



Behandlung im Voraus planen (BVP)

Dr. Thomas Otten
Beauftragter für Ethik im
Gesundheitswesen im Erzbistum Köln

07.03.2017

Übersicht



I Hintergrund

II Grundlagen I

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung

III Grundlagen II

Herkömmliche Patientenverfügungen

IV Behandlung im Voraus planen (BVP) - Hintergrund

V Behandlung im Voraus planen (BVP) - Konzept

VI BVP konkret - Begleitung/Beratung

VII BVP konkret - Handeln im medizinischen Notfall

HINTERGRUND

- Etwa 2/3 aller Sterbefälle geht heutzutage eine von Menschen getroffene Entscheidung voraus: „End of Life Decision“
- bei den meisten dieser Menschen ist zum Zeitpunkt der Entscheidung keine Einwilligungsfähigkeit mehr gegeben
- die Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer medizinischen Entscheidungssituation bei Einwilligungsunfähigkeit ist für Menschen in stationären Altenhilfeeinrichtungen hoch
- Chronisch-(mehrfach-) erkrankte und alte Menschen möchten vielfach nicht mehr alle prinzipiell noch möglichen lebensverlängernden Behandlungen erhalten
- Viele Menschen haben Angst davor, am Lebensende Therapien unterzogen zu werden, die von ihnen selber nicht mehr gewollt sind
- *der* Experte für ein individuelles Leben ist die jeweilige Person selber

