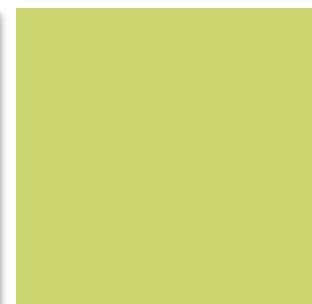
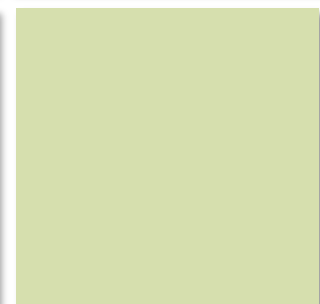
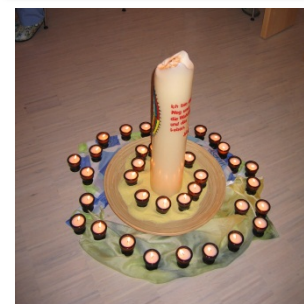


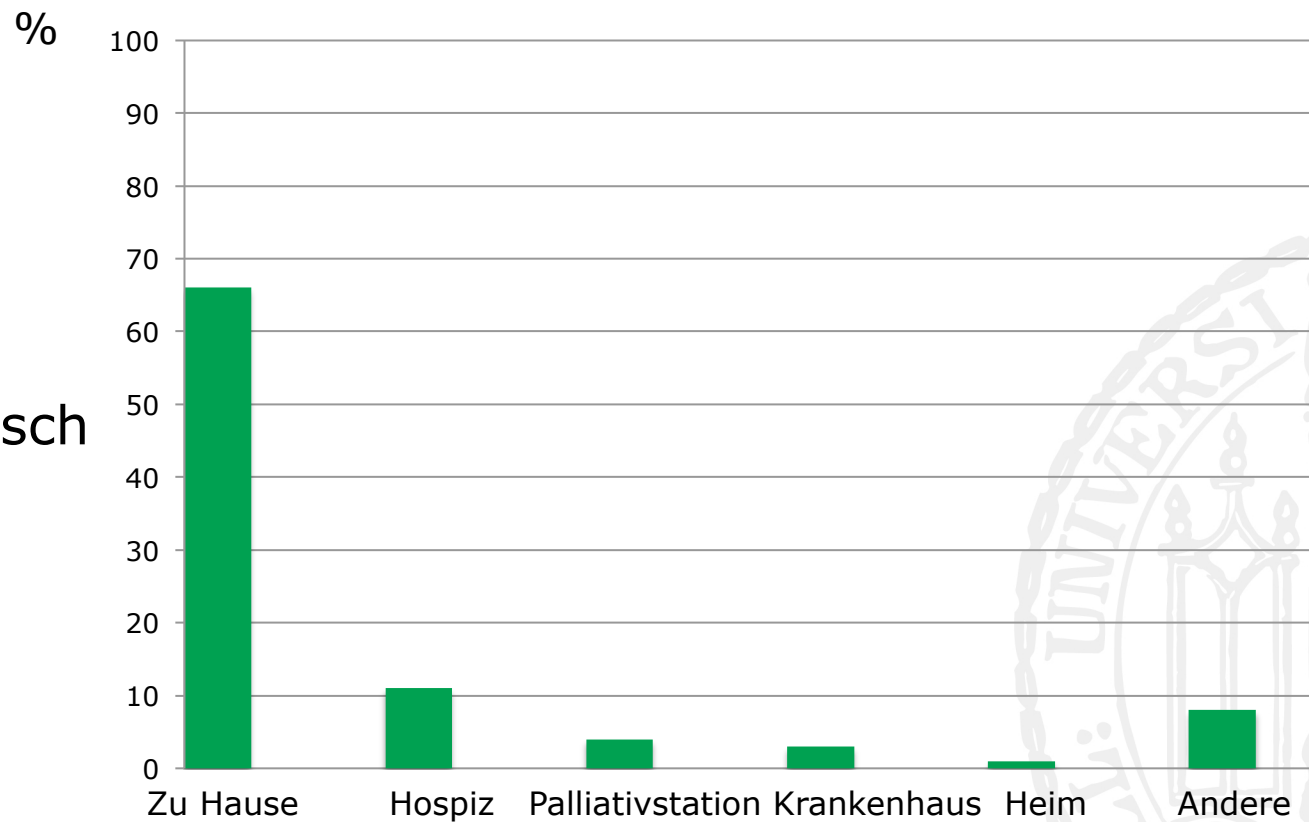
ACP IN DER SAPV

Berend Feddersen



Palliative Care

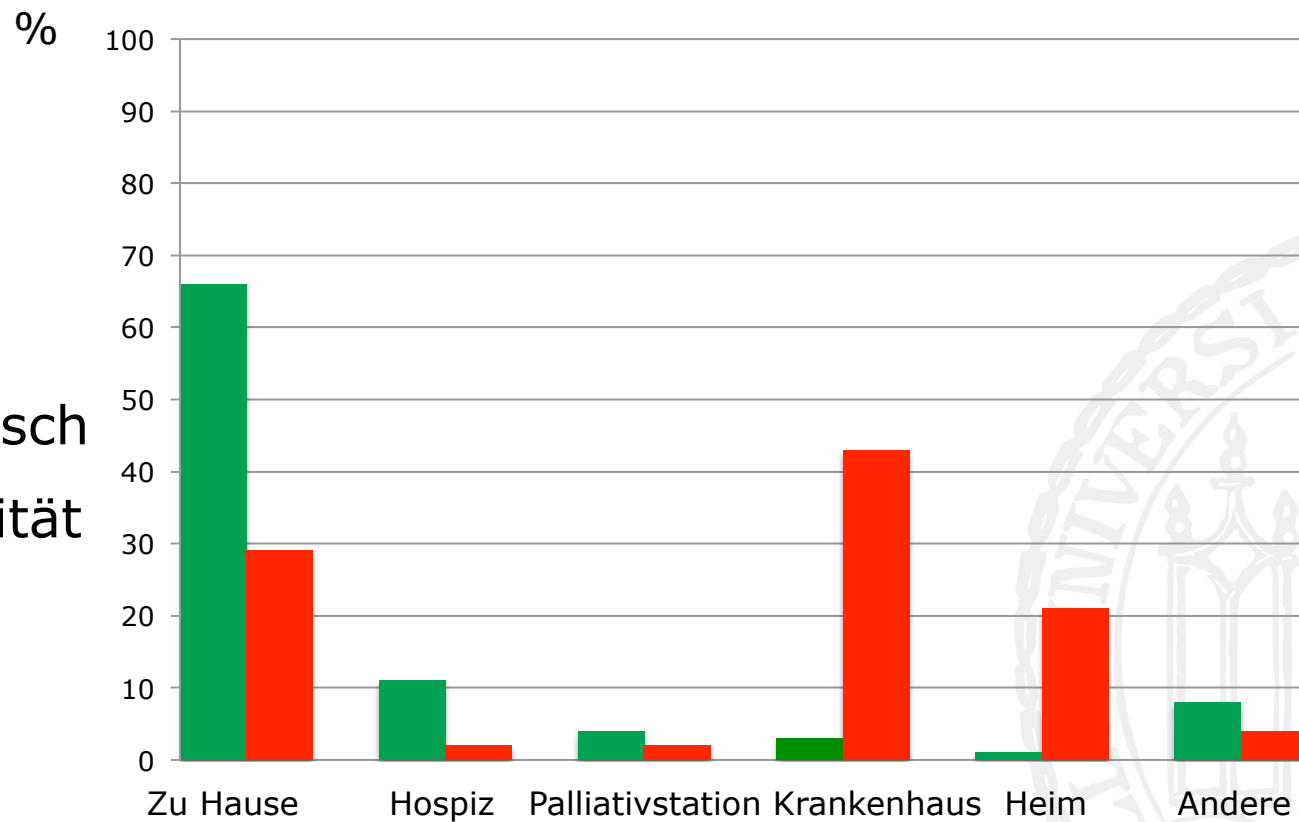
Wo möchten Sie sterben, wenn es soweit ist?



■ Wunsch

Palliative Care

Wo möchten Sie sterben, wenn es soweit ist?



■ Wunsch
■ Realität

Wir sind.....



..... eine
Palliativstation.....

..... auf vier Rädern für zu Hause !



