

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

**Handlungsempfehlung Sterbephase deutschsprachiger Raum**

(ehemals Liverpool Care Pathway = LCP)

**Unterstützung und Begleitung des sterbenden Menschen und  
seinen Angehörigen in den letzten Tagen oder Stunden seines Lebens**

**Ort:** (z.B. Krankenhaus, Hospiz, Pflegeheim, zu Hause): **Pflegezentrum**

**Einführung / Bearbeitungshinweise**

- Diese Handlungsempfehlung hat die Absicht, dem Fachpersonal zu helfen, die Betreuung und Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen zu optimieren. Sie soll helfen, Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein Sterben in Ruhe und in einer sicheren Umgebung ermöglicht.
- Das Sterben zu diagnostizieren ist anspruchsvoll, ungeachtet der Diagnose oder Anamnese. Es gibt Fälle, in denen ein Patient, den man für sterbend hält, länger als erwartet lebt. Ein Abbruch des Vorgehens (s. S. 2) ist jederzeit möglich. Hier kann Unterstützung durch ein Palliativteam helfen.
- Um die Einmaligkeit jedes Sterbeprozesses zu unterstützen werden die Ziele unterschiedlich erreicht. Durch die Beschreibung der Varianten und den Verlaufsbericht wird die individuelle Betreuung sichtbar.
- Die Handlungsempfehlung schliesst Massnahmen wie z.B. Flüssigkeits- oder Antibiotika-Gabe nicht aus, wenn sie der Symptomlinderung dienen.
- Bei allen Entscheidungen werden die Sorgen und Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen, die Einschätzung des betreuenden Teams und die medizinischen Indikationen berücksichtigt.
- Diese Handlungsempfehlung ersetzt die standardisierte und individuelle Pflegeplanung. Die ärztlichen Verordnungsblätter werden weitergeführt.
- Weitere noch laufende Massnahmen und Protokolle (z.B. Wundversorgung, Stomaversorgung, Flüssigkeitsbilanz, Lagerungsplan u.ä.) müssen entsprechend der veränderten Situation des Patienten überprüft, ggf. angepasst oder beendet werden.
- **Dunkelgrau markierte Ziele** bei der Ersteinschätzung sind vom Arzt zu erfassen.

***Der Zustand des Patienten wird in regelmässigen Abständen neu eingeschätzt; eine vollständige formale Beurteilung durch das interprofessionelle Team muss alle 3 Tage erfolgen.***

Aus Gründen der Lesefreundlichkeit wird nur die männliche Schreibweise verwendet. Selbstverständlich ist die weibliche Form mit angesprochen.

