

Good Practice und ExpertInnenforum

Panel IV

Autonomie fürsorglich ermöglichen Behandlungsplanung und TZÄ bei MmD im Krankenhaus

Barbara Friesenecker

Univ.-Klinik für Allgem. und Chir. Intensivmedizin
Medizinische Universität Innsbruck

TIROLER DEMENZSYMPOSIUM

Interprofessionelles Symposium für Mediziner*innen, Gesundheits- und Sozialberufe sowie beruflich Engagierte

Do, 23.01.2020 von 14.15. – 17.00 (14.55 – 15.15)

AZW der Tirol Kliniken GmbH/IBK



Interessenskonflikte:

... in diesem Zusammenhang: **KEINE**

Behandlungsplanung und TZÄ bei MmD im Krankenhaus

- Demenzerkrankte Menschen sind je nach Schwere der Erkrankung bei medizinischen Fragen **entscheidungsfähig**, frgl. bzw. **nicht entscheidungsfähig** (besachwaltert?/neues ErwSchG seit Juli 2018: haben „gerichtliche Vertretung“)
- *Fraglich/nicht entscheidungsfähige PatientInnen* sind zwar **nicht rechtsfähig**, aber sie haben im Rahmen medizinischer Entscheidungsprozesse einen durchaus zu **beachtenden Willen** !
- **Autonomie** wird im fortgeschrittenen Stadium der Demenz-Erkrankung schwerer
- **Fortgeschrittene** Demenz hat eine **schlechte Prognose**, wobei MmD u.U. von **rechtzeitiger Therapiezieländerung** sehr viel mehr profitieren als von technisch Machbaren therapeutischen Handlungen
- **TZÄ = Heilung** → **Palliativmedizin** + Comfort terminal Care (CTC; Sterbephase)
- Ziel ist ein „**gutes Leben am Ende des Lebens**“ und nicht eine an **Heilung orientierte Maximaltherapie**, die sich am **technisch Machbaren** orientiert, **Leiden verlängert** und **Sterben hinauszögert ohne Qualität zu verbessern**
- **Technisch mögliche Behandlungen ohne** grünes Licht am Ende des Tunnels zu betreiben ist **abzulehnen**, da dies dem **Prinzip des Wohltuns/nicht-Schadens** klar widerspricht !

24.01.2020

Friesenecker, Tiroler Demenzsymposium Januar 2020

3

Behandlungsplanung und TZÄ bei MmD im Krankenhaus

Demenzranke Menschen bedürfen daher **besonderer ...**

- **Aufmerksamkeit**
- **Zeit**
- **Geduld**
- **kommunikativer Fähigkeiten**

seitens des medizinischen Fachpersonals

Problem: genau das haben wir oft nicht und genau darin sind wir sehr schlecht trainiert !!!

24.01.2020

Friesenecker, Tiroler Demenzsymposium Januar 2020

4

Behandlungsplanung und TZÄ bei MmD im Krankenhaus Intensivstation ... ???

Wir ÄrztInnen müssen angesichts des **großen medizinischen Fortschritts** mit den schier **endlosen technischen Möglichkeiten** ... sehr gut **abwägen und entscheiden**, wer von auf Heilung ausgerichteter **Maximal-Therapie** wirklich noch **profitiert** und wer **keinen Nutzen** mehr hat.

Etwas technisch Machbares nicht mehr machen, fällt uns am schwersten !

24.01.2020

Friesenecker, Tiroler Demenzsymposium Januar 2020

5

Behandlungsplanung und TZÄ bei MmD im Krankenhaus Intensivstation ... ???

Wir ÄrztInnen ...
Wenn Pat. vom **technisch Machbaren** **keinen Nutzen** mehr hat, dann dürfen wir dies auch **nicht mehr tun**,
Wir müssen **Therapieziel von Heilung** Richtung **Palliativmedizin** ändern,
Neues Ziel: Wohltun und das „**gute Leben am Ende des Lebens**“ mit **best möglicher Symptomkontrolle**
No Go: „Wir können leider nix mehr für Sie tun !!!“
PM kann sehr viel Gutes für Menschen am Lebensende tun !!!
... nicht mehr machen, fällt uns am schwersten !

24.01.2020

Friesenecker, Tiroler Demenzsymposium Januar 2020

6

Allgemein chirurgische Intensivstation - ACI der Universitätsklinik für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin



Wenn kein grünes Licht am Ende des Tunnels ist,
darf man Pat. Intensivmedizin nicht zumuten!

