WORKSHOP 4:

ADVANCE CARE PLANNING - EIN VORSORGEKONZEPT AUCH FÜR DEMENZ I

15. Juni 2023

Elisabeth Medicus
Barbara Friesenecker

2. TIROLER DEMENZ SYMPOSIUM

1

Advance Care Planning - ein Vorsorgekonzept auch für Demenz

Aus der Epyloge-Studie:

(Forschungsprojekt zur Untersuchung der Palliativversorgung von Behandelten mit fortgeschrittener Demenz in Deutschland, 2020)

Falle ich zur Last?

Werde ich entmündigt?

Kann ich daheim bleiben?

Was ist, wenn ich zu 100% pflegebedürftig werde?

2

Advance Care Planning - ein Vorsorgekonzept auch für Demenz

Empfehlungen aus der Epyloge-Studie:

- Frühzeitig belastende Symptome identifizieren und mit medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapien lindern
- Schulungen und Fortbildungsveranstaltungen für Professionelle und pflegende Angehörige
- Sterben möglichst in der gewohnten Umgebung – evtl. KH-Aufenthalt zur Linderung belastender Symptome
- Koordinator:innen für Patient:innen mit fortgeschrittener Demenz, die zu Hause versorgt werden
- **Eine gute Vorsorgeplanung mit regelmäßiger Überprüfung ergänzend zur Patientenverfügung**

3

Advance Care Planning …

- ein dokumentierter Gesprächsprozess
- mit einem Menschen, seinen Angehörigen und Betreuungspersonen
- über Betreuung und Behandlung in der Zukunft
- für den Fall des Verlustes der Entscheidungsfähigkeit
- orientiert an Willen, Werten und Situation der Betroffenen
- angepasst an das Umfeld

Beispiel **Krankenhaus**:
- Zentrales Thema: Therapiezielbestimmung
- Interprofessionell
- Mit Patient:in nach Möglichkeit und Angehörigen bzw./und gesetzlicher Vertretung

4

Advance Care Planning in den D A CH Ländern

Behandlung im Voraus planen (D)

Vorsorgedialog (Ö)

Advance Care Planning (CH)

5

Advance Care Planning
Ergebnisse

Klärung von Zielen und Optionen

Dokumentation von Wünschen und Werten

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Krisenplanung in der letzten Lebensphase

Therapiezielbestimmung: Indikation für medizinische Interventionen

Weniger Ängste hinsichtlich Tod und Sterben

Höhere Zufriedenheit der Betroffenen

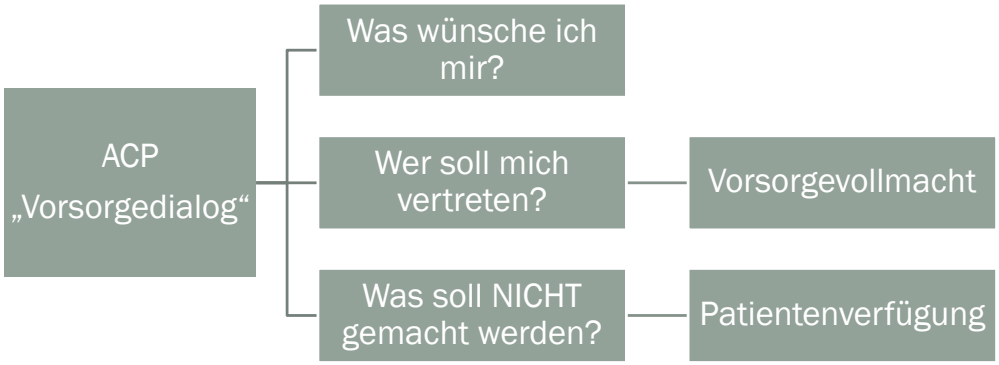
Selbstbestimmung

Kontrolle

Angehörige: weniger Stress, Angst, Depression und Entscheidungsunsicherheit, höhere Zufriedenheit

6

Advance care planning - Eckpunkte



Keine formalen Voraussetzungen

Inhaltliche und formale Kriterien

7

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

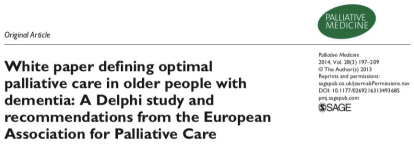
Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

SPICT-DE™ ist ein Leitfaden zur Identifikation von Patienten, die von einer Palliativversorgung profitieren können, und bei denen ein palliatives Basisassessment sowie eine palliative Versorgungsplanung angezeigt sind.

Mögliche Maßnahmen und nächste Schritte:
• Überprüfung der medikamentösen/nicht-medikamentösen Therapie zur Versorgungsoptimierung und Vermeidung von Polypharmazie.
• Überprüfung, ob ein palliatives Konsil/eine spezialisierte Palliativversorgung angezeigt ist, z.B. bei schwer kontrollierbaren Symptomen, komplexen Versorgungsproblemen.
• Klärung der Therapieziele/Versorgungsplanung mit dem Patienten und der Familie.
• Klärung von Unterstützungsbedarf/Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige.
• Frühzeitige Einleitung einer vorausschauenden Versorgungsplanung bei erhöhtem Risiko des Verlusts der Entscheidungskompetenz.
• Dokumentation, Kommunikation und Koordination des Versorgungsplans.

8

EAPC-Empfehlungen 2014 für Demenz


Original Article

White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care

Palliative Medicine
2014, Vol. 28(3) 197–209
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216313499686
pmj.sagepub.com
SAGE

Thema 3: Therapiezielbestimmung und ACP

Den Fortschritt der Erkrankung antizipieren – frühzeitig beginnen

Format von ACP kann variieren, je nach Stadium, je nach Setting

Bei schwerer Demenz steht Comfort Care im Vordergrund

ACP ist ein Prozess – die Pläne sollten immer wieder aktualisiert werden, insbesondere bei signifikanter Veränderung des Gesundheitszustandes

Die Dokumentation soll so aufbewahrt werden, dass sie für alle Disziplinen bei Bedarf verfügbar ist, auch bei Veränderung des Aufenthaltes.