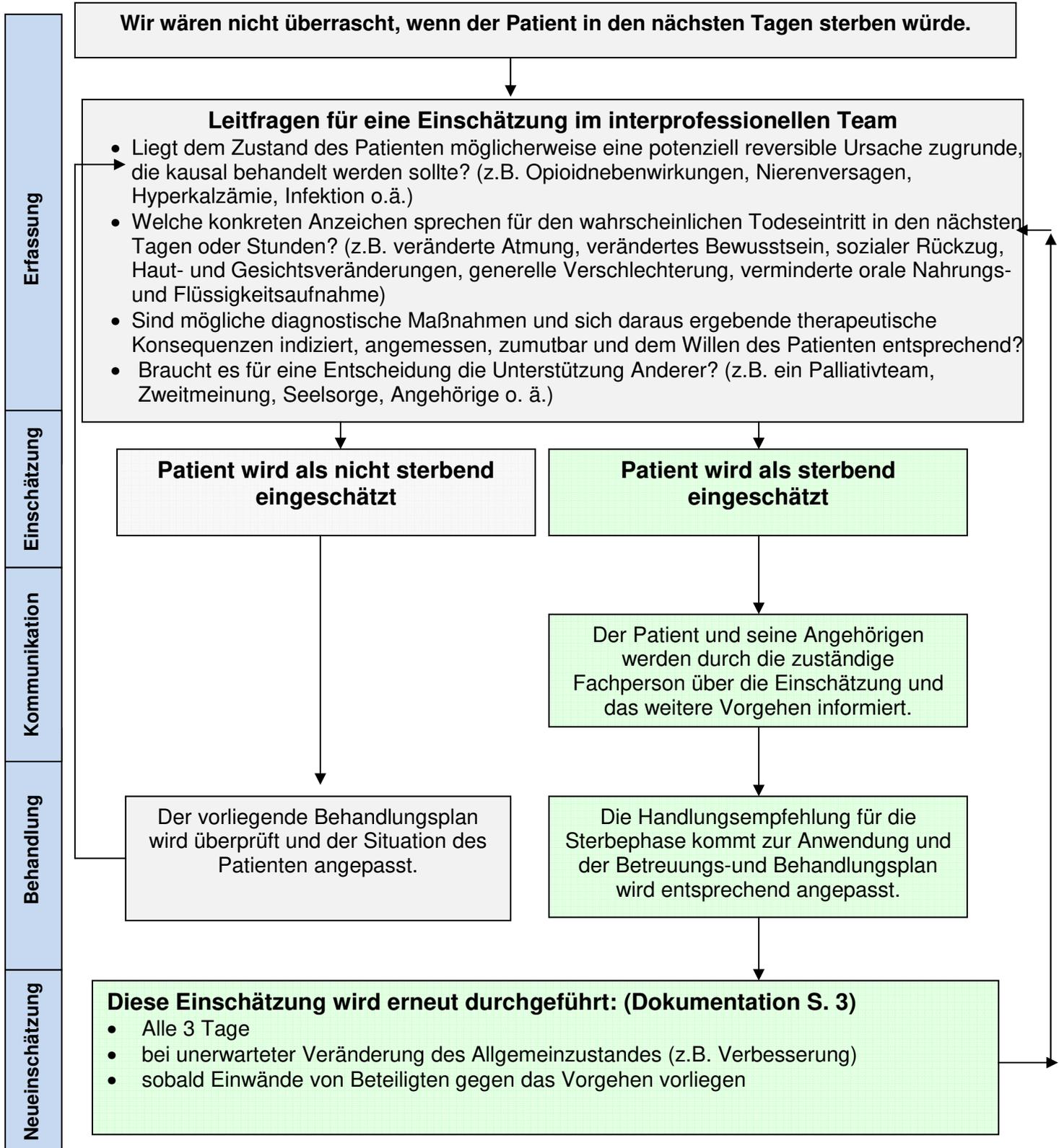
Deutschsprachige Koordinationszentren Handlungsempfehlung Sterbephase	
Deutschland	Schweiz / Österreich
Uniklinik Köln Zentrum für Palliativmedizin Kerpener Str. 62 D-50937 Köln Tel: +49 (0) 221 478 3365 <a href="mailto:info-palliativzentrum@uk-koeln.de">info-palliativzentrum@uk-koeln.de</a>	Kantonsspital St. Gallen Palliativzentrum Rorschacherstrasse 95 CH-9011 St.Gallen Tel: +41 (0)71 494 35 50 <a href="mailto:palliativzentrum@kssg.ch">palliativzentrum@kssg.ch</a>

**Quellen:**

Ellershaw J. & Wilkinson S. (2011) *Care of the dying: a pathway to excellence*. 2nd rev ed. Oxford: Oxford University Press.  
 National Institute for Clinical Excellence (2011) Quality Standards: End of life care for adults.  
 MCPCIL (2011/2012) National Care of the Dying Audit Hospitals Generic Reports. [www.mcpcil.org.uk](http://www.mcpcil.org.uk)  
 General Medical Council (2010) Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making – Guidance for doctors  
 Neuberger.J. (2013) More care less pathway: a review of the Liverpool Care Pathway [www.gov.uk](http://www.gov.uk)

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

**Vorgehen beim Diagnostizieren des Sterbens durch das interprofessionelle Team**



<sup>1</sup> Information und Aufklärung erfolgt nach jeweils geltendem Recht

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

**Dokumentation der Entscheidungsfindung**

**Nach einer umfassenden Einschätzung durch das interprofessionelle Team und der Entscheidung zur Anwendung der Handlungsempfehlung Sterbephase:**

**Datum / Uhrzeit des Beginns:** .....

**Arzt:** Name: ..... Unterschrift: .....

**Pflegefachperson:** Name: ..... Unterschrift: .....

**Entscheidung wird vom vorgesetzten Arzt unterstützt**

(nur ausfüllen, falls nicht mit oben genannter Person identisch):

Name:..... Unterschrift:.....