Versorgung Schwerstkranker Patienten zu Hause

Symptomkontrolle steht im Vordergrund

Medikation (Basis und Bedarf) bei Bedarf Pumpenversorgung

Punktion (Aszites, Pleura)

Erstellen von Notfallplänen

Verhinderung von Notarzteinsätzen und Krankenhauseinweisungen

Koordination

Organisation von Hilfsmittel (Rollstuhl, Toilettenstuhl,

Pflegebett,....)

Organisation Pflegedienst

Beratung: Telefonat, persönliches Gespräch mit Betroffenen (Kranken, Angehörige) und/oder mit einem der Leistungserbringer der Primärversorgung.

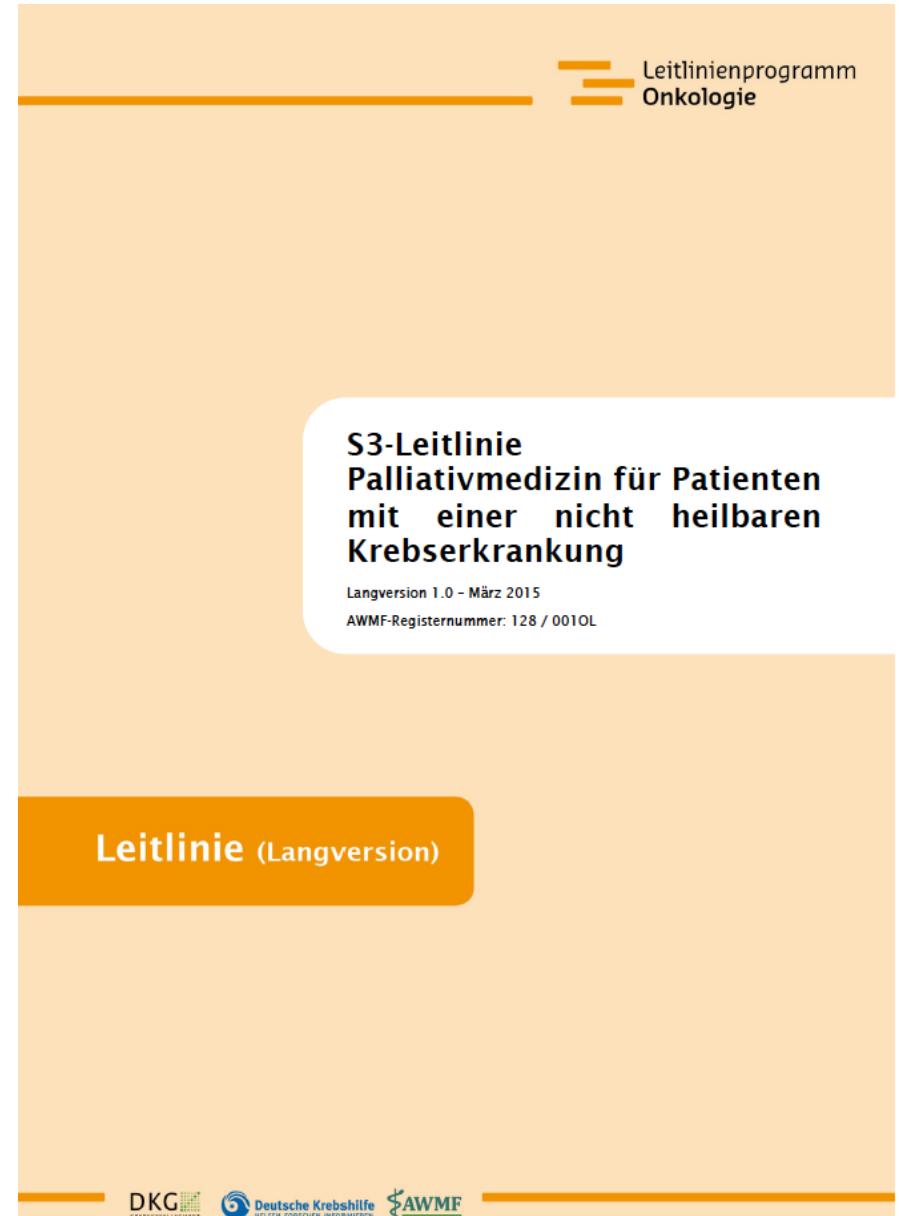
Koordination: direkter persönlicher Kontakt zum Betroffenen
ressourcenfokussierte Versorgungsplanung
Beratung für Therapie und das Vorgehen im Notfall
Vernetzung mit Leistungserbringern.