Übersicht

I Hintergrund

 II **Grundlagen I**

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung

III Grundlagen II

Herkömmliche Patientenverfügungen

IV Behandlung im Voraus planen (BVP) - Hintergrund

V Behandlung im Voraus planen (BVP) - Konzept

VI BVP konkret - Begleitung/Beratung

VII BVP konkret - Handeln im medizinischen Notfall

Grundlagen I

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung

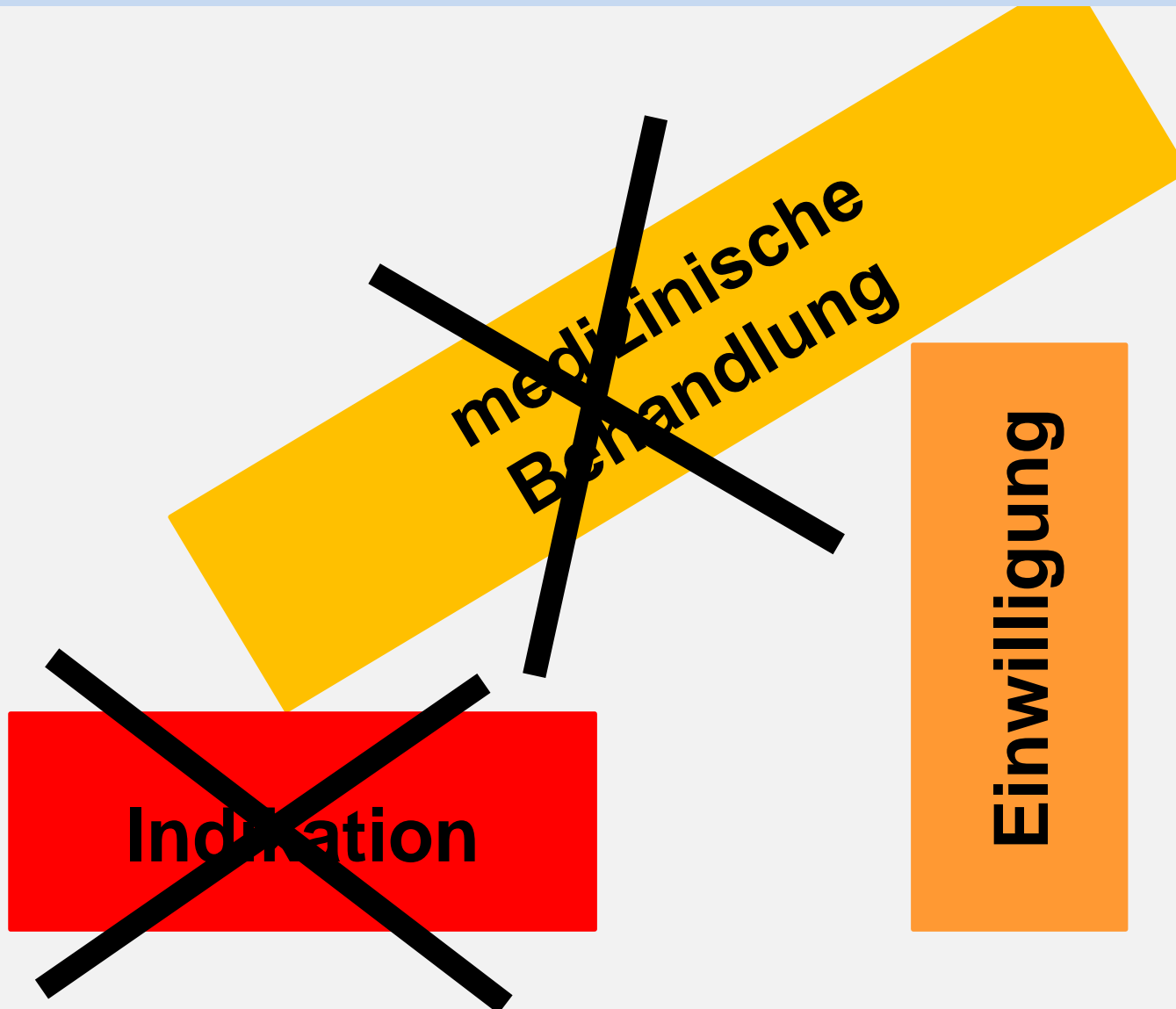
**medizinische
Behandlung**

Indikation

Einwilligung

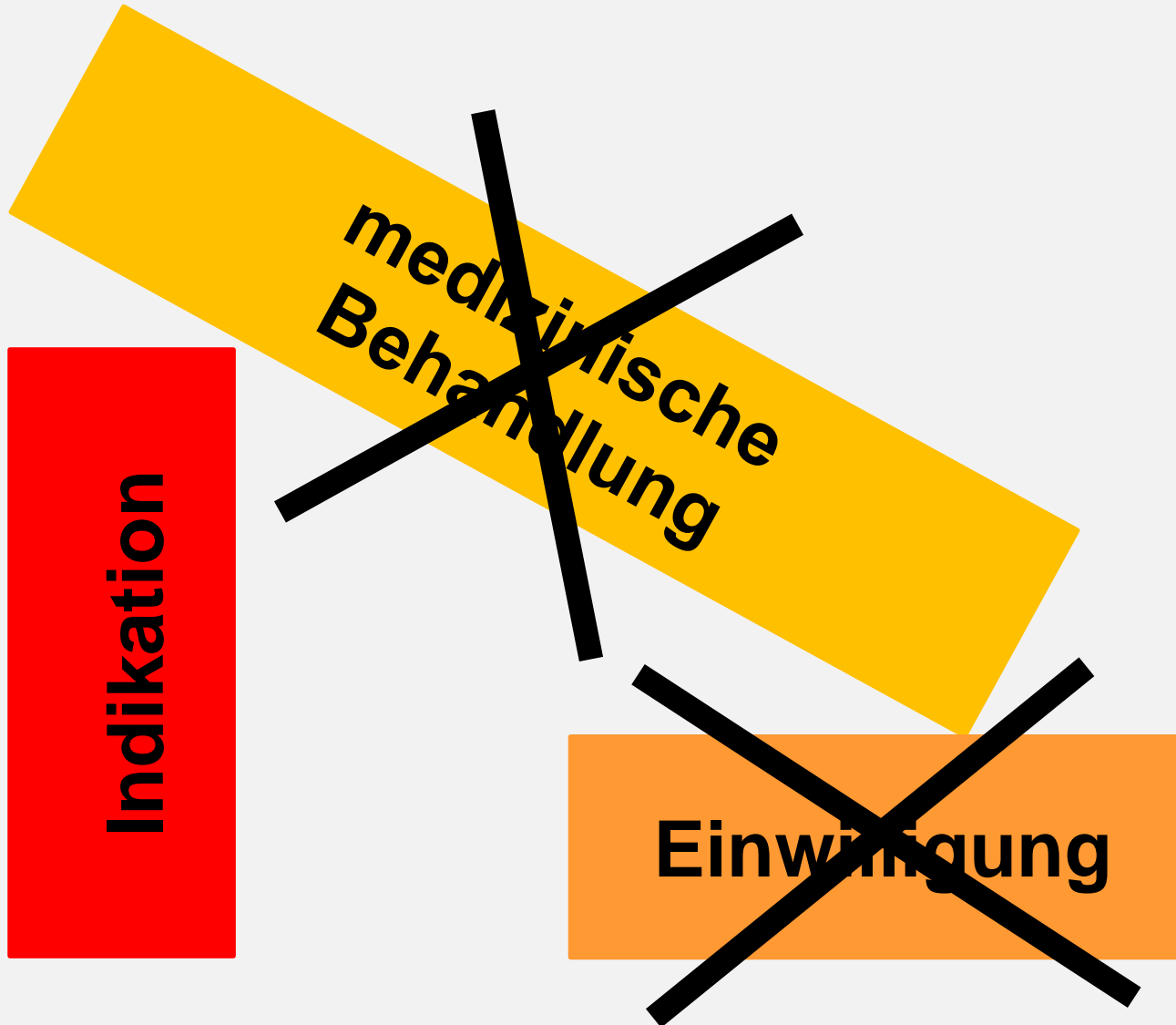
Grundlagen I

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung



Grundlagen I

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung



Grundlagen I

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung

- **Patientenwille (= Bewohnerwille) ist maßgeblich**
- **auch im Falle aktuell nicht gegebener Einwilligungsfähigkeit!!!**

Grundlagen I

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung

Aufgabe (des Arztes): Befähigung zur „informierten Einwilligung“ (informed consent):

- empathisch
- partnerschaftlich
- Informationsfluss in beide Richtungen
- Haltung: Respekt vor der Selbstbestimmung
- gemeinsam herausfinden, was für den Patienten das Richtige ist
- authentisch
- Kongruenzprüfung, evtl. Rückfrage (Konfrontation)

