

Anlagen

zum Bayerischen Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung

Positionspapier AG 1

Autoren:

Martin Alsheimer (Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste), Dr. Markus Beier (Bayerischer Hausärzterverband e. V.), Dorothea Bergmann (Diakonisches Werk Bayern der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern), Barbara Dengler (Lebenshilfe – LV Bayern e. V.), Johannes Deyel (Diakonisches Werk Bayern der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern), Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen (LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin), Christine Fricke (Geschäftsführerin AHPV e. V.), Dr. Roland Hanke (Bayerischer Hospiz- und Palliativverband e. V.), Marcus Hecke (Akademie für Hospizarbeit und Palliativmedizin, Nürnberg), Gaby Hergenörder (Bildungsträger Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V.), Johannes Keller (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.), Nelleke Jakob (Bayerisches Rotes Kreuz), Eva Kell-Grunwald (Bayerischer Hausärzterverband e. V.), Yvonne Knobloch (Sozialverband VdK Bayern e. V.), Dr. Wolfgang Lingl (Erzbischöfliches Ordinariat), Dirk Münch (Arbeitsgemeinschaft Ambulante Kinderhospizarbeit in Bayern), Anna Pabst (Deutscher Caritasverband – Landesverband Bayern e. V.), Dr. Sabine Petri (Interdisziplinäre Vereinigung zu BVP, LV Bayern), Hermann Reigber (Christophorus Akademie-München), Susanne Sickert (Sozialverband Vdk Bayern e. V.), Günter Schuhmann (Palliativakademie Juliusspital)

Umsetzung des § 132g SGB V in Bayern - Qualitätskriterien
Expertenkreis AG 1 Gesundheitliche Versorgungsplanung
Positionspapier Version 1.1

Hintergrund

Ein wesentliches Ziel der Behandlung und Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase ist es, den Einzelnen mit seinen individuellen Vorstellungen, Wünschen und Werten zu respektieren und Entscheidungen unter Achtung seines Willens zu treffen (Charta, Leitsatz 1). Insbesondere in der letzten Lebensphase stehen oft zahlreiche Entscheidungen über die medizinisch-pflegerische Behandlung und psychische, soziale und spirituelle Begleitung an (Gonella et al. 2019). Die Wünsche der Patienten an ihre Behandlung und Begleitung sind jedoch vielfach nicht in hinreichender Weise reflektiert und bekannt (Sommer et al. 2012). Dies birgt für den Patienten die Gefahr einer nicht gewollten Über- oder Unterversorgung. Die an Behandlungsentscheidungen beteiligten Personen erleben nicht selten ethische Konflikte und psychische Belastungen (Wendlandt et al. 2018). Zur Auseinandersetzung mit und Vorbereitung auf gesundheitliche Krisen ermöglicht § 132g SGB V den Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der Eingliederungshilfe den gesetzlich Versicherten eine „gesundheitliche Versorgungsplanung“ anzubieten. Diese wird durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert (§ 132g SGB V). Die Versorgungsplanung soll sich an das Konzept des Advance Care Planning (ACP) anlehnen (Vereinbarung, Präambel). Mit dieser Neuregelung ist ein wesentlicher Baustein zur Weiterentwicklung der Vorsorge für schwere gesundheitliche Krisen, die mit dem Verlust der Einwilligungsfähigkeit verbunden sind, geschaffen worden. Um die damit verbundenen Chancen zur Weiterentwicklung der Vorsorge zu nutzen, bedarf es einer sorgfältigen Ausgestaltung der Umsetzung über den in der Vereinbarung beschriebenen Rahmen hinaus. Hierzu wollen die Empfehlungen des Expertenkreises auf der Basis der bisher erworbenen praktischen Erfahrungen einen Beitrag leisten.

Ziele für die Versorgung in Bayern

Ziel der Umsetzung des § 132g SGB V in Bayern ist es, dass Menschen ein Beratungsangebot erhalten, sich mit ihren individuellen Werten und Bedürfnissen für schwere gesundheitliche Krisen auseinanderzusetzen. Bei entsprechendem Wunsch können Vorkehrungen getroffen werden, um zuverlässig auch dann so behandelt und begleitet zu werden, wie es ihrem Willen entspricht, wenn sie in der konkreten Situation nicht (mehr) selbst darüber entscheiden können (Vereinbarung, § 2). Weitere Aspekte sind die psychische Entlastung der an den Behandlungsentscheidungen beteiligten Personen wie An- und Zugehörige, die Förderung der Handlungssicherheit der Mitarbeitenden in den Einrichtungen, der Hausärzte sowie des Personals im Rettungsdienst und im Krankenhaus.

Bestehende Maßnahmen und Versorgungsstrukturen

Seit Beginn des Jahres 2018 ist eine Finanzierung der gesundheitlichen Versorgungsplanung gem. § 132g SGB V möglich. Das Angebot befindet sich aktuell im Aufbau. Im Jahr 2020 erhielten ca. ein Fünftel der Einrichtungen der stationären Altenhilfe und ca. 12 % der Eingliederungshilfe eine Refinanzierung über die Krankenkassen (GKV Spitzenverband).

Die aktuelle Situation ist geprägt von Aufbauarbeit bei den Schulungen sowie ersten Erfahrungen bei einrichtungsinternen und in Einzelfällen regionalen Umsetzungen. Hierzu sind komplexe institutionelle und regionale Implementierungsprozesse, sowie speziell geschulte Gesprächsbegleiter notwendig (Petri et al. 2020; Vereinbarung nach §132g SGB V; s. Anhang). Für Einrichtungen der Alten- und der Eingliederungshilfe hat sich eine zusätzliche externe Unterstützung bei der regionalen Implementierung des § 132g SGB V als hilfreich erwiesen (Marckmann et al., 2018). Bei den Weiterbildungen zur Qualifizierung der Gesprächsbegleiter, die unter anderem die Gespräche zur Vorausplanung führen, zeigt sich eine große Heterogenität der Schulungskonzepte und Dokumentationen.

