



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

Wolfgang George und Christoph Wiese
Stand 22.02.2021

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 Entscheidung vor medizinischen Behandlungen zur Verfügung. Entscheidungshilfen unterstützen 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 5 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 Sozial-Milieu 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 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.

| 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 ¹ | 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 | Print, Help-Desk |

¹ Fokus liegt auf der Situation Betreuung im Pflegeheim

| | | | | |
|-----------------|---|---|---|------------------|
| 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 bedürften 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 | <i>Positive und negative Empfehlungen, Verhaltensorientierung Anhänge</i> | |

Tabelle: Übersicht der Entscheidungshilfen

2. Entscheidungshilfe für Notarzt und Rettungsdienst²

- Einführung³

Die AWMF-Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“ möchte die wichtigsten Empfehlungen von Leitlinien in Kurzform zugänglich machen mit dem Ziel, Patienten und Versorgungsaspekte zu Erkrankungen in den Mittelpunkt zu stellen und die Versorgungsqualität zu verbessern.

Im Weiteren angeschlossen wird an eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM). Ausgangspunkt bildet eine Positiv- und Negativ-Empfehlung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die Empfehlungen sind sowohl an Ärzte und Patienten. Es geht um die Sensibilisierung, dass nicht immer alles Machbare durchgeführt werden sollte. Die Indikationsqualität soll verbessert und die Arzt-Patient-Beziehung unterstützt werden. Durch die Identifizierung relevanter Prozessbedingungen des Patientenmanagements ist dies möglich. Veröffentlichte Empfehlungen werden von einer Konsensus-Kommission kontinuierlich auf deren Qualität und Umsetzbarkeit überprüft. Diese Kommission erarbeitet auch eigene Empfehlungen. Die Vermeidung von Überversorgung bzw. nicht mehr indizierter diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen ist in der letzten Lebensphase von besonderer Bedeutung.

„Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten. Er muss dabei den Willen des Patienten achten . . . Ein offensichtlicher Sterbevergang 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“ (Bundesärztekammer). Ähnliche Aussagen finden sich in der Charta zur Betreuung Sterbender. Zugleich gilt es eine Unterversorgung insbesondere zur Behandlung belastender Symptome oder der psycho-sozialen Unterstützung und Teilhabe zu vermeiden. In allen Versorgungssektoren und bei allen Verantwortlich muss es Ziel sein, dass jeder Betroffene unabhängig der zugrundeliegenden Erkrankung, Lebenslage oder Versorgungsort eine menschenwürdige Behandlung und Begleitung ermöglicht wird Als zentrale Risikofaktoren sind zu benennen:

1. Unzureichende Schmerztherapie bei schwerkranken und sterbenden Bewohnern/ Patienten
2. Unzureichende Steuerung der Atemnot
3. Fehlender Einbezug palliativer Kompetenzen

² Notarzt wird an dieser Stelle im Sinne einer akut notwendigen ärztlichen (auch rettungsdienstlich vorgetragen) Betreuung verstanden. Dies umfasst auch eine notwendig werdende medizinische Betreuung am Wochenende und in der Nacht.

4. Verbesserbarer Einbezug der Angehörigen
5. Verbesserbarer Einbezug der notärztlichen Versorgungsperspektive

Die im Folgenden Positiv- und Negativaussagen beziehen sich in einem allgemeineren Teil auf die Empfehlungen der „S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und in einem spezielleren Teil auf die eigene Leitlinie „Zur Verhinderung nicht indizierter Verlegungen“ und fokussieren hierbei auf die Notfall- und Rettungsmedizin.

Beruhend auf die Empfehlungen der S3 LL maßgeblich auf Empfehlungen denen kontrollierte klinische Studien zugrunde liegen, begründen sich die spezielleren Empfehlungen aus einer Literaturrecherche, zu diesem Zweck durchgeführten Befragungen und einem Konsensusverfahren.

Obwohl alle versorgenden Ärzte im Blick sind adressieren sich die Empfehlungen *Gemeinsam klug entscheiden Prozess* an die notärztliche Perspektive. Dies ist auch insofern berechtigt, als dass immer mehr Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden und dort versterben. Teilziel der neuen LL ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte, eingebundene und in die Entscheidungen einbezogene Notärzte Verlegungen einleiten bzw. durchführen –die im oben gemachten Sinn - nicht indiziert sind. Es gilt die notärztliche Versorgung bestmöglich einzubeziehen d.h. diese insbesondere durch vorausschauende Planung zu entlasten.