9

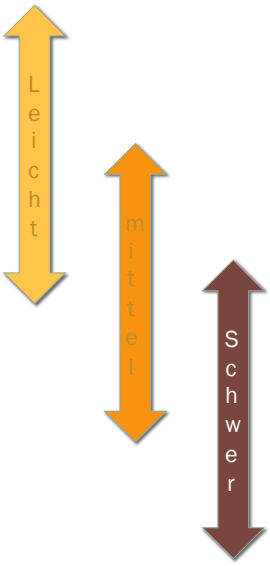
Maßnahmen bei Demenz im Verlauf

Diagnosemitteilung
Prognosemitteilung
Pt./Angehörige in antizipatorischer Trauer unterstützen
Entscheidungsfähigkeit einschätzen
Vorausschauende Planung unterstützen

Betreuungsziele diskutieren
Bei Anpassung der Wohnsituation unterstützen
Depression/Verhaltensstörungen/Schmerzen/Delir erkennen und behandeln

Behandlungsziele anpassen/neu definieren
Medikation und KH-Aufenthalte diskutieren
Schmerzen und Agitation behandeln
Palliativteam einbeziehen, wenn nötig

Trauer der Angehörigen – bei Bedarf Unterstützungsmöglichkeiten empfehlen



10

Maßnahmen bei Demenz im Verlauf

Diagnosemitteilung
Prognosemitteilung
Pt./Angehörige in antizipatorischer Trauer unterstützen
Entscheidungsfähigkeit einschätzen
Vorausschauende Planung unterstützen

Betreuungsziele diskutieren
Bei Anpassung der Wohnsituation unterstützen
Depression/Verhaltensstörungen/Schmerzen/Delir erkennen und behandeln

Behandlungsziele anpassen/neu definieren
Medikation und KH-Aufenthalte diskutieren
Schmerzen und Agitation behandeln
Palliativteam einbeziehen, wenn nötig

Trauer der Angehörigen – bei Bedarf Unterstützungsmöglichkeiten empfehlen

Leicht
mittel
Schwer

11

Maßnahmen bei Demenz im Verlauf

Diagnosemitteilung
Prognosemitteilu
Pt./Angehö
Entsch
Vora

Be
Be
De
ndeln

Beha
Medikat
Schmerzen u
Palliativteam einbez

Krankenhausaufenthalt

Trauer der Angehörigen – bei Bedarf Unterstützungsmöglichkeiten empfehlen

Leicht
mittel
Schwer

12

Advance Care Planning – ein Vorsorgekonzept auch für Demenz

Behandlungsplanung und Therapiezieländerung bei MmD im KH

Barbara Friesenecker

Univ.-Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Medizinische Universität Innsbruck
Vorsitzende der **ARGE Ethik** der **ÖGARI**

13

Behandlungsplanung und TZÄ bei MmD im **Krankenhaus**

- Demenzkranke Menschen sind je nach **Schwere der Erkrankung** bei medizinischen Fragen
  entscheidungsfähig, **fraglich** bzw. **nicht-entscheidungsfähig**
  (früher: „besachwaltet"?/ lt. neuem ErwSchG: „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 möglich
- **Fortgeschrittene** Demenz hat eine **schlechte Prognose,**
- Auch **MmfD** profitieren von ***rechtzeitiger*** **Therapiezieländerung** (TZÄ) sehr viel mehr 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/Gerechtigkeit** klar widerspricht !

14

Behandlungsplanung und TZÄ bei MmD im Krankenhaus

Demenzkranke Menschen bedürfen daher **besonderer** ...

- Aufmerksamkeit
- Zeit
- Geduld
- kommunikativer Fähigkeiten

seitens des medizinischen Fachpersonals

Problem: Zeit/Geduld/Aufmerksamkeit haben wir oft nicht,
und in kommunikativen Fähigkeiten sind wir meist sehr schlecht trainiert !!!

15

(Intensiv-) Medizin und Übertherapie

Ausmaß von 'non-beneficial treatments' (NBT) in den letzten 6 Lebensmonaten ?
38 Studien mit 1.213.171 (!!!) PatientInnen weltweit
(10 Länder: USA (18), Europe/UK (7), Canada (5), Brazilien (3), Taiwan/South Korea (3) und Australia (2) → *33-38% der Pat. erhielten NBT*

- *28% CPR*
- *10% nicht-sinnvolle ICU-Aufnahmen*
- *42% nicht-sinnvolle ICU-Massnahmen*
- *30% der sterbenden Pat erhielten HF*
- *38% der sterbenden Pat erhielten Antibiotika, cardiovaskuläre, endokrine und digestive Behandlungen*
- *33-50% aller Sterbenden erhielten nicht mehr zielführende Labor-Tests*
- *30% Radiotherapie, Transfusionen*
- *33% nicht-sinnvolle Chemotherapien in den letzten 6 LW !*

Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM Anstey M Mitchell IA,Hillman K. **Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem**. Int J Qual Health Care. 2016

16

Indikation für Intensivtherapie

muss immer **streng** und **sorgfältig**
gestellt werden
für **ALLE Patient:innen**

Etwas technisch Machbares nicht mehr machen,
fällt uns (Ärzt:innen) am schwersten !
→ ethische und rechtliche Basics

17

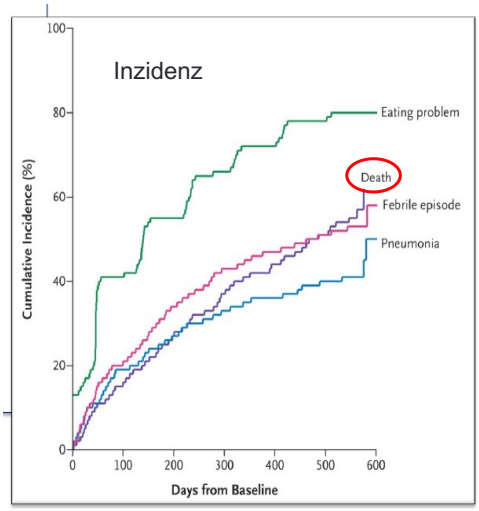
Was ist nun in diesem
Zusammenhang
das **Besondere**
an **Menschen**
mit fortgeschrittener Demenz ?

18

Klinischer Verlauf fortgeschrittener Demenz

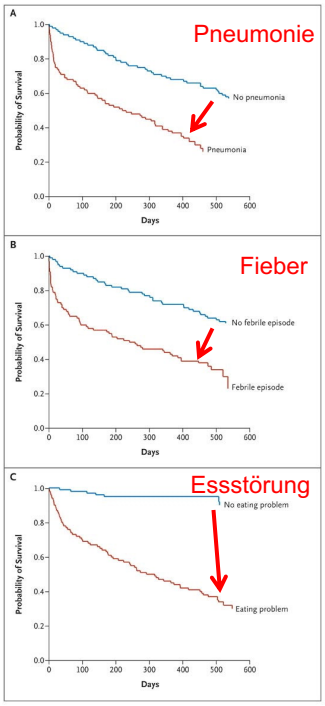
323 Heim-PatientInnen
- Medianes Alter: 86 Jahre
- Mediane Demenz-Dauer: 6 Monate
- 18 Monate Mortalität: 55%
- 6 Monate Mortalität im Rahmen von
  - Pneumonie → 47 %
  - Fieber →45 %
  - Essstörungen → 39%

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



Mitchell SL(1), Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, Volicer L,Givens JL, Hamel MB. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009 Oct 15;361(16):1529-38.

19



Überleben nach der **ersten** Episode von …
- **Pneumonie**,
- **Fieber**
- und der Entstehung von **Essstörungen**

Überlebenswahrscheinlichkeit
einer dementen PatientIn
nimmt signifikant ab,
wenn ein **medizinisches Problem**
dazukommt …

PEG-Sonde ??? / Tracheotomie ???

