Durch vorausschauende Planung und Organisation soziale Teilhabe bis zuletzt ermöglichen.

Regionale Versorgungsleitlinie

Pflegeheim*

Avenue-Pal

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

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Förderkennzeichen: 01VSF17044

Avenue-Pal

Vorläufige Fassung vom 06.05.2021

Avenue-Pal

Gliederung

An der Erstellung der Leitlinie beteiligte Organisationen

1. Einleitung

2. Einführung in die Versorgungsleitlinie Pflegeheim*

3. Adressaten und Anwendungsbereich der Versorgungsleitlinie Pflegeheim*

4. Allgemeine und operationalisierte Ziele der Versorgungsleitlinie und Vorgehensprozess

5. Herleitung der spezifischen Risikofaktoren
Ermittlung der Risikofaktoren
Steuerung der Risikofaktoren
Risikofaktorenübersicht

6. Anwendungshilfen
Risikofaktoren und deren Steuerung
Risikofaktor 1: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot
Risikofaktor 2: Schmerzen
Risikofaktor 3: Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung
Risikofaktor 4: Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz
Risikofaktor 5: Psychische und motorische Unruhe
Risikofaktor 6: Quantitativ wenig Personal
Risikofaktor 7: Zu wenig hinreichend qualifiziertes Personal
Risikofaktor 8: Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern
Risikofaktor 9: Notfallregime
Risikofaktor 10: Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigenintegration
Risikofaktor 11: Unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte
Risikofaktor 12: Unzureichend eingebundene und informierte Notfallärzte
Risikofaktor 13: Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä.

* Im Folgenden der Leitlinie wird in aller Regel dem rechtlichen und sprachlichen Gebrauch folgend von „Pflegeheimen“ gesprochen als den eigentlich zu verwendenden Begriff „stationäre Pflegeeinrichtungen“.

An der Erstellung der Leitlinie beteiligte Organisationen

Auftraggeber:

- Innovationsfonds und Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Auftragnehmer:

- TransMIT
- TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung

Projektteam:

- TransMIT-Projektbereich für Versorgungsforschung und Beratung
- AWO Stadtkreis Gießen
- Justus-Liebig-Universität Gießen
- Deutsches Krankenhausinstitut
- AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement

Projektassistenz:

- TransMIT GmbH

Projektbeirat:

- Prof. Dr. Rochus Allert — *Caritas-Akademie Köln-Hohelind GmbH*
- Dr. Christian Arndt — *UKGM Standort Marburg*
- Uwe Brömmer — *Altenzentrum Heilsberg GfdE*
- Gesine Dannenmaier — *Qualitäts- und Pflegeberaterin*
- Sabine Freudenberger — *Wohnstift Hanau (Alten- und Pflegezentren des Main-Kinzig-Kreises)*
- Dr. med. Thorsten Fritz — *Gesundheitszentrum Wetterau*
- Sandy Genge — *Ketteler Krankenhaus gGmbH*
- Dr. Holger Hauch — *Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH*
- Andrea Hinz — *Santa Isabella Pflegeeinrichtung*
- Astrid Hochschild — *Pflegeberaterin*
- Manuela Karl — *Zum Schönbachtal GmbH & Co. KG - Senioren- und Pflegeheim*
- Prof. Dr. Ina B. Kopp — *AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement*
- Edna Künne — *Hanse-Zentrum Alten- und Pflegeheim*
- Christian Lanz — *Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf*
- Susanne Lind — *Wohnstift Hanau (Alten- und Pflegezentren des Main-Kinzig-Kreises)*
- Hardy Müller — *Aktionsbündnis Patientensicherheit*
- Ronald Neubauer — *KTQ GmbH*
- Thomas Nöllen — *spectrumK GmbH*
- Prof. Dr. med. Jens Papke — *Internistische Praxis u. Tagesklinik*
- Dr. med. Egbert Reichwein — *Hausärzteverband Hessen*
- Dr. Mia Richter — *Praxis-Hausärztin*
- Prof. Dr. Werner Schneider — *Universität Augsburg*
- Susette Schumann — *Ev. Diakonieverein Berlin-Zehlendorf e. V.*
- Dr. med. Stefan Steidl — *St. Josefs Krankenhaus gGmbH*
- Stephan Wach — *Asklepios Klinik Lich GmbH*
- Prof. Dr. Christoph Wiese — *Stiftung Herzogin Elisabethen Hospital Braunschweig*

Avenue-Pal

1. Einleitung

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) aus dem Jahr 2015 wurden verschiedene Impulse für den weiteren Ausbau der Versorgung Sterbender in den stationären Pflegeeinrichtungen formuliert. Die Sterbebegleitung ist dabei ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages. Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtend aufgefordert, Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten abzuschließen. Außerdem werden Pflegeheime zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet und müssen die Kooperation mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten künftig transparent machen. Darüber hinaus werden die stationären Pflegeeinrichtungen ermutigt, ihren Bewohnern eine vorausschauende Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anzubieten.

Ziel ist es, die Versorgungsqualität der Betreuung sterbender Menschen durch Stärkung der Kompetenzen vor Ort zu stärken. Praktisch bedeutet dies u. a., dass sterbende Bewohner nicht unnötig in andere stationäre Versorgungsbereiche (insbesondere Krankenhäuser) verlegt werden.

Wie soll dies erreicht werden?

Leitlinien dienen dem Zweck, Betreuungs- und Qualitätskriterien zu definieren und durch ihre Einführung eine individuelle und bedürfnisorientierte Versorgung der Betroffenen (Bewohner und Angehörige) auf qualitativ hohem Niveau zu ermöglichen.

Anschluss genommen wird an die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung" aus dem Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Krebshilfe (DKH); AWMF-Registernummer 128-001OL (verfügbar: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/128-001OL.html).

Auf Grundlage der Ergebnisse der Analyse des Istzustands der aktuellen regionalen Verlegungspraxis (Avenue-Pal Projektphase 1) werden aus den Empfehlungen der nationalen Leitlinie prioritäre Interventionen für die regionale Implementierung identifiziert, hinderliche und förderliche Faktoren für deren Umsetzung ermittelt und im Konsens der regionalen Akteure und Interessengruppen ergänzende Umsetzungsempfehlungen im Sinne eines systematischen Local Tailorings erarbeitet. Die Umsetzung orientiert sich am AWMF-Regelwerk Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.). Die regionale Leitlinie wird aus 2 Modulen bestehen: 1. Pflegeheim, 2. Krankenhaus.

Das Ziel zur Veröffentlichung der Leitlinienempfehlungen durch das Avenue-Pal-Projekt liegt darin begründet, eine in der Expertengruppe abgestimmte pflegerische Handlungsleitlinie vorzulegen, die für Pflegende in der stationären Pflegeversorgung nachvollziehbar und handlungsleitend ist.

Die Formulierung der Leitlinie erfolgt dabei aus der Sicht der betroffenen Menschen und bezieht sich explizit auf die Versorgung sterbender Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen. Intention der Leitlinie ist es, alle beteiligten Partner und unterschiedlichen Verantwortlichkeitsstufen durch einen kontinuierlichen/formativen Entwicklungsprozess zu adressieren.

2. Einführung in die Versorgungsleitlinie Pflegeheim

Die Leitlinie richtet sich an jene stationäre Versorgung anbietende Pflegeeinrichtungen, in denen auch sterbende Menschen betreut werden. Prinzipiell betrifft sie damit alle der über 13.000 Anbieter. Nach eigenen Vorarbeiten kommt es in zahlreichen Fällen zu Verlegungen von Bewohnern in deren allerletztem Lebensabschnitt. Dies kann in einzelnen Einrichtungen über 20 % der Bewohner betreffen und betrifft somit mehr als 50.0000 Bewohner. Dabei stehen die Verlegungen in Krankenhäuser eindeutig im Vordergrund. Nur in sehr seltenen Fällen findet eine Verlegung nach Hause oder in ein Hospiz statt. Alle Studien zeigen, dass Verlegungen grundsätzlich mit Risiken der Gewährleistung der Versorgungsqualität einhergehen. Dies betrifft insbesondere die Verlegung älterer, umfassend unterstützungsbedürftiger Menschen. Dass die Verlegung sterbender Bewohner die Problemlagen bzw. Anforderungen auf allen Seiten nochmals steigert, ist offensichtlich. Gezeigt werden kann, dass Verlegungen Sterbender häufig im Szenario der Krisenintervention durchgeführt werden. Dabei erweisen sich bestimmte Bewohnergruppen als besonders vulnerabel für nicht indizierte Verlegungen: Bewohner ohne Bewohnerverfügung und ohne bzw. mit unzureichender Angehörigeneinbindung sowie verwirrte bzw. desorientierte Bewohner, aber auch Angehörige sozial stigmatisierter Gruppen.

Der vorliegende Leitlinienentwurf dient dem Ziel, nicht notwendige Verlegungen sterbender Bewohner in Pflegeheimen durch ein hierfür geeignetes geplantes und systematisches Vorgehen zu verhindern. Dabei schließen die Leitlinie und die darin beschriebenen Risikofaktoren an die bestehende S3-Leitlinie an und übersetzen diese für die Handlungswelt der stationären Pflegeeinrichtungen.

Auch wenn zahlreiche der empfohlenen Interventionen und das mit diesen verbundene präventive und kurative Vorgehen über den Gegenstand der Verlegung allein hinausführen, da sie in einer Gesamtsicht anders nicht erreicht werden können, wird in dieser Leitlinie auf den Verlegungsprozess fokussiert.

Einzelne der Risikofaktoren stehen in einer wechselseitigen Beziehung (Korrelation) bzw. sind in einem anderen Handlungsbereich angesiedelt (medizinisch-pflegerische, organisatorisch-personelle und externe Faktoren). Dies unterscheidet die vorliegende Leitlinie von anderen. Auch durch die kurz-, mittel- und langfristige Interventionsperspektive zur Reduktion der Risikofaktorenwirkung entsteht eine stärkere – in der Praxis wirksame – umsetzungsbezogene Vorgehensweise.

Deutlicher herausgearbeitet wird auch die Verantwortlichkeit der Trägereinrichtung und des Einrichtungsmanagements, ohne deren verpflichtende Einbindung die Umsetzung der Leitlinie nicht möglich ist.

3. Adressaten und Anwendungsbereich der Versorgungsleitlinie[1]

- stationäre Pflegeanbieter

[1] Die Erfahrungen in der Umsetzung der Leitlinie ab September 2019 werden begleitend evaluiert bzw. angepasst. In der abschließenden Projektphase 4 (2. Quartal 2021) wird der Beirat erneut eingebunden, um die Leitlinienform bei Bedarf anzupassen.

4. Allgemeine und operationalisierte Ziele der Versorgungsleitlinie und Vorgehensprozess

Ein unzureichend beschriebenes Problem in der Versorgung Sterbender ist, dass ein großer Teil dieser Patienten und Heimbewohner in deren letzten Lebenstagen noch in ein anderes Versorgungsumfeld verlegt wird.

Solche späten Verlegungen werden häufig als Notfall- bzw. Kriseninterventionen vollzogen. Aus dieser bis heute weitgehend unreflektierten Praxis ergeben sich nicht nur erhebliche wirtschaftliche Kosten und rechtliche Unsicherheiten, sondern insbesondere auch erhebliche Beeinträchtigungen in der Versorgungs- und Lebensqualität der Sterbenden. Den betroffenen Angehörigen und betreuenden Helfern verursachen Verlegungen schwerstkranker, sterbender Menschen in aller Regel Stress, auch durch spätere, ethische Reflexionen begründet. In vielen Fällen bleibt offen, inwieweit die durchgeführten Verlegungen medizinisch, pflegerisch oder psychosozial tatsächlich indiziert waren. Unklar bleibt auch, ob die Verlegungen tatsächlich den Wünschen der sterbenden Menschen entsprechen. So kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei einem großen Teil der in den letzten Lebenstagen oder Wochen der Bewohner durchgeführten Verlegungen um nicht inzidierte „Fehlverlegungen" handelt.

Ziel der Leitlinie ist es, einen fachlich sowie organisations- und personalentwickelnden Prozess zu identifizieren, der durch eine prospektive Risikosteuerung geeignet ist, die Versorgungsqualität vor Ort zu erhöhen, indem Verlegungsrisiken ermittelt und durch geeignete Interventionen substanziell gemindert werden.

Somit sollen **durch diese Leitlinie drei Ziele erreicht werden:**

1. Verhinderung von aus medizinisch, pflegerisch, psychosozial und anderen Gründen nicht indizierten Verlegungen sterbender Bewohner in Pflegeeinrichtungen
2. menschenwürdige, fachlich, technisch-organisatorisch und sozial ausreichende Betreuung sterbender Menschen unabhängig vom Sterbeort
3. Sicherung des Bewohnerwillens bei bestmöglicher Einbindung der Angehörigen

5. Herleitung der spezifischen Risikofaktoren

Ziel war es, Ursachen bzw. Begründungen zu identifizieren, die zu nicht notwendigen Verlegungen führen (Istanalyse). Hierzu wurden folgende quantitativ und qualitativ erhobene Informationen verwendet:

- eigene empirische Vorarbeiten
- erneute Befragung in Pflegeheimen
- Befragung von Hausärzten
- Befragung in Krankenhäusern
- Experteninterviews
- Fokusgruppengespräche
- Literaturanalyse

Als Resultat wurden 13 Risikofaktoren identifiziert, die 3 Kategorien zuordenbar sind. Dabei bilden die 3 Kategorien keine Rangfolge der Bedeutung/Wichtigkeit, sondern eine inhaltliche Zuordnung ab.

Kategorie 1: **Medizinische und pflegerische Risiken:**

1. Atemnot (Dyspnoe)
2. Schmerzen
3. Verschlechterung Grunderkrankung/Erschöpfung
4. akute Erkrankung (Sturz, Infekt, u. Ä.)
5. psychische Beeinträchtigung/Unruhe

Kategorie 2: **Personale und organisatorische Risiken:**

1. Personal (Anzahl)
2. Personal (Qualifikation)
3. Kooperation
4. „Notfallplanung"

Kategorie 3: **Externe Risikofaktoren:**

1. unsichere und destabilisierte Angehörige
2. unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte
3. unzureichend eingebundene bzw. informierte Notärzte
4. keine Verfügung/kein Testament/ACP

Ferner wurde eine Ziel- bzw. Sollanalyse erstellt. Hierzu wurden zusätzliche Informationen erhoben:

- S3-Leitlinie zur Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung
- Beispiel: Best Practice Einrichtung

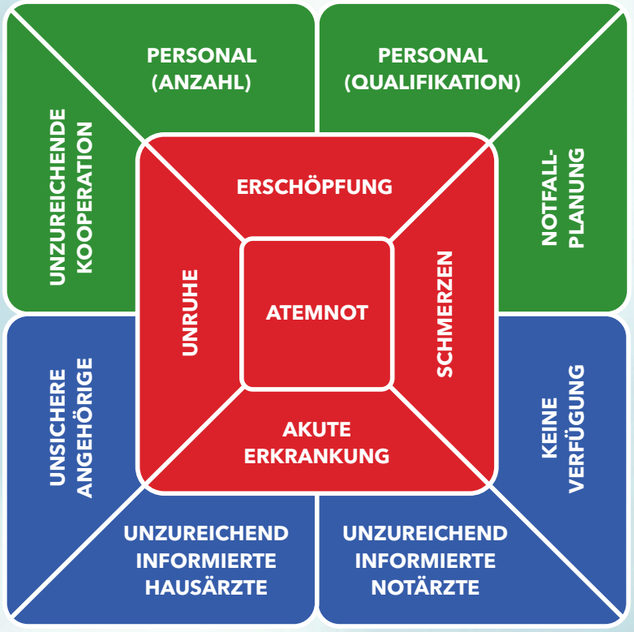
Ermittlung der Risikofaktoren

Obwohl sich ein Teil der Risikofaktoren erst im Verlauf der Betreuung bzw. des Aufenthaltes entwickelt und damit eines beständigen Monitorings kritischer auf den Eintritt des Risikos hinweisender Parameter bedarf, weisen alle ermittelten Informationen auf die große Bedeutung der (sozial-)pflegerischen Aufnahme des Bewohners und der in diesem Zusammenhang erhobenen Informationen bzw. verwendeten Methoden hin.