**Dokumentieren Sie alle umfassenden Neubeurteilungen durch das interprofessionelle Team hier**  
(einschliesslich der alle 3 Tage stattfindenden umfassenden formalen Neubeurteilungen)

Datum / Uhrzeit der Neubeurteilung: ..... Namen:.....

Datum / Uhrzeit der Neubeurteilung: ..... Namen:.....

Datum / Uhrzeit der Neubeurteilung: ..... Namen:.....

**Abbruch des Vorgehens:**

Datum / Uhrzeit: ..... Namen: .....

Gründe:

.....  
.....

**Information erfolgte mit:**  Patient  Angehörige

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

**Abschnitt 1: Ersteinschätzung** (gemeinsam von Arzt und Pflegefachperson durchgeführt)

Diagnose & Basisinformationen	DIAGNOSE: .....					
	HAUPTPROBLEME:.....					
	Ethnische Zugehörigkeit/Nationalität: ..... weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>					
	<b>Symptome des Patienten zum Zeitpunkt der Ersteinschätzung:</b>					
	Schmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	kann schlucken	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Verwirrt (delirant)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Unruhe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Kontinenz (Blase)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Zutreffendes bitte unten ankreuzen:	
	Übelkeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Katheter	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
	Erbrechen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Kontinenz (Stuhl)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	bewusstseinsverändert	<input type="checkbox"/>
	Dyspnoe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Obstipation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	komatös	<input type="checkbox"/>
	„Sterberasseln“ Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>					
Auftreten sonstiger Symptome (z.B. Ödeme, Juckreiz, Mundtrockenheit o.ä.): ..... .....						

**Wird bei einem der Ziele das Kästchen „Variante“ angekreuzt (s. S. 1 „Bearbeitungshinweise“), soll dies auf dem Variantenbogen (S. 8) erfasst und ggf. näher erläutert werden.**

Kommunikation	<b>Ziel 1.1: Der Patient kann sich ohne Einschränkung mitteilen.</b>		erreicht <input type="checkbox"/>	Variante <input type="checkbox"/>	bewusstlos <input type="checkbox"/>
	Muttersprache: ..... Dolmetscher notwendig? (Kontakt-Nr.): ..... Kommunikationshindernisse: ..... (z.B. Hörvermögen, Sehvermögen, Sprach- bzw. Sprechstörungen, Lernbehinderung, Demenz oder andere neurologische-, neuropsychiatrische-, psychiatrische Symptome, Angst- oder Stresssymptome)  Ist der Patient zu diesem Zeitpunkt in der Lage, eigene Entscheidungen bezüglich seiner Behandlung zu treffen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Betreuungsvollmacht: <input type="checkbox"/> Autopsie: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht geklärt <input type="checkbox"/> Organspende: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht geklärt <input type="checkbox"/>  Kommentar:..... .....				
<b>Ziel 1.2: Angehörige können sich ohne Einschränkung mitteilen.</b>		erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/>			
Muttersprache: ..... Dolmetscher notwendig? (Kontakt-Nr.): ..... Kommunikationshindernisse: .....					