→ Shared Decision Making / Gemeinsame Entscheidungsfindung

Übersicht

I Hintergrund

II Grundlagen I

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung

 III **Grundlagen II**

Herkömmliche Patientenverfügungen

IV Behandlung im Voraus planen (BVP) - Hintergrund

V Behandlung im Voraus planen (BVP) - Konzept

VI BVP konkret - Begleitung/Beratung

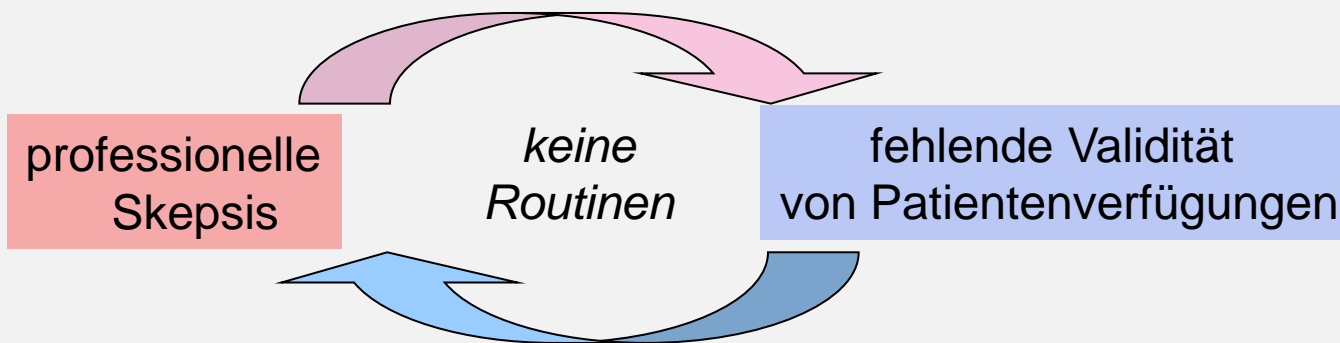
VII BVP konkret - Handeln im medizinischen Notfall

Grundlagen II

Herkömmliche Patientenverfügungen

100%	ärztlicherseits / pflegerischerseits nicht befolgt	100%
100%	nicht verlässlich (valide)	100%
100%	nicht aussagekräftig / belastbar	100%
100%	nicht auffindbar / nicht mitgegeben	100%
12,4%	nicht vorhanden (Prävalenz 10- 20%)	100%

Notfall !



Übersicht

I Hintergrund

II Grundlagen I

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung

III Grundlagen II

Herkömmliche Patientenverfügungen

 **IV Behandlung im Voraus planen (BVP) - Hintergrund**

V Behandlung im Voraus planen (BVP) - Konzept

VI BVP konkret - Begleitung/Beratung

VII BVP konkret - Handeln im medizinischen Notfall

Behandlung im Voraus planen (BVP)

Hintergrund

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung -

Viertes Kapitel - Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern (§§ 69 - 140h)

Achter Abschnitt - Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern (§§ 132 - 134a)

§ 132g

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

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

(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.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Vereinigungen der Träger der in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen auf Bundesebene erstmals bis zum 31. Dezember 2016 das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der Versorgungsplanung nach den Absätzen 1 und 2. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den für die

Behandlung im Voraus planen (BVP)

Hintergrund

Advance Care Planning (ACP)



beizeiten begleiten



Gesundheitliche Versorgungsplanung



Behandlung im Voraus planen (BVP)

Behandlung im Voraus planen (BVP) Hintergrund

Respecting Choices

- Seit Anfang der 1990er Jahre (zunächst als „advance directive education program“) in La Crosse (Wisconsin) entwickelt
- „Gundersen Lutheran Medical Foundation“, zentraler Gesundheitsdienstleister in La Crosse County
- Modell für weltweit zahlreiche ACP-Programme





Learn from the experts in advance care planning

Attend Respecting Choices First Steps and Last Steps ACP training

Register

Learn More

[Learn how to become RC certified](#)

[Take RC online curriculum](#)

[Shop Respecting Choices products](#)

[Frequently Asked Questions](#)

[Join Our Email List](#) 561

Respecting Choices®

Transforming person-centered care

Respecting Choices (RC) is an internationally recognized, evidence-based model of advance care planning (ACP) that creates a healthcare culture of person-centered care; **care that honors an individual's goals and values for current and future healthcare.**

Respecting Choices coordinated, systematic approach to ACP has been successfully replicated in diverse communities and cultures worldwide and integrated into major healthcare organizations such as:

- Kaiser Permanente of Northern California
- Dartmouth Hitchcock
- Wisconsin Medical Society

The Respecting Choices model also assists organizations in achieving accreditation and certification, and meeting legal and regulatory requirements.

Mission

Evidenz

La Crosse Advance Directive Study (LADS)

	LADS I (1995-1996) n = 540	LADS II (2007-2008) n = 400
Schriftliche Vorausplanung	85 %	90 %
verfügbar	95 %	99,4 %
Aussagekraft	Reanimation: 63 % Krankenhaus-Einweisung: 15 %	Reanimation: 93 % Krankenhaus-Einweisung: 65 %
Über-einstimmung	98 %	99,5 %

Looking for documents?

Click here to view Advance Care Directives & Plans

FOR EVERYONE

FOR PROFESSIONALS

CREATE A CARE PLAN

WATCH YOUR STORIES

Advance care planning is a series of steps you can take to help you plan for your future health care. Start the conversation now.

CLICK HERE TO LEARN MORE



2015 Victorian Advance Care Planning Strategy Implementation Forum

24 NOVEMBER 2015

2015 Advance Care Planning & End of Life Care National Conference

24 & 25 NOVEMBER 2015
Melbourne, Victoria
Melbourne Convention and Exhibition Centre

News & Events

NEW RESOURCE FOR HEALTH PROFESSIONALS

19TH FEBRUARY 2015

The Government of Western Australia, Department of Health have released a training package for Advance CPR decision-making in the hospital setting. The package...

2015 NATIONAL CONFERENCE CONCLUDES SUCCESSFULLY

01ST DECEMBER 2015

The 2015 Advance Care Planning and End of Life Care National Conference concluded on 25 November, leaving participants with many ideas to ponder from the vast...



