

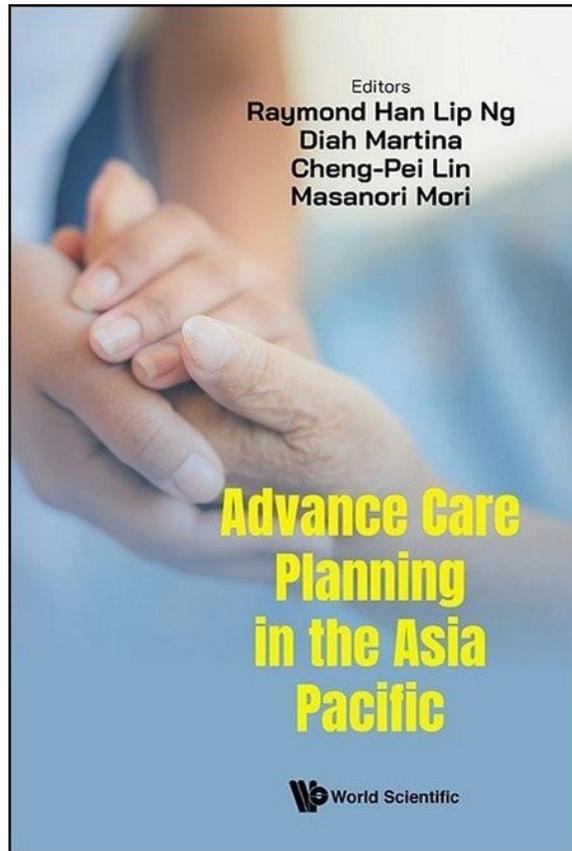
Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende (GVP)

**In der Pflegeeinrichtung, Eingliederungshilfe -
auch zuletzt
individuell und palliativ versorgt!**

Dr. med. Petra Kutscheid

**Medizinethikerin und Palliativmedizinerin
DERNBACHER GRUPPE KATHARINA KAPSER
- ein Unternehmen der ALEXIANER Deutschland -**

Gesundheitliche Versorgungsplanung im 21. Jh



Thema vieler Staaten - überwiegend Nordhalbkugel

- Das 21. Jahrhundert steht vor einem beispiellosen Trend der Bevölkerungsalterung, auch in vielen Regionen des asiatisch-pazifischen Raums. Regierungen und Gesundheitssysteme erkennen die Bedeutung der Vorausplanung (ACP), um Menschen zu helfen, gut zu leben und gut zu sterben.
- Demographie
- Technische und med. Entwicklung im Gesundheitswesen
- Kultur- und Wertehorizonte verändern sich

Agenda

- **Ausgangspunkt**
- **Praxis**
- **Fragen, Herausforderungen...?**

ACP - Advance Care Planning

International zumeist genutzter Begriff für den Beratungsprozess, geleitet von einer ausgebildeten Fachperson zu medizinischen und pflegerischen Versorgungswünschen für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit.

GVP - Gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende

BVP - Behandlung im Voraus Planen

ACP- Internationale Definitionen aus zwei Delphi-Studien 2017:

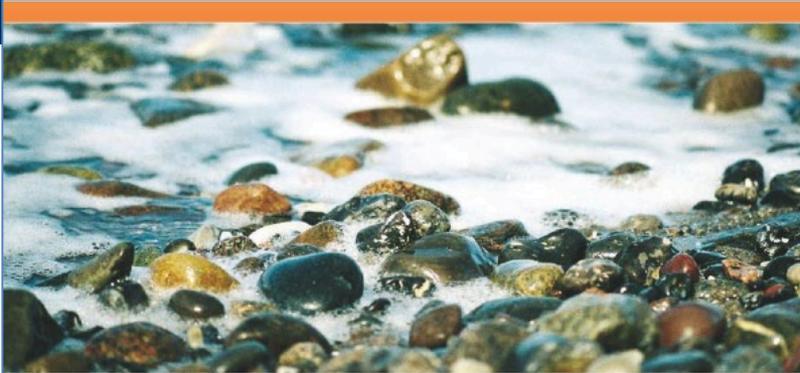
- 1. Rietjens JAC et al.** Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* 2017 Sep;18(9):e543-e551. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30582-X
- 2. Sudore RL et al.** Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017 May;53(5):821-832.e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331. Epub 2017 Jan 3.

Cicely Saunders

„Du bist wichtig, weil Du Du bist“

*und Du bleibst wichtig
bis zum Ende deines Lebens“*





Charta zur Betreuung
*schwerstkranker und sterbender Menschen
in Deutschland*

Herausgeber
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.
Bundesärztekammer

Charta Prinzipien

1. Gesellschaftspolitik: Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen und auf Respekt seiner Wünsche und Vorstellungen.

Deutschland

- 1901a BGB - rechtliche Regelung zur Patientenverfügung in Deutschland
 - » -Stärkung der Selbstbestimmung
- 2015 – Hospiz- und Palliativgesetz – **Anspruch auf Beratung** für die Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP)
 - » Stärkung der Palliativ-und Hospizversorgung