Mitchell SL(1), Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, Volicer L,Givens JL, Hamel MB. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009 Oct 15;361(16):1529-38.

20

Fortgeschrittene Demenz und Gebrechlichkeit sind hoch korreliert

Zunehmende Gebrechlichkeit ist hoch korreliert mit schlechtem REHA-Potential und hoher Mortalitätswahrscheinlichkeit

21

Frailty (Gebrechlichkeit)

EDITORIAL COMMENTARY

Frailty: It's hard to define, but you know it when you see it

Keith B. Allen, MD

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

Sepehri et al — Perioperative Management

EDITORIAL COMMENTARY

Frailty: It's hard to define, but you know it when you see it

Keith B. Allen, MD

See related article on pages 3110-7.

In their article in this issue of the *Journal* entitled, "The impact of frailty on outcomes after cardiac surgery: A systematic review," Sepehri and colleagues[1] analyze the influence that "frailty" has on predicting poor outcomes after cardiac surgery. In their review of 6 contemporary, prospective studies published during the last 4 years and encompassing more than 4500 patients, Sepehri and colleagues[1] conclude, not surprisingly, that patients deemed frail by an objective assessment tool have a higher likelihood of mortality, morbidity, functional decline, and major adverse cardiac and cerebrovascular events after cardiac surgery, regardless of how frailty is defined. Sepehri and colleagues[1] are to be complimented for highlighting the adverse impact that frailty has on cardiac surgical outcomes; however, a key question is whether the concept of frailty is based on a matrix of several standardized tests or there is one test alone that would be most predictive. To paraphrase former Supreme Court Justice Potter Stewart, frailty is hard to define but I know it when I see it.

Current risk models either overestimate (euroSCORE) or underestimate (Society of Thoracic Surgeons) perioperative risk; discrepancies between predicted and observed outcomes may be confounded by a disproportionate weight placed on chronologic age alone without taking into account the biology of the aged. Advanced age is not necessarily synonymous with vulnerability to adverse health outcomes; furthermore, the potential to use age alone inappropriately to ration increasingly expensive and technologically advanced health care, such as transcatheter aortic valve replacement, has made the concept of frailty very timely. In surgical parlance, frailty is an ambiguous but well understood phrase that encompasses a patient's mobility to withstand and successfully recovery from surgery. Surgeons, whether consciously or unconsciously, have always evaluated frailty. Watching the patient get out of bed and walk across the room and testing the firmness of the handshake are all part of a seasoned surgeon's "eyeball" test for frailty. Of the 6 studies in this systematic review, 5 incorporated a physical function assessment as part of the determination of frailty, including hand grip strength, timed get up and go test, and gait speed. Although Sepehri and colleagues[1] were unable to determine which frailty test is best, it's clear from their review that a more "standardized eyeball" test, such as the Clinical Frailty Scale, may better predict postoperative outcomes.

Although standardized frailty scores may be predictive of poor surgical outcomes, the use of them to justify less-invasive procedures with the hope of achieving better outcomes may be misguided. It is clear that frailty predicts worse outcomes with either surgical or nonsurgical procedures (frail patients have worse outcomes than nonfrail patients even without subjecting them to a procedure). The critical question that needs to be asked is this: Does frailty identify a group of patients who would derive preferential benefit from one or another form of treatment? Within the review of Sepehri and colleagues,[1] patients labeled as frail had a higher hazard ratio for death when undergoing less-invasive procedures, such as transcatheter aortic valve replacement, than when undergoing more-invasive open procedures. Given the same frailty definition within each study, one would expect to be able to perform less-invasive procedures on more frail patients and have better outcomes—not worse. This paradox might be

From the Department of Cardiothoracic and Vascular Surgery, St Luke's Mid America Heart Institute, Kansas City, Mo.

Disclosures: Author has nothing to disclose with regard to commercial support.

Received for publication Sept 30, 2014; accepted for publication Oct 1, 2014

Address for reprints: Keith B. Allen, MD, 4320 Wornall Rd, Medical Plaza II, Suite 2000, Kansas City, MO 64111 (e-mail: keith.allen@mhmd.com).

J Thorac Cardiovasc Surg 2014;148:3117-8

0022-5223/$36.00

Copyright © 2014 by The American Association for Thoracic Surgery

http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcvs.2014.10.011

The Journal of Thorac and Cardiovascular Surgery • Volume 148, Number 6 3117

Fried LP, Hadley EC, Walston JD, et al. From bedside to bench: research agenda for frailty. Sci Aging Knowledge Environ 2005;2005: pe24.

22

Frailty and ICU - Outcomes

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

Olga Theou, Emma Squires, Kayla Mallery, Jacques S. Lee, Sherri Fay, Judah 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.

23

Clinical Frailty Scale (CSF), Rockwood

7 Pkt CFS

Box 1: The CSHA Clinical Frailty Scale

1 *Very fit* — robust, active, energetic, well motivated and fit; these people commonly exercise regularly and are in the most fit group for their age
2 *Well* — without active disease, but less fit than people in category 1
3 *Well, with treated comorbid disease* — disease symptoms are well controlled compared with those in category 4
4 *Apparently vulnerable* — although not frankly dependent, these people commonly complain of being "slowed up" or have disease symptoms
5 *Mildly frail* — with limited dependence on others for instrumental activities of daily living
6 *Moderately frail* — help is needed with both instrumental and non-instrumental activities of daily living
7 *Severely frail* — completely dependent on others for the activities of daily living, or terminally ill

Note: CSHA = Canadian Study of Health and Aging.

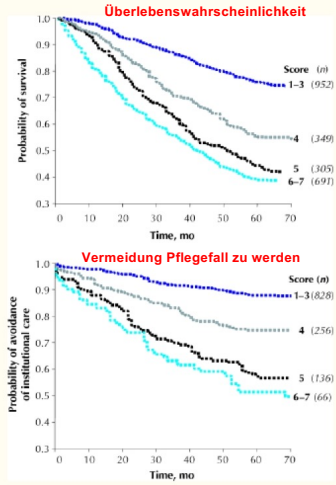


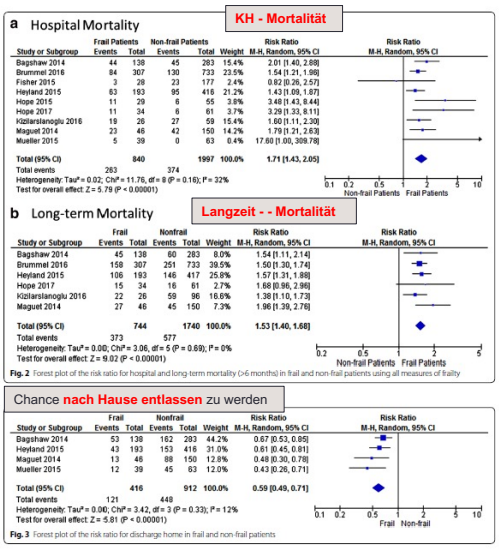
Fig. 1: Kaplan–Meier curves, adjusted for age and sex, for study participants (n) over the medium term (5–6 years), according to their scores on the CSHA Clinical Frailty Scale. Some scores were grouped. Top: Probability of survival. Bottom: Probability of avoidance of institutional care.