Wichtig ist, dass die formulierten Empfehlungen mit der LL- Implementierung einhergehen. Das Projektmanagement wird durch die Pflegeheime vorgetragen. Eine abgestimmte Zusammenarbeit mit den notärztlichen Versorgungsstrukturen herzustellen, ergibt sich nicht zuletzt aufgrund eigener empirischer Befunde, die erkennbar machten, dass die NÄ häufig die Verlegungen veranlassen bzw. diese vollziehen. Obwohl für das Gelingen des ACP-Prozesses die Verantwortung auf Seiten der Pflegeheimbetreiber liegt, ist klar, dass dessen Wirksamkeit ohne eine vorausschauende, aktive-motivationale Einbindung der Systempartner und Angehörigen - und hierzu gehört ausdrücklich auch das notärztliche Versorgungssystem - begrenzt bleibt.

- Ziel der Entscheidungshilfe für Notarzt und Rettungsdienst:

Ist es, den Notarzt / notärztlichen Rettungsdienst in die Lage zu versetzen einen Einsatz in einer Pflegeeinrichtung auch dann fachlich korrekt und verantwortungsvoll durchzuführen, wenn es sich um einen sterbenden Bewohner/-in bzw. palliativen Patienten handelt der den Einsatz auslöst. Dies gelingt aufgrund fachlicher und sozialer Befähigung und ergänzender Unterstützung durch eine vorausschauende und präventive Befassung mit den zu erwartenden Situationen im Pflegeheim. Praktisch führt dies dazu, dass im Regelfall der Bewohner/-in vor Ort stabilisiert wird.

- Ausgangssituation:

Der Notarzt ist in einer erweiterten Sicherstellung der medizinischen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen von besonderer Bedeutung. Immer dann, wenn akuter medizinischer Handlungsbedarf besteht und auf den hausärztlichen Dienst bzw. den zuständigen Hausarzt nicht zurückgegriffen werden kann, wird der Rettungsdienst verständigt. Ungefähr jeder 6. notärztliche Einsatz führt in eine Pflegeeinrichtung. Gerade in ländlichen Regionen ist mit einer weiteren Zunahme der Inanspruchnahme mobiler notärztlicher Versorgung auszugehen.

Die Besonderheit der notärztlichen Versorgung in den Pflegeheimen besteht einerseits in der therapeutischen Herausforderung des Settings und andererseits in einer gut antizipierenden Planung der jeweiligen Situationen. So gilt es etwa, palliative Notfallsituationen früh zu erkennen. Der Einsatz wird nötig, da die niedergelassenen Ärzte (bzw. AAPV) nicht rund um die Uhr und an allen Tagen gesichert ist, so dass Versorgungslücken entstehen, die dann eine notärztliche Therapie mit nachfolgender Klinikeinweisung nach sich ziehen können. Auch die seit vielen Jahren den Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen gesetzlich zustehende SAPV erfasst nicht alle Heime bzw. alle Bewohner. Auch bei guter Planung der Versorgung von Palliativpatienten können Notfallsituationen nicht vollständig vermieden werden. Jedoch ist es möglich die weitere Versorgung in der Pflegeeinrichtung ohne weitergehende notfallmedizinische Unterstützung oder gar einer Verlegung in eine Klinik vorzunehmen.

Ein großes Risiko ist (dies konnte in eigenen empirischen Studien aufgezeigt werden), dass der hinzugezogene Rettungsdienst und Notarzt die palliative Versorgungssituation nicht erkennen bzw. sie auch nicht die zeitnahe Information erhalten, dass es sich um einen palliativen Notfall bzw. um einen Patienten im palliativen Erkrankungsstadium handelt. Diese Informationen oder etwa eine vorliegende Bewohnerverfügung sind indes von größter Bedeutung für den weiteren Verlauf der Krisenintervention.

Dort wo die SAPV modellhaft entwickelt ist gewinnt auch die AAPV an Bedeutung bzw. es gibt eine / existiert eine gelungene wechselseitige Unterstützung, von der dann auch der u.U. notwendige notärztliche Einsatz profitiert. Die notwendigen Klärungen wie etwa durch *Advance Care Planning* können so in Ruhe und Verlässlichkeit zwischen den betroffenen Akteuren getroffen werden. Hierbei kommt dem Hausarzt die entscheidende Rolle zu. ER ermöglicht maßgeblich die

verschiedenen Verfahren der Patientenautonomie – auch in dem er die Angehörigen einbindet – und hat damit in möglichen Notfallsituationen eine hervorragende Bedeutung. Im idealen Fall erarbeitet er mit der Einrichtung und den Betroffenen die notwendigen Dokumente.