Empfohlene Maßnahmen

Systemischer Ansatz bei der Umsetzung

Es bedarf neben einer sorgfältigen *Ermittlung* der Wünsche auch deren *Umsetzung*. Ein derartiger systemischer Ansatz bezieht drei Ebenen ein:

Mikroebene: Individuelle, professionell begleitete Gesprächsprozesse

Im Zentrum steht ein auf die individuellen Bedürfnisse und kommunikativen Kompetenzen der leistungsberechtigten Person zugeschnittener Gesprächsprozess. Daher ist der sorgfältigen Auswahl einer geeigneten Person für die Aufgabe der Gesprächsbegleitung (s. Anlagen 1, 6), sowie einer qualifizierten Weiterbildung höchste Bedeutung beizumessen. Der Gesprächsprozess ist zu dokumentieren. Um die Umsetzung des Willens der Person zu sichern, bedarf es einer anwendungstauglichen Dokumentation (s. Anlagen 3, 8, 9 (Einstellungen/Notfallbogen)).

Mesoebene: Institutionelle Implementierung

Die Umsetzung des § 132g SGB V in den Einrichtungen erfordert einen Prozess der Organisationsentwicklung (Vereinbarung, Präambel, s. Anlagen 1, 4, 10). Um die Ein- und Durchführung der Versorgungsplanung wirksam und mit adäquatem Einsatz der Ressourcen zu ermöglichen, sollten folgende Empfehlungen berücksichtigt werden:

- Die Leitungsebene des Trägers und der Einrichtung sollten bereits *vor* der Entsendung der Mitarbeiter in die Weiterbildung über detaillierte Kenntnisse der Bedeutung und des Umfangs der gesundheitlichen Versorgungsplanung und die damit verbundenen Anforderungen verfügen.
- Die Leitungsebene trägt die Umsetzung durch einen klaren Auftrag, die Erstellung eines klaren Stellen- und Kompetenzprofils und die Bereitstellung ausreichender personeller, zeitlicher, räumlicher und finanzieller Ressourcen mit.
- Ein Kompetenz- und Anforderungsprofil für die Auswahl der Gesprächsbegleiter*in wird formuliert (erste Hinweise s. Anlagen 1, 6).
- Es wird frühzeitig, und in strukturierter Form mit der Erarbeitung eines Konzepts zur Einführung und Umsetzung der Versorgungsplanung begonnen (Empfehlungen hierzu s. Anlage 1).
- Das Vorhandensein einer hospizlich-palliativen Kultur und einer entsprechenden Haltung ist Voraussetzung. Palliative Kompetenzen sollten vorhanden sein, bzw. müssen aufgebaut werden.

- Die Kooperation und Vernetzung mit Einrichtungen und Diensten, die an der Umsetzung des Patientenwillens beteiligt sind, sollte geprüft und gegebenenfalls intensiviert werden.

Makroebene: Regionale Implementierung

Die Umsetzung der Wünsche des Betroffenen sollte auch bei der Einbeziehung weiterer Versorger des Gesundheitswesens (z.B. Hausärzte, Notärzte, Krankenhäuser) gewährleistet sein. Dazu ist die regionale Implementierung eines Konzeptes zur Versorgungsplanung notwendig bzw. sinnvoll. So können Verfahrensweisen und Standards, die zur Beachtung des Patientenwillens beitragen, erarbeitet und umgesetzt werden. Neben den Instrumenten Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, und Betreuungsverfügung ist hierbei vor allem die Verständigung auf einen einheitlichen Notfallbogen auf der Grundlage der ermittelten Einstellungen ein wesentlicher Bestandteil. (s. Anlagen 5, 8, 9). Um die regionale Implementierung zu ermöglichen sollte ein regionaler Koordinator (z.B. gem. § 39d SGB V) die Netzwerkarbeit und daraus resultierenden Aktivitäten koordinieren (s. Anlagen 5, 11).

Qualitätskriterien für die Weiterbildung gem. § 132g SGB V

Die Qualität der Gesprächsbegleitungen ist wesentlich für eine achtsame, sorgfältige und dem Willen der Bewohner*innen entsprechende Ermittlung und Dokumentation der individuellen Behandlungswünsche. Maßgeblichen Einfluss auf die Qualität der Gespräche hat die durch den Gesprächsbegleiter besuchte Weiterbildung. Die Vereinbarung zu § 132g SGB V beschreibt die inhaltlichen Anforderungen an die Qualifikation der Gesprächsbegleiter*innen.

Der Expertenkreis empfiehlt ergänzend folgende Mindeststandards für die Weiterbildungen:

- Entwicklung und Förderung der erforderlichen Haltung der Gesprächsbegleiter*innen (z.B. Respekt vor der Selbstbestimmung, Stärkung der Bereitschaft zur Selbstreflexion, nicht direktive Gesprächsführung etc.).
- Ermittlung der Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben der Person ebenso, wie die Erarbeitung eines Notfallplanes (s. Anlagen 3, 8, 9).
- Zur Dokumentation werden durch den Anbieter der Weiterbildung Dokumente vorgestellt (s. Anhang 8, 9). Die Nutzung dieser Dokumente im Rahmen der Gesprächsführung wird geübt. Diese Dokumente sollten möglichst regional einheitlich implementiert werden.
- Darüber hinaus können weitere Behandlungssituationen besprochen oder Schwerpunkte gesetzt werden.
- Vertiefung der Inhalte der Schulung durch zusätzlichen Einsatz geeigneter Lehrmaterialien (z.B. Videodatenbank) zu den Themen Reanimation, Beatmung, Intensivstation, Dialyse, Ernährungssonde.
- Auseinandersetzung mit besonderen Voraussetzungen der Beratung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Dazu gehört die Kenntnis des Spektrums barrierefreier Kommunikation- und Dokumentationsformen und entsprechende

Anwendungskompetenz (Vereinbarung §6) und der Thematik der Einwilligungsfähigkeit unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention.