Charles 'Bud' Tingwell

Advance Care Planning Explained

The late Australian actor, Charles "Bud" Tingwell AM was a passionate and early advocate of advance care planning; he and his wife Audrey both completed advance care directives before they died. Here in a special video he recorded for us, Bud explains what ACP is and how to do it.

[View All](#)

Contacts & Links

[Australian Capital Territory](#)

[New South Wales](#)

[Northern Territory](#)

[Queensland](#)

[South Australia](#)

[Tasmania](#)

[Victoria](#)

[Western Australia](#)

Advance Care Planning (or ACP) is the process of thinking about, talking about and planning for future health care and end of life care.

Home

How To

Resources

Stories

FAQ

Advance Care Planning asks "What matters to you?"

Advance care planning gives everyone a chance to say what's important to them. It helps people understand what the future might hold and to say what treatment they would and would not want. It helps people, their families and their healthcare teams plan for future and end of life care.

This makes it much easier for families and healthcare providers to know what the person would want - particularly if they can no longer speak for themselves.

Looking to get started? Find out how.

"It was good to talk about it with my wife as I didn't realise she had different ideas to me."



Quick links for Healthcare Workers

General Information

Resources

Training

Read our newsletter to find out what's happening with Advance Care Planning across New Zealand.

Newsletter

We want your feedback!

You're invited to take part in a short survey to provide feedback on our Advance Care Planning (ACP) Guide and pull out Plan. This is part of a national project and we would like to hear from as many people as possible.

To take part you will need to have read the documents which are here:

- Guide
- Plan

For members of the public to provide feedback, please click:

Public Feedback

For healthcare staff to provide feedback, please click:

Healthcare Feedback

Survey close 01 March 2018

A short introduction to Advance Care Planning





International Society of Advance Care Planning and End of Life Care (ACPEL)

2013 Conference Major Sponsors



It gives me great pleasure to welcome you to the International Society of Advance Care Planning and End of Life Care.

The idea for the creation of this international society was inspired by the exciting collaboration between like-minded people during the preparation for the inaugural International Conference on Advance Care Planning held in Melbourne, Australia in April 2010.

That conference, which began as a aspirational wish in 2008, succeeded in bringing together a wonderful group all united by the desire to improve the care that we provide to the patients who entrust themselves to us.

[Visit Conference Website](#)

[Join Here](#)

5th International Society of
Advance Care Planning and End
of Life Care Conference

9-12 September 2015
Munich, Germany

For further information, please go
to www.acpel2015.org

To view press releases associated with the
4th International Society of Advance Care
Planning and End of Life Care Conference
held on 9-11 May 2013 in Melbourne,
Australia, please click [here](#).

To view the Conference website, please go to
www.acpelsociety.com/conference

To pre-order your DVD pack containing
plenary and concurrent session
presentations videotaped throughout the
Conference, please fill out the [DVD
purchase form](#) and return it to
acpelsociety@acpelsociety.com. More
information about the DVDs and the cost
of postage will be provided soon.

Donation support for the [International Society of
Advance Care Planning and End of Life
Care](#). Donation support from individuals or



5th International Conference on
**Advance Care Planning
 and End of Life Care**

9–12 September 2015
 Munich, Germany

www.acpel2015.org



GENERAL
 INFORMATION

SCIENTIFIC
 INFORMATION

REGISTRATION &
 ACCOMMODATION

CONFERENCE
 SUPPORTER

USEFUL LINKS &
 DOWNLOADS

ADVANCE CARE PLANNING – KEY TO PATIENT-CENTRED CARE

WELCOME ADDRESS OF THE GERMAN FEDERAL MINISTER OF HEALTH, HERMANN GRÖHE

Dear Conference participants,

Allow me to extend a warm welcome to the **5th International Society of Advance Care Planning and End of Life Care Conference** that, for the first time, is being held in Germany. I am glad that you, as leading scientists and practitioners from all over the world, are here to discuss the challenges, options and possibilities that hospice care offers.

FOREWORD BY ANNETTE WIDMANN

parliamentary state secretary at the German Federal Government
 Advance Care Planning appearing this year in the *Journal of Palliative Care*

- Mehr als 350 Tln.
 - aus 34 Nationen, u. a.:
 Australien, Belgien, Deutschland, Großbritannien, Hong Kong, Irland, Italien, Japan, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Schweiz, Singapur, Spanien, USA

MORE INFORMATION FOR
 PRESENTING AUTHORS



[...read more](#)

THE ORGANIZING CHAIRS WELCOME YOU

Dear colleagues and friends,

It is a great honour and pleasure to invite you to the **5th International Conference on Advance Care Planning and End of Life Care**. 9-12 September 2015 at the Ludwig-Maximilians-University Munich.