„Futility“ (Sinnlosigkeit)

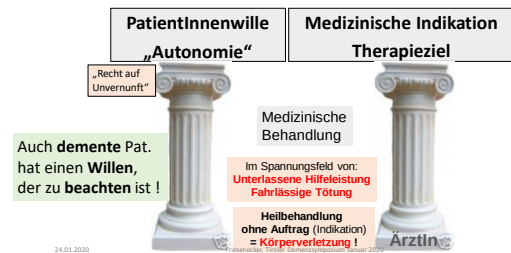
- Schadet Pat. am meisten
- macht Angehörige krank (posttraumatisches Stresssyndrom)
- Größter Grund für **Burnout** bei med. Personal (ÄrztInnen/Pflegepersonen)
- Schadet der **Gesellschaft**
(Verteilungsgerechtigkeit angesichts knapper werdender Ressourcen)

Behandlungsplanung ...

bei fortgeschritten dementen PatientInnen

... dazu müssen wir ein wenig die
Ethik und das **Gesetz** bemühen !

Grundlage ärztlichen Handelns



Neues EWSG

gültig ab **Juli 2018**

→ mehr **Selbstbestimmung** und
mehr **Selbstverantwortung**
für PatientInnen / Angehörige

→ Chance für **bessere KOMMUNIKATION**
(für alle !)

Demente PatientIn und ihre Entscheidungen ...

Jede behandelnde ÄrztIn darf feststellen
ob Pat. entscheidungsfähig ist oder nicht ...
dazu MUSS **KEIN Psychiater** kommen!

Entscheidungsfähige PatientIn ...

kann und muss über medizinische Behandlungen **selbst entscheiden...**

→ D.h. solange Pat. sagen/mitteilen kann, was sie möchte und was nicht, ist
diese **Willensäußerung** von BehandlerIn zu beachten
→ „Recht auf Unvernunft“

Fraglich entscheidungsfähige PatientIn ...

muss **NACHWEISLICH** dabei **unterstützt** werden, sich ein **eigenes Urteil** über eine medizinische Behandlung zu bilden, **bevor auf eine Stellvertretung** zurückgegriffen wird.

Behandelnde Ärztin muss (mit Einverständnis der PatientIn) **Angehörige, Vertrauensperson** oder **Fachleute** im Umgang mit **Menschen in schwierigen Lebenslagen** hinzuziehen und **DOKUMENTIEREN**, dass das Gespräch **stattgefunden** hat.

→ dann braucht es **KEINE** offizielle Stellvertretung !

Nicht-entscheidungsfähige PatientIn braucht eine **gerichtliche StellvertreterIn** (früher SachwalterIn)

→ muss von einem **Vorsorgebevollmächtigten** (wenn sie den vorher bestimmt hat !) oder einem der anderen **ErwachsenenvertreterInnen** vertreten werden.

StellvertreterIn muss sich in ihren Entscheidungen **immer am mutmaßlichen Willen** der **vertretenen Person** orientieren

24.01.2020

Frischescheit, Tiedler Demersymposium Januar 2020

13

NOTFALL (wie bisher)

Eine medizinisch indizierte Behandlung darf **im Notfall**

(Gefahr in Verzug; Gefahr der schweren Schädigung der Gesundheit; starke Schmerzen etc...)

auch **ohne Zustimmung** einer StellvertreterIn oder **gerichtliche Genehmigung** begonnen werden

Wenn die **Gefahr abgewendet** ist, benötigt die **Fortsetzung der Behandlung** die **Zustimmung/Genehmigung** der Pat oder einer StellvertreterIn

24.01.2020

14

Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen - TZÄ (wie bisher)

Ein Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen kann **ohne Zustimmung der StellvertreterIn** (oder PatientIn selbst)

erlaubt und angezeigt sein, wenn es **keine Indikation** für die Weiterführung/Beginn einer medizinischen Maßnahme gibt.

Bei **relativer Indikation** (ungünstige aber nicht infauste Prognose) müssen lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen werden, wenn **StellvertreterIn** dies auf **Basis des PatientInnenwillen** so entscheidet

Diese Entscheidung muss **NICHT gerichtlich genehmigt** werden

Das **Gericht** ist nur anzurufen, wenn StellvertreterIn mit Ihrer Abbruchs-Entscheidung **dem PatientInnenwillen widerspricht** oder **Zweifel** bestehen.