- Übungen zur bewertungsfreien Gesprächshaltung und -führung insbesondere bei der Erklärung palliativmedizinischer und intensivmedizinischer Maßnahmen.
- Intensive Übungsgespräche durch Training in Kleingruppen mit Rollentausch und gegebenenfalls schauspielgestütztes Training (zusätzlich zu Praxisteil 1 und 2).
- Die "begleiteten" Gespräche werden anhand der Schlüsselkriterien (s. Anlage 7) besprochen.
- Unterstützung der emotionalen Stabilität, die zur Ausübung der Aufgabe der Gesprächsbegleiter*in notwendig ist.
- Abschluss der Weiterbildung durch ein kriteriengestütztes Fachgespräch (s. Anlage 7).
- Angebote zur weiteren Fortbildung, kollegialem Austausch, Intravision, Supervision auch nach Abschluss der Weiterbildung.

Gesprächsinhalte und Dokumentation

Die Gesprächsführung ist achtsam an den Bedürfnissen des Betroffenen und gegebenenfalls weiterer Beteiligter auszurichten. Die Gespräche sind ergebnisoffen und auf freiwilliger Basis zu führen.

Sie dienen der vorausschauenden Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Krisen und der letzten Lebensphase sowie der Unterstützung von Selbstbestimmung, Partizipation und Teilhabe des Leistungsberechtigten.

Von großer Bedeutung für die Versorgung und Begleitung am Lebensende ist die Erfassung der Wünsche an die pflegerische, psychosoziale und spirituelle Begleitung. Die in den Einrichtungen bereits vorhandenen Instrumente sind zu berücksichtigen.

Unerlässlich für belastbare Festlegungen, insbesondere für den Notfall (s. Anlage 9), ist ein nachvollziehbarer, qualitätsgesicherter Gesprächsprozess. Kernelement dabei sind die Einstellungen der Betroffenen zu den Themen Leben, schwere Erkrankung und Sterben (s. Anlage 8). Die Ermittlung dieser Einstellungen kann auch als Grundlage für weitere Festlegungen für unterschiedliche medizinische Situationen oder zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens dienen.

Daneben können je nach Konzept weitere Themen wie z.B. die Behandlung im Krankenhaus bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer oder bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit besprochen werden. Zusätzlich sind die von § 132g SGB V geforderten Leistungsnachweise für die Krankenkassen zu erstellen.

Ausblick

Die ersten Erfahrungen zeigen, dass die Umsetzung des § 132 g SGB V ein wesentlicher Baustein zur Verbesserung einer personenzentrierten Versorgung und Begleitung von Menschen ist. Die Umsetzung steht noch am Anfang und sollte fortlaufend z.B. im Hinblick auf die Bedarfe der unterschiedlichen Gruppen von Leistungsberechtigten (z.B. verschiedene Formen von Behinderungen, kulturelle Hintergründe) und Beteiligten weiterentwickelt werden.

Die im § 132g SGB V formulierte Engführung der Vorausplanung auf das Lebensende ist als nicht sinnvoll anzusehen. Schwere gesundheitliche Krisen, die mit Einwilligungsunfähigkeit verbunden sind, können jeden Menschen jederzeit treffen. Eine Ausweitung auf den ambulanten Bereich ist daher dringend zu empfehlen. Damit könnte zudem eine Gleichstellung aller Versicherten unabhängig von den verschiedenen Lebenssituationen und Versorgungsorten ermöglicht werden.

Daneben sollte weiter an den Möglichkeiten einer aufwandsgerechten Vergütung der Leistung gearbeitet werden. Bei der Ermittlung des Aufwands wäre u.a. an eine Abfrage des errechneten Stundenaufwands bei den Wohlfahrtsverbänden, des Aufwands für die notwendige Organisationsentwicklung, der Kosten der Weiterbildung sowie erforderlichen kontinuierlicher Fortbildung / Vernetzung zu denken.

Referenzen

Charta zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender. Abrufbar unter: <https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de>
Abruf vom 9.11.2021

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Abrufbar unter:
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93450/534bd1b2e04282ca14bb725d684bdf20/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf>

Gonella S, Basso I, De Marinis MG et al. Good end-of-life care in nursing home according to the family carers' perspective: A systematic review of qualitative findings. Palliat Med. 2019;33:589-606.

Sommer S, Marckmann G, Pentzek M et al. Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege: Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal. Dtsch Arztebl Int 2012;109:577–83.

Wendlandt B, Ceppe A, Choudhury S et al. Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Surrogate Decision-Makers of Patients with Chronic Critical Illness. Ann Am Thorac Soc. 2018;15:1451-8.

§132g SGB V

Vereinbarung nach 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/letzte_lebensphase/gesundheitliche_verseitungsplanung.jsp
Abruf vom 9.11.2021

https://www.statistik.bayern.de/statistik/bildung_soziales/pflege/index.html
Abruf vom 9.11.2021

Bericht des GKV Spitzenverbandes zur Palliativversorgung vom 16.12.2020. Abrufbar unter:
https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/hospiz_und_palliativversorgung.jsp
Abruf vom 9.11.2021

Petri S, Zwißler B, In der Schmitt J, Feddersen B. [Advance Care Planning-further development of the patient advance directive : What the anesthetist must know]. Anaesthesist. 2020;69:78-88.

Marckmann G, in der Schmitt J, Feddersen B et al. Plädoyer für eine regionale Implementierung. Dr.med.Mabuse 2018;236:25-28.