Deutsch-
 sprachige
 Angebote

Übersicht

I Hintergrund

II Grundlagen I

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung

III Grundlagen II

Herkömmliche Patientenverfügungen

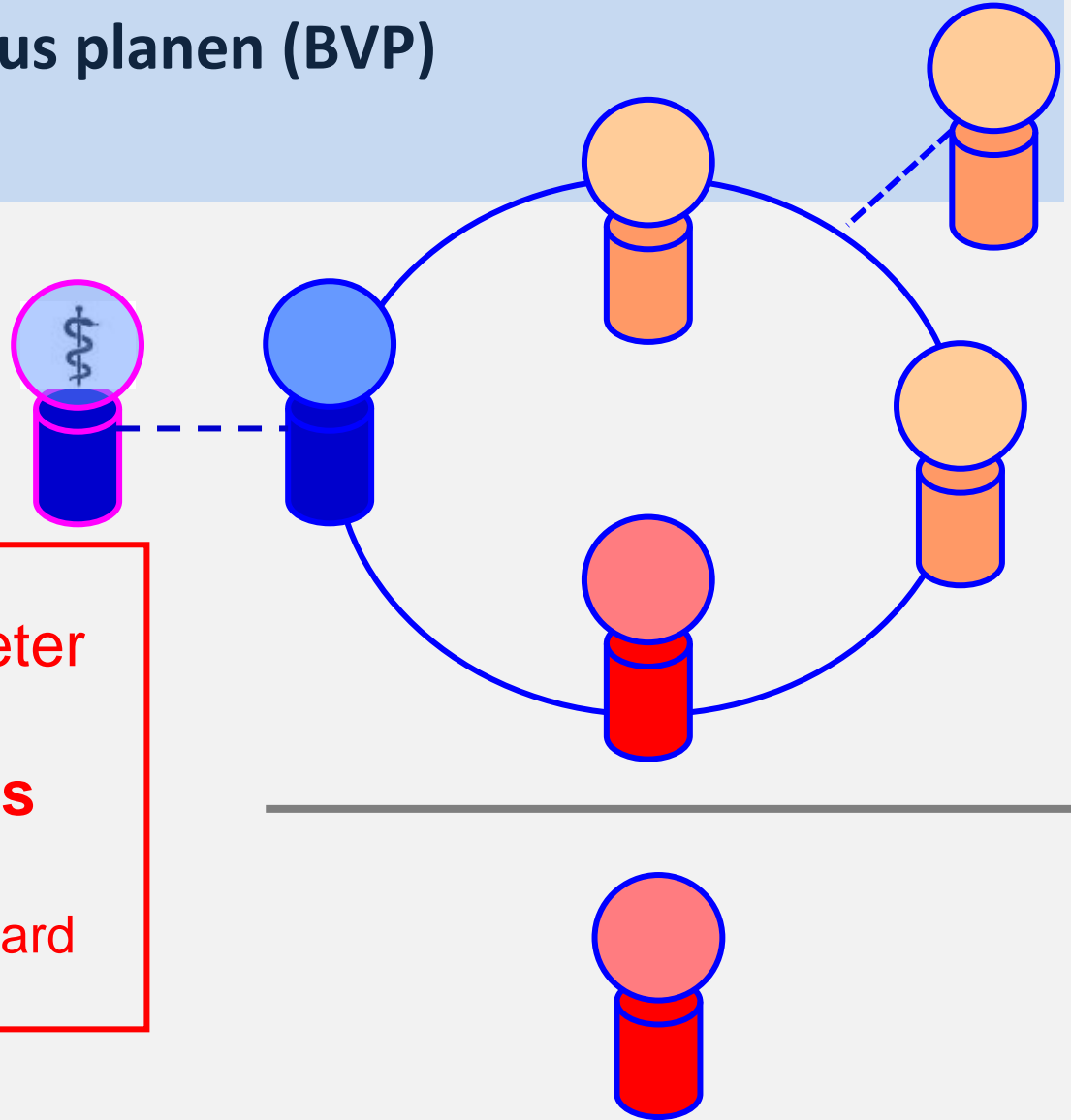
IV Behandlung im Voraus planen (BVP) - Hintergrund

 **V Behandlung im Voraus planen (BVP) - Konzept**

VI BVP konkret - Begleitung/Beratung

VII BVP konkret - Handeln im medizinischen Notfall

Behandlung im Voraus planen (BVP) Konzept



professionell begleiteter

Gesprächsprozess

informed consent Standard

Behandlung im Voraus planen (BVP) Konzept

Advance Care Planning (ACP) Behandlung im Voraus planen (BVP)