Autonomie



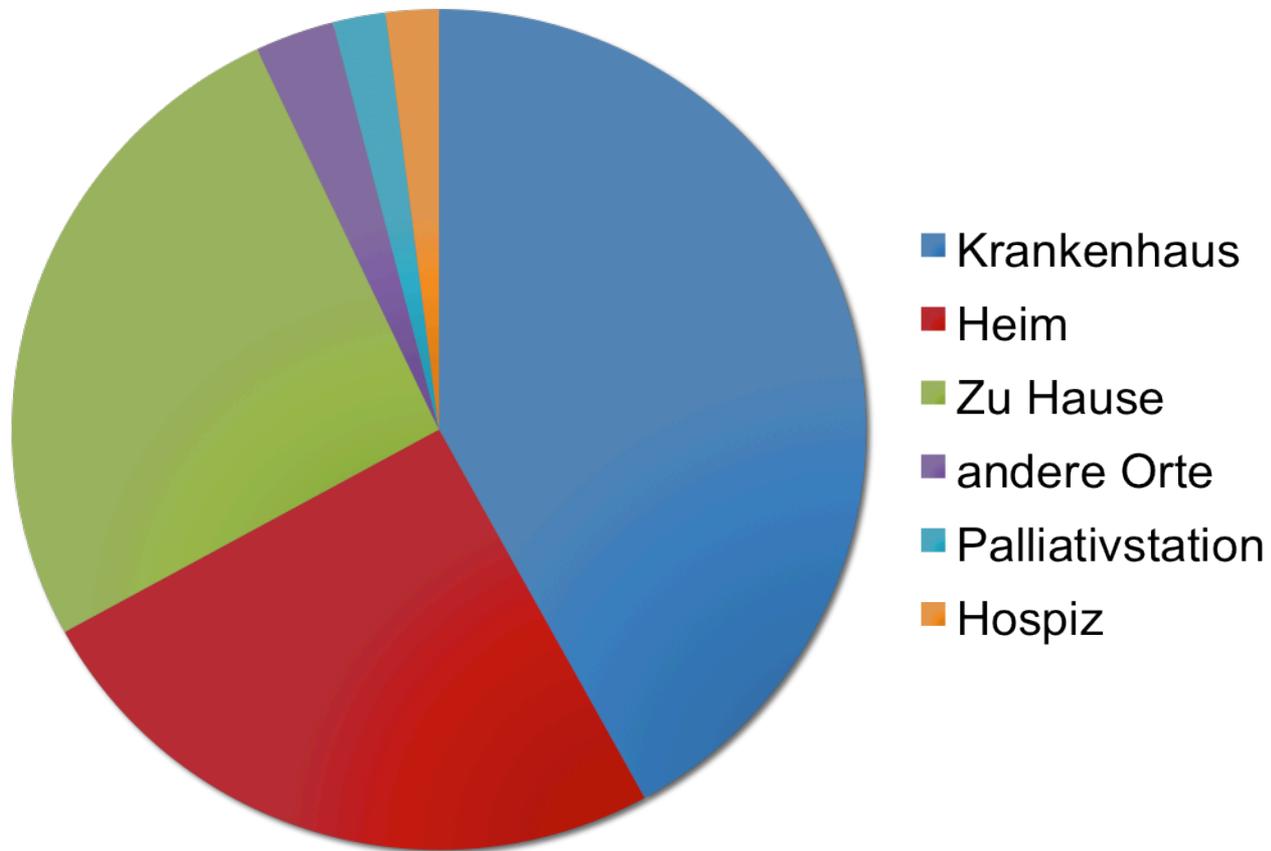
- **assistierte, relationale Autonomie**
- **advokatorische Ethik (M. Brumlik)**
- **Authentizität**



- **Vertreter-Verfügung**
- **Ethische Fallberatung**

weitere Hintergründe ...

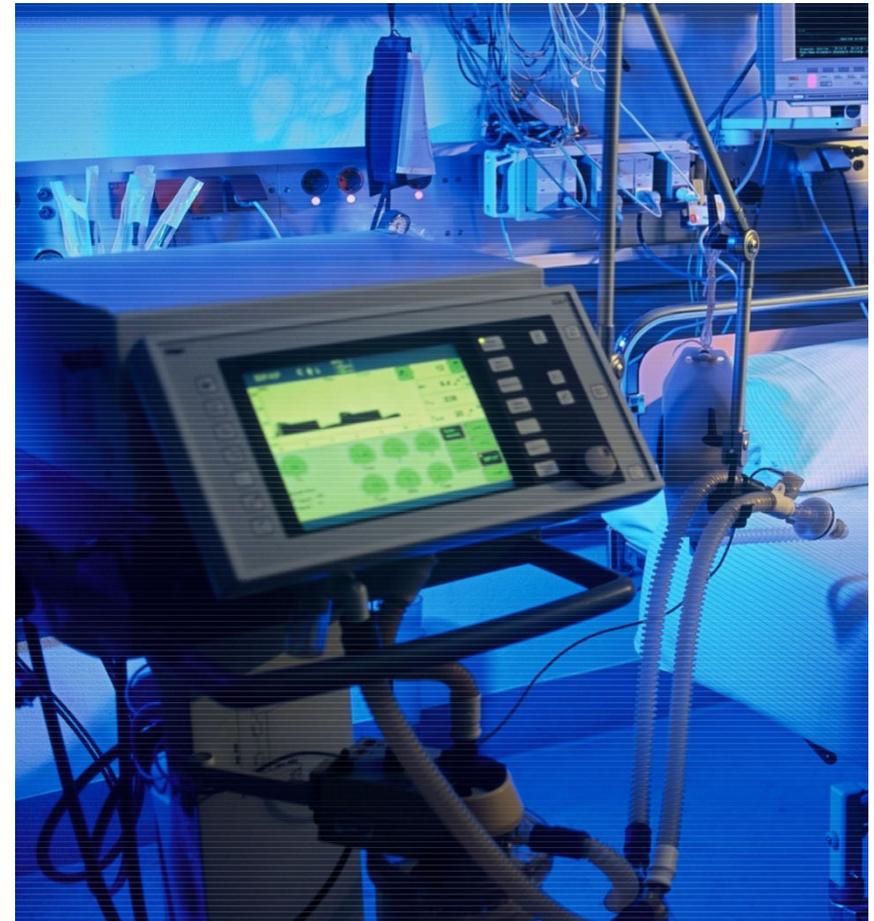
Sterbeorte in Deutschland



Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

▪ Herr Becker (Name geändert) befindet sich nach Reanimation auf der Intensivstation - intubiert und beatmet ohne Eigenatmungsimpulse ...

• **Die Ehefrau und die Tochter möchten, dass der Wille des Patienten laut Patientenverfügung umgesetzt wird**



Entwicklung im Pflegeheim

- steigendes Aufnahmealter der Bewohner: 2003 im Schnitt 85J.
- höhere Pflegebedürftigkeit
- Verkürzung der Verweildauer:
30% der BW versterben binnen 3 Monaten nach der Heimaufnahme
nach 1Jahr leben weniger als die Hälfte der BW noch
- **jährlich zu bewältigende Sterbefälle nehmen zu**
- **Otten, Thomas: Berücksichtigung der Vorausplanung wunschgemäßer Behandlung von Bewohnern stationärer Altenpflegeeinrichtungen. Inauguraldissertation Universität Köln 22.06.2016**

Ziel

- Individuelle Versorgung am Lebensende
- Vermeidung von Überversorgung, Fehlversorgung und Unterversorgung (bspw. palliativ unversorgt) am Lebensende