Zwangsbehandlung (wie bisher)

Gibt **nicht-entscheidungsfähige PatientIn** zu erkennen, dass sie eine medizinische **Behandlung ablehnt**, dann darf die Behandlung **nicht** vorgenommen werden

... **StellvertreterIn darf nur zustimmen**, wenn es dafür eine **gerichtliche Genehmigung** gibt.

Somit unterliegt jede Form der **Zwangsbehandlung** einer **gerichtlichen Kontrolle**!

24.01.2020

Frischescheit, Tiedler Demersymposium Januar 2020

15

Zwangsbehandlung (wie bisher)

Gibt **nicht-entscheidungsfähige PatientIn** zu erkennen,

...unser Umgang mit dem Thema
Peg-Sonde
Tracheotomie etc... ???

Zwangsbehandlung einer **gerichtlichen Kontrolle**!

24.01.2020

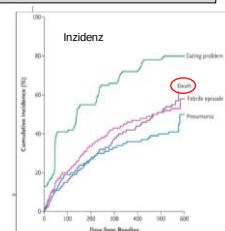
Frischescheit, Tiedler Demersymposium Januar 2020

17

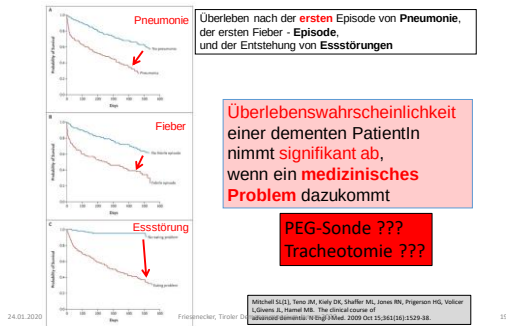
Klinischer Verlauf fortgeschrittener Demenz

- 323 Heim-PatientInnen
- Medianes Alter: 86 Jahre
 - Mediane Demenz-Dauer: 6 Monate
 - **18 Monate Mortalität: 55%**
 - **6 Monate Mortalität im Rahmen von**
 - Pneumonie → 47 %
 - Fieber → 45 %
 - Essstörungen → 39%

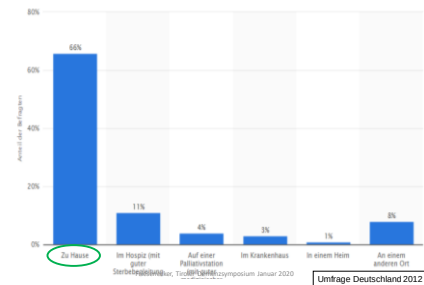
Overall Mortalität und kumulative Inzidenz von Pneumonie, Fieber und Essstörungen bei Pflegeheim Pat. mit fortgeschrittener Demenz



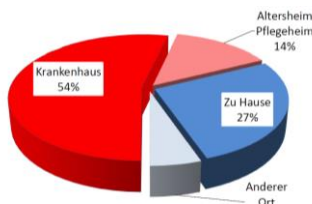
Mitchell SL(1), Tiedler BG, Kelly DK, Shaffer ML, Jones RN, Pigeon HL, Walker L, Gialini JL, Hamel MB: The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med.* 2009 Oct 15;361(16):1529-38.



An welchem Ort möchten sie am liebsten sterben, wenn es einmal soweit ist?



Die Realität: Sterben in Österreich



Fortgeschrittene Demenz - Intensivmedizin ? „Intensivmedizin“ als maximal mögliche Therapieform

- Passt **nicht** zusammen
 - Demenz führt im Rahmen von MOF zum Auftreten von **Delir**
 - Delir führt zu **verlängertem Intensivaufenthalt** und **erhöhter Morbidität und Mortalität**
- Fortgeschritten demente Menschen haben
- ein **schlechtes REHA-Potential**
 - große Chance **chronisch kritisch krank** zu werden (ICU verlängert Leiden und zögert Sterben hinaus)
 - **schlechte Lebensqualität („Pflegefall“)**

Delir und Demenz

- Im **Alter > 75a** nimmt Prävalenz für kognitive Veränderungen zu
- In der Klinik sind **Delir/Demenz** die häufigsten Ursachen für kognitive Störungen
- **> 50% der älteren Menschen** im KH erleiden ein **Delir**
- Delir und Demenz können **gemeinsam** vorkommen, wobei präexistente **Demenz** der führenden **Risikofaktor für Delir** ist
- **Delir** ist ein unabhängiger Faktor für die Entwicklung einer **Demenz**

Fong TG(3), Davis D(2), Growdon ME(3), Albuquerque A(4), Inouye SK(5). The interface between delirium and dementia in elderly adults. *Lancet Neurol*. 2015 Aug;14(8):823-832.