Aber auch die praktische Sicherstellung und Koordination etwa eines dauerhaft erreichbaren Ansprechpartners (24/7/365 Erreichbarkeit) ermöglicht solch eine vorausschauende Planung. Als Ergebnis entsteht, dass der Rettungsdienst bzw. der Notarzt nicht mehr alarmiert werden muss. Wird er dennoch angefordert – hierfür kann es gute Gründe geben – dann ist es hilfreich, wenn er bestmöglich vorab informiert ist, dass vorhandene Dokumente bzgl. des Bewohnerwillens vorliegen und auch des eventuellen Handelns / Notfallplan / Notfallmedikamente bestmöglich vorbereitet sind. Wichtig ist ferner ein guter Aus- und Fortbildungsstand in der „palliativen Notfallversorgung“ sowohl auf der Seite des Pflegepersonals als auch des Rettungsdienstpersonals.

Problematisches Fallbeispiel 1:

Patient im fortgeschrittenen Tumorstadium bei bereits definierter Palliativsituation

*Alarmierungssituation: Plötzliche Luftnot bei bekanntem Bronchial Tumor
Angst beim Pflegepersonal, etwas falsch zu machen und Aufforderung durch die Heimleitung, in Notfällen, den Rettungsdienst zu rufen.
Notarzt wird aufgrund der Einsatzmeldung und des Notarztindikationskatalogs durch die Leitstelle zusammen mit Rettungswagen alarmiert.*

*Situation am Einsatzort: Patient mit Luftnot bei bekanntem Bronchial Tumor
Patient wünscht gemäß eigener Aussage und schriftlicher Patientenverfügung keinen Transport in ein Krankenhaus
Patient wird vor Ort mit der bereits geplanten Bedarfsmedikation bei akuter Luftnot durch das Notfallteam therapiert
Besserung der Luftnot während der Versorgung*

Problematik: Aus der Perspektive des am Wochenende hinzugerufenen Notarztes Dr. K ist die Qualität der Versorgung in dem Pflegeheim S. problematisch. Dem Patienten (Bewohner) geht es schlecht, das Pflegepersonal steht unter hohem Stress und befindet sich aktuell in einer problematischen Situation zwischen Patientenwillen und Arbeitsvorgaben

sowie noch fehlendem Rückhalt bei der Applikation der vorhandenen Bedarfsmedikation. Der Hausarzt ist nicht erreichbar und ein SAPV Team ist in die Versorgung noch nicht integriert worden. Ein ACP besteht ebenfalls nicht. Der Notarzt Dr. K veranlasst nach Rücksprache mit dem Patienten und dessen nachfolgendem Einverständnis die Verlegung in das benachbarte Krankenhaus und bemüht sich um eine Verlegung auf die Palliativeinheit des Krankenhauses.

Lösungsstrukturen für die beschriebene Situation, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen auch bei zunehmend besserer Planung und Strukturqualität häufig in Deutschland stattfindet, ergeben sich aus den hier vorliegenden Empfehlungen.

Positivempfehlungen (allgemein)

Identifizieren letzte Lebensphase: Durch den Notarzt / dem Rettungsdienst bei Eintreffen zur Verfügung gestellte Information erkennt dieser zeitnahe und eindeutig, dass er einen Bewohner in der letzten Lebensphase bzw. im Sterbeprozess vorfindet.

Die Pflegeeinrichtung verfügt über einen – zumeist mit den notärztlichen und hausärztlichen Versorgern entwickelten – Informationsprozess, der dem eintreffenden Notarzt eine umfassende und zeitnahe Orientierung erlaubt, so dass dessen Interventionen sich auf die Stabilisierung der Situation vor Ort konzentrieren können. Unmittelbar nach seinem Eintreffen muss diese Information geklärt werden. Anzuzielen ist, dass diese Information bereits vor dem Eintreffen vorliegt. Aktivitäten:

| | | | | |
|---|---|--|-------------------------------|--|
| Information (Kognitive Kompetenz) |  | Sie sollten möglichst viele der verwendete Informations- und Dokumentationssysteme der Einrichtungen kennen. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Beratung (Kognitive Kompetenz) |  | Der Notarzt stimmt sich mit seinen Kollegen / mit seinen Vorgesetzten ab | kurz – mittel - längerfristig | |
| Schulung (Kognitive- und Handlungskompetenz) |  | Gemeinsame Schulungen bzw. Abstimmungen mit den betroffenen Akteuren sind notwendig | kurz – mittel - längerfristig | |
| Anleitung + Übungen (Handlungskompetenz) |  | Anfänger im Team sollten hierfür gezielt angeleitet werden bzw. erfahrene Kollegen sollten aktiv anleiten | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch eigenes Team (Soziale und Handlungskompetenz) |  | Kein Aktionismus | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch andere Akteure |  | Auf Informationsbereitstellung hinwirken (falls notwendig) | kurz – mittel - längerfristig | |
| Kooperationen (Strategisch-reflexive Kompetenzen) |  | | kurz – mittel - längerfristig | |
| Eigene Dokumente <ul style="list-style-type: none"> Liste Ansprechpart. Zustandsentwicklung To do |  | Der Notarzt kann das vorhandene System anwenden Er kann ein nicht vorhandenen Prozess | kurz – mittel - längerfristig | |