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

<b>Kommunikation und Erläuterung des Betreuungsplans</b>	<p><b>Ziel 1.3: Der Patient weiss, dass er im Sterben liegt.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Ziel 1.3 a: Der aktuelle Betreuungsplan ist dem Patienten erklärt.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/></span></p>	
	<p><b>Ziel 1.4: Angehörige wissen, dass der Patient im Sterben liegt.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Ziel 1.4 a: Der aktuelle Betreuungsplan ist dem Angehörigen erklärt.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p> <p>Name des anwesenden Angehörigen und seine Beziehung zum Patienten: .....</p> <p>Namen der anwesenden Ärzte/Pflegefachpersonen .....</p> <p>Zur Begleitung von Kindern und Jugendlichen wird eine altersgerechte Unterstützung angeboten: .....</p> <p>Kommentar: <span style="float: right;">Ja <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> nicht zutreffend <input type="checkbox"/></span> .....</p> <p><b>Ziel 1.4 b: Die Broschüre "Palliative Betreuung am Lebensende" ist den Angehörigen ausgehändigt.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p>	
	<p><b>Ziel 1.5: Dem Betreuungsteam liegen aktualisierte Kontaktinformationen der Angehörigen wie unten aufgeführt vor.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p> <p>1. Kontaktperson: .....</p> <p>Beziehung zum Patienten: ..... Telefon: .....</p> <p>Kontaktaufnahme: <input type="checkbox"/> jederzeit <input type="checkbox"/> keine Kontaktaufnahme zwischen .....Uhr und ..... Uhr verbringt die Nacht beim Patienten <input type="checkbox"/></p> <p>2. Kontaktperson:.....</p> <p>Beziehung zum Patienten: ..... Telefon: .....</p> <p>Kontaktaufnahme: <input type="checkbox"/> jederzeit <input type="checkbox"/> keine Kontaktaufnahme zwischen .....Uhr und ..... Uhr verbringt die Nacht beim Patienten <input type="checkbox"/></p> <p>Nächste Angehörige (kann von obigen Angaben abweichen): <span style="float: right;">nicht zutreffend <input type="checkbox"/></span> Name: .....</p> <p>Kontaktdaten: .....</p>	
	<p><b>Ziel 2: Angehörige sind über die verfügbaren Besuchereinrichtungen aufgeklärt.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
	<b>Besucher- ein- richtungen</b>	

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

<b>Spirituelle Aspekte</b>	<p><b>Ziel 3.1: Dem Patienten wurde Gelegenheit gegeben mitzuteilen, was ihm zu diesem Zeitpunkt wichtig ist, z.B. seine Wünsche, Gefühle, sein Glauben, seine Überzeugungen, Wertvorstellungen.</b> erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/></p> <p>Es ist an religiöse, ethnische, kulturelle oder biographische Bedürfnisse und Aspekte zu denken. Hat der Patienten das Angebot angenommen, über obige Aspekte zu sprechen?</p> <p><b>Feststellung religiöser Traditionen (bitte Näheres angeben):</b> <span style="float: right;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></span></p> <p>.....</p> <p>Die interne Seelsorge ist informiert <span style="float: right;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></span></p> <p>Unterstützung durch Andere wurde angeboten (z. B. Seelsorge, Psychologe, Kirchgemeinde): <span style="float: right;">Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></span></p> <p>Gewünschte Kontakte: <span style="float: right;">ext. int.</span></p> <p>Name: ..... Funktion: ..... Telefon: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Name: ..... Funktion: ..... Telefon: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Name: ..... Funktion: ..... Telefon: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Name: ..... Funktion: ..... Telefon: ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aktuelle Wünsche / Bedürfnisse: ..... .....</p> <p>Wünsche / Bedürfnisse für die Zeit vor, während und/oder nach dem Tod: ..... .....</p>																		
	<p><b>Ziel 3.2: Den Angehörigen wurde die Gelegenheit gegeben, darüber zu sprechen, was ihnen zu diesem Zeitpunkt wichtig ist, z.B. über ihre Wünsche, Gefühle, ihren Glauben, ihre Überzeugungen, Wertvorstellungen.</b> erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>Bemerkungen: ..... ..... .....</p>																		
	<p><b>Ziel 4.1: Dem Patienten sind für die folgenden Symptome Bedarfsmedikamente verordnet.</b> erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">weitere belastende Symptome</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>Schmerzen <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Unruhe <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchialsekretion <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dyspnoe <input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>Die aktuelle Medikation ist geprüft und unnötige Medikamente sind abgesetzt.</b> <span style="float: right;">Ja <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p>		weitere belastende Symptome		Schmerzen <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	Unruhe <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	Bronchialsekretion <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	Dyspnoe <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
		weitere belastende Symptome																	
Schmerzen <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>																	
Unruhe <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>																	
Bronchialsekretion <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>																	
Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>																	
Dyspnoe <input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>																	
<p><b>Ziel 4.2: Das Material, um eine Subkutaninfusion zu beginnen, steht bereit.</b> erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> bereits begonnen <input type="checkbox"/> nicht benötigt <input type="checkbox"/></p>																			