Steuerung der Risikofaktoren

Das Vorgehen orientiert sich am 4-stufigen Plan-Do-Check-Act-Prozess (PDCA-Zyklus). Dieser deckt sich weitestgehend mit dem Modell der Strukturierten Informationssammlung (SIS). Dabei findet auch eine Risikodetektion statt, d.h. eine Einschätzung von pflegesensitiven Risiken und Phänomenen im Kontext der Themenfelder.

Risikofaktorenübersicht



Avenue-Pal

6. Anwendungshilfen

Risikofaktoren und deren Steuerung

Risikofaktor 1: Atmungsschwierigkeiten und Atemnot ..... S. 12

Risikofaktor 2: Schmerzen ..... S. 14

Risikofaktor 3: Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung ..... S. 16

Risikofaktor 4: Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz ..... S. 18

Risikofaktor 5: Psychische und motorische Unruhe ..... S. 20

Risikofaktor 6: Quantitativ wenig Personal ..... S. 22

Risikofaktor 7: Zu wenig hinreichend qualifiziertes Personal ..... S. 24

Risikofaktor 8: Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern ..... S. 26

Risikofaktor 9: Notfallregime ..... S. 28

Risikofaktor 10: Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigenintegration ..... S. 30

Risikofaktor 11: Unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte ..... S. 32

Risikofaktor 12: Unzureichend eingebundene und informierte Notfallärzte ..... S. 34

Risikofaktor 13: Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä. ..... S. 36

Risikofaktor 1:
Atmungsschwierigkeiten und Atemnot

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von eintretender Dyspnoe, Atmungsschwierigkeiten und/oder Atmungsgeräuschen (Rasselatmung) und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden. Ziel ist es, gefährdete Bewohner durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Pflegeanamnese (Aufnahmesituation) zu erkennen und dies in der Pflegeplanung bzw. bei der Evaluation des Pflegeprozesses sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch im Fall einer akuten Situation zu berücksichtigen.
Fallbeispiel	Herr L., 86 J., alleinstehend, seit 5 Monaten Bewohner, in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, entwickelt binnen 24 Stunden zunehmende Atemnot, die spät erkannt (Pflegedokumentation) wird und durch entsprechende Pflege-technik und bessere Pflegeinterventionen nicht beherrschbar ist. Der informierte Hausarzt kann erst gegen Abend kommen, ein notfallmäßig – da der Bewohner zunehmend Atemgeräusche und damit verbundene Unruhe entwickelt – hinzugezogener Notarzt ordnet die Einweisung in das benachbarte Krankenhaus an. Es fand keine sedierende Therapie statt.
Schlüsselbegriffe	Schwierigkeiten Einatmung, Atmungsgeräusche, zunehmende Zyanose, Hypo-, Hyperventilation, Angst, Überforderung
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Ausführliche Beschreibung (AG Atemnot) z. B. S. 56–57, Sterbephase S. 148–171 Leitlinie der DGP-Sektion Pflege: Atemnot in der letzten Lebensphase https://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	**Ziel (Ergebnis)**
Organisatorisch/ strukturell	1. Überprüfung der bisherigen Vorgehensweise bezüglich RF 1 in der Einrichtung Sichtung evtl. vorhandener SOPs 2. Klärung der bisherigen Umgangsweise mit diesem RF 3. Explizte Einbeziehung des RF 1 in die Schichtübergaben	Istanalyse Erste Maßnahmen
Personell/ personal-bezogen	1. Identifizierung von bereits palliativmedizinisch geschultem Personal und nicht geschultem Personal 2. Überprüfung der Kooperationspartner (Palliativmediziner, Hausärzte, …) sowie deren Einsatzmöglichkeiten/Erreichbarkeiten und Finden von Lücken 3. Dem Personal ist der Handlungsplan zu RF 1 bekannt, es kann handlungssicher agieren.	Istanalyse Erste Maßnahmen
Informationell/ informations-bezogen	1. Etablierung der expliziten Einschätzung der Sterbephasen im Team 2. Information und Einbindung der Angehörigen 3. Handlungsabläufe, ggf. in aktueller Änderung, werden allen an der Pflege Beteiligten und Behandelnden zeitnah kommuniziert.	Istanalyse Erste Maßnahmen

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	**Ziel (Ergebnis)**
Organisatorisch/ strukturell	1. Etablierung der strukturierten Erfassung des RF 1 (Einschätzung Patient/Bewohner/Angehörige und Pflegepersonal) 2. Etablierung der strukturierten Einschätzung der Ursache des RF 1 3. Nicht medikamentöse und medikamentöse Therapien werden strukturiert angewandt, insbesondere Bedarfsmedikation.	Aktivitäten konsolidieren Berichts- und Dokumentationswesen anpassen
Personell/ personal-bezogen	1. Organisation von regelmäßigen Schulungen für Personal am sinnvollsten im Team mit den Kooperationspartnern 2. Ausreichend qualifizierte Kooperationspartner werden gesucht, Lücken in der Versorgung werden geschlossen. 3. Sicherstellung der Besetzung mit geschulten Mitarbeitern	Schulungen konsolidieren
Informationell/ informations-bezogen	1. Durchführung von Fallkonferenzen bei stattgefundenen Verlegungen 2. Erarbeitung einer klaren Dokumentation für die Erfassung der Bewohnerrisiken für die Risikofaktoren 3. Evtl. Erarbeitung einer Edukationsmöglichkeit für Angehörige speziell im Hinblick auf RF 1	Neue Formate etablieren

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – – – –	**Ziel (Ergebnis)**
Organisatorisch/ strukturell	1. Konsequente Umsetzung der S3-Leitline Palliativmedizin und der DGP-Leitlinie Atemnot 2. Regelmäßige Assessments (pflegefachliche Erhebung und Bewertung) des RF 1 Atemnot sowie die Einschätzung der Auftretenswahrscheinlichkeit sind etabliert und werden durchgeführt. Diese sind mittels SOP hinterlegt.	Konsolidieren Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen
Personell/ personal-bezogen	1. Ausreichend auf die RF geschultes Personal in den Einrichtungen ist vorhanden. 2. Kooperationen mit Palliativmedizinern sind vorhanden und werden gelebt. 3. Palliativmedizinische Fachauskünfte können durch kooperierende Spezialisten auch kurzfristig erbracht werden. 4. Insbesondere in der Sterbephase engmaschige Kooperation mit behandelndem ärztlichem Personal 5. Regelmäßige Schulungen sind etabliert. 6. Kommunikation / Informationsübergabe ist zu allen Beteiligten adäquat, individuell, zeitnah und routinemäßig regelmäßig.	Kontinuierliche Personalentwicklung
Informationell/ informations-bezogen	Klarer Ablauf etabliert für: 1. Dokumentation des Bewohnerwillens und der Edukation der Angehörigen 2. Regelmäßige Atemnot-Assessments (pflegefachliche Erhebung und Einordnung) werden klar dokumentiert. 3. Eingeleitete Maßnahmen werden erfasst und bewertet. 4. Etablierung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) 5. Personal kann gut und präzise im Rahmen des RF 1 kommunizieren.	Systemische Verfahren der stetigen Verbesserung

Risikofaktor 2: Schmerzen

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von akuten, aber auch chronischen Schmerzzuständen und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden. Ziel ist es, gefährdete Bewohner (Schmerzpatienten) durch eine geeignete Identifikation und Monitoring (Schmerzskala) bereits möglichst in der Pflegeanamnese zu erkennen und dies in Pflegeplanung/-prozess sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.
Fallbeispiel	Frau M. entwickelt binnen Tagesfrist aus einem eher diffusen und unstetigen Schmerzgeschehen einen starken Schmerzzustand im Oberkörper. Der hinzugezogene Hausarzt verordnet nach einer Untersuchung Analgetika, deren Einnahme die Beschwerden nicht mildern. Eine entferntere, sich allein kümmernde Angehörige von Frau M. wirkt auf eine Einweisung in das Krankenhaus hin, die nach einem belastenden Wochenende vollzogen wird. In der Nachbetrachtung wird deutlich, dass kein Schmerzprotokoll/keine Schmerzskala geführt wurde.
Schlüsselbegriffe	Akuter Schmerz, chronischer Schmerz, psychosoziale Dimension von Schmerz, fehlerhafte Medikation und Schmerzprotokoll/Dokumentation, notwendiges Medikament liegt nicht vor
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Ausführliche Beschreibung Schmerzen S. 58–92 (trotz Konzentration auf Tumorschmerz sind die Ausarbeitungen zielführend), Sterbephase S. 148–171 Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-001.html Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Schmerzmanagement_in_der_Pflege_bei_chronischen_Schmerzen/Schmerz-chron_Auszug.pdf Die Gesamtausgabe inkl. Literatur etc. ist beim DNQP zu beziehen.

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Bestimmung der Istsituation in der Einrichtung (gibt es Standard, wie gelingt die medikamentöse und nicht medikamentöse Schmerzlinderung, Pfleganamnese, wie wird dokumentiert, welche Ressourcen bestehen?) 2. In der (Pflege-)Anamnese Ermittlung des bewohnerbezogenen Risikos bzw. Pflegeziels und Maßnahmenplanung 3. Identifizieren/Festlegen eines Standards 4. Einbindung von Hausarzt und Apotheke, (Auswirkungen Medikamentengabe) sowie SAPV und Angehörigen in das operative und prinzipielle Vorgehen der Schmerzprävention und die Behandlung 5. Betroffene auf Bewohnerverfügungen hinweisen (auch für diesen speziellen Kontext hilfreich) 6. Fallbesprechungen im Team zum Thema „Istanalyse von Verlegungen von Patienten mit starken Schmerzen". Ebensolche Besprechung mit Betrachtung von Fällen mit „Beinahe-Verlegung" und Diskussion, welches Vorgehen die Verlegung letztendlich nicht mehr notwendig machte. Diese „Verlegungs-Vermeidungsprozesse" erfassen und im Sinne von Handlungsempfehlungen optimieren.	Bestimmung der Ausgangssituation in der Einrichtung Prüfung der prinzipiell vorhandenen bzw. zu ergänzenden Strukturen und Prozesse der Ergebnissicherung Etablierung zeitnaher möglicher Interventionen Nur längerfristig zu etablierende Ziele beschreiben und wo möglich initiieren
Personell/ personal-bezogen	1. Einbindung des leitenden Managements und QM-Verantwortlichen 2. Konsequente standardisierte Schmerzerfassung in der Pflegeanamnese schulen und einführen 3. Anamnesekompetenz fördern bzw. hierfür geeignete Fachkräfte identifizieren 4. Transfer auf die Wohnbereiche erstellen, d. h. Gruppenleitungen anleiten/beraten 5. Einführende Pflichtfortbildung mit aktiver Bearbeitung/Workshops mit Fallbeispielen zum Thema „Schmerz – Verlegung vermeiden" zur Problemverdeutlichung 6. Nonverbale Schmerzsignale können erkannt, bewertet und behandelt sowie an die zuständige Stelle kommuniziert werden	Internes Wissen fördern und (selektiv) einbinden Personalentwicklung ergänzen
Informationell/ informations-bezogen	1. Dokumentation in der Pflegeplanung identifizieren/Formulieren eines geeigneten Risikofeldes, falls notwendig 2. Anpassung des bisherigen Einrichtungsstandards sowie bisheriger Checklisten, Entscheidungshilfen möglichst durch eigene Mitarbeiter 3. Alarmplan und Notfallregime in Einrichtung als Intervention besprechen/aktuelle Telefon- bzw. E-Mail-Liste für jeden Bewohner bzw. Angehörigen/Hausarzt 4. Alternativbegriff für „Notfall" finden	IuK/Dokumentationssysteme für Zweck prüfen bei Bedarf anpassen Geeignete Materialien (elektronisch oder Papier) schaffen

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Umsetzung und Weiterentwicklung des Betreuungsstandards (Expertenstandard) durch Kurzfeedback in den Teambesprechungen 2. RF wird (auch) mit QM der Einrichtung gesichert. 3. Festlegung eines anerkannten multimodalen Schmerzprotokolls 4. Komplementäre Verfahren über Pflegetherapie (z. B. Validation), andere Therapeuten testen (Physio- und Ergotherapie, Körperverfahren, Musik) 5. Übergaben insbesondere zum Thema „Verlegungen wegen Schmerzen" besprechen, auch ob die bisherigen Maßnahmen ein verbessertes Problembewusstsein schaffen konnten 6. Schaffung einer erreichbaren Notfallstruktur „Schmerz" ggf. auch mit Ansprechpartner als Experten auch in externen Einrichtungen (Schmerzklinik etc.)	Bestehende bzw. notwendige Strukturen ausbauen Eruieren, was individuell hilft und in einem Mix zur Unterstützung getan werden kann Kooperationen nutzen
Personell/ personal-bezogen	1. Bezugspersonen schulen 2. Einbindung des (Experten-)Wissens der Mitarbeiter, welche die speziellen Bedingungen schmerzbeeinträchtigter Bewohner kennen (z. B. Pain Nurse) 3. Grundsätzliche Abstimmung des Vorgehens mit dem Bewohner sowie mit Angehörigen, Hausarzt, SAPV, Apotheker z. B. in Fallkonferenzen, Visiten, Ethikboard	Ausbau der Handlungskompetenzen Ausbau der ethischen Reflexivität der Teams
Informationell/ informations-bezogen	1. Ein Protokoll wird geführt. 2. Etablierung eines schnell wirksamen Prozesses bei akuten Schmerzen (informationelle Alarmkette) 3. Der RF ist ein mögliches/regelmäßiges Themenfeld bei der Übergabe/bei Pflegevisiten etc. 4. Informationen zum Thema „Schmerz" in der Einrichtung aktuell halten z. B. über Fachzeitschriften („Schmerz- und Schmerzmanagement" o. ä.) und den Mitarbeitern niederschwellig zur Verfügung stellen 5. Übermittlung der laufenden Anpassungen des Hausstandards über Rundmail, Flyer o. Ä. 6. Etablierung von Patienten- und Angehörigenschulungen, um die Akzeptanz einer Nichtverlegung zu schaffen	Inhalte und Strukturen für Informationen und zur Einbindung schaffen/ausbauen