Rockwood K(1), Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. ACMAJ. 2005 Aug 30;173(5):489-95. (1)Division of Geriatric Medicine, Dalhousie University, Halifax, NS.

24

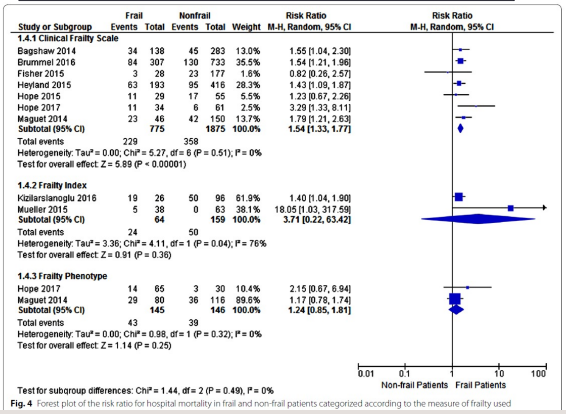
Friesenecker, Tiroler Demenzsymposium, Juni 2023

Frailty ist positiv korreliert mit Mortalität



Muscedere J(1)(2), Waters B(3), Varambally A(4), Bagshaw SM(5), Boyd JG(6), Maslove D(6), Sibley S(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.

Mortalität im Vgl. von Clinical frailty scale, frailty index, frailty phenotype



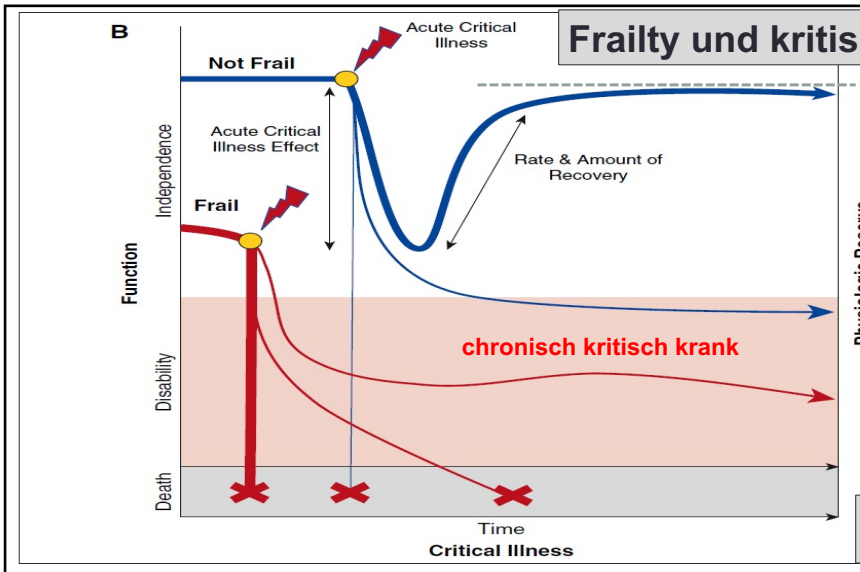
Klinisch gebrechliche PatientInnen haben **erhöhtes Risiko für schlechtes Outcome,** weil sie unter Exposition von **Stressoren physiologisch vulnerabel** sind.
In dieser Studie zeigen wir ein significant **erhöhtes Mortalitätsrisiko** und **schlechteres Outcome** für **kritisch kranke, gebrechliche** PatientInnen.
Unterschiedliche Frailty Skalen zeigen vergleichbare Ergebnisse

25

Frailty und kritische Erkrankung (ICU)

26

Lungenerkrankungen



Singer JP(1), Lederer DJ(2)(3), Baldwin MR(4). **Frailty in Pulmonary and Critical Care Medicine.** Ann Am Thorac Soc. 2016 Aug;13(8):1394-404FR.

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

26

Frailty - ICU Outcome - ACP

Chir. Pat.

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 JG(6), Maslove D(6), Sibley S(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

27

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 R(1), Carter B, McGovern J, Luckman S, Connelly A, Hewitt J, Quasim T, Moug S. **Frailty** Exists in **Younger Adults** Admitted as **Surgical Emergency** Leading to **Adverse Outcomes.** **Frailty and Young and general surgery.** J Frailty Aging. **2017**;6(4):219-223.

28

Demenz und Delir

- 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 führende **Risikofaktor für Delir** ist
- **Delir** ist ein unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung einer **Demenz**

Fong TG(1), 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.

29

Fortgeschrittene Demenz - Intensivmedizin ?

- Demenz führt im Rahmen von **MOF** zum erhöhten Auftreten von **Delir**
- Delir führt zu **verlängertem Intensivaufenthalt** und **erhöhter Morbidität und Mortalität**

Fortgeschritten demente Menschen haben daher…

- ein **schlechtes REHA-Potential, hohe Mortalitätswahrscheinlichkeit**
- große Chance **chronisch kritisch krank** zu werden
  (ICU verlängert Leiden und zögert Sterben hinaus)
- **schlechte Lebensqualität post ICU („Pflegefall“)**

→ **Demenz und ICU passen nicht gut** zusammen

→ Intensivtherapie muss daher **streng indiziert** werden

30

Rechtzeitige Behandlungsplanung …

→Konzept des ACP ins KH !

dazu müssen wir **Ethik** und das **Gesetz** bemühen !

31

rechtliche Grundlagen ärztlicher Entscheidungsfindung

32

Neues EWSG

gültig ab **Juli 2018**

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

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

33

Demente PatientIn und ihre Entscheidungsfähigkeit …

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

1. 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“ (Pat. darf indizierte Therapien ohne Angabe von Gründen ablehnen!)

34

2. ***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 Stellvertretung nach dem ErwSchG !**

3. **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

35

NOTFALL

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 deren StellvertreterIn

36

Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen - TZÄ

Ein Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen kann

ohne Zustimmung der StellvertreterIn (oder PatientIn selbst)

und angezeigt sein, wenn es ***keine Indikation*** für die Weiterführung/Beginn 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.*

37

Zwangsbehandlung

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

dass sie eine medizinische **Behandlung ablehnt**,

dann darf die Behandlung **nicht** vorgenommen werden...

... Stellvertreter:in darf nur zustimmen,

wenn es dafür eine gerichtliche Genehmigung gibt.

Somit unterliegt jede Form der

Zwangsbehandlung *einer* ***gerichtlichen Kontrolle***!