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

Aktuelle Interventionen	<p><b>Ziel 5.1: Der Bedarf des Patienten an aktuellen Interventionen ist durch das interprofessionelle Team geprüft.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p> <p>Falls eine Intervention fortgeführt wird, bitte auf Seite 8 als Variante beschreiben.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 15%;">Derzeit nicht durchgeführt oder verabreicht</th> <th style="width: 15%;">Abgesetzt</th> <th style="width: 15%;">Fortgeführt</th> <th style="width: 10%;">Eingeleitet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5a: Routine-Blutuntersuchungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5b: Intravenöse Antibiotika</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5c: Blutzuckerkontrolle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5d: Routinemässige Erfassung der Vitalzeichen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5e: Sauerstofftherapie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Ziel 5.2: Der Patient hat den Verzicht auf eine kardiopulmonale Reanimation erklärt.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p> <p><b>Ziel 5.3: Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (ICD) wird deaktiviert.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/> Kein ICD vorhanden <input type="checkbox"/></span></p> <p>Bei Bedarf den Kardiologen kontaktieren. Bemerkungen:.....</p>		Derzeit nicht durchgeführt oder verabreicht	Abgesetzt	Fortgeführt	Eingeleitet	5a: Routine-Blutuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5b: Intravenöse Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5c: Blutzuckerkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5d: Routinemässige Erfassung der Vitalzeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5e: Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Derzeit nicht durchgeführt oder verabreicht	Abgesetzt	Fortgeführt	Eingeleitet																										
	5a: Routine-Blutuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
	5b: Intravenöse Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	5c: Blutzuckerkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
5d: Routinemässige Erfassung der Vitalzeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
5e: Sauerstofftherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
Ernährung	<p><b>Ziel 6: Der Bedarf an künstlicher Ernährung ist durch das interdisziplinäre Team geprüft.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p> <p>Ein verminderter Nahrungsbedarf ist Teil des natürlichen Sterbeprozesses. Auf künstliche Ernährung kann in der Regel verzichtet werden. Kommentare:.....</p>																														
	<p><b>Ziel 7: Der Bedarf an künstlicher Hydratation ist durch das interdisziplinäre Team geprüft.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p> <p>Ein verminderter Flüssigkeitsbedarf ist Teil des natürlichen Sterbeprozesses. Vorhandenes Durstgefühl ist selten ein Hinweis für eine Dehydratation, sondern meist Folge von Mundtrockenheit, die durch Mundatmung oder medikamentös bedingt sein kann. Eine gute und angemessene Mundpflege ist daher essenziell. Auf künstliche Flüssigkeitszufuhr kann häufig verzichtet werden. Kommentare:.....</p>																														
Hautpflege	<p><b>Ziel 8: Der Hautzustand des Patienten ist beurteilt.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p> <p>Den Patienten belastende Symptome:</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Schwitzen <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Trockenheit <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Verletzlichkeit <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Juckreiz <input type="checkbox"/></td> <td>Druckbelastung (Dekubitus) <input type="checkbox"/></td> <td>..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ikterus <input type="checkbox"/></td> <td>Wunden <input type="checkbox"/></td> <td>..... <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Zur Unterstützung der klinischen Beurteilung eines Dekubitusrisikos kann, falls notwendig, ein anerkanntes Risikobewertungsinstrument (z.B. Waterlow-/Braden-Skala), angewendet werden.</p> <p>Kommentare:.....</p>	Schwitzen <input type="checkbox"/>	Trockenheit <input type="checkbox"/>	Verletzlichkeit <input type="checkbox"/>	Juckreiz <input type="checkbox"/>	Druckbelastung (Dekubitus) <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>	Ikterus <input type="checkbox"/>	Wunden <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>																					
	Schwitzen <input type="checkbox"/>	Trockenheit <input type="checkbox"/>	Verletzlichkeit <input type="checkbox"/>																												
Juckreiz <input type="checkbox"/>	Druckbelastung (Dekubitus) <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>																													
Ikterus <input type="checkbox"/>	Wunden <input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/>																													
<p><b>Ziel 9: Das Primärversorgungsteam (z.B. Hausarzt, ambulante Krankenpflege) ist informiert, dass der Patient im Sterben liegt.</b> <span style="float: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></span></p>																															