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Bewohnerverfügungen bzw. ACP bzw. Pflegeanamnestik funktionieren bestmöglich und berücksichtigen RF 2. 2. Medikamentenmanagement: Über- und Fehlmedikationen sind nur in sehr seltenen Fällen möglich. 3. Die Betreuung Sterbender – und damit das Management von RF 2 – ist als Gegenstand des normativen und operativen Vorgehens implementiert. 4. Der RF kann prinzipiell in einem systematischen Fehlermanagementsystem abgebildet werden (KVP). 5. Komplementäre Verfahren sowie interne und externe Know-how-Träger sind Routine. 6. Transfer auf andere Verlegungskontexte 7. Erfassung aller „Notfallverlegungen" am Lebensende mit Analyse der Verlegungsgründe trotz Schaffung vorgenannter Strukturen 8. Fallanalyse mit Beschreibung des „Versagensgrundes" 9. Kontinuierliche Verbesserung: Bei einer „Beinahe-Verlegung" für das gesamte Team kar und nachvollziehbar dokumentieren, welche Vermeidungsstrategie erfolgreich war. Permanente Anpassung der Pflegedokumentation und des Hausstandards an die Aktualisierungen des Expertenstandards. Verantwortlichkeiten für den KVP-Prozess bestehen. 10. Schaffung eines Feedbacksystems zur Erfassung der Zufriedenheit von Patienten, Angehörigen und externen Partnern (z. B. Hausärzten) mit dem Schmerzmanagement in der Einrichtung	Kontinuierliche Verbesserung und Anpassung der organisatorischen Strukturen und Voraussetzungen Transfer auf andere Verlegungen und Schnittstellen
Personell/ personal-bezogen	1. Schmerzkompetenz bei Mitarbeitern selbst aus-, fort- und weiterbilden (algesiologische Fachkompetenz) 2. Train-the-Trainer-Vorgehen: Die geschulten Mitarbeiter beraten und schulen ihrerseits, z. B. bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. 3. Internes und externes Netzwerk zugunsten der präventiven und kurativen Überwindung des RF ist etabliert. 4. Transfer auf andere Verlegungskontexte	Personalentwicklung und Kooperation als Kennzeichen der Einrichtung
Informationell/ informations-bezogen	1. Ein verbindendes Informations-(Alarm-)System aus Ärzten, Pflegekräften, Angehörigen und Externen zeigt den Entwicklungsverlauf des Patienten und mögliche prospektive und kurative Interventionen auf. 2. Der RF ist (auch) Gegenstand eines Ethikkreises oder einer anderen Aussprachemöglichkeit. 3. Transfer auf andere Verlegungskontexte 4. Etablierung einer regelmäßigen Fortbildung zum Themenkomplex „Palliativversorgung", in der das Thema „Schmerz" ein fester Bestandteil ist. Dadurch werden die Schnittmengen zwischen der Problematik „Schmerz am Lebensende" und anderen relevanten Palliativthemen (z. B. Patientenverfügung etc.) deutlich.	Zeitgemäßes Informationssystem (mobil und selbsterklärend)

Risikofaktor 3:

Allgemeine Zustandsverschlechterung, Ermüdung

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund von allgemeiner Zustandsverschlechterung und Erschöpfung und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden. Ziel ist es, gefährdete Bewohner durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Pflegeanamnese zu erkennen und dies in Pflegeplanung/-prozess sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.
Fallbeispiel	Der Zustand von Herrn K. verschlechtert sich in den letzten Wochen zusehend und wird sukzessive kritisch. In dieser Situation kommt es zu einer Verlegung, die durch die Bezugspflegekraft – nach deren Urlaub – maßgeblich begründet wird. Nachträglich kann festgestellt werden, dass die finale Sterbephase nicht erkannt bzw. dokumentiert war und entsprechend steuernd gehandelt wurde.
Schlüsselbegriffe	Allgemeine Verschlechterung (Vitalwerte und Bewusstseinszustand), Nchterkennen terminaler Sterbephase, Verantwortungsübernahme
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Ausführliche Beschreibung Sterbephase S. 148–173, Bedürfnisse der Patienten S. 179–183, Grundsätze Palliativversorgung S. 32–37

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Nach Wahrnehmung des Eintritts der Finalphase muss die pflegerische Versorgung nachjustiert werden (Information der/des Zimmernachbarn, vermehrte Zuwendung, intensivere Pflege, ggf. Sitzwache, engmaschigere Zustandskontrolle, ggf. Einbindung des SAPV-Teams, Evaluation des Positionswechsels, der Essensangebote, Gestaltung von Ruhephasen und aktiven Phasen, komplementäre Angebote). Hierzu besteht ein höherer personeller Bedarf (Einbindung einer qualifizierten Palliative-Care-Fachkraft). Erklärtes Ziel der Einrichtung muss die Vermeidung von Verlegungen in dieser Phase sein (Leitbild). 2. Sollte es dennoch zu Verlegungen in der Finalphase kommen, ist eine anschließende Analyse der dazu führenden Umstände in der Teambesprechung wünschenswert. 3. Information bzw. Einbindung der nächsten Angehörigen und des betreuenden Hausarztes durch die Pflegenden, wenn es zur Finalphase kommt. Angebot an die Angehörigen, sich an Pflege zu beteiligen. 4. To-do-Liste: Tätigkeiten bei Zustandsverschlechterung (Info an Angehörige, Hausarzt, Neustrukturierung der Pflegekonzeption …) 5. Abgleichen der ggf. vorhandenen ACP-Festlegungen, die vorab mit dem Sterbenden getroffen wurden	Optimierung der pflegerischen Versorgung Vermeidung unbedachter Verlegungen Einbindung von An- und Zugehörigen
Personell/ personal-bezogen	1. Das Hauptproblem ist die Identifizierung der wahrgenommenen Zustandsverschlechterung als Beginn der Finalphase. Da die Betreuung in der Finalphase essenzieller Bestandteil der Versorgung im Heim ist, muss das Pflegepersonal soweit qualifiziert/erfahren sein, dass es den Übergang in die Finalphase als solchen erkennt und dann die Betreuung entsprechend modifiziert (Kontrolle ACP/Patientenverfügung; intensivierte Symptomkontrolle, Reduzierung der oralen Medikation, Verständigung der Angehörigen etc.). Entsprechende Qualifizierung der betreuenden Pflegenden ist essenziell. 2. Absicherung des erhöhten Betreuungsaufwandes in der Finalphase durch Einbindung einer „mobilen" (= nicht an eine Abteilung oder einen Wohnbereich gebundenen) Palliative-Care-Pflegekraft der Einrichtung. 3. Strukturierte Fortbildungen und Sensibilisierung der Pflegenden (ACP, Erkennung der Finalphase, Vorgehen…)	Verbleiben des sterbenden Menschen in der Einrichtung (= in der Häuslichkeit) Einbindung externer Kompetenz Umsetzung des Betroffenenwunsches
Informationell/ informations-bezogen	1. Information und Reflexion im Pflegeteam (bei Dienstübergabe Information der folgenden Schicht), ggf. Einbindung einer palliativpflegerisch erfahrenen Pflegekraft 2. Information und Einbindung der Angehörigen bei Zustandsverschlechterungen (Angebot zur Übernahme pflegerischer Handlungen, Verbleiben beim Sterbenden, Übernachtung im Heim) 3. Information und Reflexion an und mit den betreuenden Ärzten / Hausärzten (zumal diese immer nur eine punktuelle Wahrnehmung haben), z.B. Fallbesprechung 4. Information und Beratung zu jeder Zeit.	Permanent abrufbare pflegerische Kompetenz und Expertise

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Etablierung von Fallbesprechungen zur Selbstanalyse und Ursachensuche nach stattgehabten Verlegungen in der Finalphase (Ursachen: nicht beherrschbare Symptomlast bei Angst, Atemnot, Unruhe …, Dekompensation der Pflege, Druck seitens der Angehörigen …) 2. Prospektive Erfassung der Verlegungen in der Finalphase mit dem Ziel, diese pro Zeitraum unter einem zu definierenden Prozentsatz aller Verstorbenen zu halten (=> je weniger Patienten verlegt, desto bessere eigene palliative Versorgung vor Ort). Wahrscheinlich sollte dieser Anteil unter 20 % liegen (vergleichbar mit der Sterberate zu Hause in der ambulanten Palliativversorgung). 3. Feste Anbindung des örtlichen SAPV-Teams an die Einrichtung mit gemeinsamen Teambesprechungen/ Fortbildungen, Präsenz einer Teamvertretung bei Fallbesprechungen	Optimierung der Qualifikation der Pflege Ursachenanalyse für Verlegungen Netzwerkgestaltung mit externen Partnern
Personell/ personal-bezogen	1. Sensibilisierung des Pflegepersonals für die Wahrnehmung der Betreuung des Patienten in der Finalphase als Herausforderung und essenzielle eigene Aufgabe, Stärkung des Selbstbewusstseins der Pflegenden. Ein Patient, der verstirbt, darf nicht fallengelassen werden, sondern seine Betreuung stellt eine besondere Herausforderung an die pflegerische Versorgung dar. Eine gute Patientenversorgung im Sterben stellt eine gute Grundlage für die Trauerarbeit der Hinterbliebenen dar, ist ein positives Außenmerkmal für die Einrichtung und erleichtert den Pflegenden die eigene Verarbeitung der Konfrontation mit dem Sterben. 2. Laufende Qualifikation des Personals in Palliative Care, Patientenbeobachtung	Schaffung von Selbstverständnis der Pflege für deren originäre Aufgaben und Kompetenz
Informationell/ informations-bezogen	1. Signale der Verschlechterung werden erkannt und kommuniziert, auch zu den Angehörigen. 2. Team ist informiert und kann reflektieren 3. Team kommuniziert; bei Überforderung sofort, um Hilfe zu involvieren	

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Etablierung belastbarer Versorgungsstrukturen in der Einrichtung zur Vermeidung von finalen Verlegungen 2. Selbstverständnis der Heimversorgung als Versorgung von Menschen an ihrem Lebensende. Damit ist Palliativversorgung essenzieller Bestandteil der Heimbetreuung. 3. Palliativsiegel für Pflegeheime	Allgemein: Vermeidung finaler Verlegungen, da dies dem Wunsch des Patienten nicht entspricht; im Gegenzug Schaffung optimaler Versorgungsbedingungen in der Einrichtung
Personell/ personal-bezogen	1. Strukturierte (Pflicht-)Fortbildung in Palliative Care, Patientenbeobachtung, ACP etc. für die Pflegenden der Einrichtung 2. Etablierung eines belastbaren Personalschlüssels, der die bedarfsweise Freisetzung von Pflegepersonal für pflegeaufwendigere Patienten zulässt	Personelle Kapazitäten (quantitativ, qualitativ)
Informationell/ informations-bezogen	1. Einbringung der Einrichtung in das Projekt Pflege 2020 zur Etablierung von anerkannten pflegerischen Betreuungsstandards 2. Entwicklung der Standards der Einrichtung mit dem Ziel der Erlangung des Deutschen Palliativsiegels	

Risikofaktor 4:
Akute Erkrankung (Ereignis): Infekt, Sturz

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund eines akuten Krankheitsereignisses (z. B. eines Infektes, aber auch eines Sturzes) und des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden. Ziel ist es, gefährdete Bewohner durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Pflegeanamnese zu erkennen und dies in Pflege-planung/-prozess sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.
Fallbeispiel	Die Nachtwache findet die sturzgefährdete hochaltrige Frau L. vor dem prophylaktisch tiefer gestellten Bett liegend vor. Die Bewohnerin ist weitestgehend orientiert. Die Nachtwache kontaktiert den Hausarzt. Dieser wiederum ruft den Notarzt hinzu, der die Bewohnerin aufgrund des Drängens einer anwesenden Angehörigen entgegen seiner Empfehlung einweist.
Schlüsselbegriffe	Fehlende Planung, fehlendes Notfallplanung bzw. fehlendes Notfallregime, fehlende bzw. unklare Bewohnerverfügung/fehlendes bzw. unklares Testament
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	(eher indirekt) Sterbephase S. 149–151, vorausschauende Lebensplanung (ACP) S. 144–147/179, kurzzeitige Prognose S. 122 Leitlinie: Ältere Sturzpatienten https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/_Alte%20Inhalte%20Archiv/Sturz/LL-4_Langfassung-sturz001.pdf

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Regelmäßig, z. B. immer dienstags, Leitungsbesprechung (Schichtleitung, PDL und GF) über bereits erfolgte Verlegungen (Einweisungsgrund, Einweiser, Follow-up, OP?, verstorben?, Symptome im Verlauf bekannt, z. B. akutes Delir entwickelt, Sturzneigung, Infektionen, Fieber o. Ä.?). Das betriebswirtschaftliche Interesse des Heims sollte darin bestehen, dass die Betten auch belegt sind. 2. Bei „besonderen" Verlegungen (z. B. Patient verstirbt nach einem Sturz mit Oberschenkelhalsbruch an Komplikationen einer Endoprothese-OP) sollten die betroffe-nen Pflegekräfte zumindest ein Feedback bekommen. Hier könnte ein Mitglied des Teams als Feedbackverantwortlicher benannt werden. 3. In der Hoffnung, dass die Punkte 1 und 2 zu einer Sensibilisierung und zu einem Problembewusstsein führen, könnte man nach 3–9 Monaten eine kurze Zwischenanalyse in der Leitungsbesprechung (Punkt 1) diskutieren und überlegen, ob der RF 4 als wichtig genug angesehen wird, um diesen weiter zu bearbeiten.	Istanalyse Überblick Erste Ergebnisse erzielen
Personell/ personal-bezogen	1. Man könnte einen externen Vortragenden (z. B. ein Mitarbeiter der Avenue-Pal-Studie) in die Einrichtung einladen und einen Impulsvortrag organisieren. Aufbau: 1. kurze Einführung die Thematik „Tod und Sterben im Krankenhaus", 2. Fallbeispiel „Der Schocker" zur Sensibilisierung (Patient mit akuter Pneumonie stirbt auf dem Weg ins Krankenhaus, erstickt mit unkontrollierten, leidvollen Symptomen), 3. Würde des Menschen und Selbstbestimmtheit als wichtiges gesellschaftliches und indi-viduelles Gut, 4. kurze Darstellung der Grundzüge von ACP und Möglichkeiten der praktischen Umsetzung. 2. Regelmäßige Workshops zum Thema „Pflegeanamnese und Pflegeplanung" anbieten. Hier könnte man auch die Charta für schwerstkranke und sterbende Menschen vorstellen.	Stand der Dinge Erste naheliegende Maßnahmen ergreifen Fortbildungen
Informationell/ informations-bezogen	1. Übermittlung der Zusammenfassungen von Feedbacks, „besonderen Verlegungen" und personalbezoge-nen Maßnahmen in Form eines Informationsblattes im Telegrammstil (z. B. monatlich in die Postfächer der Mitarbeiter oder als Beilage zu den Gehaltsabrechnungen) 2. Übermittlung von grundlegenden Informationen zu den aktuellen juristischen Rahmenbedingungen zu Patientenverfügung, DNR-Order, freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, um ggf. Ängsten des Pflegepersonals vor Strafe oder anderen Sanktionen vorzubeugen	Überblick zu Abläufen