38

Zwangsbehandlung

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

dass sie eine medizinische **Behandlung ablehnt**,

dann darf die Behandlung **nicht** vorgenommen werden…

… Stellvertreter:in darf nur zustimmen,

wenn es dafür eine gerichtliche Genehmigung gibt.

Somit unterliegt jede Form der

Zwangsbehandlung *einer* ***gerichtlichen Kontrolle***!

39

Wir sollten unseren Umgang mit dem Thema

Peg-Sonde

Tracheotomie etc… ???

überdenken…

40

Ärztegesetz

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**

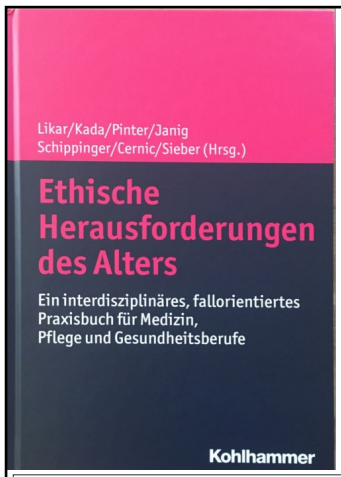
§ 49a ÄrzteG:
https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40211904/NOR40211904.html,
§ 49 ÄrzteG:

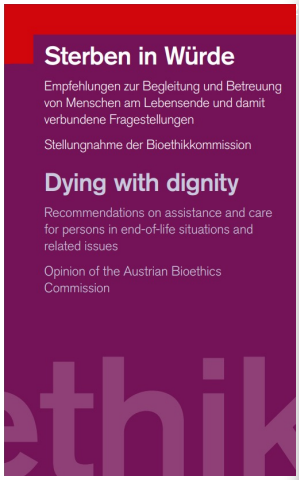
41

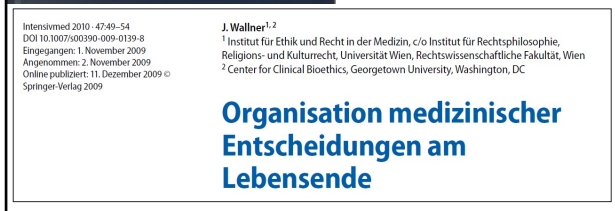
ethische Grundlagen ärztlicher Entscheidungsfindung

→ für ALLE Pat. gleich !

42






Intensivmed 2010 · 47:49–54
DOI 10.1007/s00390-009-0139-8
Eingegangen: 1. November 2009
Angenommen: 2. November 2009
Online publiziert: 11. Dezember 2009 ©
Springer-Verlag 2009

J. Wallner[1,2]
[1] Institut für Ethik und Recht in der Medizin, c/o Institut für Rechtsphilosophie, Religions- und Kulturrecht, Universität Wien, Rechtswissenschaftliche Fakultät, Wien
[2] Center for Clinical Bioethics, Georgetown University, Washington, DC

Organisation medizinischer Entscheidungen am Lebensende

43

2 Säulenmodell

als Grundlage ärztlicher Entscheidungsfindung

PatientInnenwille „Autonomie“

„Recht auf Unvernunft“

Medizinische Indikation Therapieziel

Medizinische Behandlung

Im Spannungsfeld von:
Unterlassene Hilfeleistung
Fahrlässige Tötung

Heilbehandlung ohne Auftrag (Indikation) **= Körperverletzung !**

Auch **demente** Pat. hat einen **Willen**, der zu **beachten** ist !

2 gleichberechtigte Säulen

Ärzt:in

44

4 Prinzipien **ethisch basierter Entscheidungsfindung**
„Georgetown-Mantra“

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

45

Sinn einer Behandlung
ist klar über den
Nutzen für PatientIn
definiert

46

- bei **primärem Nichtvorhandensein** des Nutzens einer Behandlung

oder

- bei **sekundärem Wegfall** des Nutzens

→ist **Behandlungsverzicht/Abbruch erlaubt** und auch **geboten**

47

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

48

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

49

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

50

→klare Strategie für medizinische Entscheidungsfindung

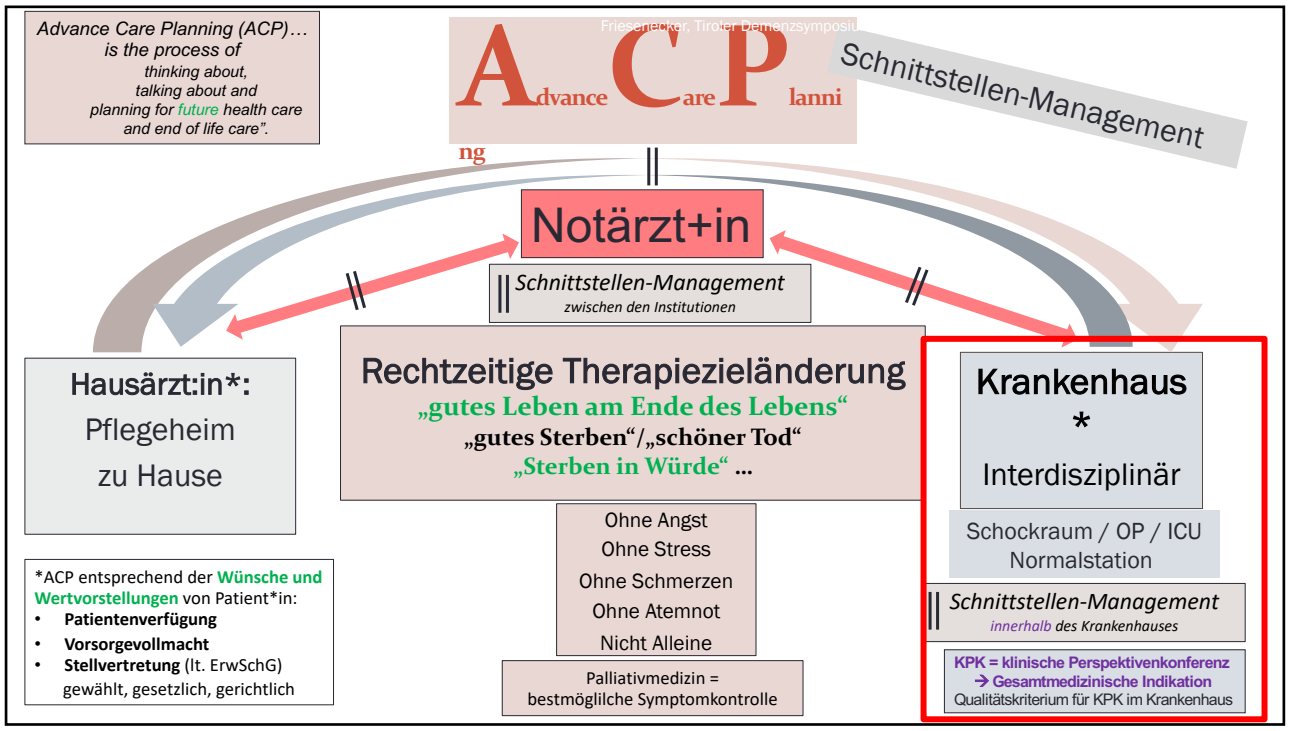
- Team - Besprechung

Klinische Perspektivenkonferenz (KPK)

(= ACP im KH)

- gut schriftlich dokumentieren
- gut kommunizieren (mit allen !)

