und Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Liste Ansprechpart.</li> <li>Zustandsentwicklung</li> <li>To do</li> </ul>			Alle beteiligten Parteien verfügen über die Dokumente, z.B. die letter of intends, Protokolle von Besprechungen, Protokolle von Fallbesprechungen		

**In vielen Fällen weiß der Hausarzt um die familiäre Situation, kennt die wichtigsten Angehörigen und (professionellen) Bezugspartner. Er wirkt im Rahmen seiner Kontakte und Möglichkeiten (Beratung, Information, Verweis und Einbindung von dritten Akteuren wie Hospizgruppen o.ä.) darauf hin, dass diese den Sterbeprozess in der Pflegeeinrichtung so gut als möglich konsolidieren. Auch die gezielte Ausgestaltung von Patienten-/ Bewohner testamenten und dem ACP-Prozess sind hierfür sehr geeignet.**

*Auch wenn es in Deutschland keine ausgewiesene Familienmedizin existiert, so kennt in noch immer zahlreichen Fällen der Hausarzt/die Praxis die Familie und deren Mitglieder am ehesten (Sozialanamnese) und dies nicht nur in ländlichen Regionen. Diese Möglichkeit gilt es, zugunsten der familiären Konsolidierung auch im Falle eines Pflegeaufenthaltes und eines sich vollziehenden Sterbeprozesses zu nutzen. Nicht ohne Grund achten die SAPV-Teams sehr stark auf die Situation bzw. die Belastungen von Angehörigen und formulieren Empfehlungen zu deren Entlastung und Stärkung. Auch hier können häufig die Hausärzte/die Praxis sehr wertvolle Hinweise geben bzw. haben eine langjährige Beziehungsebene als gelungen Voraussetzung für schwierige Gespräche.*

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
<b>Eigene Information</b> Intellektueller Wissenserwerb	Yellow		Eigene Information (eigene Ausbildung, S3-Leitlinie oder Informationen der DPG)		
<b>Beratungen anderer Personen</b> Zwei oder mehrere Personen im Gespräch	Orange				
<b>Eigene Schulung bzw. Praxisschulung</b> Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)	Purple				
<b>Unterstützung (Support)</b> Familie	Red		Der Hausarzt kennt den „wichtigsten“ Angehörigen/ Care Giver des Patienten/ Bewohners in der stationären Pflegeeinrichtung (siehe Tabelle Patienten in stationärer Einrichtung) Der Hausarzt prüft die Möglichkeit der Angehörigensprechstunde und bietet sie proaktiv an		
<b>Unterstützung (Support)</b> Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team	Green		Zugunsten der Versorgungsqualität des sterbenden Patienten in der Pflegeeinrichtung werden alle an der Betreuung beteiligten professionelle Helfer über den aktuellsten Stand informiert		

<b>Unterstützung (Support)</b> Pflegeeinrichtung					
<b>Dokumentation und Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Liste Ansprechpart.</li> <li>Zustandsentwicklung</li> <li>To do</li> </ul>					

**Negativempfehlungen (speziell aufgrund des Avenue-Pal Projektes)**

**Sind die letzten Tage - die Sterbephase - eines Bewohners erreicht, werden alle medizinischen, pflegerischen u.a. Aktivitäten dahingehend auch durch den Hausarzt qualifiziert, dass diese nicht dazu führen, Verlegungen an einen anderen Sterbeort zu veranlassen.**

*Es besteht das Risiko für eine Verlegung, wenn der durchaus erkannte Zeitpunkt, an welchem ein Bewohner seine letzten Lebenstage und Sterbephase erreicht hat, nicht oder doch nicht umfänglich genug dazu führt, dass alle Helfer hierüber gleichermaßen gut d.h. auch zeitnah informiert sind und so ihr professionelles Verhalten auf diese Situation abstimmen. Dies kann den Prozess destabilisieren.*

	Farbe	Piktogramm	Inhalt	Zeitlogik (kurz- mittel lang)	
<b>Eigene Information</b> Intellektueller Wissenserwerb			Eigene Information (eigene Ausbildung, S3-Leitlinie oder Informationen der DPG)		
<b>Beratungen anderer Personen</b> Zwei oder mehrere Personen im Gespräch					
<b>Eigene Schulung bzw. Praxisschulung</b> Wissens- oder Praxisvermittlung (Anleitung)					

<b>Unterstützung (Support)</b> Familie			Angehörige/ Caregiver sind über den möglichen Verlauf der Sterbephase informiert und können die Entscheidungen der professionellen Helfer nachvollziehen.		
<b>Unterstützung (Support)</b> Eignes (regionales) Netzwerk Eigenes Team					
<b>Unterstützung (Support)</b> Pflegeeinrichtung			Der Hausarzt setzt sich (mit) dafür ein, dass sterbende Bewohner identifiziert und als solche auch benannt/“gekennzeichnet“ werden		
<b>Dokumentation und Struktur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste Ansprechpart.</li> <li>• Zustandsentwicklung</li> <li>• To do</li> </ul>			Der palliative Notfallplan und die in diesen getroffenen Vereinbarungen / Aktivitäten werden zur Handlungsleitlinie		

### Einschränkungen bzw. weitere Entwicklung

Die formulierten Gemeinsam-klug-entscheiden-Empfehlungen, insbesondere die allgemeinen Positivaussagen, greifen auf zumeist gut bis sehr gut wissenschaftlich und in der Praxis abgesichertes Wissen zurück. Zugleich ist die medizinisch-pflegerische und psychologisch-soziale Betreuung sterbender Menschen bis heute in zahlreichen Versorgungssettings durch den für unser Gesundheitssystem insgesamt gültigen Zustand einer Über-, Minder- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Die in dieser Leitlinie formulierten Empfehlungen zu Aktivitäten begründen sich vor dem ethischen Handlungsanspruch, der nicht nur die Endlichkeit menschlichen Lebens akzeptiert, unnötige belastende Prozeduren ausschließt, bestmögliche Symptomlinderung sicherstellt und soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglicht. Von besonderer Bedeutung für die Akzeptanz der Empfehlungen ist, inwieweit es gelingt, die Hausärzte selber in den Entwicklungs- und Anpassungsprozess mit einzubeziehen.