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Eine gemeinsame Sitzung der Mitarbeiter einer Station und Vermittlung eines Feedbacks über die Ereignisse der letzten 12 Monate: Verlegungen, besondere Fälle, kurze Wiederholung der wichtigsten Erkenntnisse der Fortbildungen bei RF 4 2. Feedback der Gruppe der Pflegenden, ob sich an der Einstellung bezüglich Verlegungen etwas geändert hat. Wenn ja, wäre es gut, einen Leitsatz, ein Motto oder eine Grundhaltung für das weitere Vorgehen zum Ausdruck zu bringen. Dieser Satz sollte eingängig sein, auf den Punkt bringen, was man den Pflegenden als Kernbotschaft sagen will, und sich zur Redundanz ohne geistige Abnutzung eignen: Erste Beispiele: „Hier bestimmt der Bewohner", „Würde ist wichtig – für alle", „Ich bin vorbereitet und stark". Dies könnten die Mitarbeiter mit ihren Namensschildern tragen. 3. Fortführung der Leitungsbesprechungen und Feedbacks	Praxislernern ermöglichen Verbesserungen vor Ort Einbindung der Leitung
Personell/ personal-bezogen	1. Einführung und Durchführung einer konsequenten ACP-Pflichtschulung für alle Mitarbeiter 2. Einführung des Wettbewerbes „Mitarbeiter des Monats". Dies kann ein Mitarbeiter sein, der eine besonders gute Pflegeanamnese gemacht und auch so gut nachvollziehbar dokumentiert hat, dass eine Verlegung am Lebensende nicht stattfinden musste.	Verbindlichkeiten des Wissens und Kompetenzen erhöhen
Informationell/ informations-bezogen	1. Weiterhin Übermittlung der Zusammenfassungen von den Feedbacks, den „besonderen Verlegungen" und den personalbezogenen Maßnahmen in Form eines Informationsblattes im Telegrammstil (z. B. mo-natlich in die Postfächer der Mitarbeiter oder als Beilage zu den Gehaltsabrechnungen). Die Redundanz ist wahrscheinlich sehr wichtig, um eine dauerhafte Verhaltens- und Haltungsänderung zu bewirken. 2. Übermittlung von grundlegenden Informationen zu den aktuellen Themen der Palliativversorgung, z. B. Ernährung am Lebensende. Ziel ist es, durch konsequentes Fortführen von Informationsweitergaben auf die Thematik „Tod und Sterben in Würde" als wichtiges Thema für alle hinzuwirken. Der Tod eines Heimbewoh-ners sollte in allen Dimensionen wahrgenommen werden (biologisch, psychologisch, sozial und spirituell).	Effektive und effiziente Informationen entwickeln Wissen werteorientiert ausweiten

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Da die ersten ACP-Schulungen abgeschlossen sind, wird in der Pflegeanamnese ein konsequentes Assessment durchgeführt, was bei RF 4 zu tun ist. Sollte dies bei Aufnahme in das Heim noch nicht entschieden werden können, z. B weil der mutmaßliche Wille des Patienten nicht bekannt ist oder Angehörige noch Zeit für eine Entscheidung brauchen, muss in regelmäßigen Abständen an die erforderlichen Absprachen erinnert werden. 2. Ziel könnte sein, im Rahmen der Einführung einer digitalen Akte in regelmäßigen Abständen von der Software an fällige ACP-Absprachen hingewiesen zu werden. 3. Ein Berichtswesen wird eingeführt. Da alle Mitarbeiter nun auf dem Stand sein sollten, dass Verlegungen am Lebensende nicht Routine, sondern Ausnahmen darstellen sollten, muss die verantwortliche Person Verlegungen, die im weiterhin stattfindenden Feedback als solche identifiziert werden, begründen. Falls die Verlegung durch einen Arzt angeordnet wurde, ist eine Begründung einzuholen, warum der Arzt informiert wurde oder es nicht zu einem konstruktiven Dialog kam, der darin mündete, dass der Bewohner „zu Hause" bleiben konnte.	Konsolidierung Regelmäßigkeiten etablieren Berichtswesen etablieren
Personell/ personal-bezogen	1. Fortführung des Wettbewerbes „Mitarbeiter des Monats". Dies kann ein Mitarbeiter sein, der eine Pflege-situation besonders wahrgenommen und bewertet sowie gut nachvollziehbar dokumentiert hat, dass eine Verlegung am Lebensende nicht stattfinden musste. 2. In der Hoffnung, dass palliative Themen im Pflegeteam als wichtig, bereichernd und zur Stärkung des eigenen Berufsbildes empfunden werden, sollte regelmäßig eine gewisse Zahl an Pflegekräfte in Palliative Care geschult werden.	Persönliche und Teamwürdigungen
Informationell/ informations-bezogen	1. Durch die konsequente Vorarbeit wäre die Einführung von halbjährlichen Informationsveranstaltungen aus dem Themenbereich „Tod und Sterben" anzustreben. 2. Beispiele könnten sein: Letzte-Hilfe-Kurs, spirituelle Aspekte in der Palliativversorgung, soziokulturelle Unterschiede zum Thema „Tod und Sterben" (Muslime, Freikirchen …)	Informationen konsolidieren und ausweiten

Risikofaktor 5:
Psychische und motorische Unruhe

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund psychischer (mentaler) und motorischer Unruhe bzw. unzureichender Orientierung sowie des hiermit verbundenen pflegerischen und medizinischen Aufwandes zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden. Ziel ist es, gefährdete Bewohner durch geeignete Erkennung und Monitoring bereits möglichst in der Pflegeanamnese zu erkennen und dies in Pflegeplanung/-prozess sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch für den Fall der Steuerung einer akuten Situation zu berücksichtigen.
Fallbeispiel	Frau M., 88 J., vor einem Monat in das Pflegeheim eingezogen und zuletzt zunehmend motorisch unruhig und schwer ansprechbar. Die Situation wird durch eine Schwerhörigkeit akzentuiert. Die Unruhe überträgt sich in Bettflüchtigkeit, und dies bei bestehender Sturzgefahr. Ein durch die Bewohnerin mitgebrachtes und verabreichtes Sedativum und die interne Verlegung auf einen anderen Wohnbereich lassen die Situation eskalieren, sodass es zu einer Einweisung bzw. Verlegung der Bewohnerin kommt.
Schlüsselbegriffe	Altersgerechte Medikation, demenzielle Symptome, psychiatrische Störung, Orientierungsverlust, soziale Verarmung, Delir, Schmerzen, mangelhafte Flüssigkeitsversorgung
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Sterbephase S. 148–171, Medikation S. 47–49, Patientenbedürfnisse S. 179–182 Vorgehen bei akuter Verwirrtheit https://pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-verwirrtheit.htm Prävention von Unruhe- und Verwirrtheitszuständen, siehe auch Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz 2018, erhältlich beim DNQP

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Bestimmung der Istsituation in der Einrichtung (sind dementiell-verwirrte oder auch psychiatrisch Kranke eine besondere Risikogruppe, wie ist die Flüssigkeitsversorgung organisiert, wie wird dokumentiert, welche Ressourcen bestehen?) 2. In der (Pflege-)Anamnese Ermittlung des bewohnerbezogenen Risikos bzw. Pflegeziels und Maßnahmenplanung 3. Identifizieren/Festlegen eines Standards 4. Einbindung des Hausarztes (Auswirkungen Medikamentengabe z. B. Diuretika, Sedativa prüfen) sowie des SAPV und Angehöriger in das operative und prinzipielle Vorgehen (Achtung: Kein Bewohner wird zum Trinken gezwungen, zugleich darf kein Bewohner weniger Flüssigkeit erhalten, als er möchte!) 5. Betroffene auf Bewohnerverfügungen hinweisen (auch für diesen speziellen Kontext hilfreich) 6. In der Sterbephase: (unruhige) Bewohner nicht alleinlassen 7. Personal im Ehrenamt ist vorhanden.	Bestimmung der Ausgangssituation in der Einrichtung Prüfung der prinzipiell vorhandenen bzw. zu ergänzenden Strukturen und Prozesse der Ergebnissicherung Etablierung zeitnaher möglicher Interventionen Nur längerfristig zu etablierende Ziele beschreiben und wo möglich initiieren
Personell/ personal-bezogen	1. Einbindung des leitenden Managements und QM-Verantwortlichen 2. Anamnesekompetenz fördern bzw. hierfür geeignete Fachkräfte identifizieren 3. Sitzwachenpool aufbauen 4. Transfer auf die Wohnbereiche erstellen d.h. Gruppenleitungen anleiten / beraten 5. Beratung und Information von Angehörigen	Internes Wissen fördern und (selektiv) einbinden Personalentwicklung ergänzen
Informationell/ informations-bezogen	1. Dokumentation in der Pflegeplanung, Identifizieren/Formulieren eines geeigneten Risikofeldes falls notwendig 2. Geeignete Checklisten, Entscheidungshilfen erstellen bzw. bestehende für RF 5 anpassen 3. Alarmplan und Notfallregime in Einrichtung als Intervention besprechen/aktuelle Telefon- bzw. E-Mail-Liste jedes Bewohners	IuK/Dokumentationssysteme für Zweck prüfen und bei Bedarf anpassen Geeignete Materialien (elektronisch oder Papier) schaffen

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Umsetzung und Weiterentwicklung des Betreuungsstandards 2. RF 5 wird (auch) mit QM der Einrichtung gesichert. 3. Dezentrale Getränkeversorgung 4. Komplementäre Verfahren über Pflegetherapie (z. B.Validation), andere Therapeuten testen (Physio- und Ergotherapie, Körperverfahren, Musik)	Bestehende bzw. notwendige Strukturen ausbauen Eruieren, was individuell hilft und in einem Mix zur Unterstützung getan werden kann
Personell/ personal-bezogen	1. Bezugspersonen schulen, z. B. zu Delir im Sterbeprozess 2. Einbindung des (Experten-)Wissens der Mitarbeiter, welche die speziellen Bedingungen von demenziell beeinträchtigten Bewohnern kennen 3. Grundsätzliche Abstimmung des Vorgehens mit dem Bewohner sowie Angehörigen, Hausarzt, SAPV z. B. in Fallkonferenzen, Visiten 4. (Belastbaren) Pool von Laien, Studenten etc. als Sitzwache aufbauen	Ausbau der Handlungskompetenzen Ausbau der ethischen Reflexivität der Teams
Informationell/ informations-bezogen	1. Bewohner, die eine negative Flüssigkeitsbilanz aufzeigen, werden als solche erkannt. 2. Nebenwirkungen von Medikamenten und Ess- und Trinkverhalten werden erkannt. 3. Der RF 5 ist ein mögliches/regelmäßiges Themenfeld bei der Übergabe/bei Pflegevisiten etc.	

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Bewohnerverfügungen bzw. ACP bzw. Pflegeanamnestik funktionieren bestmöglich. 2. Medikamentenmanagement: Über- und Fehlmedikationen sind nur in sehr seltenen Fällen möglich. 3. Die Betreuung Sterbender – und damit das Management von RF 5 – ist als Gegenstand des normativen und operativen Vorgehens implementiert. 4. Der RF 5 kann prinzipiell in einem systematischen Fehlermanagementsystem abgebildet werden (KVP). 5. Komplementäre Verfahren sowie interne und externe Know-how-Träger sind Routine. 6. Transfer auf andere Verlegungskontexte	Kontinuierliche Verbesserung und Anpassung der organisatorischen Strukturen und Voraussetzungen Transfer auf andere Verlegungen und Schnittstellen
Personell/ personal-bezogen	1. Palliativfachkräfte selbst ausbilden bzw. einstellen 2. Train-the-Trainer-Vorgehen: Die geschulten Mitarbeiter beraten und schulen ihrerseits, z. B. bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter. 3. Ein internes und externes Netzwerk zugunsten der präventiven und kurativen Überwindung des RF 5 ist etabliert. 4. Transfer auf andere Verlegungskontexte	Personalentwicklung und Kooperation als Kennzeichen der Einrichtung
Informationell/ informations-bezogen	1. Ein verbindendes Informations-(Alarm-)System aus Ärzten, Pflege, Angehörigen und Externen zeigt den Entwicklungsverlauf des Patienten und mögliche prospektive und kurative Interventionen auf. 2. Der RF 5 ist (auch) Gegenstand eines Ethikkreises oder anderer Aussprachemöglichkeit. 3. Transfer auf andere Verlegungskontexte	Zeitgemäßes Informationssystem (mobil und selbsterklärend)

Risikofaktor 6:
Quantitativ wenig Personal

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund unzureichender Personalanzahl insbesondere in der Nacht oder an Wochenenden zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden. Ziel ist es, unter den bestehenden Personalbedingungen eine bestmögliche Steuerung insbesondere für die Zeiten mit geringer Personalausstattung zu erreichen. Ziel ist es, durch den Einsatz von Personen unterstützender Partner (z. B. Hospizgruppe, Ehrenamtliche, Kirchengemeinde) Entlastungen beispielsweise in Form von Sitzwachen zu schaffen.
Fallbeispiel	Es ist Ferienzeit und die Personalsituation in Pflegeheim G insgesamt angespannt. Die allgemeine Hitze erhöht den Pflegebedarf der Bewohner erheblich. In diesem Kontext kommt es vermehrt zu Verlegungen, insbesondere bei Bewohnern, die darüber hinaus noch speziellen Risikogruppen angehören (Verwirrt-Unruhige, Patienten mit Kommunikationsstörungen etc).
Schlüsselbegriffe	Personalmangel, Pflegenotstand, Krankenstand, Risiko Nacht, Urlaubszeit
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Grundsätze S. 32–37, Versorgungsstrukturen S. 173–226, ACP S. 144–148 Schneider H: Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/_SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Die Dienste sind werktags sowie an Wochenenden und Feiertagen personell gleich besetzt organisiert. 2. Die Unterstützung durch den Träger ist gegeben. 3. Ein Qualitätszirkel zur Entwicklung und Implementierung des Verfahrens eigenverantwortlicher Organisation von Diensten durch die Mitarbeiter ist eingerichtet. 4. Ein Qualitätszirkel zur Erarbeitung von Dienst- und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht ist eingerichtet. 5. Teambesprechungen und Schulungen zum Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und in der Nacht sind festgelegter regelhafter Bestandteil der Kommunikationsstruktur. 6. Das Verfahren zur regelhaften Evaluation der Ablauforganisation der Dienste durch die Pflegedienstleitung liegt vor und wird umgesetzt. 7. Die (erste) Analyse für den Einsatz digitaler Technik liegt vor. 8. Einrichtung durch einrichtungsinternen Konsiliardienst	Die Versorgungsqualität wird durch die individuell auf die Erfordernisse der Bewohner abgestimmte Dienstplanung optimiert. Die Qualitätssicherung in der Versorgung der Bewohner ist durch die regelhafte Überprüfung und Anpassung der Ablauforganisation optimiert. Die Möglichkeiten moderner Technologien werden in Betracht gezogen.
Personell/ personal-bezogen	1. Die Mitarbeiter in der Pflege und im Sozialen Dienst haben ihre Schnittstellen definiert und ein Verfahren für die Zusammenarbeit in Bezug auf individuell erforderliche Betreuungsmaßnahmen festgelegt. 2. Die Mitarbeiter der Pflege und des Sozialdienstes kommunizieren und haben das Ziel als Team zu funktionieren.	Die Zusammenarbeit von Pflege und Sozialem Dienst ist vernetzt und koordiniert.
Informationell/ informations-bezogen	1. Das Verfahren im Umgang mit Notfällen an Wochenenden, Feiertagen und nachts ist den Mitarbeitern bekannt und wird umgesetzt. 2. Der Unterschied zwischen einem medizinischen Notfall und einem unvorhergesehenen Verlauf einer palliativen Versorgung ist den Mitarbeitern bekannt. 3. Die Mitarbeiter wissen, an wen sie sich an den Wochenenden, Feiertagen und nachts wenden können, um Verlegungen zu thematisieren bzw. zu vermeiden.	Die Vorgehensweise zur Vermeidung unnötiger Verlegung an Wochenenden, Feiertagen und nachts ist bekannt und wird umgesetzt.