Teilversorgung: Beratungs- und Koordinationsleistungen
Hausbesuche, Aszites- und Pleurapunktionen, Pumpenversorgung
24-Stunden-Bereitschaft.

Vollversorgung: komplette Versorgung durch das SAPV-Team
(in Bayern nicht durchgeführt).

S3-Leitlinie

„Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“

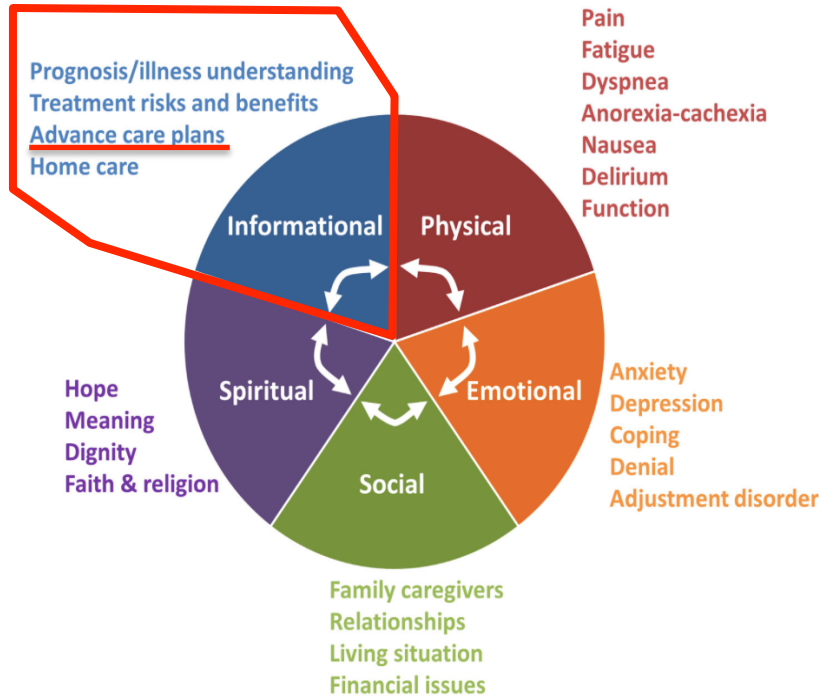


S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“

9.6. Vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning, ACP)

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
9.18.	Gegenstand der Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>soll</i> sein: • Umfang und Grenzen der Behandlung im Fall (erkrankungs-) typischer sowie häufiger und möglicher Szenarien und Komplikationen; • individuelle Präferenzen hinsichtlich der Versorgung in der letzten Lebensphase, des Betreuungs- und Sterbeortes sowie ggf. der Bestattung; • Benennung eines Vorsorgebevollmächtigten oder Vorschlag eines Betreuers.		EK	
9.19.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> das Angebot einer vorausschauenden Versorgungsplanung erhalten.		EK	
9.20.	Die Gesprächsbegleitung zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>soll</i> frühzeitig im Verlauf sowie wiederholt bei wesentlichen Veränderungen von Befinden und Prognose angeboten werden.		EK	
9.21.	Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>sollten</i> durch schriftliche Informationsmaterialien unterstützt sowie die Inhalte und Ergebnisse dokumentiert werden.		EK	
9.22.	In die Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>sollen</i> im Einvernehmen mit dem Patienten dessen Angehörige sowie gegebenenfalls Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer einbezogen werden.		EK	