51



52

Klinische Perspektivenkonferenz (KPK)

= ACP im KH

i.R. **des AIC 2019 von der ARGE Ethik der ÖGARI vorgestellt**

Abschätzung des **Mortalitätsrisikos** und des **REHA-Potentials** mittels **ADL** und **Frailty Score** ***(Dalhousie frailty scale)*** + **POSPOM** im operativen Bereich, **SOFA-Score** für ICU-Entscheidung

Bei „oranger Ampel" (ADL < 10, Frailty > 4) → **KPK im Team ALLER betroffenen BehandlerInnen** über das **Procedere**:

- Überhaupt operieren? Chemo-therapieren? Strahlen-therapieren? etc…
- Wenn ja - was tun im Falle von **Komplikationen** (CPR, OP, ICU, HF, ECMO, etc…)
- Mit Pat./Angehörigen/StellvertreterInnen i.R. eines ausführlichen **Aufklärungsgespräches** sprechen,
- Mit Pat. eine **nicht-verbindliche Pat.-Verfügung** machen (eigentlich besser iR von ACP!)
- Pat. muss **Vorsorgebevollmächtigte** bestimmen (evtl. **gewählte Vertretung, „Vertrauensperson"** benennen → beim **ERWSCH-Verein registrieren** lassen *(neues ErwSchG, gültig seit Juli 2018).*

KPK → JEDE einzelne beteiligte ÄrztIn ist dafür **verantwortlich**, dass Pat. entsprechend Ihres **Willens** *(Recht auf **Autonomie**!)* behandelt wird…

Es gibt eine

- **Chirurgische** Indikation
- **Anästhesiologische** Indikation
- **Radiologische** Indikation
- **Hämoto-onkologische** Indikation
- …ect…ect…,

Daraus ergibt sich im Rahmen der **KPK** eine

„gesamtmedizinische Indikation",

basierend auf der **interdisziplinären Besprechung** über das **Prozedere**,

darüber muss die Pat/Angehörige i.R. einer **Besprechung** (z.B. auch mit ***KEKo***) **genauestens aufgeklärt** werden …

53

Scores, die uns zusätzlich helfen können

besser vorausschauend zu planen

zur **Einschätzung von Prognose** (Mortalität)

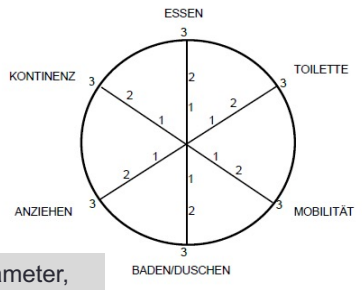
und des **REHA-Potentials**

ADL / FRAILTY SCORE

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

54

ADL-SCORE (ACTIVITY OF DAILY LIVE SCORE)



Parameter, die Pflege sowieso immer erhebt

3 – komplett unabhängig
2 – mit Hilfe möglich
1 – komplette Abhängigkeit

914 JAMA, Sept 21, 1963

Studies of Illness in the Aged

The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function

Sidney Katz, MD, Amasa B. Ford, MD, Roland W. Moskowitz, MD, Beverly A. Jackson, BS, and Marjorie W. Jaffe, MA, Cleveland

The Index of ADL was developed to study results of treatment and prognosis

The studies led to the development of a graded scale, termed the "Index of Independence in Ac-

esenecker, Tiroler Demenzsymposium Juni 2023

ADL – SCORE

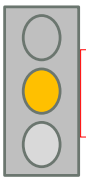
Activity of Daily Life

PFLEGE

Grundlage zur Beurteilung der **Leistungsfähigkeit** und **Lebensqualität**

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

Max = 18 Komplett unabhängig
Min = 6 Komplett abhängig



ADL ≤ 10

55

CFS – Clinical Frailty Scale

9 Pkt – Dalhousie Frailty Scale

Ärzt:innen

Clinical Frailty Scale*

1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.

2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.

3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled,** but are **not regularly active** beyond routine walking.

4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities.** A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.

5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing,** and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house.** Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

7 Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).

8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

9 Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with **a life expectancy <6 months,** who are **not otherwise evidently frail.**

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

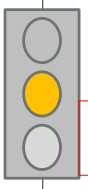
In **moderate dementia,** recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia,** they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

Fig. 1. Clinical frailty scale. ©2007–2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy the Clinical Frailty Scale for research and educational purposes only.

Ausmaß der **Frailty** korrespondiert mit dem Ausmaß der **Demenz**



Frailty ≥ 5

Diego Costa, Martín Aladio, Camilo A. Girado, Ricardo Pérez de la Hoz, C. Sara Berensztein. **Frailty is independently associated with 1-year mortality after hospitalization for acute heart failure**. Int J Cardiol Heart Vasc. 2018 Dec; 21: 103–106.

56

Zusammenfassung: Behandlungsplanung/Therapiezieländerung bei fortgeschritten dementen PatientInnen im Krankenhaus

Wenn eine Pat. fortgeschritten dement ist, dann muss im Rahmen einer **KPK** auf Basis von z.B. **ADL/Frailty** Score im TEAM aller involvierten BehandlerInnen eine Entscheidung getroffen werden,...

- ob man überhaupt einen **Therapieversuch** macht (OP/ICU, Chemo, Radiatio...)
- Falls **ja**, wie weit man im Falle von Komplikationen geht
- **Ohne Aussicht** auf Erfolg → TZÄ mit **Withhold/Withdraw** aller auf Heilung ausgerichteten Therapien und gleichzeitig
- **Einleitung palliativmedizinischer Massnahmen** mit **dem** Ziel...

  Wohl zu tun und *„gutes Leben am Ende des Lebens“* mit best möglicher Symptomlinderung, *„Sterben in Würde“* (CTC) möglich zu machen
- Dies alles muss vorher mit Pat und/oder StellvertreterIn genau **besprochen** und **schriftlich dokumentiert** sein (ACP im KH - Pat.-Verfügung/Vorsorgevollmacht)

57

Unser Job:

Bewußtsein schaffen, dass auch

fraglich oder nicht-entscheidungsfähige Menschen

d.h. auch fortgeschritten demente Menschen

einen **Willen** haben, der zu **beachten** ist...