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Der „Runde Tisch Pflege“ ist installiert und hat die Arbeit aufgenommen. 2. Die Stand-by-Dienste für die Haupturlaubszeiten sind eingerichtet. 3. (Erste) unterstützende Maßnahmen der Digitalisierung sind vorhanden und werden erfolgreich eingesetzt. 4. Die Einsatzplanung wird regelmäßig evaluiert und den Erfordernissen entsprechend angepasst. 5. Die organisatorischen und personalbezogenen Risiken für die Einleitung von Sofort- und Gegenmaßnahmen sind regelhaft identifiziert und weitestgehend beseitigt.	Interne und externe Vernetzung Nutzung moderner Technologien (Digitalisierung) Risikomanagement und Identifizierung von Frühwarnindikatoren
Personell/ personal-bezogen	1. Die Zusammenarbeit von Pflege und Sozialem Dienst ist eingespielt. 2. Die Mitarbeiter planen die Dienste zur Versorgung der Bewohner an den aktuellen Bedarfen eigenverantwortlich. 3. Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch ein hohes Maß an verlässlichen Diensten 4. Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch die enge Vernetzung und Zusammenarbeit der Bereiche an den Wochenenden, Feiertagen und ggf. auch nachts 5. Kein Einsatz von Leihpersonal an den Wochenenden, an Feiertagen und nachts	Stärkung von Verantwortung und Kompetenzen, auch zur Aufwertung des Pflegeberufs und der damit verbundenen Mitarbeiterzufriedenheit
Informationell/ informations-bezogen	1. Positives Feedback der Angehörigen über die Verlegungspraxis sowie die interne und externe Zusammenarbeit 2. Positives Feedback der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser zur Verlegungspraxis und zur Zusammenarbeit 3. Die erforderlichen Schulungen zu Dienst- und Verfahrensanweisungen sowie im Umgang mit Notfällen finden regelmäßig statt. Das Ergebnis des Mitarbeiterfeedbacks aus den Schulungen ist positiv. 4. Die Auswertung der Verlegungen ins Krankenhaus weist eine deutliche Reduzierung auf das unbedingt erforderliche Ausmaß auf. 5. Die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und der Angehörigen in Bezug auf die Verlegungspraxis und die Notfallversorgung werden nachweislich berücksichtigt.	Optimierung des Informationstransfers

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Umfassende unterstützende Maßnahmen der Digitalisierung sind vorhanden. 2. Die Dienste an den Wochenenden, Feiertagen und nachts können zur Zufriedenheit aller Beteiligten abgedeckt werden. 3. Interne und externe Vernetzung und Zusammenarbeit sind beim „Runden Tisch Pflege“ nachhaltig gestärkt und weiterentwickelt. 4. Mit jeder Heimaufnahme wird das ACP-Planning angeboten. 5. Mit jeder Heimaufnahme erfolgt die Besprechung eines sensiblen Worst-Case-Szenarios mit den Betroffenen und/oder Angehörigen/ Betreuern.	Umfassendes ACP-Planning Regionale und überregionale Vernetzung zur Vermeidung unnötiger Verlegungen Bestmögliche Vernetzung und Kommunikation durch Digitalisierung Vorhandensein eines individuellen Worst-Case-Szenarios und der damit verbundenen gewünschten Maßnahmen Gleiche Personalbesetzung an allen Tagen ist Standard.
Personell/ personal-bezogen	1. Hohe Mitarbeiterzufriedenheit durch Stärkung der Verantwortlichkeiten und Kompetenzen – auch bei Diensten an den Wochenenden, an Feiertagen und nachts 2. Hohe Kompetenz im Umgang mit Notfällen 3. Große Bereitschaft zur Beteiligung an der eigenverantwortlichen Dienstplangestaltung 4. Die Pflegefachkräfte sind als Palliative-Care-Fachkräfte weitergebildet. Die Mindestanforderung, dass pro Schicht eine Palliative-Care-Fachkraft im Dienst ist, ist erfüllt 5. Die Fachkräfte des Sozialen Dienstes haben eine Fachweiterbildung „Palliative Care für Soziale Dienste“. 6. Die nicht examinierten Kräfte sind in der Palliative Care geschult, ebenso die Betreuungskräfte gemäß § 43b	Hoher Weiterbildungsgrad in der Palliative Care ist realisiert. Die Diensteinsatzplanung durch die Mitarbeiter selbst ist Standard.
Informationell/ informations-bezogen	1. Die Auswertung der Verlegungen ins Krankenhaus dokumentiert eine Reduzierung auf das unbedingt erforderliche Ausmaß. 2. Die Verlegungspraxis berücksichtigt eine Reduzierung auf das absolut unumgängliche bzw. das von den Betroffenen gewünschte Ausmaß. 3. Die Kommunikation ermöglicht ärztliche 24-Stunden-Beratung, z. B. per Televisite. 4. Die Angehörigen/Betreuer sind mit der Einrichtung vernetzt. Wenn vonseiten der Angehörigen/Betreuer gewünscht, ist ein Austausch rund um die Uhr möglich. 5. Die Einrichtung ist mit den Ärzten über den persönlichen Kontakt und auch digital vernetzt.	24-Stunden-Visite ist Standard. Eine Verlegung in ein Krankenhaus erfolgt ausschließlich auf Wunsch und ist auf das absolut unumgängliche Maß reduziert. Einsatz von Robotik und Digitalisierung gehört zum Standard in der Einrichtung.

Risikofaktor 7:

Zu wenig hinreichend qualifiziertes Personal

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund unzureichend qualifizierten Personals insbesondere in Akutsituationen zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen in der betreuenden Einrichtung kommt, infolge derer Bewohner verlegt werden. Ziel ist es, unter den bestehenden Personalbedingungen eine bestmögliche Steuerung insbesondere für Zeiten mit geringer Personalausstattung zu erreichen. Ziel ist es, die Versorgungsprozesse durch den Einsatz verbesserter Informationsabläufe und eines virtuellen Expertensystems zu konsolidieren.
Fallbeispiel	Im Wohnbereich L des Pflegeheims K arbeiten 10 Nationalitäten. Dieser kulturelle Reichtum ist sowohl in der sprachlichen Abstimmung der Mitarbeiter als auch in der Arbeit mit den Bewohnern ein tägliches Problem, besonders in krisenhaft verlaufenden Situationen. Als sich der Gesamtzustand der Bewohnerin L. verschlechtert, übersetzt der Pflegende die sprachlichen (häufig durch den Hausarzt telefonisch) abzustimmenden zeitig zu beachtenden Anordnungen (Blasenkatheter entfernen) fehler- bzw. lückenhaft. Der Hausarzt ist verunsichert und verlegt die Bewohnerin in das benachbarte Krankenhaus.
Schlüsselbegriffe	Personalentwicklung, Stress durch Überforderung, sprachliche Barrieren, Zusatzqualifikationen, Schulungen
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Ausführliche Beschreibung nicht hinreichend qualifiziertes Personal Schneider H: Sterben zuhause im Heim – Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/_SiH_Sachbericht_413u415_FINAL_2018-05-22.pdf

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Die Kontaktdaten der betreuenden Hausärzte (evtl. Vertretungen), Angehörigen, Betreuer etc. sind bekannt und können jederzeit erreicht werden („Notfallnummer"), klare Absprachen zur Erreichbarkeit liegen vor. 2. Regelmäßige Aktualisierung der Bewohnerwünsche 3. Mögliche Entscheider bei Akutsituationen sind bekannt und verfügen über Entscheidungsbefugnis. 4. Berater der letzten Lebensphase führten das Gespräch beim Einzug. Der ausgefüllte Fragenkatalog liegt vor, ist allen bekannt und in der Pflegedokumentation hinterlegt. 5. Das Buch „Pflegetipps in der Palliative Care" liegt auf Rumänisch, Polnisch, Russisch, Spanisch, Portugiesisch, Italienisch, Türkisch und Englisch (Chinesisch ist in Arbeit) vor und wird von ausländischen Mitarbeitern verpflichtend gelesen. 6. Für Rückfragen auf Hinblick das Verständnis steht ein Mentor zur Verfügung	Zu jeder Zeit sind behandelnde Ärzte, betreuende Personen und Mitarbeiter erreichbar.
Personell/ personal-bezogen	1. Ein Mitarbeiterpool besteht, der bei Akutsituationen genutzt werden kann (auch aus Ehrenamtlichen, Hospizdiensten etc.). 2. Keine Alleineinsätze von nicht deutschsprechenden oder nicht eingearbeiteten Mitarbeitern	Bei Akutsituationen können jederzeit Mitarbeiter gerufen werden.
Informationell/ informations-bezogen	1. Dokumentation/Erhebung aller Bewohnerwünsche (Patientenverfügungen) 2. Legende/Übersicht, auf der auf kurzen Blick der Patienten-/Bewohnerwunsch wiedergegeben wird 3. Aktualisierte hausinterne Standards 4. Erarbeiteter Fragenkatalog (siehe Pkt. Organisatorisches)	Jeder an der Behandlung Beteiligte kennt den Inhalt der Verfügung.

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Stationen/Wohnbereiche verfügen über eine festgelegte Anzahl von Fachkräften (Palliative Care). 2. Etablieren und Fördern eines Ethikrats 3. Arztwechsel (wenn man in den Monaten bemerkt, dass nicht kooperiert wird) 4. Kooperationen eingehen (SAPV, Hospiz, Ethiknetz, Wünsche am Horizont) 5. Haus- und Führungsphilosophie zu dieser Thematik festschreiben	Ausreichend qualifiziertes Personal ist vorhanden.
Personell/ personal-bezogen	1. Personalentwicklung: Pflegekräfte, Ärzte, Betreuungskräfte weiterbilden 2. Patenschaften zwischen Bewohnern und nicht gut Deutsch sprechendem Personal zur Sprachentwicklung herstellen (Erfahrungen sind hier sehr positiv, denn B2 reicht nicht aus) 3. Die Institution als Gesamtes sehen und nicht nur bereichsbezogen. Das fördert Sicherheit unter den Mitarbeitern.	Ausreichend qualifiziertes Personal ist vorhanden.
Informationell/ informations-bezogen	1. Über Patientenverfügungen, deren Umsetzung und Handhabung informieren (in der Institution, Stadt, Gemeinde etc.), um flächendeckende Kenntnis zu haben 2. Von Anfang an alle am Prozess Beteiligten einbeziehen und informieren	Anzahl der Patientenverfügungen steigt. Angehörige sind über die Wünsche informiert.

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Finanzielle Förderung von Weiterbildungen durch Kostenträger 2. Finanzielle Förderung/Unterstützung beim Einstellen von qualifiziertem Personal durch Kostenträger	Sicherstellung der palliativen Versorgung in stationären Einrichtungen
Personell/ personal-bezogen	1. Keine ungeeigneten Personaleinstellungen aus der Not heraus, um hohe Kosten und Überlastung des Personals durch Doppelbelastung zu vermeiden	Kompetente fachliche Versorgung in der Palliativpflege
Informationell/ informations-bezogen	1. Ein ständig evaluiertes und auf dem neuesten Stand implementiertes QM	Alle am Prozess Beteiligten sind informiert.

Risikofaktor 8:
Unzureichende Kooperationen mit relevanten Partnern

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass es aufgrund fehlender bzw. nicht hinreichend ausgestalteter interner (i) und externer (e) Kooperationen mit relevanten Partnern (intern: Palliativkräften, QM, Seelsorge, Sozialarbeit etc.; extern: Palliativstationen oder -dienste anderer Häuser, SAPV, AAPV, Hospizgruppen, Bürgerschaft etc.) zu organisatorischen, fachlichen oder informationsbezogenen Überforderungen (fehlenden Entlastungen) auf der behandelnden Station kommt, infolge derer Patienten verlegt werden. Ziel ist es, ein Kooperationsnetzwerk zu etablieren bzw. das bestehende dahingehend zu erweitern, dass die Einrichtung sowohl strategisch (Leitungsebene) als auch operativ (Ebene der Patientenversorgung) profitiert.
Fallbeispiel	Auch wenn eine offizielle Zusammenarbeit mit dem Palliativdienst des Hauses besteht, kommt es in der praktischen Ausgestaltung und beim Kontinuitätserhalt auf der Station C regelmäßig zu fachlichen und personellen Überforderungen, in deren Folge auch Verlegungen entstehen.
Schlüsselbegriffe	Kooperationsverträge, integrierte Versorgung, Bürgerschaft, Marketing, Netzwerk, Öffentlichkeitsarbeit, Letter of Intent (LoI)
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Versorgungsstrukturen S. 173–226 (ein großer Teil der fachlichen Kooperationspartner wird sichtbar)