ANHANG

Anlage 1 VOR IMPLEMENTIERUNG

Empfehlungen Auswahl der Gesprächsbegleiter

(s.a. CHECKLISTE AUSWAHL GESPRÄCHSBEGLEITER Anlage 6)

Erfahrungsbasierte Empfehlungen, die über die Anforderungen der Vereinbarung zu §132g SGB V hinausgehen

Zur Person:

- Eigenes Interesse der Teilnehmer*in an der Ausbildung und an der Gesprächsbegleitung
- medizinische Grundkenntnisse
- mindestens 40 Stunden Fortbildung Grundlagen Palliative Care (empfohlen, ggf. nachzuholen)
- Sprachkompetenz auf Fachkraftniveau (B2) verbunden mit der Fähigkeit zu professioneller Empathie, der Fähigkeit, Emotionen aufzugreifen und nonverbale Zeichen zu erkennen
- sehr gute Fähigkeiten im schriftlichen und mündlichen Ausdruck
- Vorkenntnisse in strukturierter Gesprächsführung
- Verständnis der Notwendigkeit/Bereitschaft zu barrierefreier Kommunikation
- Fähigkeit strukturiert und eigenverantwortlich zu handeln
- Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion
- Bereitschaft zur vertieften eigenen Auseinandersetzung mit den Themen schwere Erkrankung, Sterben und Tod
- Emotionale Stabilität
- Fähigkeit zum Erkennen, Benennen und Umgang mit Emotionen im Gespräch
- Fähigkeit zur Koordination, Vernetzung und Moderation

Im Hinblick auf die Einrichtung:

- Kann der GB von seinen bisherigen Aufgaben tatsächlich freigestellt werden?
- Wer übernimmt die Aufgaben?
- Wer vertritt den GB in seiner Funktion als GB?
- Wie können die erforderlichen Ressourcen (Raum, E-mail etc. zur Verfügung gestellt werden?

Anlage 2 KURSWEITERBILDUNG

Abschließendes Fachgespräch

(s.a. DOKUMENTATION FACHGESPRÄCH Anlage 7)

Abschluss der Schulungsabschnitte durch Fachgespräche

- Letztes Gespräch der vier begleiteten Gespräche als Fachgespräch, in dem anhand der folgenden Kriterien über die Erteilung des Nachweises entschieden wird:
Fünfskalige Likertskala mit Kommentarfeld allgemeine Schlüsselkriterien:
 - Gespräch soll ergebnisoffen sein
 - In Kenntnis setzen des Gesprächspartners über Auftrag, Inhalt und Ziel des Gespräches
 - Rollenklärung und Einbeziehen des rechtlichen Vertreters/Angehörige/andere Vertrauenspersonen
 - Klärung der Freiwilligkeit, Gegenüber willigt mit Zielsetzung ein
 - Emotionen erkennen, besprechen und aufgreifen (noch mehr in die Tiefe gehen)
 - In Sachebene in die Tiefe gehen, Konkretisierung der Aussagen (Türbegriffe hinterfragen)
 - Roter Gesprächsfaden als Gesprächsstruktur erkennbar
 - Zurückhaltung mit eigenen Wertvorstellungen, Vermeidung von Suggestion und Manipulation
 - Erkennen eigener Grenzen (Bsp. zusätzlich Arzt/in, Seelsorger/in, psychologische Unterstützung)
 - Verständnis von Auftrag und Rolle
 - Transparenz und Struktur der Verschriftlichung
 - Personenzentrierung, Empathie, Zuwendung
 - Adressatengerechte Information (Bsp. Outcome Reanimation,...)
 - Faktenwissen, angemessene Differenzierung
 - Professioneller Umgang mit Unerwartetem / Störungen

Alle Schlüsselkriterien müssen zum Bestehen mit mindestens „3“ bewertet werden (Skala von 1=trifft gar nicht zu, bis 5=trifft voll zu)

Ergebnis: Aushändigung des Nachweises über den erfolgreichen Abschluss des ersten Teiles der Weiterbildung oder Verlängerung der Übungsphase. Falls die Kriterien auch dann nicht erfüllt werden - keine Erteilung des Nachweises über der den erfolgreichen Abschluss des ersten Abschnitts der Weiterbildung.

Fachgespräch über die 7 protokollierten Gesprächsprozesse Die Teilnehmer*in legt dar, dass die Qualitäts- bzw. Prüfkriterien erfüllt wurden. Die Themen und der Prozess der Beratung muss nachvollziehbar sein. Mutmaßungen und Interpretationen der Gesprächsbegleiter*in dürfen an keiner Stelle auftreten. Bei getroffenen Festlegungen müssen diese aus dem dokumentierten Beratungsprozess nachvollziehbar sein. Die dokumentierten Willensäußerungen müssen übersichtlich, nachvollziehbar und verständlich sein (§9 (3)).

- Ergebnis: Zertifikat oder Verlängerung der Übungsphase. Falls die Kriterien auch dann nicht erfüllt wurden - keine Erteilung des Zertifikates.
- Zusätzlich zu diesen allgemeinen Kriterien für die Fachgespräche zu § 132g SGB V können die Schulungseinrichtungen individuelle Kriterien ergänzen.

Anlage 3 MICRO-EBENE: Dokumente

Dokumentationen

(s.a. EINSTELLUNGEN Anlage 8, BAYERISCHER NOTFALLBOGEN Anlage 9)

1. Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

Rahmenbedingungen:

Die Ermittlung der Einstellungen dient als Grundlage für weitere Festlegungen für unterschiedliche medizinische Situationen bzw. zukünftig als Basis für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens.