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

Bitte nach Abschluss der Ersteinschätzung hier unterschreiben:		
<b>Unterschriften</b>	<b>Arzt</b>	<b>Pflegeperson</b>
	Name:..... (Druckschrift)	Name:..... (Druckschrift)
	Unterschrift: .....	Unterschrift: .....
	Datum:..... Uhrzeit:.....	Datum:..... Uhrzeit:.....

Weitere ergänzende Informationen zur Ersteinschätzung (z.B. spezielle Bedürfnisse zum Wohlbefinden)		
Datum	Weitere Informationen	Initialen / Handzeichen

<b>Abschnitt 1: Variantenanalyse Ersteinschätzung</b>			
Datum / Zeit	Initialen / Handzeichen	Ziel Nr.	Beschreibung der Variante und allfälligen Massnahmen dazu

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

<b>Abschnitt 2: Verlaufseinschätzung</b>		<b>Tag .....</b>					
<b>Erneute Einschätzung durchführen am.....: (s. S. 3)</b>							
Codierung: <b>E</b> = Ziel Erreicht, <b>V</b> = Variante (Abweichungen vom Ziel) bei der Verlaufsbeschreibung S. 10 erläutern. <b>X</b> = nicht einschätzbar							
Im häuslichen Bereich werden die Symptome bei jedem Hausbesuch eingeschätzt. Unter den Zielen sind mögliche Interventionen aufgeführt, welche helfen, das Ziel zu erreichen.							
Symptom	Ziel	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
<b>Schmerz</b> a)	<b>a: Der Patient ist schmerzfrei.</b> • Schmerz-Assessment, wenn möglich • nonverbale Hinweise beachten • Lageänderung erwägen						
<b>Unruhe</b> b)	<b>b: Der Patient leidet nicht unter Unruhe.</b> • reversible Ursachen ausschliessen, z.B. Harnverhalt, Opioid-Toxizität • bei Bedarf 1:1-Begleitung						
<b>Trachealsekret</b> c)	<b>c: Der Patient leidet nicht unter „Sterberasseln“.</b> • Lageänderung erwägen • Flüssigkeitszufuhr reduzieren • Aufklärung der Angehörigen						
<b>Übelkeit</b> d)	<b>d: Der Patient weist keine Übelkeit auf.</b>						
<b>Erbrechen</b> e)	<b>e: Der Patient erbricht nicht.</b>						
<b>Dyspnoe</b> f)	<b>f: Der Patient leidet nicht unter Atemnot.</b> • Lageänderung erwägen • Ventilator kann hilfreich sein, Fenster öffnen, ruhige Atmosphäre						
<b>Miktion</b> g)	<b>g: Der Patient hat keine Probleme mit der Urinausscheidung.</b> • Inkontinenzmaterial • Blasenkatheter bei Harnverhalt						
<b>Stuhlgang</b> h)	<b>h: Der Patient hat keine Probleme mit der Stuhlausscheidung.</b> • Laxantien so lange als möglich per os						
<b>andere Symptome</b> i)	<b>i: Der Patient hat keine andere belastende Symptome.</b> Falls doch, hier ergänzen: Symptom 1 ..... Symptom 2 ..... Symptom 3 .....						
<b>Medikation</b> j)	<b>j: Komfort &amp; Sicherheit des Patienten bzgl. der Medikamentengabe sind gewährleistet.</b> • z.B. Kontrolle von sc- oder iv-Zugang, Medikamentenpumpe, PEG, Opioidpflaster						