Das heißt, wir müssen uns gut **überlegen**, ob bei **fortgeschrittener Demenz** eine **ICU-Therapie** eine **angemessene** Maßnahme ist,

- von der Pat. auch einen **Nutzen** hat (REHA-Potential?) und
- nach der er/sie wieder in ein **Qualitätvolles Leben** zurück kommt

D.h. wir müssen unsere **Indikationen streng** stellen und sehr darauf achten **rechtzeitig** zu entscheiden eine **TZÄ** durchzuführen, den Weg der **Heilung** (Maximaltherapie) zu **verlassen** und **palliativmedizinische** Maßnahmen zu beginnen, von denen Pat. oft mehr profitiert und **Qualität** gewinnt für die letzte Zeit seines Lebens

Dürfen wir das ???

... etwas **medizinisch/technisch Mögliches**
NICHT machen ...

gesetzliche Vorgaben
ethische Vorgaben

24.01.2020

Freisemacher, Trödel Demenzsymposium Januar 2020

25

Handlungsmaxime aus dem seit **1949** zu diesem Punkt **gültigen Ärztegesetz § 49 (1)** gibt vor,
dass „ÄrztIn verpflichtet ist nach Maßgabe der **ärztlichen Wissenschaft** und **Erfahrung** ...

- das **Wohl der Kranken** und
- den **Schutz der Gesunden** zu wahren.“

... und **NICHT**: „mit allen Mitteln zu heilen / das **Leben zu erhalten**!“
„Zum **Wohle der Kranken**“ kann auch sein
gut begleiten und **Sterben in Würde zulassen**

24.01.2020

Freisemacher, Trödel Demenzsymposium Januar 2020

26

Ethische Grundlagen ärztlichen Handelns

- **Europarat**
- **Österr. Bioethik Kommission**
- **Jürgen Wallner**
- **Etc...**



24.01.2020

Freisemacher, Trödel Demenzsymposium Januar 2020



4 Prinzipien **ethischen** Handelns „Georgetown-Mantra“

- **Selbstbestimmungsrecht** des Patienten
(*respect for autonomy*)
- Prinzip der **Schadensvermeidung**
(*non-maleficence*)
- **Patientenwohl** (*beneficence*)
- Soziale **Gerechtigkeit** (*justice*)

24.01.2020

Freisemacher, Trödel Demenzsymposium Januar 2020

28

Ethische Leitgedanken

Sinn einer Behandlung
ist klar über den
Nutzen für PatientIn
definiert

24.01.2020

Freisemacher, Trödel Demenzsymposium Januar 2020

29

- bei **primärem Nichtvorhandensein**
des Nutzens der Behandlung
oder
- bei **sekundärem Wegfall** des Nutzens
→ ist **Behandlungsverzicht/Abbruch**
erlaubt und auch **geboten**

24.01.2020

Freisemacher, Trödel Demenzsymposium Januar 2020

30

... die **geplante Aufnahme**
an eine **Intensivstation** ist an das
Vorhandensein einer
potentiell positiven Prognose
für das Weiterleben gebunden ...

... der Intensiv - Patient soll überleben !

... wie lange ??? ... Qualität???

24.01.2020

Friesenrecher, Tiroler Demenztageskolloquium Januar 2020

31

Intensivtherapie
(und **jede andere Therapie!**)
darf
keine Leidens- bzw.
Sterbensverlängerung
sein

24.01.2020

Friesenrecher, Tiroler Demenztageskolloquium Januar 2020

32

... eine **nicht mehr begründbare** Therapie ist **ethisch**
nicht vertretbar
und kann eine
Körperverschädigung darstellen,
sofern dadurch
irreversible Abläufe (Sterben)
nur verlängert werden....