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Klärung, welche Kooperationen mit welchen Zielsetzungen und erreichten Ergebnissen zu internen (z. B. Palliativstation, Palliativdienst, QM, Seelsorge, Hauswirtschaft, etc) und externen Partnern (z. B. Palliativstation, Palliativdienst anderer Häuser, ambulantes Hospiz, SAPV, Hausärzte, Gemeinde etc.) vollzogen werden 2. Klärung, ob und wie oft es zu Krisensituationen mit der Konsequenz einer Verlegung aufgrund fehlender Kompetenzen im Haus/auf der Station kommt, die durch geeignete und organisierbare Partner hätten verhindert bzw. gesteuert werden können 3. Identifizieren eines Arbeitsbereiches (Station), in welchem die Kooperationen am besten gelingen können 4. Prüfung der Voraussetzungen und Strukturen durch Krankenhausleitung, Ermittlung der Handlungsbedarfe und Möglichkeiten für Verbesserungen 5. Sicherstellen, dass Patientenverfügung stets erreichbar ist (auch am Wochenende und bei Aushilfskräften) 6. Sicherstellen der Möglichkeit zur gesundheitlichen Versorgungsplanung im Haus	Istanalyse erstellen, Schaffung erster Voraussetzungen für Verbesserungen
Personell/ personal-bezogen	1. Etablierung von Arbeitsgruppen (z. B. zur Erarbeitung von Leitlinien, Standards, Behandlungspfaden, auch zu Verlegung bzw. Nichtverlegung) 2. Identifizieren von Ansprechpartnern (ergänzend zu Leitungsebene), Case-Managern, Sozialarbeitern 3. Einbindung des QM 4. Einbindung von Unternehmenskommunikation/Marketing 5. Feststellen von internem Qualifizierungsbedarf (z. B. Palliative-Care-Fachkräfte) auf allen Stationen, z. B. Normalstationen im Krankenhaus 6. Vermeidung von Verlegung sterbender Menschen innerhalb und aus dem Krankenhaus mit hoher Wahrscheinlichkeit der Rückverlegung oder des Sterbens (Vermeidung Drehtüreffekt, Verlegung in Sterbephase)	Projektmanagement vorbereiten Personalentwicklung initiieren Bestehende Zuständigkeiten einbinden
Informationell/ informations-bezogen	1. Identifizieren der Kontaktmedien und informationellen Abläufe zwischen dem Haus/der Station und den externen und internen Partnern 2. Ermitteln der Arbeits-/Unternehmensbereiche, in denen die Kooperationen gut funktionieren (welche Zuständigkeiten, Ansprechpartner, Medien etc.?) 3. Einrichtungsinterne Informationen zu internen und externen Angeboten von internen Palliativdiensten im Krankenhaus, ambulanten Hospizdiensten, „Grünen Damen", SAPV usw. 4. Informationen eventuell mit den ersten Vorgaben zur Nutzung dieser Angebote verbinden	Ermitteln der informationellen Abläufe, erste Informationen und Vorgaben

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Ermittlung einer ABC-Liste der Wichtigkeit der Partner 2. Ermittlung und Festlegung der genaueren Leistungserwartungen mit den Partnern 3. Prüfen und Erstellen geeigneter Kooperationsstrukturen durch Träger/Management etwa Entwicklung eines Standard-LoIs 4. Unterstützung der AG 5. In-Kraft-Setzen verschiedener Vorschläge der Arbeitsgruppen 6. Prüfen, Entscheiden und baldmöglichst Realisieren als Lösungsmodell, ob bestimmte Leistungen bei unzulänglicher Kooperation wegen fehlender Bereitschaft oder fehlender Existenz eines Kooperationspartners (z. B. ambulanter Hospizdienst) eigenständig erbracht werden können	Wichtigkeit und Dringlichkeit identifizieren Klärung der Ziele und mit diesen verbundenen Maßnahmen/Aktivitäten Erste operative positive Ergebnisse
Personell/ personal-bezogen	1. Bei Bedarf und Möglichkeit: Ergänzung der laufenden Aus-, Fort und Weiterbildungen um Gegenstand 2. Identifizieren und Schulen relevanter Mitarbeiter und Führungskräfte 3. QM-Aufgaben sind gesichert und bekannt. 4. Öffentlichkeitsarbeit wird gelebt.	Klärung der Ziele und mit diesen verbundenen Maßnahmen/Aktivitäten Erste operative positive Ergebnisse
Informationell/ informations-bezogen	1. Identifizierung eines IuK-Standards der Kontaktaufnahme bzw. Zusammenarbeit mit den als relevant identifizierten Partnern	

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Es existiert ein eindeutiges Kooperationsverhältnis zu den unterschiedlichen internen und externen Partnern, das sich aufgrund systematisch (z. B. durch Befragung) erhobener Informationen im Sinne eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses vollzieht. 2. Die Unternehmensleitung bzw. Trägerschaft partizipiert und befördert das Kooperationsmanagement und bezieht hierbei die Bereiche und Mitarbeiter ein. 3. Zu den einzelnen Kooperationspartnern bestehen schriftliche Verträge in Form von LoIs, die es erlauben, die wechselseitigen Ziel- und Leistungserwartungen zu präzisieren. 4. Es existiert ein Jahres-, Monats- und Wochenprogramm der (partnerbezogenen) Aktivitäten der Einrichtung. 5. Im Krankenhaus bedeutet dies im Bedarfsfall die gesicherte Einbeziehung interner Dienste (Konsile, Palliativdienste) wie externer ambulanter Hospizdienste (anstelle z. B. einer Verlegung von der Normalstation auf die Intensivstation) sowie quantitativ und qualitativ ausreichende personelle Ausstattung mit u. a. Palliative-Care-Fachkräften. 6. Im Heimbereich bedeutet dies verlässliche Kooperationen insbesondere mit ambulanten Hospizdiensten und SAPV-Teams zur bestmöglichen Versorgung am Lebensende, im Bedarfsfall auch rund um die Uhr und am Wochenende. 7. Bessere finanzielle Ausstattung der eigenen Einrichtung: Vermeidung unnötiger Verlegung spart (volkswirtschaftlich) Geld. Leistungen einer anderen Einrichtung müssen nicht finanziert werden, dafür aber höhere Kosten in der eigenen Einrichtung. 8. Vielfach als Alternative zur Lösung unzureichender Kooperation: Leistungen werden eigenständig erbracht. 9. Bessere Bevorratung von Medikamenten, auch BTM	Die Konsolidierung und systematische Verbesserung (d. h. Ausbau in Qualität und Quantität) der Kooperationen sowohl zu den zur Vermeidung von Verlegungen relevanten Partnern als auch zu allgemeineren Kooperationspartnern gelingt.
Personell/ personal-bezogen	1. Ansprechpartner der einzelnen Kooperationspartner existieren. 2. Schulungen und Beratungen zum Gegenstand werden befördert und finden regelmäßig statt. 3. Qualitativ und quantitativ ausreichende personelle Ausstattung an Palliativmedizinern und Palliative-Care-Fachkräften im Haus, um die Versorgung auch am Wochenende und nachts eigenständig sicherstellen zu können und nur im Bedarfsfall mit externer Unterstützung Verlegungen von der Normal- auf die Intensivstation zu vermeiden 4. Die Kompetenzbereiche sind klar geregelt und lassen im Bedarfsfall Spielraum zu, wenn eine Handlung gesichert ist und eine Verlegung vermieden werden kann.	Alle Mitarbeiterebenen sind sich der Bedeutung gelungener interner und externer Kooperationen bewusst. Die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten sind definiert. Verlegungen vom Heimbereich in das Krankenhaus sind deutlich reduziert, Verlegungen im Krankenhaus von der Normal- auf die Intensivstation sind deutlich reduziert, auch nachts und am Wochenende.
Informationell/ informations-bezogen	1. Regelmäßige Austauschsituationen (Treffen, Telkos, Newsletter etc.) mit den Kooperationspartnern finden statt. 2. Systematische Außenkommunikation mit den Partnern (Veranstaltungen, Website) 3. Es gibt einen Kooperationsmasterplan/Marketingplan. 4. Es existiert ein IuK-Standard zwischen Unternehmen und Partnern, der ausdrücklich die Situation in den Versorgungsbereichen berücksichtigt. 5. Es wird angestrebt, dass nahezu von allen Patienten qualifizierte Patientenverfügungen vorliegen und für alle Patienten, die dies wünschen, Beratungen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung stattgefunden haben.	Weitreichende Medienintegration ist erreicht. Qualifizierte Dokumente zur Vermeidung unnötiger Verlegungen sind vorhanden.

Risikofaktor 9: Notfallregime

Welches Ziel besteht?	Durch einen Lösungsprozess (zumeist in einem hierfür qualifizierten Team abgebildet) gilt es, bereits eingetretene bzw. sich unmittelbar abzeichnende „Notfälle" deeskalierend (Verlegung) zu steuern. Dabei können sich die „Notfälle" aus unterschiedlichen Kontexten bzw. Ursachen ergeben. Diese „Notfälle" sind entweder medizinischer, pflegerischer, sozialer oder organisatorischer Art bzw. ergeben sich aus externen (Umwelt-)Bezügen. Dabei gilt in der Versorgung sterbender Bewohner vielfach, dass es sich bei den „Notfällen" um vermeintliche Notfälle handelt.
Fallbeispiel	In dem stationären Pflegeheim L mit 65 Bewohnern, die in 3 Wohnbereichen leben, wird versucht, echte und vermeintliche Notfälle im Ad-hoc-Verfahren zu lösen. Es wird auf die Ausbildungsqualität und die gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten und externen Partnern vertraut. In einer kritischen Betrachtung der vollzogenen Verlegungen wird deutlich, dass dies nicht hinreichend ist.
Schlüsselbegriffe	Alarmplan, Überforderung, Eingreifteam, vorausschauende Planung/Anamnese, Informationsfluss
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Sterbephase S. 148–171, Patientenbedürfnisse S. 179–183

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Entsprechende Medikamente stehen zur Verfügung, insbesondere Bedarfsmedikamente. 2. Konkretes Medikamentenschema liegt vor und beschreibt die Spielräume in der Dosierung. 3. Falls der Bewohner ein Doppelzimmer bewohnt, ist die Möglichkeit des Umzugs in ein Einzelzimmer möglich. 4. Medizinprodukte wie Sauerstoff etc. stehen immer zur Verfügung. 5. Die Dokumentation der SAPV (wenn sie beteiligt ist) ist für die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung einsehbar. 6. Angehörige können auf Wunsch in der Einrichtung übernachten, wenn sie den Sterbenden längerfristig begleiten möchten.	Sicherheit bei der Medikation Wohnumfeld kann individuell angepasst werden. Dokumentation anderer Spezialisten liegt vor.
Personell/ personal-bezogen	1. Die Beteiligten des therapeutischen Teams für die palliative Versorgung sind den Mitarbeitern und Bewohnern/Angehörigen bekannt (Arzt, Seelsorge, Bezugspflege, Therapeuten, Apotheke etc.). 2. Die Zuständigkeiten für die verschiedenen Pflege- und medizinischen Angebote sind im Rahmen einer Teambesprechung geklärt. 3. Die Kompetenzen bzw. Entscheidungsbefugnisse für die Pflegenden sind geklärt. Sie stimmen ggf. nicht mit den Regelungen der Heimaufsicht oder MDK überein (mit Pflegedienstleitung etc.). 4. Es wurde geklärt, wer die Fallsteuerung übernimmt (z. B. Pflege, da sie 24 h anwesend ist und den Verlauf oder den Arzt kennt, der für die überwiegend medizinischen Belange Entscheidungsbefugnisse hat). 5. Die Mitarbeiter kennen spezielle Versorgungsangebote für die palliative Versorgung, z. B. Aromatherapie, Wunschessen.	Therapeutisches Team ist vorhanden. Zuständigkeiten im therapeutischen Team sind geklärt. Teambesprechungen finden regelhaft statt. Spezielle pflegerische Angebote sind bekannt.
Informationell/ informations-bezogen	1. Klärung des Begriffes „Notfall" im Zusammenhang mit einer palliativen Versorgung. Rekurs des Begriffs auf die Anforderungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse und Diskussionen des Themas im Kontext der Patientensicherheit. Patientensicherheit wird hier als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse verstanden. 2. Der Unterschied zwischen einem medizinischen Notfall, einer medizinisch-pflegerischen Komplikation oder dem unvorhergesehenen Verlauf einer palliativen Versorgung ist bekannt. 3. Die Bedürfnisse der Bewohner sind den Mitarbeitern bekannt und es ist ihnen möglich, diese zu erfüllen (z. B. Realisierung bestimmter sozialer Kontakte, Wunschmobil etc.). 4. Die Mitarbeiter verfügen über Informationsstrategien, um die Bedürfnisse von Bewohnern herauszufinden, die nicht mehr verbal kommunizieren können (z. B. Menschen mit einer Demenz). 5. Korrekte und aktuelle Kontaktdaten und Dokumente liegen vor (z. B. Urlaubsanschriften von Angehörigen, Patientenverfügung etc.). 6. Die Erreichbarkeit von Angehörigen und Ansprechpartnern des therapeutischen Teams ist gegeben (auch außerhalb von Öffnungszeiten etc.).	Finden einer neuen Bezeichnung für unvorhergesehene Behandlungs- und Pflegeerfordernisse in der Sterbesituation Definition unerwünschter Ereignisse im Zusammenhang mit einer Sterbesituation Nötige Informationen sind rund um die Uhr verfügbar. Ansprechpartner des therapeutischen Teams sind rund um die Uhr ansprechbar.

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Für die palliative Versorgung von Bewohnern stehen ausschließlich Einzelzimmer zur Verfügung. 2. Die Zimmer für die Palliativversorgung verfügen über einen Balkon oder Gartennutzung ist möglich. 3. Erweiterung der Fallbesprechungen um ethische Gesichtspunkte (u. a. „Primum non nocere"). 4. Betreuung von Angehörigen während einer palliativen Versorgung und die Integration ihrer Perspektive in die palliative Versorgung 5. Die Vorgaben zu Pflegevisiten und Fallbesprechungen werden an die besondere palliative Situation angepasst. 6. Mitarbeitern ist es ggf. möglich, an der Bestattung verstorbener Bewohner teilzunehmen, um sich nach einer intensiven Betreuung und Beziehung zu verabschieden.	Anpassung des Wohnumfelds an die Bedürfnisse Sterbender Etablierung einer Fallbesprechung mit ethischen Aspekten Die Qualitätsinstrumente sind an die Besonderheiten der Sterbesituation angepasst. Bezugspersonen und Pflegende haben die Möglichkeit, sich von Bewohnern zu verabschieden/zu trauern.
Personell/ personal-bezogen	1. Alle Beteiligten des therapeutischen Teams haben die Möglichkeit, bei Bedarf Supervisionsangebote oder eine Auszeit in Anspruch zu nehmen. 2. Wenn möglich, sollten Mitarbeiter mit einer mehrjährigen Berufserfahrung eingesetzt werden. Dies ermöglicht ihnen eine reflektierte Situationseinschätzung. 3. Mitarbeiter sind in der Lage. eine strukturierte Teambesprechung zu moderieren und mit ihren Beiträgen zu unterstützen. 4. Mitarbeiter sind in der Lage, am Bedürfnis der Bewohnerin orientiert Prioritäten zu setzen. D. h., professionelle Anforderungen müssen an die Bedürfnisse angepasst werden. 5. Die Nutzung individueller Entscheidungsspielräume für pflegerische Entscheidungen könnte trotz standardisierter Verfahrensanweisungen begründet genutzt werden.	Professionelle Entlastungsangebote sind etabliert und zugänglich. Die Mitarbeiterauswahl orientiert sich auch an persönlichen/sozialen Kompetenzen. Die flexible individuelle Anpassung von Verfahrensanweisungen ist möglich.
Informationell/ informations-bezogen	1. ACP-Pläne stehen zur Verfügung. In der gesamten Einrichtung gibt es ein ACP-Angebot für alle Bewohner. 2. Teambesprechungen für das gesamte therapeutische Team sind in den Wochenablauf integriert. Ihre Ergebnisse sind den Beteiligten als Bestandteil der Sicherheitskultur bekannt	Die Informationsgrundlagen sind für die meisten Bewohner vorhanden und einsehbar. Teambesprechungen sind regelhafter Bestandteil der Versorgung Sterbender.