- Es erfolgt eine Gliederung in die großen Themenfelder (s.u. Inhalt).
- Ein Vorschlag für die Ermittlung der Einstellungen ist, angelehnt an den Einstellungsbogen von ACP-Deutschland (www.acp-d.org), erstellt (s. Anlage 8).
- Die Ermittlung und Dokumentation der Einstellungen ist zentraler Bestandteil der Vorausplanung sowohl im direkten Gespräch mit dem Bewohner/Patienten als auch ggf. mit dem rechtlichen Vertreter. Bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist insbesondere an unterstützte Entscheidungsfindung und die Einbeziehung weiterer Vertrauenspersonen zu denken.

Inhalt:

Folgende größeren Themenfelder sollten besprochen und dokumentiert werden

- Einstellungen zum Leben
- Einstellungen zum Sterben
- Klärung ob Medizin in einer Krise dazu beitragen darf, das Leben zu erhalten. Welche Belastungen und Risiken wäre die vorausplanende Person bereit in Kauf zu nehmen?
- In welche Situationen sollte das Leben nicht weiter erhalten werden?
- Gibt es religiöse, spirituelle, kulturelle oder persönliche Hintergründe, die in diesem Zusammenhang wichtig sind?

2. Notfallbogen

Rahmenbedingungen:

- Der Notfallbogen muss dem Bewohnerwillen entsprechen.
- Die Festlegungen müssen für den Rettungsdienst schnell erfassbar und umsetzbar sein.
- Bayernweit sollte er einheitlich sein, da Bereitschaftsärzte und Notärzte überregional Dienste haben. Auch Mitarbeitende der Einrichtungen wechseln den Arbeitgeber und den Ort. Bei Einheitlichkeit wäre auch eine bayernweite Schulung für Notärzte über das Curriculum der Notärzte und Rettungsdienste möglich.
- Der Notfallbogen soll gekoppelt sein an
 1. die „Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben“ (s. Anlage 8), um die Validität der Festlegungen zu untermauern,
 2. die Ermittlung der Behandlungswünsche für den Notfall mit der Unterstützung eines qualifizierten Gesprächsbegleiters.
- Der Notfallbogen sollte die Dokumentation der Behandlungswünsche von einwilligungsfähigen Bewohnern/Patienten, aber auch von nicht einwilligungsfähigen Menschen (hier durch ihren rechtlichen Vertreter) ermöglichen. Die entsprechenden Unterschriftenfelder sollten vorhanden sein.
- In einer weiteren Zeile des Notfallbogens sollte ersichtlich sein, dass dies Ausdruck über einen mehrzeitigen Gesprächsprozess ist, mit Angabe der Daten.

Inhalt:

Es wurde ein Muster für einen bayernweiten Notfallbogen erstellt (Anlage 9). Die Aufteilung enthält die folgenden Bereiche:

- Therapieziel: Lebensverlängerung uneingeschränkt inkl. kardio-pulmonale Reanimation
- Therapieziel: Lebensverlängerung aber mit Einschränkung der Mittel (Reanimation, invasive Beatmung, Behandlung auf Intensivstation, Behandlung im Krankenhaus, Behandlung mit dem Ziel der Lebensverlängerung aber vor Ort)
- Therapieziel: reine Leidenslinderung, Palliation

3. Behandlungswünsche für weitere medizinische Situationen

Insbesondere für folgende weitere Situationen können zusätzlich Gespräche und Dokumentationen ermöglicht werden: Krankenhausbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer, Behandlung bei dauerhafter Einwilligungsfähigkeit. Für bereits nicht einwilligungsfähige Menschen: Behandlung bei zukünftiger, dauerhafter Zustandsverschlechterung.

Die Konkretisierung der Grenze, ab wann lebenserhaltende Maßnahmen nicht mehr durchgeführt oder abgebrochen werden sollen, ist entscheidend. Es geht nicht um Zustände, die man „nicht wollen“ würde, sondern ob bei Eintritt dieser Zustände das Leben nicht weiter erhalten und das Sterben zugelassen werden soll.

4. Wünsche an die Begleitung und Versorgung

In den Beratungsprozessen soll den Gesprächspartner*innen ausreichend Raum gegeben werden, für sie individuell bedeutsame Situationen und Bereiche ihres Lebens sowie der letzten Lebensphase, die über akute medizinische Notfallsituationen hinausgehen, zu reflektieren.

Auf Wunsch der Person sind die von ihr benannten Wünsche und Willenserklärungen entsprechend zu dokumentieren. Hierzu gehören bspw. Aussagen zur pflegerischen Versorgung sowie zu individuell bedeutsamen Aspekten der psychosozialen und spirituellen Begleitung. Ggf. können auch Aussagen zum gewünschten Aufenthaltsort in der letzten Lebensphase und/oder konkrete Wünsche zur Bestattung notiert werden.

Anlage 4 MESO-EBENE: INSTITUTIONELLE IMPLEMENTIERUNG

Empfehlungen zu Projektstruktur und -inhalt und Leitfaden / Prozessbeschreibung (s.a. CHECKLISTE zur institutionellen Implementierung Anlage 10)

Aufgabe Projekt-/Steuerungsgruppe: Einführung und Umsetzung § 132g SGB V

Folgende Aspekte sollten bei der Etablierung der Steuerungsgruppe berücksichtigt werden:

- Strukturierung der Implementierung durch eine „Steuergruppe“, die sich regelmäßig trifft. Es gibt eine klare Aufgaben- und Rollenverteilung
- Zusammensetzung der Steuergruppe bildet Querschnitt der Einrichtung ab (Heimleitung, PDL, WBL, soziale Begleitung, Palliative Care Fachkraft)
- Kommunikative Aufgaben (intern und extern) Kontakt zu Mitarbeitern, Heimbeirat, Bewohner organisiert
- Schulung aller Mitarbeiter (Basis- und Intensivschulungen) geplant
- Leitfaden/ Prozessbeschreibung für die konkrete Einrichtung erarbeitet