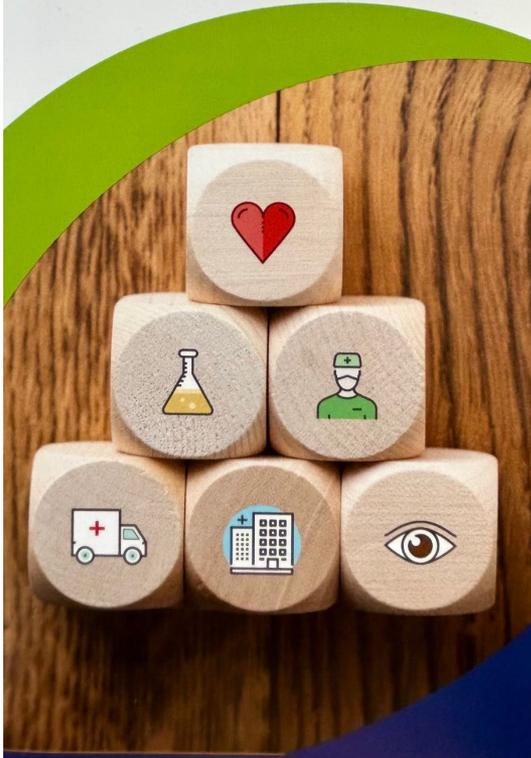
Katharina Kasper ViaNobis GmbH



Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

nach §132g Abs. 1 SGB V

„Was passiert, wenn ich einmal schwerkrank werde?“
Mitbestimmung bis ans Ende meines Lebens



Katharina Kasper ViaNobis GmbH



Umfassende Beratung, auch in einfacher Sprache,
zu allen Themen rund um das Lebensende:

medizinisch

pflegerisch

psychosozial

spirituell



Versorgungsplanung in stationärer Pflege

- Es geht darum, Pflegeheimbewohnern die Möglichkeit zu geben, sich **umfassend über bestehende Angebote zu informieren**, bevor sie z.B. eine Patientenverfügung verfassen und detailliert über ihre künftige persönliche medizinische und pflegerische Behandlung und Versorgung entscheiden.
- Gründlich überlegte und **aussagekräftige Vorausplanungen** in Klinik und Praxis auch zuverlässig Beachtung finden (§132g SGB V).

Gesetzlicher Hintergrund – § 132g SGB V

- (1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können den Versicherten in den Einrichtungen eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Versicherte sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden, und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden.

Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden.

Fallbesprechung kann bei wesentlicher Änderung des Versorgungs- oder Pflegebedarfs auch mehrfach angeboten werden.

Gesetzlicher Hintergrund – § 132g SGB V

(2) In die Fallbesprechung ist der den Versicherten **behandelnde Hausarzt** oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 **einzubeziehen**. Auf Wunsch des Versicherten sind **Angehörige** und **weitere Vertrauenspersonen** zu beteiligen.

Für mögliche **Notfallsituationen** soll die erforderliche **Übergabe** des Versicherten an relevante Rettungsdienste und Krankenhäuser vorbereitet werden.

Auch andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote sollen einbezogen werden, um die umfassende medizinische, pflegerische, hospizliche und seelsorgerische Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sicherzustellen.

Die **Einrichtungen** nach Absatz 1 Satz 1 können das **Beratungsangebot selbst** oder in **Kooperation** mit anderen regionalen Beratungsstellen **durchführen**.

Ziel GVP nach GKV-Vertrag

- Inhalt der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist ein *individuelles*, auf die Situation der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten zugeschnittenes Beratungsangebot zur medizinisch-pflegerischen, psychosozialen und/oder seelsorgerlichen Versorgung in der letzten Lebensphase.

GVP, ACP

- **Wer ist anspruchsberechtigt?**
- **Inhalte der Beratungsgespräche und des -prozesses**
- **Anforderungen an anbietende Organisationen und Gesprächsbegleitende**

- **Inhalt und Umfang der Ausbildung**
- **Dokumentation der Beratung(en)**
- **Interne und externe Vernetzung**
- **Vertragliche Grundsätze und Grundsätze zur Vergütung sowie Abrechnung**

Mögliche Varianten zur Beratung:

1	<p>Durchführung durch das qualifizierte eigene Personal der Einrichtung. (z.B. 25% Stelle Sozialdienst od. Betreuungskraft /100 BW)</p>
2	<p>Durchführung durch das qualifizierte Personal des Einrichtungsträgers im Rahmen von Kooperationen mehrerer vollstationärer Pflegeeinrichtungen und/oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung; dies ist auch trägerübergreifend möglich. Dazu sind vertragliche Vereinbarungen zwischen den jeweiligen Trägern zu treffen.</p> <p>Finanziert werden: 1 Beraterstelle pro 400 Bewohner/Innen</p>
3	<p>Durchführung in Kooperation mit externen regionalen Anbietern. Dazu sind vertragliche Vereinbarungen zwischen den jeweiligen Trägern zu schließen.</p> <p>analog 1 Beraterstelle pro 400 Bewohner/Innen.</p>
<p>Ein Antrag mit Beraternachweis und Einrichtungsverträgen ist bei der regionalen Versorgungskasse bspw. AOK zu stellen.</p>	

Wer darf Berater werden? Grundqualifikation:

abgeschlossene Berufsausbildung

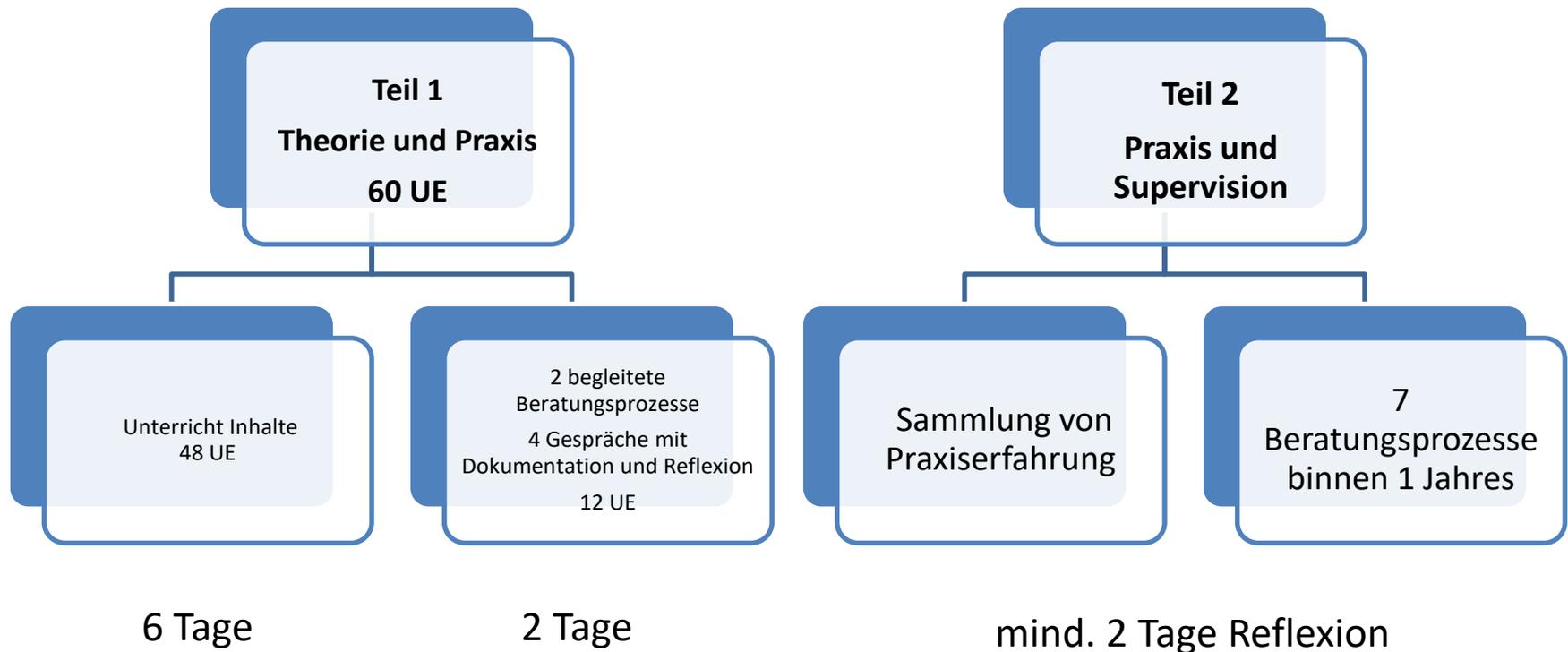
- **Gesundheits- und Krankenpfleger/in,**
 - Altenpfleger/in,
 - Kinderkrankenpfleger/in,
 - staatlich anerkannte Heilerziehungspflegerin/anerkannter Heilerziehungspfleger,
 - staatlich anerkannte Heilpädagogin/anerkannter Heilpädagoge,
 - staatlich anerkannte Erzieherin/anerkannter Erzieher
- oder eine andere vergleichbare Berufsausbildung

oder

einschlägiger Studienabschluss im Bereich

- der Gesundheits- und Pflegewissenschaften (u.a. Mediziner),
 - Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften
- (insbesondere als Pädagogin/Pädagoge, Heilpädagogin/Heilpädagoge, Sozialarbeiterin/ Sozialarbeiter, **Sozialpädagogin/Sozialpädagoge**, Psychologin/Psychologe, Theologin/ Theologe),

Weiterbildung umfasst:



Inhalte

Kenntnisse medizinische und pflegerische Sachverhalte

Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen

Kommunikation

Dokumentation und Vernetzung

Anwendung



Fallsupervision

Ausbildung der Gesprächsbegleiter in Ethik und Recht

Ethische Aspekte in der Begleitung von Menschen am Lebensende:

Willensbestimmung, Schweigepflicht, Informed consent,

Organisationsethische Aspekte

Rechtliche Fragen zu Patientenverfügungen, Betreuung, Vorsorgevollmacht, Vertreterverfügungen und Notfallbogen
(Palma, HAnNo) Ehegatten-Notvertretung

Datenschutz (z. B. Was sollte dokumentiert werden und was nicht?)

Rollenspiele und Perspektivwechsel, Kommunikation

Auseinandersetzung und Reflexion der eigenen Einstellung und Haltung

Reflexion der eigenen Haltung zu Tod und Sterben

Inhalt und Ziel des Gesprächs

- **Werte, Grundhaltungen und Ziele sowie eine zu ihr/ihm passende Versorgung und Behandlung am Lebensende zu reflektieren.**
- **Verschiedene Aspekte wie z. B.**
 - die Einstellung zum Leben,
 - mögliche Belastungen,
 - die pflegerische Unterstützung sowie
 - Versorgungswünsche
- **können Bestandteil der Beratungsgespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase sein.**

Dokumentation – u.a. Notfallversorgung

- Als Bestandteil der Patientenverfügung sollte eine übersichtliche, nachvollziehbare und verständliche Darstellung der Verfügung für Notfallsituationen auf einem geeigneten Dokument (z.B. **Notfallbogen**) erfolgen, das **ärztlich zu unterschreiben** ist.

Dokumentation

- Sofern die Leistungsberechtigte/der Leistungsberechtigte nach dem Beratungsprozess keine schriftlichen Willensäußerungen treffen möchte, ist dies in der Dokumentation festzuhalten.
 - (GKV-Vereinbarung AWO)

Auch kein Ergebnis zur Dokumentation ist ein Ergebnis und

kann ein Qualitätsmerkmal/ Indikator einer zwanglosen Beratung sein

(Kutscheid)

- Herr Becker liegt seit einer Woche auf der Intensivstation - intubiert und beatmet ohne Eigenatmungsimpulse
- **Die Ehefrau und die Tochter möchten, dass der Wille des Patienten laut Patientenverfügung umgesetzt wird**



Patientenverfügung Herr Becker (Name erfunden):

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfüge ich folgendes:

Im Falle :

einer unheilbaren Krankheit, die nach unabhängigem Urteil der Mehrheit von drei Ärzten in absehbarer Zeit zum Tode führt,

oder eines Ereignisses, nach dem keine Aussicht besteht, dass ich die elementarsten Lebensverrichtungen wie Essen, Trinken oder Toilettenbenutzung je wieder selbständig ausführen kann,

wünsche ich:

keinerlei lebensverlängernde Maßnahmen sondern nur die erforderliche Schmerzbehandlung, selbst wenn diese zu einer Lebensverkürzung führen sollte.