Advance Care Planning

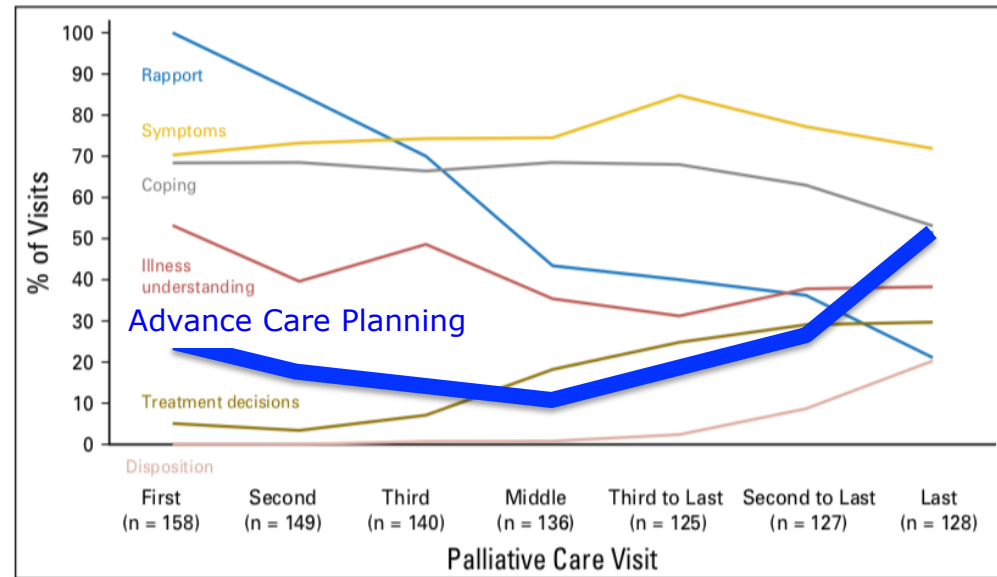


Hui et al., CA Cancer 2018

Advance Care Planning als Bestandteil eines multidimensionalen unterstützenden Behandlungsansatz

Systematic Review zu ACP zeigt durch ACP häufigere Patientenverfügungen, häufigere Behandlung nach Wunsch, bessere Kommunikation

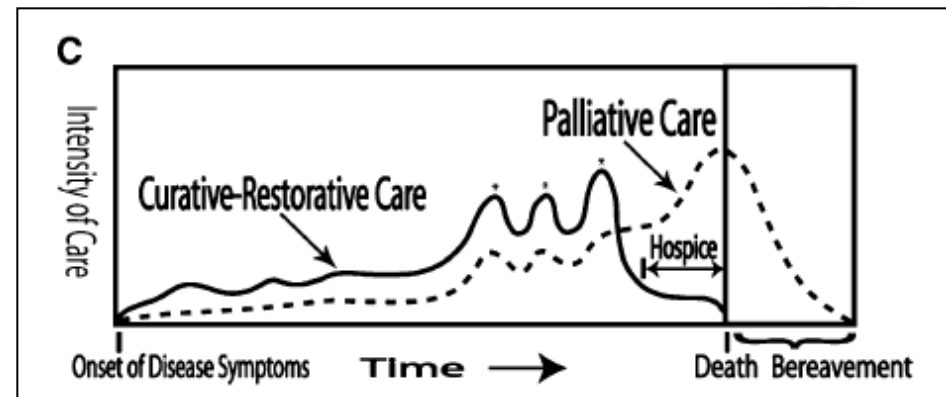
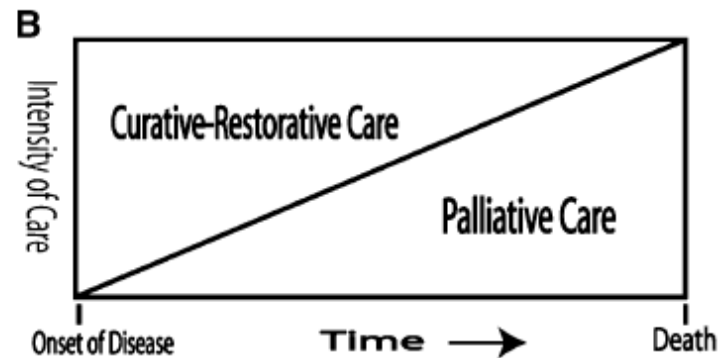
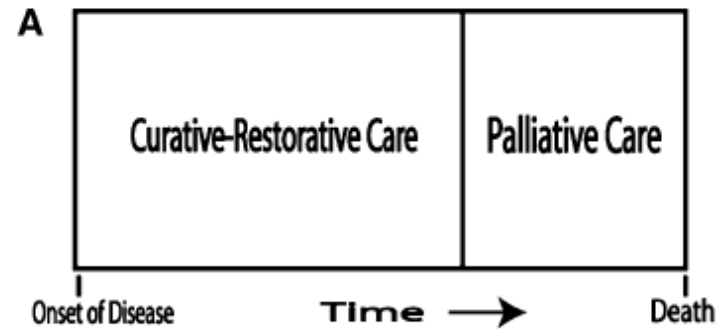
Houben et al. J Am Med Dir Assoc 2014