Vorliegenden Behandlungsplan umsetzen können: Aufgrund eines vorliegenden palliativen Behandlungskonzeptes in der Einrichtung o.ä. erkennt der notärztliche Dienst die Situation des Bewohners und kann empfohlene bzw. verordnete Maßnahmen verabreichen bzw. verabreichte Medikamente bzw. weiterführende Schritte begründen.

Immer mehr Einrichtungen verfügen über einen palliativen Behandlungsplan bzw. werden durch ein SAPV-Team betreut. Trotzdem kann ein notfallähnlicher Versorgungsbedarf entstehen. Es ist wichtig, dass der Notarzt die in diesem vorgeschlagenen bzw. festgehaltenen Medikationen verwendet bzw. Behandlungen und Interventionen berücksichtigt. Aktivitäten:

| | | | | |
|---|---|---|-------------------------------|--|
| Information (Kognitive Kompetenz) |  | Die in den Einrichtungen vorliegenden palliativen Behandlungsplanungen gleichen sich. Verschaffen Sie sich einen Überblick. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Beratung (Kognitive Kompetenz) |  | Stimmen Sie sich in Ihrem Behandlungsteam über das prinzipielle Medikamentenregime in einem Palliativen Notfall ab d.h. grundsätzlich die in der Einrichtung vorhandenen / bevorrateten (z.B. durch SAPV) und angeordneten, dann des eigenen Bestandes. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Schulung (Kognitive- und Handlungskompetenz) |  | Die technische, fachliche und dokumentierende Anwendung palliativer Behandlungspläne (einschließlich „Palliativer Notfall“) sollte Gegenstand einer Fortbildung sein | kurz – mittel - längerfristig | |
| Anleitung + Übungen (Handlungs- und emotionale Kompetenz) |  | Anfänger im Team sollten hierfür gezielt angeleitet werden bzw. erfahrene Kollegen sollten aktiv anleiten | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch eigenes Team (Soziale und Handlungskompetenz) |  | Aufgabenteilung im Rettungs-Team | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch andere Akteure (Soziale und Handlungskompetenz) |  | Auf Informationsbereitstellung hinwirken (falls notwendig) Einen Ansprechpartner in der Einrichtung zu identifizieren ist hilfreich | kurz – mittel - längerfristig | |
| Kooperationen (Strategisch-reflexive Kompetenzen) |  | Prüfen Sie vor Ort welche Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten Sie gezielt hinzuziehen können bzw. welche parallel durch die Einrichtung zu informieren sind | kurz – mittel - längerfristig | |
| Eigene Dokumente |  | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do | | | | |

Eigenes fachliches Wissen:Der Notarzt kennt die in der finalen Sterbephase auftretenden Symptome wieAtemnot, Unruhe und Angst etc. und kann dieses Wissen - der jeweiligen Situation angemessen - ergänzend zu dem vorliegenden Behandlungsplan einbringen und somit die Situation vor Ort stabilisieren.

Aufgrund eigenen Ausbildung (palliative Medizin) Fortbildungen, Erfahrungen und Austausch im Team weiß der Notarzt / das Rettungsteam um die zentralen Symptome, kennt die prinzipiellen Behandlungsmöglichkeiten bzw. kann einen bestehenden Behandlungsplan situativ anwenden. Es ist zumeist die Stabilisierung einer Krise bzw. eines Symptomes des Patienten, dass den Notarzt herbeirufen lässt bzw. diesen leitet. Eine eingeleitete Verlegung in ein Krankenhaus sollte für einen sterbenden Patienten die letzte Lösung ausmachen. Aktivitäten:

| | | | | |
|--|---|---|-------------------------------|--|
| Information (Kognitive Kompetenz) |  | Infomieren Sie sich über die Möglichkeiten und Verfahren der palliativen Versorgung. Sie sollten über die Basiskenntnisse verfügen | kurz – mittel - längerfristig | |
| Beratung |  | Der Notarzt stimmt sich mit seinen Kollegen / mit seinen Vorgesetzten ab | kurz – mittel - längerfristig | |
| Schulung (Kognitive- und Handlungskompetenz) |  | Gemeinsame Schulungen bzw. Abstimmungen mit den Betroffenen Akteuren sind notwendig Medizinische und soziale Symptome und Begleitumstände können die letzte Lebensphase stark prägen. Es ist wichtig, dass diese bestmöglich gesteuert werden. Hierzu ist Handlungswissen zumeist über die eigene Aus- und Fortbildung hinaus notwendig. Erworben und erinnert muss auch die Fähigkeit ergänzende Unterstützung frühzeitig einzubinden | kurz – mittel - längerfristig | |
| Anleitung + Übungen (Handlungskompetenz) |  | | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch eigenes Team (Soziale und Handlungskompetenz) |  | Aufgabenteilung und gute Abstimmung des Vorgehens (und nicht Vorgehens) im Rettungs-Team | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch andere Akteure |  | Sollte ein Angehöriger anwesend sein so sollte möglichst vor dem Eintreffen geklärt sein wer aus dem Team (Einrichtung) dessen Betreuung (anteilig) übernimmt. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Kooperationen (Strategisch-reflexive Kompetenzen) |  | | kurz – mittel - längerfristig | |
| Eigene Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do |  | Der Notarzt kann das vorhandene System anwenden Er kann ein nicht vorhandenen Prozess | kurz – mittel - längerfristig | |

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:

| | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|--|
| 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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 | |

Angehörigenintegration: Im Rahmen des notärztlichen Auftrages ist das notärztliche Team in der Lage einen Angehörigen in der Art zu informieren und zu beraten, dass die Situation vor Ort stabilisiert werden kann und nicht in einer Verlegung eines Sterbenden mündet

Immer wieder kommt es vor, dass Angehörige des Bewohners während der notärztlichen Ankunft/Betreuung in der Einrichtung sind. In einigen Fällen haben diese auf dessen Kommen hingewirkt. Trotz eindeutiger Prioritäten wendet sich der Notarzt (Team) auch den Angehörigen zu, um diese über sein Vorgehen und Zielsetzungen zu informieren. Dazu ist es hilfreich, wenn der Notarzt über eigenes reflektiertes Wissen zum Umgang mit Angehörigen in dieser spezifischen Situation) verfügt bzw. sich auf einen koordinierten Prozess mit der Einrichtung beziehen kann. Aktivitäten:

| | | | | |
|---|---|--|-------------------------------|--|
| Information (Kognitive Kompetenz) |  | Der Notarzt kennt die Arbeit von Kübler-Ross (oder der Empfehlungen der DGP) aber auch die Ergebnisse der Krankheitsbewältigung (Coping). Diese sind gut für einen Einstieg in das Verständnis und Trauerbewältigung der Betroffenen und deren Angehörigen geeignet. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Beratung (Kognitive Kompetenz) |  | Der Umgang mit anspruchsvollen Angehörigen kann durch kollegiale Beratung aber auch durch Supervision vermittelt werden. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Schulung (Kognitive-emotionale und Handlungskompetenz) |  | Es ist wichtig sich selber mit den Themen Trauer, Endlichkeit und Sterben zu befassen. Ohne eigene Haltung damit verbundene (durchaus als ärztlich zu kennzeichnende) Werte ist es kaum möglich das Verhalten und die Gefühle der Angehörigen zu erkennen und angemessen zu reagieren. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Anleitung + Übungen (Handlungskompetenz) |  | Der Umgang mit anspruchsvollen Angehörigen kann durch Übungen und Trainings vermittelt werden. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch eigenes Team (Soziale und Handlungskompetenz) |  | Aufgaben- und Rollenteilung bzw. auch Rollenverständnis im Rettungsteam ist zu klären | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch andere Akteure |  | Einbindung der Kompetenzen vor Ort | kurz – mittel - längerfristig | |
| Kooperationen (Strategisch-reflexive Kompetenzen) |  | Einbindung der Kompetenzen vor Ort | kurz – mittel - längerfristig | |
| Eigene Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do |  | Notarztprotokoll nutzen, um sowohl die Struktur, den Prozess und das Ergebnis dokumentieren zu können. Die Kausalität der Handlung muss im Ergebnis erkennbar sein. | kurz – mittel - längerfristig | |

Advance-Care-Planning (ACP), Testament und Verfügung: Der Notarzt kennt das Prinzip und Verbindlichkeit der „vorausschauenden Lebensplanung“ (*Advance-Care-Planning/ACP*) in den Pflegeeinrichtungen und setzt sich für den Einsatz der von den meisten medizinischen Fachgesellschaften empfohlenen Patientenverfügungszgl. Palliativnotfallbögen ein.