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

<b>Abschnitt 2: Verlaufseinschätzung</b>		<b>Tag .....</b>					
Codierung: <b>E</b> = Ziel Erreicht, <b>V</b> = Variante (Abweichungen vom Ziel) bei der Verlaufsbeschreibung S. 10 erläutern. <b>X</b> = nicht einschätzbar Im häuslichen Bereich werden die Symptome bei jedem Hausbesuch eingeschätzt. Unter den Zielen sind mögliche Interventionen aufgeführt, welche helfen, das Ziel zu erreichen.							
		<b>04:00</b>	<b>08:00</b>	<b>12:00</b>	<b>16:00</b>	<b>20:00</b>	<b>24:00</b>
<b>Hydratation k)</b>	<b>k: Der Patient erhält Flüssigkeit nach Bedarf.</b>						
<b>Mundpflege l)</b>	<b>l: Der Mund des Patienten ist feucht und sauber.</b> • Richtlinien Mundpflege beachten • Angehörige einbeziehen						
<b>Haut m)</b>	<b>m: Die Haut des Patienten ist intakt.</b> • Konzepte Dekubitusprophylaxe, Basale Stimulation® und Kinästhetiks beachten						
<b>Körperpflege n)</b>	<b>n: Die persönlichen Hygienebedürfnisse des Patienten sind erfüllt.</b> • Angehörige einbeziehen • religiöse, kulturelle, ethnische Bedürfnisse beachten						
<b>Umgebung o)</b>	<b>o: Die Betreuung des Patienten erfolgt in einer seinen persönlichen Bedürfnissen angepassten Umgebung.</b> • Intimsphäre, ruhige Atmosphäre ermöglichen • Wünsche des Patienten berücksichtigen • Klingel in Reichweite						
<b>Psyche p)</b>	<b>l p: Für das psychische Wohlbefinden des Patienten ist gesorgt.</b> • existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u. A. • achtsame verbale/nonverbale Kommunikation, Berührungen • Information, Erklärung der Massnahmen						
<b>Angehörige q)</b>	<b>q: Für das Wohlbefinden der Angehörigen ist gesorgt.</b> • existenzielle, religiöse, kulturelle Bedürfnisse erfassen, Unterstützung anbieten: bei Bedarf Seelsorge, Sozialdienst, Psychologie u.A. • aktiv zuhören, wachsam auf Sorgen und Belastungen eingehen • Information, Beratung • Kinder/Jugendliche mit einbeziehen, altersentsprechende Information und Begleitung						
	<b>Unterschrift oder Handzeichen der betreuenden Pflegefachperson (pro Schicht)</b>	<b>Nacht</b>	<b>Früh</b>	<b>Spät</b>		<b>Nacht</b>	



Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

**Abschnitt 3: Betreuung nach dem Tod**

**Bestätigung des Todes**

Datum und Uhrzeit des vom Arzt  / Pflegefachperson  festgestellten Todes: .....

Bestätigt durch Arzt (Totenschein ausgefüllt):

Name:(Druckschrift)..... Unterschrift:.....Telefonnr.:.....  
Todesursache/Bemerkungen:

Zum Zeitpunkt des Todes anwesende Personen (Name und Funktion/Beziehung):

Wurden Angehörige benachrichtigt? Ja  Nein

Name der benachrichtigten Person:.....

Beziehung zum Patienten: ..... Telefonnummer:.....

Durchgeführt von (Name, Funktion, Telefonnummer):.....