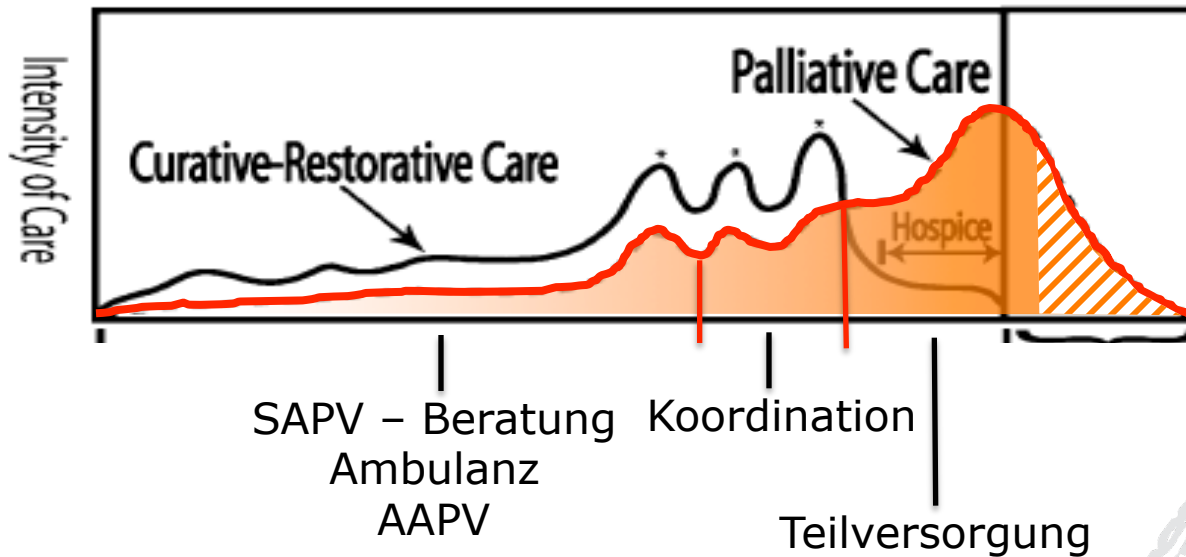
Hoerger et al., JCO 2018

Gespräche zu Advance Care Planning bei Palliativvisite im Verlauf zunehmend

Palliative Care Konzepte

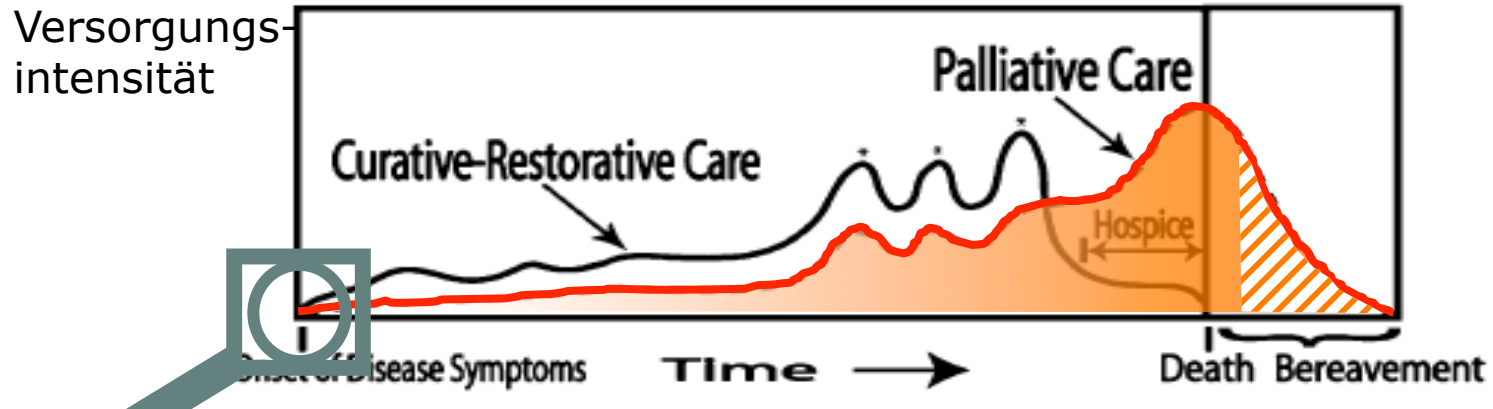


American Thoracic Society 2008



WANN braucht es WAS –

Triage durch Kommunikation / ACP



durch ACP Option im Vorfeld zu klären, wann sich das Therapieziel ändert.