Der Notarzt kennt die Methode der „vorausschauenden Versorgungsplanung“ (ACP) welche einen systematischen, interprofessionell begleiteten Kommunikations- und Implementierungsprozess zwischen Bewohner, Angehörigen, Hausarzt und an der Betreuung/Behandlung beteiligten Personen beschreibt. Dieser Prozess dient der prinzipiellen Identifizierung und Umsetzung individueller Ziele in dem letzten Lebensabschnitt. Im Patiententestament drückt der Patient in Abstimmung mit seinem Hausarzt und seiner Familie seinen letzten Lebenswillen in Bezug auf medizinische und andere Behandlungen aus. Der Notarzt rückkoppelt seine Aktivitäten nach besten Wissen und Situationsverlauf in diesen Prozess. Aktivitäten:

| | | | | |
|--|---|---|-------------------------------|--|
| Information (Kognitive Kompetenz) |  | Der Notarzt kennt durch geeignete Literatur sowie Fortbildungen die Ziele, Methode und Verbindlichkeit vorausschauenden Lebensplanung (ACP) , des Patiententestamentes bzw. von Verfügungen | kurz – mittel - längerfristig | |
| Beratung |  | Der Notarzt stimmt sich mit seinen Kollegen / mit seinen Vorgesetzten ab | kurz – mittel - längerfristig | |
| Schulung (Kognitive- und Handlungskompetenz) |  | Der Notarzt / das Team sollte in Bezug auf Durchführung und absehbaren Konsequenzen geschult werden. Gemeinsame Schulungen bzw. Abstimmungen mit den Betroffenen Akteuren sind notwendig | kurz – mittel - längerfristig | |
| Anleitung + Übungen (Handlungskompetenz) |  | Simulationstraining | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch eigenes Team (Soziale und Handlungskompetenz) |  | <i>Stimmen Sie sich kontinuierlich im Team ab</i> | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch andere Akteure |  | | kurz – mittel - längerfristig | |
| Kooperationen (Strategisch-reflexive Kompetenzen) |  | Die zielabgestimmte Zusammenarbeit mit Hausarzt / Angehörigen und Einrichtung betreffen auch den Notarzt und können nur gemeinsam vollzogen werden Prüfen Sie welche Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein ACP und kein anderer Dienst existiert. Prüfen Sie die Einbindung des SAPV-Teams. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Eigene Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do |  | Der Notarzt kann das vorhandene System anwenden. | kurz – mittel - längerfristig | |

Not to do: Der Notarzt / der Rettungsdienst weiß um den Sachverhalt, dass medizinische Maßnahmen, die nicht dem Ziel der Sicherung einer bestmöglichen Lebensqualität bzw. Wohls des sterbenden Menschen dienen nicht eingeleitet bzw. eingestellt werden. Kenntnis der medizinischen Indikation für das Handeln.

Unter dem Begriff der Übertherapie fallen therapeutische aber auch pflegerische Maßnahmen an, die einem sterbenden Bewohner keinen Nutzen der Symptomlinderung bzw. Lebensqualität besitzen. Auch ein notärztlicher Einsatz ist unter dieser Perspektive kritisch zu prüfen. So kann eine veranlasste Intervention - zu der auch eine Verlegung gehören kann - schädlich für den betroffenen Bewohner sein. Aktivitäten:

| | | | | |
|--|---|---|-------------------------------|--|
| Information (Kognitive Kompetenz) |  | Der Notarzt kennt aufgrund von Literaturstudium und Fortbildungen das Thema der Überversorgung und auch das der Unterversorgung (z.B. mangelhafte Symptomkontrolle) sterbender Bewohner. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Beratung (Kognitive und emotionale Kompetenz) |  | Der Notarzt stimmt sich mit seinen Kollegen / mit seinen Vorgesetzten ab Durch gedankliche und emotionale Bearbeitung identifiziert der Notarzt seine eigene Rollenbestimmung | kurz – mittel - längerfristig | |
| Schulung (Kognitive- und Handlungskompetenz) |  | (Ethik-) Schulungen bzw. Abstimmungen mit den Betroffenen Akteuren sind notwendig (z.B. ACP) Der Notarzt sollte zumindest phasenweise Supervisionsangebote sind als Reflektionshilfe in Anspruch nehmen Therapiezieländerung deren Formulierung bei chronischen Erkrankungen nicht einfach zu finden sind, bedürfen u.a. einer Schulung und werden in der Praxis des klinischen Alltags häufig zu spät getroffen. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Anleitung + Übungen (Handlungskompetenz) |  | „Alarmismus“ und „Aktionismus“ versus „vorausschauende Planung“ und Stabilisierung vor Ort | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch eigenes Team (Soziale und Handlungskompetenz) |  | Es ist wichtig sich mit dem Team abgestimmt zu verhalten. Nutzen Sie die Fallbesprechungen u.a. Möglichkeiten das „Teamwissen“ zusammenzuführen | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch andere Akteure |  | Machen Sie deutlich, formulieren sie Angebote welche den Angehörigen aufzeigen wie diese die Lebensqualität des Patienten erhöhen können Auf Informationsbereitstellung hinwirken (falls notwendig) | kurz – mittel - längerfristig | |
| Kooperationen (Strategisch-reflexive Kompetenzen) |  | Prüfen Sie welche Dienste und Unterstützungsmöglichkeiten Sie gezielt hinzuziehen, wenn kein Dienst existiert prüfen Sie die Einbindung des SAPV-Teams. | kurz – mittel - längerfristig | |
| Eigene Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> Liste Ansprechpart. Zustandsentwicklung To do |  | Der Notarzt kann das vorhandene System anwenden | kurz – mittel - längerfristig | |