→je nach Phase der Erkrankung und

mehr oder weniger rechtzeitig wahrgenommener Selbstbestimmung

(Patient:innenverfügung / Vorsorgevollmacht)

wackelt die Säule der Autonomie des dementen Menschen

58

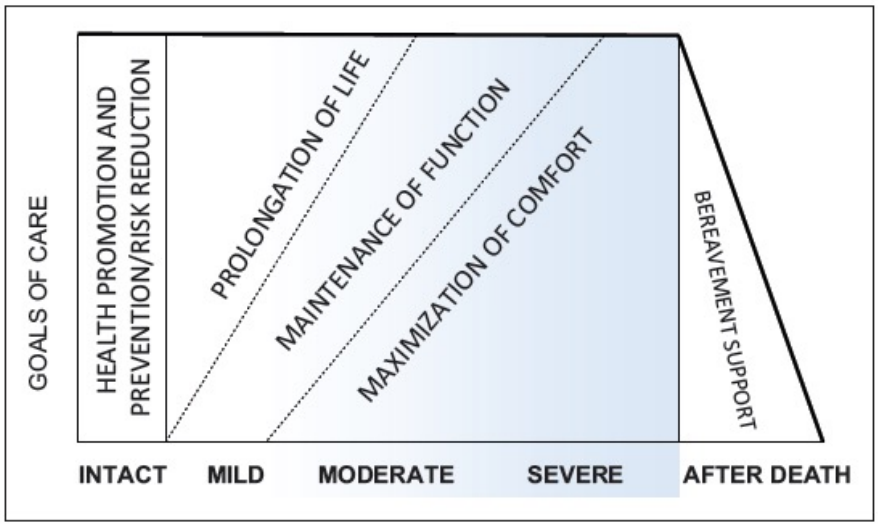


Figure 1. Dementia progression and suggested prioritizing of care goals.

59

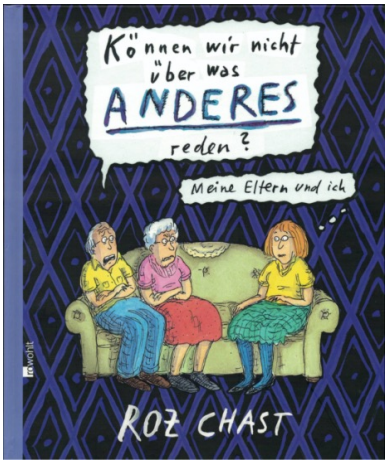
Palliative Medicine 2012

A qualitative study: Professionals' experiences of advance care planning in dementia and palliative care, '*a good idea in theory but …*'

Ich denke, dass das Gesamtkonzept von Advance Care Planning wirklich eine gute Idee ist – aber: es ist EINE Sache, eine gute Idee zu haben; diese Idee tatsächlich in die Praxis umzusetzen ist etwas Anderes.

I think the whole concept of Advance Care Planning is a really good idea but … it's one thing having a good idea, it's another thing actually putting it into practice. (R70, FG01, Macmillan palliative clinical nurse specialist)

60



61

ACP bei Demenz - Charakteristika

Demenz wird meist nicht als lebensbegrenzende Erkrankung gesehen

Verlust der Entscheidungsfähigkeit in frühen Krankheitsstadien

Unwissenheit der Angehörigen hinsichtlich Verlauf

Unsicherheit der Profis, ob man diese Gespräche bei Demenz führen kann und wie/wann man sie beginnt

Unklare Zuständigkeit für ACP im Verlauf der Erkrankung

62

Herausforderungen

Häufigste Todesursachen

- Komplikationen der Demenz: Pneumonie oder Infekt (prinzipiell behandelbar)
- Fehlernährung, Dehydratation, Frailty

Herausforderungen für die Familien

- Entscheidungen hins. Betreuung im Alltag schwierig
- Belastende Entscheidungen bei Begleiterkrankungen
- Zu wenig Informationen über Alternativen
- Stress, Schuldgefühle, Selbstzweifel

63

Wann beginnt man mit Betreuungsplanung?

Vom richtigen Zeitpunkt bei Demenz

Es ist immer zu früh – bis es zu spät ist!

Bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder komplexen Symptomen
Bei Schwierigkeiten mit Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Wenn die oralen Antibiotika nicht mehr wirken
Wenn die Frage gestellt wird, ob man nicht mehr Untersuchungen und Behandlungen machen sollte
Wenn sich im Gesundheitszustand der Betreuungsperson etwas ändert

Bei Diagnosestellung
Wenn eine Vertretungsbefugnis errichtet wird

Wenn sich die Frage stellt, ob CPR angebracht ist

Piers et al. BMC Palliative Care (2018) 17:88
https://doi.org/10.1186/s12904-018-0332-2

BMC Palliative Care

RESEARCH ARTICLE Open Access

Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals

Ruth Piers[1], Cinzia Albertini[2], Joris Gilissen[1,3*], Jan De Lepeleire[4], Jan Steyaert[1,4], Wouter Van Mechelen[1], Els Steeman[1], Lut Dillen[5], Paul Vanden Berghe[6] and Lieve Van den Block[1,3*]

64

HOSPIZ ÖSTERREICH
Hospiz- und Palliative Care

VSD VORSORGEDIALOG® für Alten- und Pflegeheime, die mobile Pflege und Betreuung zu Hause und für Arztpraxen

Juli 2020

Kurzinformation zum Vorsorgedialog vom Beirat HPC in der Grundversorgung

65

BUNDESGESETZBLATT
FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2017	Ausgegeben am 25. April 2017	Teil I

59. Bundesgesetz: 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG
(NR: GP XXV RV 1461 AB 1528 S. 173. BR: AB 9764 S. 866.)

59. Bundesgesetz, mit dem das Erwachsenenvertretungsrecht und das Kuratorenrecht im Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch geregelt werden und das Ehegesetz, das Eingetragene Partnerschaft-Gesetz, das Namensänderungsgesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Außerstreitgesetz, die Zivilprozessordnung, die Jurisdiktionsnorm, das Rechtspflegergesetz, das Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretergesetz, das Unterbringungsgesetz, das Heimaufenthaltsgesetz, die Notariatsordnung, die Rechtsanwaltsordnung, das Gerichtsgebührengesetz und das Gerichtliche Einbringungsgesetz geändert werden (2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG)

I. Teilnahme am Rechtsverkehr

Selbstbestimmung

§ **239.** (1) Im rechtlichen Verkehr ist dafür Sorge zu tragen, dass volljährige Personen, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer vergleichbaren Beeinträchtigung in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind, möglichst selbständig, erforderlichenfalls mit entsprechender Unterstützung, ihre Angelegenheiten selbst besorgen können.

(2) Unterstützung kann insbesondere durch die Familie, andere nahe stehende Personen, Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und soziale und psychosoziale Dienste, Gruppen von Gleichgestellten, Beratungsstellen oder im Rahmen eines betreuten Kontos oder eines Vorsorgedialogs geleistet werden.

66

Aufbau

Einführung

Umfassende Informationen

Voraussetzungen für die Implementierung und Ablauf der Implementierung

Praktische Durchführung (Prozessabläufe, Leitfäden)

Dokumentationsteil

Literatur und Kontaktdaten

67

6.8. VSD Vorsorgedialog© - KRISENBLATT
(= andere Patient*innenverfügung) mit entscheidungsfähigen Patient*innen

Name Patient*in: ..... Datum: .....
Geburtsdatum: .....