ACP ist ein Prozess, muss immer wieder angepasst und überprüft werden

Therapieziel:
Lebensverlängerung aber
nur mit den Maßnahmen die
zu Hause möglich sind.

Therapieziel:
Palliation, reine Leidenslinderung,
wenn möglich Verbleib im
bisherigen heimischen Umfeld.

DIV-BVP PATIENTENVERFÜGUNG © DIV-BVP e.V. 2018-1 | Deutschland | S. 7

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung _____
Vorname _____
geb. am _____
Ansprechpartner im Notfall (Tel.): _____

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 möglich und 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.“
☐ * Ein Krisenplan wurde erstellt.

X
Unterschrift und Stempel des zertifizierten Arztes

_____, den ____ . ____ . 20____
„Diese ÄNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“
X
Unterschrift der oben genannten Person
„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“
X
Ggf. Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten/Betreuers
„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“
X
Unterschrift und NAME des DIV-BVP-Gesprächsbegleiters

! Diese ÄNo gilt solange 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.

Therapieziel:

Lebensverlängerung auch
mittels einer Behandlung im
Krankenhaus.



SAPV Versorgung
pausieren, Wiedereinstieg
bei erneutem Trigger.

DIV-BVP PATIENTENVERFÜGUNG © DIV-BVP e.V. 2018-1 | Deutschland | S. 7

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung _____
Vorname _____
geb. am _____
Ansprechpartner im Notfall (Tel.): _____

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 möglich und 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.“
☐ * Ein Krisenplan wurde erstellt.

X
Unterschrift und Stempel des zertifizierten Arztes

_____, den ____ . ____ . 20____
„Diese ÄNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“
X
Unterschrift der oben genannten Person
„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“
X
Ggf. Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten/Betreuers
„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“
X
Unterschrift und NAME des DIV-BVP-Gesprächsbegleiters

! Diese ÄNo gilt solange 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.

Daten aus der SAPV

Patienten in Beratung / Koordination

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 möglich und 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

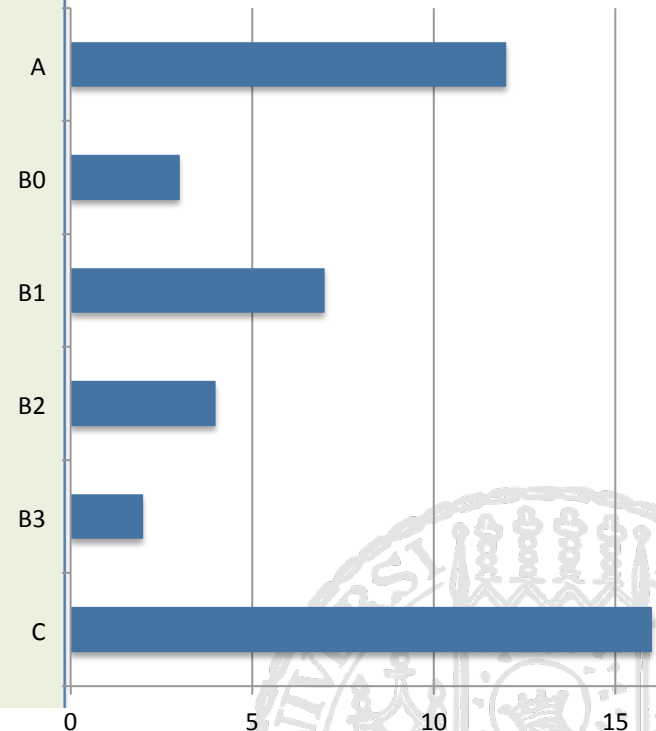
☐ **B1** ●●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

☐ **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



n=44

Stärkster Effekt Entlastung Angehörige



www.deacademic.de

KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN®

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR PALLIATIVMEDIZIN



Wir müssen dafür sorgen,
dass das Sterben
unbeschleunigt,
unverzögert und auch
ungestört geschehen kann.

Franco Rest

Schroff®

31/403

Dahoam sterbn d' Leit



HOUSE
& TECHNO
Mi, Do, Fr & Sa
ab 23 Uhr

Harry Klein • Sonnenstraße 8
www.harrykleinclub.de

Danke!