Managementverantwortung: Der erfahrene Notarzt weiß um die Praxis (Akteure, Vorgehen, Ansprechbarkeiten) der bestehenden Notfallversorgung in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen und der Versorgungsregion. Er wirkt im Rahmen seiner Möglichkeiten darauf hin, dass die notärztliche Versorgung zielorientiert durchgeführt wird. Dazu gehört auch, dass er sich in seiner Einrichtung (Organisation) dafür einsetzt, dass diese fachlich fundiert (evidenzbasiert) und strategisch mit den Einrichtungen und betroffenen Akteuren der Art agiert, dass das Patientenwohl der Sterbenden bestmöglich gesichert ist. Als Ergebnis entstehen darüber hinaus weniger - in diesem Sinn - nicht notwendige Einsätze und wenn diese doch durchgeführt werden ist es das Ziel, die Situation zu stabilisieren.

Für den handelnden Notarzt ist es aus vielfachen Gründen wichtig, nicht nur die fachlichen und sozialen, sondern auch die ökonomischen und rechtlichen Bedingungen zu kennen unter welchen die regionale Notfallversorgung stattfindet. Er kennt die handelnden Dienste, die in Frage kommenden Zielgruppen bzw. Patienten. In aller Regel kennt der Notarzt auch die aufnehmenden Krankenhäuser bzw. Notfallambulanzen. Ergänzend zu diesem Realitätsprinzip versuchen die meisten - gerade erfahrene - Notärzte auch aufgrund ihrer Erfahrungen den Notfalleinweisungsprozess zu gestalten. Prinzipiell gilt es, den sich als Notfallverlegung darstellenden Transfer von sterbenden Heimbewohnern in ein Krankenhaus auf ein Minimum einzudämmen bzw. den Fokus des eigenen Handelns auf eine Stabilisierung der Situation vor Ort zu richten. Hierfür sind die Bedingungen in den Pflegeeinrichtungen dahingehend zu entwickeln, dass die handelnden Rettungsdienste den Sterbenden nicht nur als solchen leicht erkennen können sondern dass die Stabilisierung vor Ort auch das Ziel der Einrichtung ist. Es ist klar, all diese Zielsetzungen betreffen insbesondere externes aber auch internes organisatorisches Verhalten, dass der Notarzt – sei er noch so erfahren und umsichtig alleine und schon gar nicht in einem akuten Einsatz erreichen kann. Vielmehr sind solche Zielstellungen und mit diesen verbundenen Planungen und Prozesse nur durch die Zusammenarbeit der verantwortlichen Akteure in einem kurz- mittel- bzw. längerfristigen Rahmen zu erreichen. Aktivitäten:

| | | | | |
|--|---|---|-------------------------------|--|
| Information (Kognitive Kompetenz) |  | Der Notarzt erarbeitet eine Art von Ist- und Sollanalyse seiner Organisation und der relevanter Pflegeeinrichtungen | kurz – mittel - längerfristig | |
| Beratung |  | Der Notarzt ergänzt und bespricht diese Analyse mit seinen Kollegen | kurz – mittel - längerfristig | |
| Schulung (Kognitive- und Handlungskompetenz) |  | Gemeinsame Schulungen bzw. Abstimmungen mit den Betroffenen Akteuren sind notwendig | kurz – mittel - längerfristig | |
| Anleitung + Übungen (Handlungskompetenz) |  | Simulationstraining | kurz – mittel - längerfristig | |
| Unterstützung/Support durch eigenes Team (Soziale und Handlungskompetenz) |  | Aufgabenteilung im notfallmedizinischen Team | kurz – mittel - längerfristig | |