Leitfaden / Prozessbeschreibung

Der Leitfaden/ die Prozessbeschreibung sollte folgende Inhalte enthalten:

- Zeitpunkt und Zielgruppe der Gespräche angeboten werden sollen, wie fange ich an
- Organisation der Gespräche (Zuständigkeiten: Wer macht was und wann?)
- Organisation der Umsetzung des Bewohnerwillens (Zuständigkeiten: Wer macht was und wann?)
- Dokumentation
- Datenschutz
- Archivierung
- Handlungsanweisung und Dokumentenweitergabe im Notfall
- Welche Maßnahmen braucht es zur Umsetzung (z.B. Bedarfsmedikation, Schulung Mitarbeiter zum Verhalten im Notfall)?
- Information an Bewohner / Zugehörige / Heimbeirat / rechtliche Vertreter / Mitarbeiter
- Information Hausärzte in der Einrichtung
- Evaluation der Aktualität der Vorausplanungen
- Evaluation der Qualität, bzw. Umsetzung der Festlegung
- Evaluation der Prozesse
- Evaluation des Gesamtprojekts

Anlage 5 MAKRO-EBENE: REGIONALE IMPLEMENTIERUNG

Anlage Regionale Implementierung

(s.a. CHECKLISTE regionale Implementierung Anlage 11)

Folgende Aspekte sollten bei der regionalen Implementierung bedacht werden:

- Strukturierung der regionalen Aktivitäten durch einen regionalen Koordinator (ggf. § 39d SGB V) zusammen mit einer regionalen Steuergruppe
- Stakeholder-Analyse
- Definition und Analyse des Netzwerkes (Notärzte / KV Dienst (ärztlicher Notdienst) / nicht-ärztliche Mitarbeiter Rettungsdienst / Mitarbeiter Krankenhäuser / Betreuer / Hospiz- und Palliativstrukturen
- Wer sind in der Region Meinungsbildner (Medizinisch/ärztlich/politisch und administrativ)?
- Können bestehende Netzwerke (z.B. Gesundheitsregionen, Ämter oder Hospiz- und Palliativnetzwerke) genutzt werden?
- Aufgaben, Tätigkeiten, Positionierung der Netzwerkpartner in der Region
- Ausarbeitung von Kommunikationsplänen und Schulungen für Hausärzte, Rettungsdienst, Krankenhaus
- Die regionale Steuergruppe organisiert
 - Netzwerktreffen
 - Qualitätszirkel mit HÄ, NÄ und GB (unterstützt durch Ministerium)
 - Supervision der GB (Fallsupervision, Gruppensupervision)
- Infomaterial für einzelne Berufsgruppen erstellt
- Es gibt einen Plan zum Umgang mit unterschiedlichen Konzepten in der Region

Anlage 6 CHECKLISTE ZUR AUSWAHL DER ZUKÜNFTIGEN GESPRÄCHSBEGLEITER

CHECKLISTE zur Auswahl der zukünftigen Gesprächsbegleiter	ja
Eigenes Interesse der Teilnehmer*in an der Ausbildung und an der Gesprächsbegleitung	<input type="checkbox"/>
medizinische Grundkenntnisse	<input type="checkbox"/>
mindestens 40 Stunden Palliativ Care Weiterbildung	<input type="checkbox"/>
Sprachkompetenz auf B2 Niveau zuzüglich der Fähigkeit Nuancen zu erkennen	<input type="checkbox"/>
Sehr gute Fähigkeiten im schriftlichen und mündlichen Ausdruck	<input type="checkbox"/>
Vorkenntnisse in strukturierter Gesprächsführung, barrierefreier Kommunikation	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit strukturiert und eigenverantwortlich zu handeln	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstreflexion	<input type="checkbox"/>
Bereitschaft zur vertieften eigenen Auseinandersetzung mit den Themen schwere Erkrankung, Sterben und Tod	<input type="checkbox"/>
Emotionale Stabilität	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit zum Erkennen, Benennen und Umgang mit Emotionen im Gespräch	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit zur Koordination, Vernetzung und Moderation	<input type="checkbox"/>
bei einrichtungsbezogener Verortung des Gesprächsbegleiters (GB)	
Kann der GB von seinen bisherigen Aufgaben tatsächlich freigestellt werden?	<input type="checkbox"/>
Gibt es jemand der die bisherigen Aufgaben übernimmt? Wer: _____	<input type="checkbox"/>
Gibt es für den GB eine Vertretung in seiner Funktion als GB? Wer: _____	<input type="checkbox"/>
Können die erforderlichen Ressourcen (Raum, E-mail etc.) zur Verfügung gestellt werden?	<input type="checkbox"/>

Anlage 7 DOKUMENTATION BEGLEITENDES GESPRÄCH/ABSCHLIESSENDES FACHGESPRÄCH

Logo	<input type="checkbox"/> Dokumentation begleitetes Gespräch <input type="checkbox"/> Dokumentation abschließendes Fachgespräch	Logo
<hr/> Name Teilnehmer*in		

Lehrgang				Veranstaltgs-Nr.	
Datum Beginn		Datum Ende		Kursleitung	
Fachgespräch Ort					
Prüfer*in		Datum		Uhrzeit Beginn	Uhrzeit Ende