24.01.2020

Friesenrecher, Tiroler Demenztageskolloquium Januar 2020

33

Jede Therapie,
die man **nicht neu beginnen** würde
(Withhold)
darf und muss man
beim Sterbenden **beenden**
(Withdraw)

24.01.2020

Friesenrecher, Tiroler Demenztageskolloquium Januar 2020

34

D.h. wir **dürfen alles**
außer eine **Pat. umbringen**

Wir müssen nur ...

- klar im Team besprechen (**KPK**)
- gut schriftlich dokumentieren
- gut kommunizieren (mit allen !)

24.01.2020

Friesenrecher, Tiroler Demenztageskolloquium Januar 2020

35

Wie können wir ÄrztInnen besser **abschätzen**, ...

- welche Pat. von den **technisch Machbaren Dingen in der Medizin profitiert** (grünes Licht am Ende des *Tunnels*)
- welche Pat. von einem **rechtzeitigen Umstieg** auf **palliativmedizinische Maßnahmen** profitiert (**Gutes Leben am Ende des Lebens' / ,Sterben in Würde'** unter bester **Symptomkontrolle**)
- wo wir nur **Lebenszeit** verlängern, ohne dass damit ein **Qualitätsgewinn** zu erwarten ist ...

24.01.2020

Friesenrecher, Tiroler Demenztageskolloquium Januar 2020

36

Medizin vorausschauend planen:

„Advance Care Planning“ (ACP)

= fix definierter Begriff für
„Vorsorgedialog, vorausschauende Planung, beizeiten begleiten“
aus der niedergelassenen Medizin

→ ACP benötigen wir auch im KH
zur Vermeidung von Übertherapie
und Entstehung von chronisch kritischer Erkrankung (CCI)

→ „Klinische Perspektiven Konferenz“ (KPK)

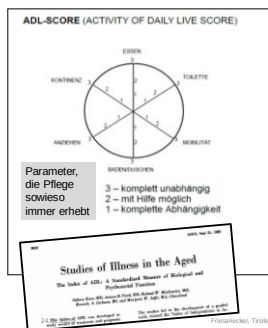
(KPK = neue Nomenklatur der ARGE Ethik der ÖGARI,
vorgestellt im November 2019 am AIC in Graz)

Basis für gemeinsame Besprechung
mit allen betroffenen BehandlerInnen im Rahmen einer
Klinischen Perspektiven Konferenz (KPK)

ADL / FRAILITY SCORE

(ADL = activity of daily life / Frailty = Gebrechlichkeit)

zur Prognose-Einschätzung (Mortalität)
zur Einschätzung des REHA-Potentials und zur
Überprüfung/Festlegung von
Indikation / Therapieziel
bzw. TZÄ → Palliativmedizin / CTC



ADL - SCORE

Activity of Daily Life

PFLEGE

Grundlage zur Beurteilung
der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität

ADL-Score hilft
• Lebenssituation zu objektivieren und das
• postop. Outcome (REHA-Potential) einzuschätzen

Max = 18 Komplet unabhängig
Min = 6 Komplet abhängig



ADL ≤ 10

Frailty (Gebrechlichkeit)

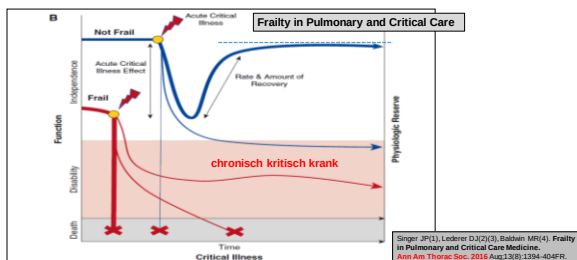
EDITORIAL COMMENTARY

Frailty: It's hard to define, but you know it when you see it
Bobbie S. Allyn, MD

... ist ein Syndrom von gestörter physiologischer Reserve
und erniedrigter Widerstandskraft gegen Stressfaktoren ...