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Schaffung eines speziellen Bereiches für die Versorgung von schwerkranken und sterbenden Menschen 2. Sterben in Pflegeeinrichtungen wird offensiv diskutiert und als Bestandteil der Unternehmenskultur angesehen. 3. An- oder Zugehörige können auch nach dem Tod des Angehörigen die Pflegeeinrichtung aufsuchen.	Einrichtung eines segretativen Bereichs für die Versorgung Sterbender Integration von Sterben in die Unternehmens-/Sicherheitskultur
Personell/ personal-bezogen	1. Die Mitarbeiter sind in der Lage, den palliativen Prozess zu steuern. Sie müssen nicht mehr auf jede unvorhergesehene Situation reagieren, sondern können vorrausschauend agieren. 2. Die Mitarbeiter benötigen den Rückhalt der Leitung bezüglich ihrer getroffenen Entscheidungen, die ggf. von standardisierten Verfahrensanweisungen abweichen.	Steuerungskompetenz des pflegerischen Prozesses durch Pflegefachkräfte bringt Sicherheit für alle Beteiligten. Umgang mit Sterbenden ist Anforderung an Leitungspersonen.
Informationell/ informations-bezogen	1. Informationsfluss ist reibungslos im Netzwerk. 2. Auch fehlende Mitglieder in den Teambesprechungen bekommen Information in Form von Protokollen der Teambesprechung. 3. Kurz- und Mittelfristige Interventionen finden problemlose Umsetzung.	Teamarbeit im Notfallregime ist gefestigt und reibungslos im Ablauf sowie der Kommunikation.

Risikofaktor 10:

Unsichere bzw. destabilisierte Angehörige/Angehörigen-integration

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte, beratene, geschulte und in die Entscheidungen einbezogene oder am Willen des Bewohners und der Expertise der Helfer orientierte Angehörige Verlegungen auf den Weg bringen. Ziel ist es, Angehörige (Care-Giver, rechtliche Vertreter) deren Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechend bestmöglich d. h. aktiv zu integrieren.
Fallbeispiel	Herr G., 87 J., nach Reanimation im Pflegeheim bei Kammerflimmern und hypoxischem Schaden, keine Kontaktaufnahme, Hintergrund Lungenent-zündung, wird entgegen den Rat des Notarztes und des Teams auf massiven Wunsch der Schwiegertochter in das Krankenhaus verlegt („Ihr könnt ihn nicht sterben lassen").
Schlüsselbegriffe	Angst der Angehörigen, nicht präsente Angehörige, Angehörigenintegration, Schulung, Edukation
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Grundsätze Palliativversorgung S. 32–37, Kommunikation mit Angehörigen S. 141–144, Versorgungsstrukturen S. 174–175, Angehörige S. 223–226

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Erstellung eines aktuellen Status zur Situation (Anzahl Angehörige/gesetzliche Betreuer, Besuchsverhalten, Verfügungen, Krisen/Konflikte, Heimbeirat, Schulungen etc.) 2. Klärung der Rolle des Angehörigen im Sterbeprozess bzw. der Situation in den Wohnbereichen 3. Kontaktaufnahme mit relevanten Partnern (Freiwilligen, Hausärzten, Kooperationspartnern u. a.) 4. Auftrag der Einrichtungsleitung zur Erstellung eines Standards zum Umgang mit Angehörigen von Sterbenden	Verschaffen eines qualifizierten Überblicks über Personal, Organisation und Informationsabläufe Aufbau einer Struktur für den Umgang mit Angehörigen von Sterbenden Leitfaden/Standard entwickeln Best-Practice-Lösungen identifizieren und Transfer herstellen
Personell/ personal-bezogen	1. Welche Berufsgruppen sind konfrontiert und kooperieren diese (Meeting)? Beteiligte des therapeutischen Teams benennen. 2. Identifizieren des „besten Wohnbereichs" bzw. der mit diesem verbundenen modellhaft arbeitenden Mitarbeiter 3. Versuch der Herstellung eines kurzfristigen Transfers der 3 wichtigsten dort geübten Praxen, Modelle, Lösungen für die anderen Wohnbereiche durch Unterstützung der Kompetenzträger 4. Informieren von Personal und Führungskräften	Mitarbeiter identifizieren und früh ein-binden
Informationell/ informations-bezogen	1. Prüfung des aktuellen Informationsverhaltens der Einrichtung (a) bzw. der Kontakttaufnahme von Angehörigen/Care-Givern in Krisensituationen (b) 2. Bestehendes Informationsmaterial prüfen und ergänzen 3. Auch hier: Wie sieht die beste Informationskette in der Einrichtung aus (welche Medien, Inhalte, Akteure etc.)? 4. Probelauf: Telefonhotline für Angehörige 5. Meeting zum Thema in allen Wohnbereichen 6. Schulungsangebote vorstellen und platzieren	Identifizieren einer gültigen Informations-(Alarm-)Kette bzw. bestmöglicher Abläufe

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Transfergeschehen gezielt ausbauen 2. Pflegestandards, SOPs und andere QM-Tools (Pflegevisite, Zirkelarbeit u. Ä.) für die Verlegungsthematik nutzen 3. Angehörigenintegration in der Sterbephase auch in der Managementebene/Trägergesellschaft zum Gegenstand machen (Leitbild, normatives Modell) 4. Bewohner- bzw. Patientenverfügungen zum kontinuierlichen Ziel bereits in der Aufnahmesituation/Anamnese 5. Erstes Treffen mit Betroffenen	Bestehende Systeme/Tools besser verwenden Ergänzende Systeme/Werkzeuge implementieren
Personell/ personal-bezogen	1. Ansprechpartner in den Wohnbereichen identifizieren und zusammenführen 2. Schulungs- und Beratungsprogramm mit Wohnbereich (d. h. Mitarbeitern s. o.) erarbeiten 3. Schulungs- und Informationsmaterial für die Angehörigen für den speziellen Zweck (Begleitung letzte Lebensphase) ausarbeiten und gezielt an Angehörige führen 4. Sterbeberater bzw. -beratung qualifizieren	Zuständigkeiten klären und Befähigungen gezielt weiterentwickeln Wünsche und Vorsorge sind von Bewohnern erfasst. Themen sind transparent. Ablauforganisation ist gefestigt.
Informationell/ informations-bezogen	1. ACP-System bekannt machen, Angehörige aktiv in diesen Prozess einbeziehen (etwa auch über Heimbeirat u. Ä.) 2. Informationskette für Krisenfälle identifizieren bzw. so ausgestalten, dass Deeskalation der Regelfall ist.	Grundsätzliche Verfahren (auch aufgrund gesetzlicher Vorgaben) ausgestalten „Krisensituationen" erkennen und beherrschen lernen

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Regelmäßige Angehörigensprechstunden 2. Verankerung der Thematik in Pflegeleitbild/Leitbild der Einrichtung 3. Thema ist Teil des systematischen QM der Einrichtung. 4. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess durch QM 5. Verstetigung des Themas im Heimbeirat u. a. Gremien (Ethikbeirat) 6. ACP ist eingeführt. 7. Gültige Bewohner- bzw. Patientenverfügungen sind Regelfall.	Organisatorische Verstetigung durch kontinuierliche Verbesserung Einbindung in QM
Personell/ personal-bezogen	1. (Selektives) Schulungskonzept für Mitarbeiter 2. (Selektives) Schulungs- und Beratungskonzept für Angehörige/Betroffene 3. Regelmäßige Abstimmung mit Kooperationspartnern 4. Pflichtfortbildungen werden vom Personal sehr gerne angenommen und motivieren zur Umsetzung. 5. Das Personal hat sehr gute Grundlagen in Auskunft und Beratung. 6. Das Personal hat guten Umgang mit schwierigen Angehörigen sowie gutes Situationsverständnis in herausfordernden Situationen. 7. Das Personal kann gut mit Stress umgehen und hat ein gutes Selbstpflegemanagement.	Verstetigung der Befähigung Gut geschultes, motiviertes und freundliches Personal in allen Versorgungssituationen
Informationell/ informations-bezogen	1. Ein Informations- und Benachrichtungssystem für „Krisenfälle" bzw. die Sterbephase wird in den Wohnbereichen verwendet. Informationsunterlagen liegen schriftlich und auch auf der Website der Einrichtung vor. 2. Es existieren Kooperationspartner, welche über die Angehörigenarbeit der Einrichtung berichten.	Allgemeine und individuelle (fallbezogene) Informations- und Edukationsverfahren dienen der Verstetigung. Positive Kommunikation gibt Transparenz der Einrichtungsarbeit in der Öffentlichkeit.

Risikofaktor 11:

Unzureichend eingebundene, informierte bzw. fehlende Hausärzte

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte, eingebundene und zielführend in die Entscheidungen einbezogene Hausärzte Verlegungen veranlassen, die nicht indiziert sind. Ziel ist es, die Hausärzte bestmöglich zu integrieren, aktiv und verantwortlich einzubinden und zugleich bestmöglich aktiv zu entlasten.
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 Dr. K. die Bewohner in das Krankenhaus einweist, wenn auch deren Angehörige mit der Situation in der Pflegeeinrichtung in der absehbaren Situation des Sterbens nicht zufrieden sind.
Schlüsselbegriffe	Versorgungsnotstand, Zeitnot, Erreichbarkeit., Einbindung, Visitenbegleitung, ACP
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Ausführliche Beschreibung unzureichend eingebundene, informierte und fehlende hausärztliche Einbindung

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Perspektive Heim: *Bestimmung der Ist-Situation:* • Wie viele Hausärzte (ABC), wie viele Bewohner erhalten Besuch, welche Rolle spielen die Hausärzte bei den Verlegungen, Identifizieren möglicher Schwierigkeiten und Kennzeichen einer „guten Kooperation" (d.h. Zielbestimmung) • Wie verläuft die logistische Kette (z.B. Rezepte) *Bestimmung der Dinge / Aktivitäten, die unmittelbar realisiert werden können* • Entwicklung eines Prototypen für einen Letter of Intend 2. Perspektive Hausarzt: *Bestimmung der Ist-Situation:* • Wie viele Heime, wie viele Patienten, wieviel Zeit. Identifizieren möglicher Schwierigkeiten, Identifizieren der Kennzeichen einer „guten Kooperation" d.h. Zielbestimmung • Kennzeichen einer „guten Kooperation" (d.h. Zielbestimmung) *Bestimmung der Dinge / Aktivitäten die unmittelbar realisiert werden können:* • Eindeutige und aktuelle Kontaktinformationen in eigener Zuordnung (Telefonnummer / E.-Mail Adressen)	Beschreibung der aktuellen Abläufe und wie diese organisiert sind
Personell/ personal-bezogen	1. Perspektive Heim: *Bestimmung der Ist-Situation:* • Identifizieren und Zusammenführen von Mitarbeitern (Pflege, Sozialarbeit, Therapeuten, Seelsorge, Hauswirtschaft, Verwaltung (Marketing), Heimbeirat) - bei Bedarf auch externer Partner z.B. Apotheker - die besonders mit Hausärzten konfrontiert werden. *Bestimmung erster Aktivitäten* • Wer sind die beiden qualifiziertesten Mitarbeiter_innen zum Thema 2. Perspektive Hausarzt: *Bestimmung der Ist-Situation:* • Welche der Arzthelferinnen sind insbesondere in die Abstimmung mit den PH einbezogen und wie sind deren Erfahrungen. • Prüfen, ob ein Ansprechpartnersystem in den Heimen möglich bzw. zielführend ist *Bestimmung erster Aktivitäten:* • Identifizieren besonders geeigneter eigner Praxis-Mitarbeiterinnen	Beschreibung des aktuell einbezogenen Personals bzw. der Anforderungen des Personals und auf welche Ziele hin diese entwickelt werden sollten
Informationell/ informations-bezogen	1. Perspektive Heim: *Bestimmung der Ist-Situation:* • Klären der Kommunikations- bzw. Informationswege „Heim – Hausarzt". Welche Medien (Telefon, E-Mail, Fax) und auch Ansprechpartner werden genutzt. • Gibt es ein Notfall- Alarmsystem d.h. Dringlichkeitsabstufungen in der Ansprache der Ärzte. • Prüfen, ob die Etablierung eines gestuften Medieneinsatzes je nach Dringlichkeit – am besten zeitnahe - möglich ist 2. Perspektive Hausarzt: *Bestimmung der Ist-Situation:* • Wie wird unsere Praxis angesprochen und wie sollte dies geschehen? • Festlegung: Wann (a) benötigt unsere Praxis welche (b) Informationen wie aufbereitet (c) über welche Medien (d) an unsere Praxis adressiert.	Beschreibung der genaueren Informationsabläufe (Wer informiert wann, wen, mit welchen Medien vor welchen Zielen bzw. Ausgangslagen?)