professionell begleiteter

Gesprächsprozess

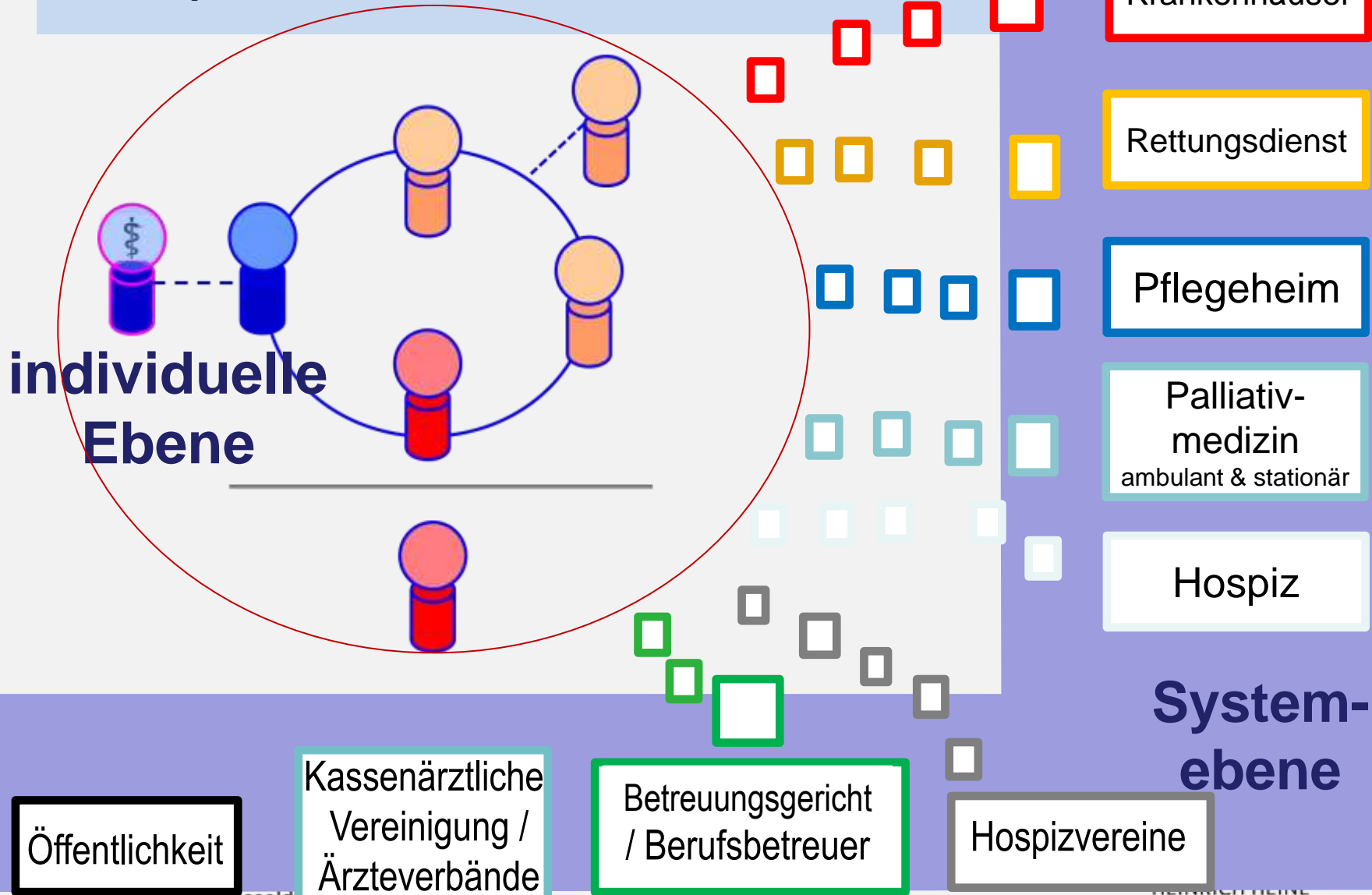
informed consent Standard

regionale

Implementierung

Kultur der Vorausplanung

Behandlung im Voraus planen (BVP) Konzept



**System-
ebene**

Behandlung im Voraus planen (BVP) Konzept

Regionales BVP-Programm

1. Aufsuchendes Angebot
2. **Qualifizierte Unterstützung (*Begleitung*)**
3. Professionelle Dokumentation → PV, VV, **Notfallbogen**
4. Archivierung, Zugriff und Transfer
5. Aktualisierung, Konkretisierung im Verlauf (Prozess)
6. Beachtung – Befolgung durch Dritte
7. Kontinuierliche Qualitätssicherung

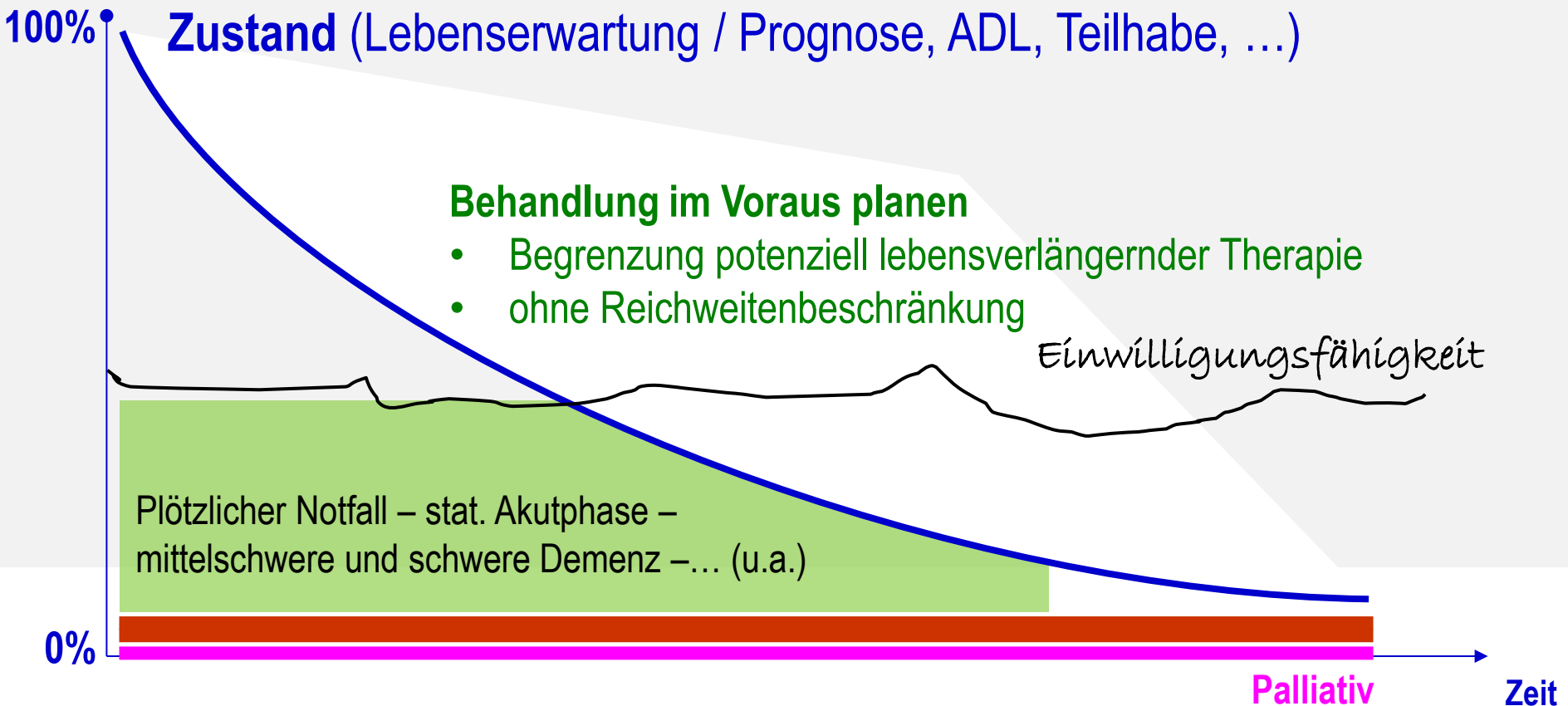
Aus der aktuellen Patientenverfügung des Bundesministeriums für Justiz: WENN...

... ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde [...]

... ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist [...]

... infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, **Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten**, [...] aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. [...]

... ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen



Übersicht

I Hintergrund

II Grundlagen I

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung

III Grundlagen II

Herkömmliche Patientenverfügungen

IV Behandlung im Voraus planen (BVP) - Hintergrund

V Behandlung im Voraus planen (BVP) - Konzept

 **VI BVP konkret - Begleitung/Beratung**

VII BVP konkret - Handeln im medizinischen Notfall

BVP konkrete Begleitung/

Patientenverfügung

Name: _____ ggf. Einrichtungsstempel
Vorname: _____
geb. am: _____
Adresse: _____

Ansprechpartner im Notfall

Name: _____ Telefon: _____

„Dieses Dokument ist eine Vorausverfügung meines Willens zu Fragen künftiger Behandlungen für den Fall, dass ich lebensbedrohlich erkrankte und meinen Behandlungswillen selbst (akut oder dauerhaft) nicht mehr äußern kann. Als Patientenverfügung ist dieses Dokument für alle an meiner Behandlung Beteiligten verbindlich. Soweit es allgemeine Behandlungswünsche enthält, sollen diese Richtschnur für die Behandlungsentscheidung meines Vertreters (Vorsorgebevollmächtigter / Betreuer) sein. Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.“

Inhalt

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben
Intensivmedizinische Behandlung bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung
Behandlung bei akutem schwerem Schlaganfall
Behandlung bei dauerhafter Unfähigkeit selbst zu entscheiden
Schmerz- und Palliativtherapie
Besonderheiten
Persönliche Hinweise
Zustandekommen und Verbindlichkeit dieser Patientenverfügung
Aktualisierung und Fortschreibung

Zur Beachtung: Die in dieser vorausschauenden Behandlungsplanung enthaltenen Dokumente wurden für das Projekt *beizeiten begleiten*® entwickelt, dem eine qualifizierte Gesprächsbegleitung bei der Entwicklung einer persönlichen Vorausverfügung zugrunde liegt; vgl. www.beizeitenbegleiten.de. Diese Formulare verwenden Fachsprache und sehen Festlegungen für komplexe künftige medizinische Szenarien vor. Es wird dringend empfohlen, diese Formulare nur mit Unterstützung einer professionellen Gesprächsbegleitung durch eine für das Projekt *beizeiten begleiten*® qualifizierte Fachperson auszufüllen. Andernfalls drohen Missverständnisse mit fatalen Folgen, etwa die Unterlassung einer Maßnahme im Notfall (mit Todesfolge), deren lebensrettende Durchführung gewollt gewesen wäre.

BVP konkret Begleitung

(Haus-)Ärztliche Anordnung für den Notfall HANNo®



Name: _____
Vorname: _____
geboren am: _____
Ansprechpartner im Notfall (Telefon) _____

Adresse oder ggf. Stempel der Einrichtung: _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:

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

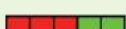
THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – so weit medizinisch möglich und vertretbar (A):

A  Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Maßnahmen (B0 bis B3):

B0  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B1  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung

B2  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine Behandlung auf Intensivstation

B3  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine Behandlung auf Intensivstation,
keine Mitnahme ins Krankenhaus

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung:

C  Ausschließlich lindernde (palliative) Maßnahmen

_____, den ____ . ____ . 20____
„Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit
und Verständnis der Implikationen dieser
Entscheidung.“

Unterschrift und Stempel
des zertifizierten (Haus-) Arztes

_____, den ____ . ____ . 20____
„Diese HANNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“

Unterschrift der o.g. Person (bei Einwilligungsfähigkeit)

„Diese HANNo gibt den geäußerten / mutmaßlichen
Behandlungswillen der o.g. Person angemessen wieder.“

Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten / Betreuers

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

Unterschrift und NAME des zertifizierten Gesprächsbegleiters

Diese HANNo ist der notfallmedizinisch relevante Teil der zugehörigen Patientenverfügung / Vertreterverfügung, der ein qualifizierter Beratungsprozess gemäß *beizeiten begleiten*-Standard zugrundeliegt. Die vorliegende HANNo reflektiert den (mutmaßlichen) Willen der o.g. Person und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, sofern die o.g. Person nicht selbst einwilligungsfähig ist. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Bevollmächtigte bzw. Betreuer zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANNo siehe Rückseite.