Insbesondere verfüge ich, dass keine dauerhafte künstliche Beatmung oder künstliche Ernährung durchgeführt werden soll.

Ort, den 10. November 2018

Unterschrift: *Paul Becker*

Darunter handschriftlich: *Dies Verfügung gilt auch weiterhin.*

Insbesondere lehne ich eine über 20 Tage dauernde künstliche Ernährung ab.

Ort, den 04. März 2022“

Unterschrift: *Paul Becker*

Rechtssicherheit durch Patientenverfügung?

Ärzteschaft – 71 Artikel 491 Aussagen:

- **Gewinn an Rechtssicherheit**
insbesondere durch geklärte Zuständigkeiten u. Verfahrensabläufe
- **Keine nachhaltige Stärkung des Selbstbestimmungsrechts**
 - PV wenig oder nicht relevant für die medizinische Behandlung am Lebensende: die Prognose gilt meist als das wichtigste Entscheidungskriterium zur Therapiebegrenzung,
 - in der Notfallmedizin fehlt die Zeit
 - schlechte Qualität der Patientenverfügung und
 - die mangelnde ärztliche Beratung vor ihrer Abfassung
- Gelbrich T et al. Rechtssicherheit und Selbstbestimmung ... Z Palliativmed 2016; 17: 235–242

BGH-Beschluss 6. Juli 2016 – Patientenverfügung muss hinreichend konkret sein.

Eine Patientenverfügung muss sich **konkret** zu einzelnen medizinischen Behandlungen oder zu bestimmten Krankheiten äußern. Die Formulierung, „**lebensverlängernde Maßnahmen**“ seien **nicht erwünscht, reicht nicht aus**, um eine künstliche Ernährung zu beenden, entschied der Bundesgerichtshof (BGH).

Beschluss (Az: XII ZB 61/16).

Neues BGH-Urteil: eine **übertragende Interpretation** ist möglich, wenn die Situation nicht genau benannt ist

Beispiel DiV-BVP: Behandlung im Voraus Planen für den Notfall (Modell NRW)

- Konzept und Standards für die Vorausplanung für den Notfall. Nach § 132 SGB V wird von der Krankenkasse in der stationären Seniorenpflege und der Eingliederungshilfe die qualifizierte Gesprächsbegleitung bezahlt ,
- Kooperierende Hausärzte erhalten eine extrabudgetäre Pauschale

DiV-BVP PATIENTENVERFÜGUNG © DiV-BVP e.V. 2020-05 | Deutschland | S. 7

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name A. Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung
 Vorname Helene xxxxx
 geb. am xx.xx.1932

Ansprechpartner, Telefon: Claudia K. xxxxx

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch vertretbar

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

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, 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), nicht Lebensverlängerung

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

_____, den ____., 20____ „Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikationen dieser Entscheidung und die medizinische Vertretbarkeit.“
 *Ein Krisenplan wurde erstellt.
 x Unterschrift der oben genannten Person
 „Diese ÄNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“
 x Ggf. Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten/Betreuers
 „Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“
 x Unterschrift und NAME des DIV-BVP-Gesprächsbegleiters

Dr. Pe Diese ÄNo gilt so lange auch im Krankenhaus, wie dort nicht in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen aus gegebenem Anlass (z.B. OP, intensivmedizinische Behandlung oder dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit) eine abweichende Regelung vereinbart wird.

DiV-BVP PATIENTENVERFÜGUNG © DiV-BVP e.V. 2020-04 | Deutschland | S. 13

Behandlung bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit

Bei einem aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlichen Verlust der Einwilligungsfähigkeit soll für medizinische Behandlungen gelten:

Die folgenden Festlegungen sollen auch für den Fall des sog. **Syndroms reaktionsloser Wachheit** gelten, auch wenn es hier in seltenen Einzelfällen noch nach Jahren zu Verbesserungen kommen kann.

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, so weit medizinisch vertretbar

A ●●●●● uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = abhängig von der Ermittlung des Patientenwillens durch den Vertreter

●●●●● Begrenzung lebensverlängernder Behandlung durch meinen Vertreter auf Grundlage der „Einstellungen“ (S. 3) und gegebenenfalls der weiteren hier getroffenen Festlegungen

Lebensverlängernde Behandlung nur, wenn nach Einschätzung des Bevollmächtigten / Betreuers noch überwiegend Freude am Leben empfunden wird.

Bei Eintreten folgender Zustände sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr durchgeführt werden (gemäß Option C: Therapieziel = Linderung):
 Dauerhafte Bettlägerigkeit

In einer lebensbedrohlichen Situation soll gelten:

Nur ein Kreuz!

- Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung (ÄNo B0)
- Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung (ÄNo B1)
- Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation (ÄNo B2)
- Keine Nierenersatztherapie (Dialyse)
- Keine künstliche Ernährung über z.B. Magensonde („PEG“) oder die Vene
- Keine _____

! Es ist Aufgabe meines Vertreters, die aktuell gültige ÄNo (S. 7) und ggf. laufende Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung im zeitlichen Verlauf entsprechend meinen vorstehenden Festlegungen anzupassen!

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

C ●●●●● Ausschließlich lindernde Therapie.

Dies soll auch gelten, wenn ich in den Augen anderer noch Freude am Leben habe!

Laufende Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung sollen unter Inkaufnahme des dann möglicherweise eintretenden Todes abgebrochen werden, insbesondere auch die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit.

Datum; Name, Vorname; Handzeichen: _____ A. Helene

Therapiezieländerung und Dokumentation des Patientenwillens

Zu folgenden Maßnahmen ist abgestimmt:	Durchführung	Ja	Nein
Reanimation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtinvasive Beatmung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defibrillation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabe von Vasopressoren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenersatzverfahren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsinfusion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Ernährung / PEG-Sonde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika (z.B. bei Schmerzen Blasen-/Lungenentzündung)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alle anderen Maßnahmen zur Linderung der Symptome (insbesondere Behandlung von Schmerzen und Luftnot, Stillen von Hunger und Durst auf natürlichem Weg) sind durchzuführen!