Bitte ankreuzen X, Fachgespräch nur bestanden, wenn keine orangene (2) oder rote (1) Kategorie	1 2 3 4 5
	trifft gar nicht zu trifft voll zu
Ebene Auftragsklärung	
Gesprächspartner wurde über Auftrag, Inhalt und Ziel des Gespräches in Kenntnis gesetzt	
Klärung der Freiwilligkeit, Gesprächspartner willigt mit Zielsetzung des Gesprächs ein	
Rollenklärung und Einbeziehen des rechtlichen Vertreters/Angehöriger/anderer Vertrauenspersonen	
Anmerkungen:	
Ebene Gesprächsführung	
Personenzentrierung, Empathie, Zuwendung	
Roter Gesprächsfaden als Gesprächsstruktur erkennbar	
Emotionen wurden erkannt, besprochen und aufgegriffen	
Adressatengerechte Information (Bsp. verständliche Sprache)	
Faktenwissen vorhanden, angemessene Differenzierung einzelner Optionen (Bsp. Outcome Reanimation)	
Auf Sachebene in die Tiefe gegangen, Aussagen wurden konkretisiert und „Türbegriffe“ hinterfragt	
Gespräch wurde ergebnisoffen geführt	
Professioneller Umgang mit Unerwartetem / Störungen	
Anmerkungen:	

<i>Logo</i>	Dokumentation Gespräch:	<i>Logo</i>
<hr/> Name Teilnehmer*in		

Ebene Verschriftlichung	
Verschriftlichung transparent mit vorausplanender Person besprochen	
Verschriftlichung strukturiert und für „fremde Dritte“ verständlich	
<i>Anmerkungen:</i>	
Ebene Rolle Gesprächsbegleiter*in	
Verständnis von Auftrag und Rolle des/der Gesprächsbegleiter*in	
Zurückhaltung mit eigenen Wertvorstellungen, Vermeidung von Suggestion und Manipulation	
Erkennen eigener Grenzen (Bsp. wann soll ein/eine Arzt/Ärztin Seelsorger*in, psychologische Unterstützung hinzugezogen werden)	
<i>Anmerkungen:</i>	

GLOBAL (kein Summenscore)				
1	2	3	4	5

Empfehlung:

Ort, Datum

Unterschrift Prüfer*in

Anlage 8: DOKUMENTATION ZU DEN EINSTELLUNGEN ZU LEBEN, SCHWERER KRANKHEIT UND STERBEN (Patientenverfügung und Vertreterdokumentation)

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

- Patientenverfügung -

Name, Vorname _____ geb. am _____

I. Wie gerne leben Sie?

Welche Bedeutung hat es für Sie, (noch lange) weiter zu leben?

II. Wenn Sie ans Sterben denken, was kommt Ihnen da in den Sinn?

Wenn Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen würden, was würde das jetzt in Ihnen auslösen?

III. Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu erhalten?

Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen? Warum ist das so? Welche Sorgen oder Ängste bewegen Sie, wenn Sie an medizinische Behandlungen denken?

IV. Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebenserhaltend behandelt werden wollen?

Warum ist das so? Sind in diesem Zusammenhang Erfahrungen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen von Bedeutung?

Datum und Unterschrift der o.g. Person: _____

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

- Vertreterdokumentation -

Name, Vorname der nicht einwilligungsfähigen Person

geb. am

Die Einstellungen sind anhand konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln: Wie hat sich die Person aktuell oder früher schriftlich, mündlich oder non-verbal geäußert? Wie würde die Person sich äußern, wenn wir sie heute befragen könnten? Woher wissen wir das? Diese Anhaltspunkte (frühere Patientenverfügung (P), Behandlungswünsche (B), andere Äußerungen (Ä) oder Verhaltensweisen (V)) sollen im Text angegeben werden.

I. Wie gerne lebt die vertretene Person?

Welche Bedeutung hat es für die vertretene Person, (noch lange) weiter zu leben?

II. Was ist bekannt darüber, was die vertretene Person über das Sterben denkt oder dachte?

Wenn die vertretene Person heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen würde, was würde das für sie bedeuten?

III. Darf eine medizinische Behandlung aus Sicht der vertretenen Person dazu beitragen, ihr Leben in einer Krise zu erhalten? Welche Belastungen und Risiken wäre die Person bereit, dafür in Kauf zu nehmen? Warum ist das so? Gibt es Sorgen und Ängsten hinsichtlich medizinischer Behandlungen?

IV. Sind Situationen bekannt, bei deren Eintreten die vertretene Person nicht mehr lebenserhaltend behandelt werden wollte? Warum ist das so? Sind in diesem Zusammenhang zurückliegende Erfahrungen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen von Bedeutung?

V. Weitere Anmerkungen, ggf. Unsicherheiten oder Ambivalenzen

Datum, Name und Unterschrift der bevollmächtigten Person/Betreuerin/Betreuer:

Festlegung für den Notfall (FeNo)

- Patientenverfügung -

Name, Vorname _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung
 geb. am _____
Vertreterin/ Vertreter _____
Telefon _____

Für eine lebensbedrohliche Notfallsituation, in der ich nicht einwilligungsfähig bin, lege ich fest:

Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung

A ●●●●●● **Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung**

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), aber keine Lebenserhaltung

C ●●●●●● **Ausschließlich lindernde Maßnahmen**
 Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

„Diese Festlegung ist Ausdruck meines Behandlungswillens und steht im Einklang mit meinen Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben (s. Rückseite). Die sich daraus ergebenden Folgen habe ich verstanden.“

_____, den ____ . ____ . 20____
 Unterschrift der oben genannten Person

„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“

„Als ACP-zertifizierte Gesprächsbegleiterin/-begleiter habe ich den Entscheidungsprozess begleitet.“

Ggf. Unterschrift u. Name bevollmächtigte Person/Betreuerin/Betreuer Unterschrift und Name Gesprächsbegleiterin/Gesprächsbegleiter

Ärztliche Stellungnahme

„Diese Festlegung berücksichtigt die medizinische Situation der o.g. Person und wurde mit ihr erörtert. Ich bestätige ihre Einwilligungsfähigkeit und ihr Verständnis der Implikationen dieser Festlegung.“

Ein Krisenplan wurde erstellt.

_____, den ____ . ____ . 20____
 Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes



Die Vorausplanung ist regelmäßig zu überprüfen und bei veränderter medizinischer Situation oder verändertem Patientenwillen anzupassen (bei Einwilligungsunfähigkeit durch die bevollmächtigte Person/Betreuerin/Betreuer).