| | | | | |
|---|---|--|-------------------------------|--|
| Unterstützung/Support durch andere Akteure |  | Auf Informationsbereitstellung hinwirken (falls notwendig) | kurz – mittel - längerfristig | |
| Kooperationen (<i>Strategisch-reflexive Kompetenzen</i>) |  | Der Notarzt wirkt darauf hin, dass definierte Kooperationen (Letter of Entend, Verträge) zu allen relevanten Kooperationspartnern existieren und diese sich im Verhalten des Arbeitsalltages wiederfinden Unterstützung bzw. Initiative eines „runden Tisches“ o.ä. der die betroffenen Helfer zusammenführt (AGNDA-Vorschlag siehe Anhang) | kurz – mittel - längerfristig | |
| Eigene Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Liste Ansprechpart. • Zustandsentwicklung • To do |  | Es gibt einen, auch technologisch hinterlegten, Versorgungsprozess, auf den alle betroffenen Partner Zugriff haben, dieser wird im Sinn eines Case-Managements gepflegt Liste von Bewohnern die aufgrund von Verfügungen, ACP oder anderen Verbindlichkeiten nicht mehr verlegt werden | kurz – mittel - längerfristig | |

Literatur

- Alt-Epping, B Klug entscheiden am Lebensende February 2018 DOI [10.1007/s00940-018-0726-5](https://doi.org/10.1007/s00940-018-0726-5)
- Smith AM. Emergencies in palliative care. Ann Acad Med Singapore 1994; 23: 186-190.
- Wiese C, Vagts D, Kampa U et al Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen February 2011 Der Anaesthetist 60(2):161-171 DOI: [10.1007/s00101-010-1831-6](https://doi.org/10.1007/s00101-010-1831-6)
- **Wiese CH**, Bartels UE, Ruppert DB, Graf BM, Hanekop GG (2011) Prehospital emergency physicians’ experience with advance directives in Germany: A questionnaire-based multicenter study. Minerva Anesthesiol 77: 172-179
- Taghavi M, Simon A, Kappus S, Meyer N, Lassen CL, Kier TW, Ruppert DB, Graf BM, Hanekop GG, **Wiese CH** (2012) Paramedics experiences and expectations concerning advance directives: A prospective, questionnaire-based, bi-centre study. Palliat Med 26: 908-916
- **Wiese CH**, Duttge G, Taghavi M, Lassen CL, Meyer N, Andreesen R, Graf BM, Pfirstinger J (2011) Vorbeugendes Krisenmanagement in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung – Prospektive Querschnittstudie bei Hausärzten in Ostbayern. Dtsch Med Wochenschr 136: 2302-2307
- **Wiese CHR**, Vagts DA, Kampa U, Pfeiffer G, Grom IU, Gerth MA, Schreiber-Winzig L, von Berswordt-Wallrabe M, Expertenkreis Palliativ-, Notfall- und Intensivmedizin der Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden (2012) Palliativmedizinisch orientierte Therapieansätze für alle Patienten – Expertenkreis empfiehlt die palliativmedizinische Unterstützung allen Patienten zukommen zu lassen. Anaesthetist 61: 529-536.
- **Wiese CHR**, Taghavi M, Meyer N, Lassen C, Graf BM (2012) Paramedics’ „end-of-life“ decision making in palliative emergencies. J Paramedic Practice 4: 413-419.
- **Wiese CH**, Lassen CL, Bartels UE, Taghavi M, Elhabash S, Graf BM, Hanekop GG (2013) International recommendations for outpatient palliative care and prehospital palliative emergencies - a prospective questionnaire-based investigation. BMC Palliat Care 12: 10
- **Wiese CH**, Bosse G, Schröder T, Lassen CL, Bundscherer AC, Graf BM, Zausig YA (2015) Simulation as possible training for palliative emergencies: Prospective initial data analysis of participants from two simulation training sessions. Anaesthetist 64: 56-64
- **Wiese CH (2015)** Palliativmedizinische Kompetenz im Rettungsdienst in: Ethik in der Notfallmedizin (Hrsg. Salomon), Auflage 2015.

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 ausgezeichnet. Die formulierten Empfehlungen vorgestellten Aktivitäten begründen sich vor dem ethischen Handlungsanspruch der nicht nur die Endlichkeit menschlichen Lebens akzeptiert, unnötige Prozeduren ausschließt, bestmögliche Symptomlinderung sicherstellt und soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglicht. Von besonderer Bedeutung für die Akzeptanz der Empfehlungen ist es inwieweit es gelingt die Hausärzte selber in den Entwicklungs- und Anpassungsprozess mit einzubeziehen.