Entscheidungsgrundlage (Mehrfachnennungen möglich):

- Aktuell geäußelter Patientenwille
- Patientenwille gemäß Stellvertretung (Betreuer / Bevollmächtigter/ Ehegatten-Notvertretung)
- Mutmaßlicher Patientenwille
- Patientenverfügung
- Medizinische Aussichtslosigkeit

Behandlungsziele:

- Symptomlinderung und Basisbetreuung, aber keine Maximaltherapie

Die Entscheidung wurde besprochen mit (Mehrfachnennungen möglich):

- Patient
 - Betreuer/Bevollmächtigter
 - Ethikkomitee
 - Angehörige
- Datum, Name, Vorname (ggf. Unterschrift)

Ärzte :

Facharzt/Oberarzt, Name, Vorname

Name, Vorname

Datum, Unterschrift, ggf. Stempel

Datum, Unterschrift

Gültig bis:

(Gültigkeit erlischt mit der Entlassung aus dem Krankenhaus)

bis auf Widerruf

**„PALMA“
 Patienten- Anweisung für lebenserhaltende Maßnahmen**

- für die Notfallversorgung von Patienten in einer palliativen Situation oder terminalen Pflegesituation -

Für: _____
 (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Dieser Bogen ist speziell für die Notfallversorgung von Patienten in einer palliativen Situation oder einer terminalen Pflegesituation am Lebensende konzipiert und ergänzt die ausführliche Patientenverfügung.
 Bitte vollständig und nur mit Hilfe eines beratenden Arztes ausfüllen. Pro Rubrik ist nur eine Antwort möglich.
 bei widersprüchlichen Angaben wird maximal behandelt. Ein vorhandener Bevollmächtigter ist zu nennen.

A	Gewünschte Behandlung im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands: <input type="checkbox"/> Herz-Lungen-Wiederbelebung <input type="checkbox"/> <u>keine</u> Wiederbelebung beginnen								
B	Gewünschte Behandlung in einer lebensbedrohlichen Situation bei vorhandener Herz-Kreislauf-Funktion: <input type="checkbox"/> maximale Therapie: volle medizinisch gebotene und mögliche Behandlung incl. invasiver künstlicher Beatmung, Intensivtherapie etc. <input type="checkbox"/> begrenzte Therapie (Basistherapie): Notfalltherapie vor Ort und ggf. Krankenhauseinweisung falls nötig, jedoch keine invasive künstliche Beatmung oder Intensivtherapie <input type="checkbox"/> nur lindernde (palliative) Maßnahmen: <u>keine</u> lebenserhaltende Therapie, ausschließlich Beschwerdelinderung und Schmerztherapie, beruhigende Therapie bei Atemnot etc.								
C	Hintergrundinformationen (schwere Vorerkrankungen, persönl. Erfahrungen etc.): (ggf. Arztbrief anfügen)								
D	Bevollmächtigung in Gesundheitsangelegenheiten gem. § 1896/ 2 BGB: Hiermit bevollmächtige ich: (Name, Adresse, Telefon des Bevollmächtigten) stellvertretend für mich in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge zu entscheiden, insbesondere in Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffe einzuwilligen oder diese abzulehnen. Dies umfasst ausdrücklich auch solche Behandlungen, bei denen das Risiko des Versterbens oder schweren Schadens besteht, sowie Entscheidungen über Fortsetzung oder Ende lebenserhaltender Therapie.								
E	Unterschriften: Arztunterschrift und -stempel bestätigen die erfolgte Beratung. Der Bevollmächtigte erklärt, die Patientenwünsche zu kennen und durchzusetzen.								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Datum</th> <th>Patient</th> <th>Beratender Arzt (+Stempel)</th> <th>ggf. Bevollmächtigter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Datum	Patient	Beratender Arzt (+Stempel)	ggf. Bevollmächtigter				
Datum	Patient	Beratender Arzt (+Stempel)	ggf. Bevollmächtigter						
	Name, Adresse, Telefon des beratenden Arztes:								

ggf. erneute Bestätigung (Datum, Unterschrift Patient):

--	--

Version 4.2. © Gerth/ Mohr/ Paul 02/ 2020

Merkblatt zum „PALMA“- Formular

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Das vorliegende Formular wurde speziell für die Notfallsituation als Zusatz zu einer ausführlichen Patientenverfügung (PV) entwickelt. Eine ausführliche Verfügung sollte gleichzeitig bestehen, da das „PALMA“- Formular auf die Notfallmedizin fokussiert ist und weiterführende Therapieentscheidungen in der Klinik evtl. nicht abdeckt. Falls im Ausnahmefall eine ausführliche PV nicht vorliegt/ nicht mehr abgefasst werden kann, ist der entsprechende Halbsatz auf Seite 1 im ersten Absatz zu streichen.

Eine ärztliche Beratung beim Abfassen ist verpflichtend, daher muss das „PALMA“- Formular von einem Arzt (z.B. dem Hausarzt oder betreuenden Palliativarzt) gegengezeichnet werden.

Durch dieses kurze, standardisierte Formular soll Ihren Wünschen auch in einer Notfallsituation und trotz Zeitnot Geltung verliehen werden. Ungenauigkeiten in der Formulierung sind durch die Kürze des Textes nicht zu vermeiden, aus naheliegenden Gründen sollte jedoch auf eine handschriftliche Abänderung des Textes verzichtet werden. Bitte in Druckschrift oder elektronisch ausfüllen.

Im „PALMA“ kann eine Notfallbehandlung nur pauschal befürwortet oder abgelehnt werden. Da die Prognose in den ersten Stunden meist nicht zuverlässig abschätzbar ist, ist eine Beachtung der naheren Notfallsituationen und individuellen Heilungschancen nicht möglich.

Zu A) Die Wiederbelebung bei Herz-Kreislauf-Stillstand stellt die invasivste und zugleich zeitkritischste notfallmedizinische Maßnahme dar. Der Verzicht auf Wiederbelebung sollte sorgfältig abgewogen werden, weil dadurch die – wenn auch geringe – Überlebenschance bei Herz-Kreislauf-Stillstand entfällt. Ein mögliches Überleben ist jedoch stets mit einer längeren und schweren Intensivtherapie und evtl. bleibenden Schäden verbunden.

Ein Verzicht auf Wiederbelebung stellt bei einer weit fortgeschrittenen Erkrankung und/ oder bei starker Einschränkung des täglichen Lebens eine wichtige Festlegung in der Abwägung zwischen Lebens- und Leidensverlängerung dar.