Ist damit zu rechnen, dass die Rechtsmedizin eingeschaltet wird? Ja  Nein

**Wird bei einem der Ziele das Kästchen „Variante“ angekreuzt, soll dies auf dem Variantenbogen (S. 13) erfasst und ggf. näher erläutert werden.**

<b>Würdevoll e Ver- sorgung des Ver- storbenen</b>	<p><b>Ziel 10: Letzte Pflegeverrichtungen sind gemäss Richtlinien &amp; Vorschriften ausgeführt.</b></p> <p style="text-align: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>Angehörige werden auf Wunsch in die letzten Pflegeverrichtungen einbezogen. Auf religiöse und kulturelle Rituale/Bedürfnisse wird eingegangen.</p>
--	--

<b>Informationen für Angehörige</b>	<p><b>Ziel 11: Angehörige sind über die weiteren Schritte informiert.</b></p> <p style="text-align: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>Informationsblatt über formelle Schritte ausgehändigt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Informationsbroschüre über Trauer abgeben Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ggf. Informationsmaterial über Trauer bei Kindern (z.B. nationale Krebsligen) an Familien abgeben</p> <p>Die Autopsiefrage ist geklärt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Die Frage nach Organ-/Gewebespende ist geklärt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>
---	--

<b>Weitergabe von Informationen an zuständige Einrichtungen</b>	<p><b>Ziel 12.1: Primärversorgungsteam (z.B. Hausarzt, ambulante Krankenpflege) ist über Tod des Patienten informiert.</b></p> <p style="text-align: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>Durchgeführt von (Name, Funktion, Telefonnummer):</p> <p>.....</p> <p>.</p> <p><b>Ziel 12.2: Der Tod des Patienten wird den jeweils zuständigen Einrichtungen mitgeteilt.</b></p> <p style="text-align: right;">erreicht <input type="checkbox"/> Variante <input type="checkbox"/></p> <p>z.B. Bewohnermutation, Standesamt, Zentrale Patientenaufnahme, Palliative Care-Team, andere involvierte Dienste, Bestattungsinstitut, Eingabe in die elektronische Dokumentation</p>
---	---

**Unterschrift Arzt oderPflegefachperson:**

.....

Datum: ..... Uhrzeit: .....

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

**Abschnitt 3: Betreuung nach dem Tod  
Variantenanalyse**

Datum / Zeit	Initialen / Handzeichen	Ziel Nr.	Beschreibung der Variante und allfälligen Massnahmen dazu.

**Bitte senden Sie eine Kopie der Handlungsempfehlung an:**

Patientenname:..... Patienten ID: ..... Datum:.....

### ***Therapieempfehlungen für die Sterbephase***

Die folgenden Bedarfsmedikationsempfehlungen sind ein Vorschlag des Palliativzentrum Kantonsspital St.Gallen und müssen von jeder Institution überprüft und allenfalls adaptiert werden.

#### **Anmerkungen**

- Die frühzeitige Verordnung von Bedarfsmedikationen für möglich auftretende Symptome in der Sterbephase gewährleistet dem Behandlungsteam ein rasches Reagieren rund um die Uhr.
- Bei älteren Patienten und bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ist besondere Aufmerksamkeit bei der Verordnung von Morphin geboten.
- Die ideale Verabreichungsform ist subcutan.
- Für die individuelle Verordnung verwenden Sie bitte das Verordnungsblatt am Ende der Empfehlung.
- Bei Fragen steht die Hospiz Abteilung PZ 5 (2841/8431) zur Verfügung:  
bei ärztlichen Fragen: 1. Frau Dr. Marion Baumann (8229) 2. der Jourarzt (8117)
- Ergänzende Informationen zur Symptomkontrolle im KSSGwiki:  
<http://www.kssgnet.ch/gruppen/kssgwiki/kssgwiki/Wiki-Seiten/Palliative%20Betreuung%20für%20die%20Grundversorgung.aspx>
- Die Information der Angehörigen über die verschiedenen Symptome in der Sterbephase und deren Linderungsmöglichkeiten ist unerlässlich.