Übersicht

I Hintergrund

II Grundlagen I

Voraussetzung jeder medizinischen Behandlung

III Grundlagen II

Herkömmliche Patientenverfügungen

IV Behandlung im Voraus planen (BVP) - Hintergrund

V Behandlung im Voraus planen (BVP) - Konzept

VI BVP konkret - Begleitung/Beratung

 **VII BVP konkret - Handeln im medizinischen Notfall**

BVP konkret

Handeln im medizinischen Notfall


Situation Herzstillstand

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


THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – so weit medizinisch möglich und vertretbar (A):


A  Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel (B0 bis B3):

B0  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B1  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung

B2  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine Behandlung auf Intensivstation

B3  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung,
keine invasive (Tubus-) Beatmung,
keine Behandlung auf Intensivstation,
keine Mitnahme ins Krankenhaus

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung:

C  Ausschließlich lindernde (palliative) Maßnahmen

- Reanimation (wenn nicht offensichtlich unsinnig!)
- Notarzt rufen


BVP konkret

Handeln im medizinischen Notfall


Situation Herzstillstand

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


THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – so weit medizinisch möglich und vertretbar (A):


A  Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel (B0 bis B3):

B0  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B1  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung

B2  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine Behandlung auf Intensivstation

B3  Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine Behandlung auf Intensivstation, keine Mitnahme ins Krankenhaus

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung:

C  Ausschließlich lindernde (palliative) Maßnahmen

Sterbebegleitung
Arzt und Angehörige informieren

BVP konkret

Handeln im medizinischen Notfall

Alle anderen medizinischen Notfallsituationen

Formular zur Dokumentation einer Notfallsituation. Ein roter Kreis hebt den Bereich der Assessment-Optionen hervor.

NAME: _____
PLATZ NR.: _____
PROBENOMMER IM NOTFALL ZENTRUM: _____

Es einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gibt bei z.B. Trauma, sofern diese nicht selbst
blutstillungsfähig ist:
(Hier bitte Antwort angeben: B1, B2, B3 oder C) – (nur ungültig)

THEMAFEZEL = Lebensverlängerung – so weit medizinisch möglich und vertretbar

A Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

THEMAFEZEL = Lebensverlängerung, aber mit folgender Einschränkung der Mittel (B0 bis B3)

B0 Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B1 Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung;
keine invasive (Tubus-) Beatmung

B2 Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung;
keine invasive (Tubus-) Beatmung;
keine Sedierung auf Atemintubation

B3 Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung;
keine invasive (Tubus-) Beatmung;
keine Behandlung auf Atemintubation;
keine Intubation im Krankenhaus

THEMAFEZEL = Lenkung (Palliative), nicht Lebensverlängerung

C Ausschließlich indirekte (palliative) Maßnahmen

Ich bestätige Einsparungsfähigkeit
und Verantwortlichkeit der Implikationen dieser
Entscheidung

Unterschrift und Stempel
des/der/rufen (Name) (Name)

„Diese Mittel ist Ausdruck meines Behandlungsplanes“
Unterschrift der z.B. Person (bei Einwilligungsfähigkeit)

„Diese Mittel gibt die gefährdeten / mutmaßlichen
Schwerkranke/sterben der z.B. Person entgegen zu werden.“

Unterschrift und Stempel des Bewusstlosigen / Betreuers

Ich habe das Entscheidungsgespräch begleitet.

Unterschrift und Stempel des/der/rufen Gesprächsleitenden

Diese Mittel ist der verlässlichste dokumentierte Teil der Patienten- und Angehörigen-Entscheidungsgespräche. Der Prozess der Entscheidungsfindung gemäß unserer Behandlungsrichtlinien ist dokumentiert. Bitte nicht unterschreiben, wenn Sie nicht teilnehmen und nicht zugestimmt haben.

Handeln wie gewohnt: Pflegerische Versorgung
und (wenn nötig) Arzt rufen.
Arzt „HAnNO“ vorlegen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Behandlung im Voraus planen (BVP)

Implementierung/Rollen

Behandlungskonzept

Personen (BVP)

Individuelle Ebene

qualifizierter Gesprächsbegleiter

Erörtert Präferenzen mit Person / Bevollmächtigtem

Bewohner(in)/ Patient(in)

vertrauensperson

Qualifizierter (Haus)-Arzt

unterstützt bei schwierigen Gesprächen

bestätigt Einwilligungsfähigkeit

kommuniziert

Regionaler BVP-Projektkoordinator

trägt Gesamtverantwortung

koordiniert

Optimiert Schnittstellen

Qualitätssicherung

moderiert

vernetzt

Öffentlichkeit

Kassenärztliche Vereinigung / Ärzteverbände

Betreuungsgericht / Berufsbetreuer

Hospizvereine

Systemebene

Krankenhäuser

Rettungsdienst

Pflegeheim

Palliativmedizin
ambulant & stationär

Hospiz

Behandlung im Voraus planen (BVP) Zeitaufwand (2 Jahresprojekt)

Gesprächsbegleiter (GB)

Monate 1 - 6

	Stunden	Begleitungen
3-tägige Präsenzschiilung	24	
Gesprächsbegleitungen	60	20
6 Supervisionen	12	
3 Plenartreffen	9	
2 Projektgruppensitzungen	6	
SUMME	111	

Monate 7 - 24

Gesprächsbegleitungen	144 (8 Std. x18 Monate)	48
9 Plenartreffen	27	
6 Projektgruppensitzungen	18	
SUMME	189	

SUMME Monate 1 - 24 **300** **68**

Monate 1 - 24

Projektkoordination **240** (10 Std. x24 Monate)

1 GB pro 50 Bewohner