Frailty: It's hard to define, but you know it when you see it
Bobbie S. Allyn, MD



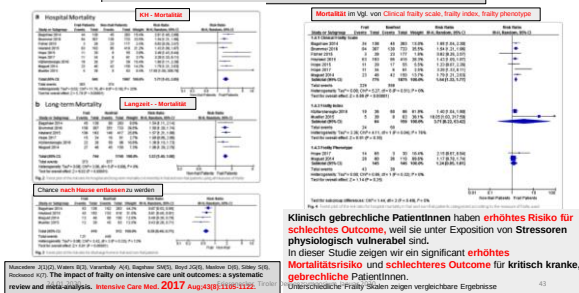
Frailty → häufigere Exazerbationen, weniger Erholungstendenz,
schnellerer Funktionsverlust, schnellerer Beginn der Hilfsbedürftigkeit
Kürzeres Leben

Frailty and ICU - Outcomes

Overall,
frailty appears to be a
good predictor of
adverse health outcomes

Oliga Theou, Emma Squares, Kayla Mahony, Jacques S. Lee, Sherril Fay, Justin Goldstein, Joshua J. Armstrong, Kenneth Rockwood
What do we know about frailty in the acute care setting? A scoping review. BMC Geriatr. 2018; 18:139.

Frailty korreliert gut mit Mortalität



Frailty = altersunabhängig

Alle Pat ≥ 40
2 Gruppen: (younger adults): (40-64.9) / older adults (≥ 65).
→ 90 Tage; Aufenthaltsdauer, Wiederaufnahme, Mortalität

16% der jüngeren Erwachsenen waren bei Aufnahme im chirurgischen SR gebrechlich

→ **Schlechtes Kurz-, und Langzeit Outcome**

Smart RJ, Carter B, McDermott J, Lerner S, Connolly A, Healy J, Quinn T, King S. Frailty Exists in Younger Adults Admitted as Surgical Emergency Leading to Adverse Outcomes. J Frailty Aging 2017;30(2):223-228

Chir. Pat. Frailty - ICU Outcome - ACP

Kritisch kranke, gebrechliche PatientInnen haben ein signifikant erhöhtes Risiko für Mortalität und schlechtes Outcome

- Routine Erhebung von **Frailty vor Aufnahme auf ICU** ermöglicht Aussage über **Prognose** in Bezug auf **Überleben** und **REHA-Potential**
- Dies ermöglicht **PatientInnen** und ihren **Familien** **RECHTZEITIG** eine aufgeklärte **Entscheidung über Therapieziele** zu treffen, falls sie kritisch krank werden sollten.

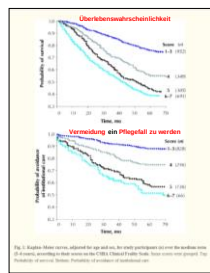
Muscedere J(1,2), Waters B(3), Varambally A(4), Bagshaw SM(5), Boyd JO(6), Muscedere D(6), Sibley SB(6), Rockwood K(7). The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med 2017 Aug;43(8):1105-1122

Herzversagen CFS – Clinical Frailty Scale 9 Pkt – Dalhousie Frailty Scale



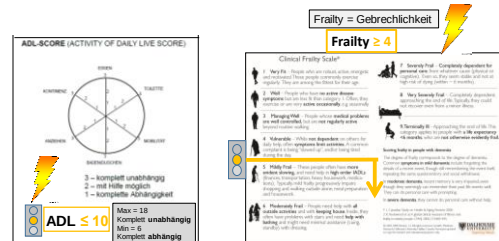
Clinical Frailty Scale (CFS), Rockwood

- Box 1: The CSHA Clinical Frailty Scale 7 Pkt CFS**
- Very fit – robust, active, energetic, well motivated and fit. These people commonly exercise regularly and are in the most fit group for their age.
 - Well – without active disease, but less fit than people in category 1.
 - Well, with treated comorbid disease – disease symptoms are well controlled compared with those in category 4.
 - Apparently vulnerable – although not frankly dependent, these people commonly complain of being “tired up” or have disease symptoms.
 - Mildly frail – with limited dependence on others for instrumental activities of daily living.
 - Moderately frail – help is needed with both instrumental and non-instrumental activities of daily living.
 - Severely frail – completely dependent on others for the activities of daily living, or terminally ill.
- Note: CFSH = Canadian Study of Health and Aging.



Rockwood K(1), Song X, MacKnight C, Brignan H, Hogan DB, McDowell I, Mitrak. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. ACMA 2005 Aug 30;17(5):489-95. (J) Division of Geriatric Medicine, Dalhousie University, Halifax, NS

Basis für eine K P K



Zur Beurteilung/Objektivierung der präop. Leistungsfähigkeit/Lebensqualität, REHA-Potentials und zur Einschätzung des postop. Outcomes

Modell für Tirol – Kliniken:

Für **jede Patientin**, die im KH aufgenommen wird, wird der **ADL-Score** (Pfleger) und der **Dalhousie Frailty Score** (Ärztinnen) erhoben.