Zu B) Die drei wesentlichen Behandlungsoptionen für den Notarzt werden in abgestufter Invasivität beschrieben. Ein begrenzter Therapievorschlag unter Einschluss nichtinvasiver Beatmung (NIV) kann ein Kompromiss zwischen Maximaltherapie und reiner Palliativversorgung sein. In Einzelfällen können jedoch Situationen und Konflikte auftreten, die so nicht vorausgesehen wurden und dann situativ entschieden werden müssen (z.B. schwierige Symptomkontrolle). Hierbei kann ein Bevollmächtigter für Rückfragen hilfreich sein. Eine gewisse Entscheidungsfreiheit im Notfall muss dennoch auch für den Notarzt bestehen bleiben.

Weitere Behandlungsfragen, wie z.B. die künstliche Ernährung und Antibiotikatherapie sind für die Akutphase unbedeutend und sollten in der ausführlichen Patientenverfügung behandelt werden.

Zu C) Durch die kurze Angabe von Vorerkrankungen und persönlichen Erfahrungen soll die festgelegte Entscheidung für den Notarzt auch unter Zeitdruck bestmöglich nachvollziehbar werden. Daher sollten die Lebensumstände und v.a. unheilbare Erkrankungen mit starken Einschränkungen im Alltag deutlich erkennbar sein. Persönliche Erfahrungen mit Tod und Sterben sowie mit Intensivmedizin unterstreichen die Ernsthaftigkeit der Wünsche.

Zu D) Ein Bevollmächtigter sollte benannt werden, um bei strittigen Entscheidungen helfen zu können, eine Benennung ist aber nicht verpflichtend für die Gültigkeit. Er sollte genaue Kenntnis von den Patientenwünschen haben. Falls bereits eine Vollmacht besteht, sollte hier dieser Bevollmächtigte genannt sein, keinesfalls darf ein Widerspruch bestehen! Auch der Bevollmächtigte unterschreibt das „PALMA“- Formular und bestätigt so seine Kenntnis/ Beteiligung.

Zu E) Die Unterschriften aller Beteiligten sind notwendig. Die Arztunterschrift (+Stempel) bestätigt das erfolgte Beratungsgespräch, hierbei sollen alle Behandlungsmöglichkeiten und ihre Konsequenzen sowie evtl. Unklarheiten ausführlich mit Patient und ggf. mit Bevollmächtigtem (falls vorhanden) erläutert werden. Eine erneute Bestätigung, z.B. bei Änderung der Lebensumstände, wird empfohlen, sie ist aber nicht Bedingung für die Gültigkeit des „PALMA“. Der Patient selbst muss zum Zeitpunkt des Abfassens einwilligungsfähig sein. Ein Abfassen allein mit dem Bevollmächtigten/ Betreuer oder eine rein ärztliche Anweisung („DNR“) ist beim PALMA explizit nicht vorgesehen!

Dieses Formular muss in einer Notfallsituation einfach auffindbar sein, um berücksichtigt zu werden. Eine Verwahrung bei den Ausweispapieren, in der Wohnung in der Nähe des Telefons und besonders in der Bewohnerakte einer Senioreneinrichtung ist sinnvoll. Der Bevollmächtigte sollte ebenfalls über ein Exemplar verfügen. Bei einer Krankenhauseinweisung sollten das „PALMA“- Formular und die ausführliche Patientenverfügung stets mitgeführt und auch besprochen werden.

Version 4.2. © Gerth/ Mohr/ Paul 02/ 2020



Wie beraten wir?

- ⇒ Unsere Berater sind entsprechend weitergebildet.
- ⇒ Wir beraten Sie kostenlos.
- ⇒ Wir beraten Sie vertraulich.
- ⇒ Wir beraten Sie individuell. Wir respektieren Ihre Wünsche.
- ⇒ Wir beraten Sie unabhängig.
- ⇒ Das Angebot ist für Sie freiwillig.
- ⇒ Bei Änderungswünschen der vorliegenden Versorgungsplanung führen wir gerne ein weiteres Gespräch mit Ihnen.



Unser Angebot

Die Katharina Kasper ViaNobis bietet Hilfe und Beratung für eine gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende an.

Machen wir das, was wir tun, richtig im Sinne der Menschen, die wir begleiten?

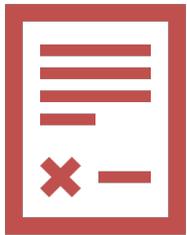
Eine Frage die sich Angehörige, gesetzliche Vertreter und Mitarbeiter tagtäglich in der Begleitung sterbenskranker Menschen stellen müssen.

In mehreren Beratungsgesprächen können Bewohnerinnen und Bewohner, die in den Einrichtungen der ViaNobis leben, festlegen, wie sie ihr Lebensende gestaltet haben wollen. Mögliche Ängste vor der letzten Lebensphase können abgebaut werden und eine individuelle Versorgung kann gewährleistet werden.

Der erklärte Wille der Betroffenen gibt Ärzten, Pflege- und Betreuungskräften, Angehörigen und gesetzlichen Vertretern ein großes Maß an Sicherheit für die zu treffenden Entscheidungen.

Das Beratungsangebot ist für die Bewohnerinnen und Bewohner freiwillig.

Recht



Patientenverfügung

Einseitig Erklärung – Patient/in verfügt,
was er/sie will bzw. ablehnt
Bindungswirkung gemäß §1901a BGB



Psychiatrie

Behandlungsvereinbarung

Zweiseitige Vereinbarung zwischen
Patient/in und Ärzten /Behandlungsteam –
rechtlich wie Patientenverfügung
einzuordnen

BBT-Drs-18/11240, S.16

§ 5 Beratung der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten

- **(1)** Der versichertenbezogene Beratungsprozess umfasst unterschiedliche Inhalte, die je nach Bedarf der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten zum Tragen kommen. Hierzu gehören:
 - **Beratungsgespräche**
 - **Fallbesprechungen (ethische Fallbesprechung)**
 - **Dokumentation des Beratungsprozesses einschließlich der Willensäußerungen**

- **Der Wille der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten ist zu respektieren und daher für die Beraterin/den Berater handlungsleitend.**