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Perspektive Heim: • Einbindung der HÄ in das zu entwickelnde ACP bzw. in ein „Bewohnerverfügungsmanagement" • Entwicklung einer Art „Notfallbox" • Einbeziehen der Angehörigen (Beratung und Schulung) • Entwicklung des LoI hin zu einem Kooperationsvertrag 2. Perspektive Hausarzt: • Abstimmung und Koordination mit SAPV u.a. Expertensystemen (Hospiz etc.) • Aufbau von regelmäßigen Visiten und Aufbau eines Notfallregimes • Etablierung eines Fehler- oder Beschwerdemanagements oder besser: Gemeinsamer Qualitätszirkel • Ausgestaltung des Kooperationsvertrages	Ausbau der Dienstleistungsgestaltungen zwischen Hausärzten und Pflegeheim
Personell/ personal-bezogen	1. Perspektive Heim: • Identifizierung und erste Teilnahmen an Mitarbeiterschulungen z.B.: ACP, Verfügung • Identifizieren von „Service-Leistungen an die Hausärzte" 2. Perspektive Hausarzt: • Unterstützung durch die KV / Fachgruppe der KV oder anderer HÄ-Verband bei Ausgestaltung eines Kooperationsvertrages	Ausbau der eigenen Kompetenzen auch durch Kooperationen
Informationell/ informations-bezogen	1. Perspektive Heim: • Entwickeln von Entscheidungshilfen (Broschüre, Internet) für Angehörige • Entwickeln von Kommunikations- und Informationsmaterial für Notärzte (eventuell App o.a. Programm) 2. Perspektive Hausarzt: • Ausbau der strukturierten Ansprechbarkeit, also welche Information (Wichtigkeit, Dringlichkeit) über welche Medien	Auf- und Ausbau der Informationsinfrastruktur bzw. Anpassung und Ergänzung des bestehenden Systems

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Perspektive Heim: • Es liegt ein Standard / Prozessbeschreibung / Verfahrensanweisung o.ä. je nach QM vor, in welchem die die Interaktionen zu den Hausärzten niedergelegt sind und die kontinuierlich weiterentwickelt wird • Regelmäßiges Forum/Arbeitskreis (z.B. jährlich) zwischen Hausärzten und PH zugunsten der Kooperationsziele • Alarmkette liegt prinzipiell und für jeden Bewohner_in vor • Alle Bewohner-innen haben eine mit den Hausärzten und Angehörigen entwickelte Verfügung • Integrierte bzw. vertraglich geregelte Versorgung 2. Perspektive Hausarzt • Klare Ansprechpartnerstruktur und damit verbundener Ablauf sowohl für Routine als auch Notfall liegt (im Heim) vor • Es liegt ein Standard / Prozessbeschreibung / Verfahrensanweisung o.ä. je nach Hausärzte-QM vor, in welchem die Interaktionen zu den Pflegeheimen niedergelegt sind und die kontinuierlich weiterentwickelt wird • Prävention reduziert Krisen und Notfälle	Konsolidierung und Weiterentwicklung der Kooperation
Personell/ personal-bezogen	1. Perspektive Heim: • Integrierende Schulungen für die Mitarbeiter, in welchen die Prozesse der Zusammenarbeit vermittelt werden • Integrierende Schulungen für Mitarbeiter und Angehörige 2. Perspektive Hausarzt: • Ansprechpartnersystem • Etablierte Kooperationen, z.B. SAPV und Dritten, zugunsten der Betreuungsqualität in den PH	Konsolidierung und Weiterentwicklung der Kooperation
Informationell/ informations-bezogen	1. Perspektive Heim: • Hotline für Hausärzte ist 24/365 ansprechbar 2. Perspektive Hausarzt: • Regelmäßiges Forum/Arbeitskreis (z.B. jährlich) zwischen Hausärzten und Pflegeheimen zugunsten der Kooperationsziele • Einmal jährlich erscheinende NEWS für die Hausärzte, • Einbindung in allgemeines QM • Smartphone o.ä. mobile Lösung als Endgerät zur Steuerung der Kooperation mit Pflegeheimen einsetzbar	Konsolidierung und Weiterentwicklung der Kooperation

Risikofaktor 12:

Unzureichend eingebundene und informierte Notfallärzte

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es zu verhindern, dass nicht hinreichend informierte und in relevante Entscheidungen einbezogene Notärzte (Wochenenddienste) Verlegungen veranlassen, die nicht indiziert sind. Ziel ist es, Not-, Wochenend- und Nachtdienste bestmöglich zu informieren und durch möglichst klare Festlegungen zu entlasten.
Fallbeispiel	Frau O., 86 J., befindet sich in schlechtem Allgemeinzustand, zu dem auch eine zunehmende Körpertemperatur und Zeichen einer Infektion gehören. Der Hausarzt ist nicht erreichbar. Die Bezugspflegekraft wendet sich an die Bereichsleitung, welche den ärztlichen Notdienst informiert. In einem damit verbundenen Gespräch ordnet der Notarzt die Einweisung in das benachbarte Krankenhaus an.
Schlüsselbegriffe	Unsicherheiten, fehlende Verfügung, unzureichende Informationsabläufe, Unerfahrenheit zumeist jüngerer Ärzte, Überlastung
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Allgemein Versorgungsstrukturen S. 173–183

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

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Abstimmung mit QM bzw. anderen organisationsentwickelnden Maßnahmen (Standards, aber auch Qualitätszirkel, Visiten etc) 2. Notfallregime entwickeln (in den hierfür geeigneten Bereichen), um Lernen am Modell zu ermöglichen 3. Problemfeld und mögliche Lösungen in Unternehmensleitung thematisieren	Konsolidierung der ersten Effekte und Transfer der Interventionen Erste strategische Ziele erreichen
Personell/ personal-bezogen	1. Thema für Informationsveranstaltungen bzw. Schulungen (eigene Mitarbieter) – etwa zu ACP/Bewohner- bzw.Patientenverfügung – prüfen bzw. integrieren 2. Einbindung von SAPV, Hausärzten, Angehörigen, Heimbeirat etc. zugunsten der Entwicklung des Risikofeldes 3. Besonders risikobehaftete Zeiträume werden durch personale Prävention (vorausschauende Planung) bzw. Rückgriffmöglichkeiten (Hospizdienst, Laienhelfer etc.) bestmöglich kompensiert. 4. Schulung und Qualifizierung der Mitarbeiter in der Versorgung/Bezugspflegekräfte	Personalentwicklung forcieren Kooperationspartner bestärken und verpflichten Erste strategische Ziele erreichen
Informationell/ informations-bezogen	1. Durchführung eines Treffens mit betroffenen Akteuren mit ersten Festlegungen bzw. aktives Aufsuchen der (ärztlichen) Notdienste, um Informationswege und Vorgehen festzulegen 2. Liste der Ansprechpartner für den Krisenfall liegt vor (diese führt nicht zwangsläufig auf einen externen ärztlichen Notdienst, sondern zu SAPV).	Informations- und Kommunikationskette festlegen und anwenden

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Ausführlich gestalteter LoI zu Notfallorganisationen 2. Es besteht ein explizites Notfallregime, in welchem auch der RF 12 abgebildet ist. 3. Handlungsfeld ist Gegenstand des QM der Einrichtung und sollte mit dem Leitbild (CI) verbunden sein.	Konsolidierung bzw. stetige Verbesserung und Anpassung der mit RF 12 verbundenen Prozesse und Strukturen
Personell/ personal-bezogen	1. Regelmäßige interdisziplinäre Beratungen/Abstimmungen mit allen betroffenen internen und externen Akteuren 2. Es existiert ein verlässliches (internes und externes) Ansprechpartnersystem. 3. Alle Bezugspflegekräfte (vergleichbare Helfer) sind geschult und werden weiter stabilisiert. 4. Eine enge Abstimmung mit Hausärzten und SAPV ist erreicht.	Stabile Kooperationen
Informationell/ informations-bezogen	1. Gültige Patienten-/Bewohnerverfügungen sind der Regelfall. 2. Ein abgestufter „Notfall"-(Regime-)Informationsplan wird eingesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt. 3. Advanced Care Planing (vorausschauende Lebensplanung) gelingt weitestgehend.	Vorausschauende Information, Vereinbarung und Planung verhindert/reduziert „Notfallsituationen"

Risikofaktor 13:

Fehlende Verfügungen, kein ACP o. Ä.

Welches Ziel besteht?	Ziel ist es, Verlegungen zu verhindern, welche nicht dem Willen des Bewohners entsprechen (a) und aufgrund unzureichender Anamnese (b) oder fehlender Bewohnerverfügungen (BV) (c) zustande kommen. Ziel ist es, einen möglichst hohen Anteil (über 90 %) von Bewohnern zu versorgen, die eine BV oder ein Bewohnertestament besitzen (a), hierfür die Pflegeanamnese bestmöglich einzusetzen (b) und das ACP in der Einrichtung umzusetzen (c).
Fallbeispiel	Frau M., 85 J., seit Jahren an einer Leukämie erkrankt, ist seit Tagen bettlägerig und seit dieser Zeit auch zusehend desorientiert und somnolent. Sie hat ein vor Jahren gezeichnetes Patiententestament. Es sind keine Angehörigen in der Nähe verfügbar. Die einzige Tochter lebt im Ausland und kümmert sich kaum um ihre Mutter. Der Willen von Frau M. kann nicht mehr klar erfragt werden. Eine junge Hausärztin gibt dem Drängen der Bezugspflegekraft/des Wohnbereichs nach und bringt die Bewohnerin zur Verlegung.
Schlüsselbegriffe	Bewohner-(Patienten-)Willen, fehlende oder unvollständige Verfügung, Anamnese, Aufnahme, ACP-Verfahren, Aufklärung, Unsicherheit, Regress, Haftung, unterlassene Hilfeleistung
Hinweise bzw. Anknüpfung S3-Leitlinie (Soll)	Kommunikation S. 132–144, Patiententestament, Willen S. 179–183, Anamnese und ACP S. 144

	Kurzfristig (innerhalb von 3 Monaten) – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. Auftrag von GF zur Entwicklung einer Leitlinie (LL) und Hausregel „Verlegung Sterbender" bei Beachtung von BV und Indikation (a), falls keine BV-Indikation und mutmaßlicher Wille (b), an z. B. Klinisches Ethikkomitee (KEK) oder Projektgruppe 2. Genehmigung GF und Implementierung QM 3. Qualitätszirkelarbeit wird zur Begleitung der Einführung und der Evaluation erhoben. 4. Ablaufanalyse durch alle Beteiligten, um Abläufe transparent zu machen, z. B durch die 3-tägige Ablaufanalyse 5. Die Pflegeorganisation bekommt Klarheit und Zuverlässigkeit, nimmt Stress.	Strukturelle Verankerung der Verlegepraxis Sterbender durch LL und Hausregel
Personell/ personalbezogen	1. Fortbildungsangebote zur Einführung der LL und Hausregel. 2. Infos an Personal, z. B. Ärzterunden, Stationsleitungskonferenzen, Sozialdienst 3. Qualitätszirkelarbeit auf freiwilliger Basis, personelle Zusammensetzung aus allen mitwirkenden Ebenen 4. Das Personal bekommt Unterweisung in der Ablaufanalyse. 5. Das Personal erhält Kompetenzen zur Selbstorganisation.	Multiplikatoren zur Bekanntmachung der LL und Hausregel
Informationell/ informationsbezogen	1. Infos über LL und Hausregel in Kommunikationsmedien der Einrichtung, z. B. Intranet, Ethikordner, Standards 2. Zur Verankerung der Hausregel Pathway zur Eruierung des Patientenwillens und Dokumentation in Patientanakte, Pflegebogen etc. 3. ACP-Entwicklung im Behandlungsteam, z. B. Beratung über Angebote der Versorgung in letzter Lebensphase in Form von Versorgungsmappen o. Ä. 4. Die Qualitätszirkelarbeit sowie die Ablaufanalysen sind dem Personal bekannt. 5. Die Angehörigen bekommen regelmäßig Informationen über die Weiterentwicklung und sind somit Kommunikationsinstrument zur Umwelt. Das Beschwerdemanagement erhält wieder mehr Bedeutung.	Standards für Behandlung und Betreuung Sterbender implementieren. Schaffung entsprechender Kommunikationsstrukturen.

	Mittelfristig (innerhalb eines Jahres) – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. LL und Hausregel sind im QM-Handbuch oder in vergleichbaren verbindlichen Medien dokumentiert. 2. Überprüfung der Realisierung von LL und Hausregel durch z. B. KEK oder „Projektgruppe" etc., z. B. pro- und retrospektive Fallbesprechungen 3. Qualitätszirkelarbeit 4. Erste Analysen stehen zur Verfügung. 5. Pflegeorganisation	Die Ausrichtung der Einrichtung in Fragen der Verlegung Sterbender ist allen bekannt.
Personell/ personalbezogen	1. Das gesamte Personal hat an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema teilgenommen. 2. ACP im Behandlungs- und Pflegeteam unter Einbezug Sozialdienst und anderer Dienste, formal kommuniziert z. B. in „Kitteltaschenpocket" 3. Qualitätszirkelarbeit mit ausreichender personeller Besetzung 4. Das Personal erkennt Problemstellungen und evaluiert Situationen in Eigenregie.	Das Personal kennt die Vorgehensweise zum Umgang mit der Verlegung Sterbender. Dokumentation von Beratung Dritter, z. B. Angehöriger, Betreuer etc.
Informationell/ informationsbezogen	1. Infos über den Umgang mit der Verlegung Sterbender sind abrufbar, z. B. in QM-Handbuch, Leitlinien des KEK, Pathways etc. 2. Informationen und Beratung über Betreuungsangebote in der letzten Lebensphase sind verfügbar, z. B. „Vorsorgepuzzle", Flyer etc. 3. Die Qualitätszirkelarbeit ist transparent. 4. Die Angehörigen bekommen einen Ansprechpartner/Beauftragten.	Vorgehensweisen zur Beratung und Beachtung des Willens Sterbender bzw. der Versorgung in der letzten Lebensphase sind implementiert

	Langfristig (innerhalb von 3 bis 5 Jahren) – – – – – – – – – – – – – – – –	Ziel (Ergebnis)
Organisatorisch/ strukturell	1. LL und Hausregel sind implementiert und Bestandteil von Einarbeitungskonzepten. 2. Die Qualitätszirkelarbeit ist flüssig. 3. Ablaufanalysen erfolgen regelmäßig. 4. Pflegeorganisation ist zuverlässig.	Die Beachtung des Patientenwillens und die Indikation bei der Verlegung Sterbender sind normiert.
Personell/ personalbezogen	1. Die Standards des Umgangs mit der Verlegung Sterbender sind bekannt und werden selbstverständlich beachtet. 2. Die Weitergabe der Standards ist Bestandteil von Einarbeitungskonzepten, z. B. allg. Einführung Pflege, allg. Einführung medizinische Disziplinen, allg. Einführung KEK o. Ä. 3. Der Qualitätszirkel ist fachlich und qualitativ hochwertig. 4. Das Personal hat fachliche Kompetenzen inkl. der Beratungskompetenz entwickelt und ist bereit zur Weiterentwicklung. 5. Selbstorganisation innerhalb der Evaluation	Verankerung und Implementierung als Hausstandard
Informationell/ informationsbezogen	1. Infos über Standards, LL und Hausregel in allen Informations- und Kommunikationsmedien der Einrichtung 2. Beratungsangebote für Bewohner zur Erstellung eines Versorgungsplans/einer Verfügung etc. sind Bestandteil der Behandlung/Betreuung. 3. Kooperationen mit vorstationären Einrichtungen, Bereichen, Partnern sind vorhanden (z. B. Hausärzten, Pflegediensten, Angehörigen und weiteren relevanten Personen). 4. Beratungsangebote und Informationen zum Versorgungsplan/einer Verfügung sind ein Teil der Öffentlichkeitsarbeit 5. Angehörigenschulungen	Netzwerk bei der Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase.

Literatur und weitere Informationen

Eine die Leitllinine mitbegründende, umfassende Literaturliste ist auf der Website www.avenue-pal. de hinterlegt. Auf dieser Website erhalten Sie auch weitere Informationen zu den Leitlinen, entwickelten Tools, Veröffentlichungen und dem Projekt Avenue-Pal.

Kontakt

Für Informationen und Fragen stehen wir Ihnen als Ansprechpartner gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. Wolfgang George (Wiss. Projektleitung)
TransMIT-Projektbereich für
Versorgungsforschung und Beratung
c/o THM, Jahnstraße 14, 35394 Gießen
Telefon: 0641/9482111
E-Mail: george@transmit.de

Michael Haberland (Projektmanagement)
TransMIT GmbH, Kerkrader Str. 3, 35394 Gießen
Telefon: 0641/94364-50
E-Mail: michael.haberland@transmit.de

Avenue-Pal

TransMIT
Gesellschaft für
Technologietransfer mbH

Gefördert durch:
Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss
Förderkennzeichen: 01VSF17044