Hauptdiagnosen: .....
.....

REANIMATION	
ÄRZTIN*ARZT	PATIENT*IN
1. Aktuelle medizinische Indikation gegeben:	**2. Reanimationswunsch seitens Patient*in gegeben:**
NEIN ☐ **JA** ☐ wenn JA →	**NEIN** ☐ **JA**[10] ☐

Verlegung in ein Krankenhaus mit dem Zweck erweiterte Diagnostik und weitere Therapiemöglichkeiten (Krankenhauseinweisungen mit dem Behandlungsziel der Linderung, z.B. Knochenbrüche, Schmerztherapie sind davon nicht betroffen.)	
ÄRZTIN*ARZT	PATIENT*IN
1. Aktuelle medizinische Indikation gegeben:	**2. Wunsch seitens Patient*in gegeben:**
NEIN ☐ **JA** ☐ wenn JA →	**NEIN** ☐ **JA** ☐

Hiermit bestätige ich, dass das Krisenblatt auf Basis des stattgefundenen VSD ausgefüllt wurde und ich inhaltlich damit einverstanden bin.

Unterschrift Patient*in	Unterschrift Ärztin*Arzt	Unterschrift Pflegeperson
Unterschrift Erwachsenen-vertreter*in/Vorsorgebevoll-mächtigte*r (optional)	Unterschrift Angehörige (optional)	Unterschrift Angehörige (optional)

Evaluiert am (siehe S. 34): ....

[10] Die*der Patient*in wird bei Befürwortung des Reanimationswunsches aufgeklärt, dass sie*er bei erfolgter Reanimation zur weiteren Versorgung ins Krankenhaus eingeliefert werden muss.

ANSICHTSEXEMPLAR

68

Angebote der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft

HPC Mobil – Hospizkultur und Palliative Care in der Mobilen Hauskrankenpflege

Wenn man die Menschen in Österreich fragt, wo sie ihre letzten Lebenstage verbringen wollen, so nennt der Großteil ihr Zuhause. Wunsch und Wirklichkeit gehen aber weit auseinander, denn derzeit sterben in Österreich rund 70% in Institutionen. Die Bedingungen für ein Sterben zu Hause sind oftmals nicht gegeben (Quelle: Sterben in Österreich – Dachverband Hospiz Österreich)

Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim

Im Zuge der **Ausrollung einer tirolweiten Hospiz-und Palliativversorgung** hat die die Tiroler Landesregierung Ende 2015 beschlossen, die Entwicklung einer **Hospiz- und Palliativkultur in den Tiroler Pflegeheimen** zu fördern. Die Tiroler Hospiz-Gemeinschaft wurde beauftragt, das in anderen Bundesländern bereits sehr erfolgreiche Projekt **Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim** in Tirol anzubieten. **Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim** (kurz: **HPCPH**) ist ein österreichweites Projekt, das vom Dachverband Hospiz Österreich unterstützt und laufend weiterentwickelt wird. Ziel dieses Projektes ist es, in den Pflegeheimen die Voraussetzungen für eine **würdige Lebenskultur, Sterbekultur und Abschiedskultur** zu schaffen.

BnM Projekt: Implementierung des Vorsorgedialogs® in einem einjährigen Entwicklungsprozess

BnM Vortrag: Grundlagen der vorausschauenden Betreuungsplanung
Termin nach Vereinbarung
MEHR ERFAHREN →

BnM Seminar: Vorausschauende Betreuungsplanung am Lebensende
Termin nach Vereinbarung
MEHR ERFAHREN →

69

Empfehlungen

Piers et al. BMC Palliative Care (2018) 17:88
https://doi.org/10.1186/s12904-018-0332-2

BMC Palliative Care

RESEARCH ARTICLE Open Access

Advance care planning in dementia: recommendations for healthcare professionals

Ruth Piers[1,2], Gwenda Albers[3], Joni Gilissen[2,3*], Jan De Lepeleire[4], Jan Steyaert[5,6], Wouter Van Mechelen[4], Els Steeman[7], Let Dillen[8], Paul Vanden Berghe[3] and Lieve Van den Block[2,3*]

So früh wie möglich beginnen, Gespräche in den Alltag integrieren

Prinzipiell von Entscheidungsfähigkeit ausgehen. Entscheidungsfähigkeit fluktuiert. Auf Zeichen für den Verlust von Entscheidungsfähigkeit achten. Auf das Thema bezogen beurteilen: ***Autonomie des Augenblicks***

Geleitete/moderierte Gespräche – jedoch nicht formelhaft oder starr und nach vorgegebenen Ablauf

Mehrere Gelegenheiten über eine längere Zeit

Von aktuellen Erfahrungen, Ängsten, Sorgen ausgehen

Über mögliche Entscheidungsoptionen informieren

Auf Emotionen antworten. Verhalten beobachten.

70

Eine Geschichte…

Notarzt wird an einem Mittwoch um 18 Uhr alarmiert: 85jährige Pt., Frau M., mit Atemnot, Einsatzort Pflegeheim

Kachektische Patientin, somnolent, dyspnoisch, tachykard

Diagnosen: Fortgeschrittene vaskuläre Demenz (MMS-Score<10), globale Herzinsuffizienz, renale Retention, V. a. abdominellen Tumor, Osteoporose

Letzter KH-Aufenthalt eine Woche vorher, seit 4 Jahren im Heim, seit 3 Jahren demenzielle Entwicklung

Tochter Sachwalterin, weitere Tochter im Ausland

5mg Morphin, 20 mg Furosemid: Leichte Besserung

PH nicht vorbereitet für Verbleib der Patientin

Frau M. verstirbt 12 Stunden später in der Notaufnahme

71

Wie könnte es gehen?

Entlassungsbrief: „In Anbetracht der Multimorbidität ist durch invasive medizinische Maßnahmen keine Besserung mehr zu erreichen. Das Therapieziel ist Comfort Care. Für eine ausreichende Symptomlinderung bei Atemnot empfehlen wir…“

Gespräch im Heim: Hausarzt, Sachwalterin, Pflege

Dokumentation des Gesprächsergebnisses; Klärung, wie Symptomkontrolle zu erfolgen hat

72

Vielleicht in Zukunft…

4 dokumentierte Gespräche im Heim mit dem Hausarzt, Töchter anwesend oder informiert

Situationen und Anlässe

1. Gespräch über Therapieziel wenige Wochen nach Heimaufnahme, weil die Frau den Wunsch äußert nicht mehr ins Krankenhaus transferiert zu werden
2. Die Frau nimmt immer weniger Nahrung zu sich
3. Auftreten von Atemnot, Visite des Hausarztes: Ansetzen eines Diuretikums
4. Sterbephase: Klärung, wie Symptome gelindert werden können

73