Praxis der Gesundheitlichen Versorgungsplanung

	Struktur - <i>Primat der Freiwilligkeit</i>
1.	Information – Aushang/Flyer
2.	Vorstellung und auf Wunsch: aufsuchendes Gespräch und Vorstellung der Möglichkeiten und Terminmöglichkeit
3.	Gespräch
4.	Folgegespräch(e) / Bewertung des Gesprächs
5.	Interne Vernetzung
6.	Externe Vernetzung
7.	Ethische Fallberatung im Ereignisfall /bzw. Anwendung



Kernelemente des Beratungsprozesses*

1. Aufsuchendes Gesprächsangebot
2. Qualifizierte und prozesshafte Unterstützung (Begleitung) bei der Entwicklung und Klärung der individuellen Behandlungspräferenzen
3. Professionelle Dokumentation auf regional einheitlichen Formularen (Patientenverfügung, Vertreterverfügung, Notfallbogen)
4. Archivierung, Zugriff und Transfer von Vorausverfügungen im Verlauf
5. Aktualisierung / Fortführung des Gesprächsprozesses im Verlauf
6. Beachtung und Befolgung von Vorausverfügungen durch Dritte
7. Installierung eines Prozesses der kontinuierliche Qualitätssicherung

in der Schmittgen, Marckmann (2013b), S. 236

Inhalt des Beratungsgesprächs (1)

- Klärung von Wünschen und Vorstellungen der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten zu relevanten Situationen, die am Lebensende eintreten könnten z.B.:
Bewusstlosigkeit, Atemnot, Herzstillstand, anhaltender Zustand der fehlenden Fähigkeit zur Äußerung des natürlichen Willens.
- Besprechung möglicher medizinisch-pflegerischer Abläufe sowie Thematisierung von Notfallszenarien und Besprechung möglicher Notfallmaßnahmen.

Inhalt des Beratungsgesprächs (2)

- Darstellung der Möglichkeiten der palliativen Versorgung und Sterbebegleitung.
Informationen zu bestehenden Kooperationspartnern der Einrichtung, die z.B. durch regionale Hospiz- und Palliativversorgung sowie durch Seelsorge, psychosoziale Begleitung und medizinisch-pflegerische Versorgung zur Verfügung stehen.
- Konkretisierung pflegerischer, psychosozialer, spiritueller und medizinischer Wünsche der Leistungsberechtigten/des Leistungsberechtigten.



Inhärente Kritik

- Neitzke warnt vor einem Machbarkeitswahn am Lebensende, einer „Dokumentitis“ sowie einer
- drohenden gesellschaftlichen Verpflichtung zu ACP.

Wichtig: eine gründliche, kritisch geführte Debatte ...

- denn nur eine offene Auseinandersetzung mit ACP kann betroffene Akteure ermuntern, Position zu beziehen und eine Vielfalt an Konzepten zu entwickeln.

Helen Colen

Lebensqualität - Cicely Saunders

***„Man muss alles tun, um Sterbenden so
beizustehen, dass sie bis zuletzt
Lebensqualität erfahren können.“***

*„Sterben war für Saunders ein würdevoller Prozess,
für den es neben dem sinnvollen Einsatz
von Medikamenten, Zeit, Nähe, Fantasie und
Hingabe brauche.“ (1961, S. 10) –*

Sie war entschieden gegen aktive Sterbehilfe und Suizidassistentz



Wo stehen wir?



Advance Care Planning
Deutschland

[Über uns](#) [Aktuelles](#) [ACP Konkret](#) [Schulungen](#) [Termine](#) [Mitarbeit](#) [FAQ](#) [Kontakt](#)



JETZT
Frühbucher-Rabatt sichern!
>> Teilnehmerregistrierung geöffnet

2. DEUTSCHER ACP-KONGRESS 2023

8. – 10. November 2023 im Maternus-Haus in Köln

EAPC Atlas 2019

Deutschland bei Palliativversorgung im europäischen Vergleich auf Rang 15

Montag, 27. Mai 2019



/Tyler Olson, stock.adobe.com

Berlin – In Europa arbeiten im Durchschnitt 0,8 Palliative Dienste für je 100.000 Einwohner. Hierzulande sind es 1,1 Dienste pro 100.000 Menschen. Das geht aus dem neuen Atlas zur Palliativversorgung der „European Association for Palliative Care“ (EAPC) hervor.

News - ACP-international



The graphic features a background image of a modern city skyline with a prominent skyscraper. Overlaid on the image is text and logos. In the top left, it says 'Advance Care Planning Australia' in green, with the tagline 'BE OPEN | BE READY | BE HEARD' below it. In the top right is the ACP-i logo, which consists of a blue circle containing a white leaf-like shape, with the text 'ACP-i Advance Care Planning international' to its left. At the bottom, a large teal box contains the text 'Announcement' and 'ACP-i 2025' in white.

Advance Care Planning Australia
BE OPEN | BE READY | BE HEARD

ACP-i
Advance Care Planning
international

Announcement
ACP-i 2025

What's in the pill?

Webinar: What's in the ACP-pill in Brazil? Why, what and how? May 27, 2024

This live online event will bring together speakers with broad expertise and from different areas of knowledge. An opportunity to discuss from the basics to the frontier of knowledge on this central topic about autonomy and person-centered care.



Luciana Dadalto
LL.M., PhD
Health Lawyer and Bioethist



Edison Iglesias de Oliveira Vidal
MD, MPH, PhD
Geriatrician and Palliative Care
Physician



Daniel Neves Forte
MD, PhD
Intensivist and Palliative Care
Physician

[To the registration](#)

Webinar: What's in the ACP-pill in Africa? Where we are and emerging priorities. June 13, 2024

[event description will be added soon]

Palliative care specialist

Legal person in advance care
planning

Palliative psychiatrist and bio
ethicist

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin



*Jeder Mensch hat das Recht,
in Würde zu sterben.
Helfen Sie uns, dafür
bessere Bedingungen
zu schaffen.*

Palliativ ohne Grenzen 06. – 10. Mai 2025

Save the date!



- **Wo: Oberammergau,
Kloster Ettal**
- **Schwerpunkte:
Palliativversorgung in der
Pflegeeinrichtung, bei
Behinderung oder psychischer
Erkrankung**

www.katharina-kasper-akademie.de

Der kleine Prinz und der Fuchs



„Hier mein Geheimnis. Es ist ganz einfach: man sieht nur mit dem Herzen gut.
Das Wesentliche ist für die Augen unsichtbar.“