Gesprächsbegleiterin/Gesprächsbegleiter:

Festlegung für den Notfall (FeNo)

- Vertreterdokumentation -

Name, Vorname _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung _____
geb. am _____
Rechtliche Vertreterin/Vertreter _____
Telefon _____

Für eine lebensbedrohlich Notfallsituation gilt bei der oben genannten, nicht einwilligungsfähigen Person:

Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung

A ●●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), aber keine Lebenserhaltung

C ●●●●●● Ausschließlich lindernde Maßnahmen
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

„Diese Festlegung entspricht dem sorgfältig ermittelten (mutmaßlichen) Willen der o.g. Person und steht im Einklang mit deren Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben (s. Rückseite).“

_____, den _____ 20____

Unterschrift bevollmächtigte Person/Betreuerin/Betreuer)

„Als ACP-zertifizierte Gesprächsbegleiterin/-begleiter habe ich den Entscheidungsprozess begleitet.“

Unterschrift und Name Gesprächsbegleiterin/Gesprächsbegleiter

Ärztliche Stellungnahme

„Diese Festlegung berücksichtigt die medizinische Situation der o.g. Person und entspricht ihrem sorgfältig ermittelten (mutmaßlichen) Willen.“

Ein Krisenplan wurde erstellt.

_____, den _____ 20____

Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt



Die Vorausplanung ist regelmäßig zu überprüfen und bei veränderter medizinischer Situation oder verändertem Patientenwillen anzupassen.

Gesprächsbegleiterin/Gesprächsbegleiter:

Anlage 10 CHECKLISTE ZUR INSTITUTIONELLEN IMPLEMENTIERUNG

CHECKLISTE zur institutionellen Implementierung	ja
Aufgabe Projekt-/Steuerungsgruppe: Einführung und Umsetzung § 132g SGB V	
Strukturierung durch „Steuergruppe“, die sich regelmäßig trifft. Es gibt eine klare Aufgaben- und Rollenverteilung	<input type="checkbox"/>
Zusammensetzung der Steuergruppe bildet Querschnitt der Einrichtung ab (Heimleitung, PDL, WBL, soziale Begleitung, Palliative Care Fachkraft u.a.)	<input type="checkbox"/>
Kommunikative Aufgaben (intern und extern) Kontakt zu Mitarbeitern, Heimbeirat, Bewohnern organisiert	<input type="checkbox"/>
Schulung aller Mitarbeiter (Basis- und Intensivschulungen) geplant	<input type="checkbox"/>
Leitfaden/ Prozessbeschreibung für die konkrete Einrichtung erarbeitet	<input type="checkbox"/>
Leitfaden / Prozessbeschreibung	<input type="checkbox"/>
Information über Angebot der Vorausplanung an Hausärzte in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>
Information über Angebot der Vorausplanung an Bewohner / Zugehörige / Heimbeirat / rechtliche Vertreter / Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>
Zeitpunkt und Zielgruppe des Gesprächsangebots ist geklärt	<input type="checkbox"/>
Organisation der Gespräche (Zuständigkeiten: Wer macht was und wann?) geklärt	<input type="checkbox"/>
Organisation der Umsetzung des Bewohnerwillens (Zuständigkeiten: Wer macht was und wann?) geklärt	<input type="checkbox"/>
Dokumentation Ablage elektronisch / Papierversion geklärt	<input type="checkbox"/>
Datenschutz	<input type="checkbox"/>
Archivierung	<input type="checkbox"/>
Handlungsanweisung und Dokumentenweitergabe im Notfall	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen die es zur Umsetzung braucht, sind eingeleitet (z.B. Bedarfsmedikation, Schulung Mitarbeiter zum Verhalten im Notfall)?	<input type="checkbox"/>
Evaluation der Aktualität der Vorausplanung ist geklärt	<input type="checkbox"/>
Evaluation der Qualität, bzw. Umsetzung der Festlegung ist geklärt	<input type="checkbox"/>
Evaluation des Gesamtprojekts ist geklärt	<input type="checkbox"/>

Anlage 11 CHECKLISTE ZUR REGIONALEN IMPLEMENTIERUNG

CHECKLISTE zur regionalen Implementierung	ja
Strukturierung der regionalen Aktivitäten durch einen regionalen Koordinator, zusammen mit einer regionalen Steuergruppe ist erfolgt	<input type="checkbox"/>
Stakeholder-Analyse und Definition des Netzwerkes (Notärzte / KV Dienst (ärztlicher Notdienst) / nicht-ärztliche Mitarbeiter Rettungsdienst / Mitarbeiter Krankenhäuser / Betreuer / Hospiz- und Palliativstrukturen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>
Meinungsbildner in der Region sind benannt (Medizinisch/ärztlich/politisch und administrativ)	<input type="checkbox"/>
Können bestehende Netzwerke genutzt werden?	<input type="checkbox"/>
Aufgaben, Tätigkeiten, Positionierung der Netzwerkpartner in der Region sind benannt	<input type="checkbox"/>
Ausarbeitung Kommunikationspläne und Schulungen für Hausärzte, Rettungsdienst, Krankenhaus sind erfolgt	<input type="checkbox"/>
Die regionale Steuergruppe organisiert	
- Netzwerktreffen	<input type="checkbox"/>
- Qualitätszirkel mit Hausärzten, Notärzten und Gesprächsbegleitern	<input type="checkbox"/>
- Supervision der Gesprächsbegleiter (Fallsupervision, Gruppensupervision)	<input type="checkbox"/>
Infomaterial für einzelne Berufsgruppen ist erstellt	<input type="checkbox"/>
Es gibt einen Plan zum Umgang mit unterschiedlichen Konzepten in der Region	<input type="checkbox"/>