- **Orange Ampel (ADL - Score ≤ 10)**
- **Orange Ampel (Frailty - Score $\geq 4/5$?)**
bedeutet

1. **Team-Besprechung** ALLER BehandlerInnen (incl. **NachbehandlerInnen**)
Indikation/Therapieziel/REHA-Potential? = Klinische Perspektiven-Konferenz (KPK)
Wie weit geht man im Falle von **Komplikationen** (ICU, HF, ECMO etc....) ?
2. **Aufklärungsgespräch** (Pat/Angehörigen/StellvertreterInnen)
3. Pat muss **vor** Behandlung **Vertrauensperson** (besser: „gewählte **Erwachsenenvertreterin**“) bestimmen (vor Zeugen – z.B. ÄrztInnen/Pflege)
→ Registrierung **Erwachsenenschutzverein**
→ falls Zeit ist **Pat.-Verfügung/Vorsorgevollmacht** errichten

24.01.2020

Frisenrecher, Tiroler Demenzsymposium Januar 2020

49



„KPK“ (= ACP im KH)



- Es geht **NICHT** darum, generell etwas **nicht zu machen**, wenn Ampel auf orange steht, sondern darum
- **vorher zu besprechen** was man überhaupt macht (OP, ICU, Chemo etc....) **und wie weit man nachher** geht (nachher = post OP/Chemo/Strahlen/AK etc....) !

→ Ziel: **individualisierte Entscheidung** für jede einzelne Pat. um **Übertherapie / CCI / Pflegefall-Szenario** zu verhindern

ICU NUR, wenn „**angemessenes, qualitativvolles**“ Leben nach der ICU möglich scheint

→ Ziel: **Erhalt/Wiederherstellung der „Selbständigkeit, Selbstbestimmtheit“**

24.01.2020

KPK = Klinische Perspektiven-Konferenz; ACP = Advance Care Planning im niedergelassenen Bereich

50

Klinisches Ethik Komitee (KEK)

Wenn die **Entscheidung**, die von BehandlerInnen zu treffen ist aus unterschiedlichen Gründen sehr **schwierig** ist

- Fall an sich
- Angehörige
- KollegInnen etc...

dann kann man sich im **ExpertInnenkreis** (ÄrztInnen, Pflege, Juristen, Theologen/Philosophen, Physio, SozialarbeiterIn etc....) und eine **Handlungsempfehlung** erarbeiten, die das behandelnde Team (und Pat/Angehörige) häufig entlastet ...

24.01.2020

Frisenrecher, Tiroler Demenzsymposium Januar 2020

51

Zusammenfassung: Behandlungsplanung/Therapiezieländerung bei fortgeschritten dementen PatientInnen

- Wenn eine Pat. **fortgeschritten dement** ist, dann
- muss im Rahmen einer **KPK** (KEK-Empfehlung) auf Basis von **ADL/Frailty Score** im **TEAM aller involvierten BehandlerInnen** eine Entscheidung getroffen werden,
 - ob man überhaupt einen **Therapieversuch** macht (OP, Chemo, Radiatio...)
 - und wenn **ja**, wie weit man im Falle von **Komplikationen** geht
 - Wenn **keine Aussicht** auf Erfolg, dann **Withhold/Withdraw** aller auf Heilung ausgerichteten Therapien
 - und **Therapiezieländerung** Richtung **Palliativmedizin** (Symptomkontrolle)
 - Wohltun, das gute Leben am Ende des Lebens, das gute Sterben, Sterben in Würde (CTC)
- Dies alles muss vorher mit Pat und/oder StellvertreterIn genau **besprochen** und **schriftlich dokumentiert** sein (evtl. Pat.-Verfügung/Vorsorgevollmacht)

24.01.2020

Frisenrecher, Tiroler Demenzsymposium Januar 2020

52

Zusammenfassung: Behandlungsplanung/Therapiezieländerung bei fortgeschritten dementen PatientInnen

... auch der

frgl./nicht-entscheidungsfähige Mensch

- d.h. auch der **demente Mensch** -

hat einen **Willen**,

der zu **beachten** ist !!!

24.01.2020

Frisenrecher, Tiroler Demenzsymposium Januar 2020

53