

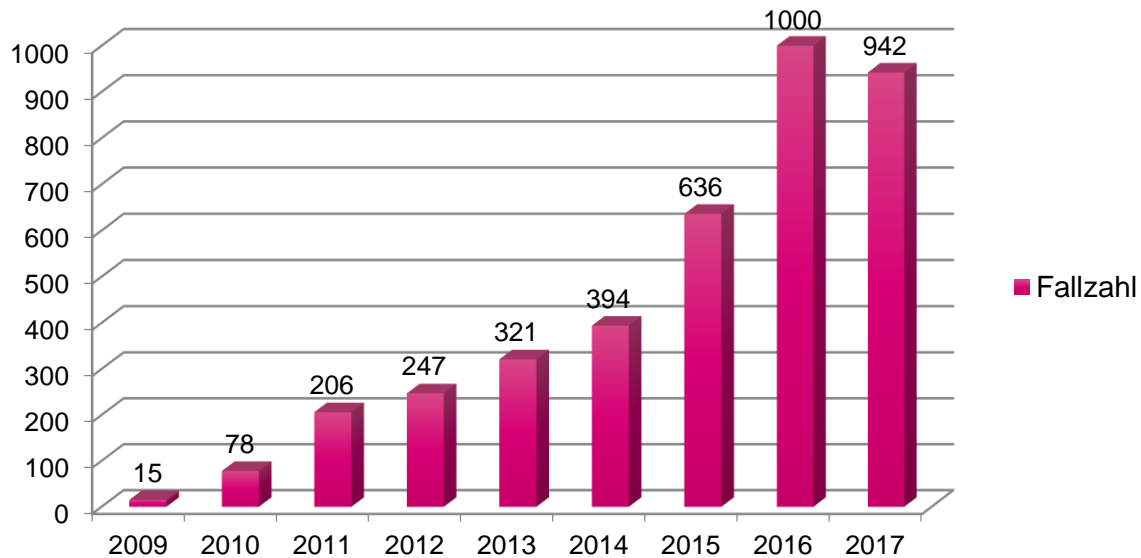
Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning»

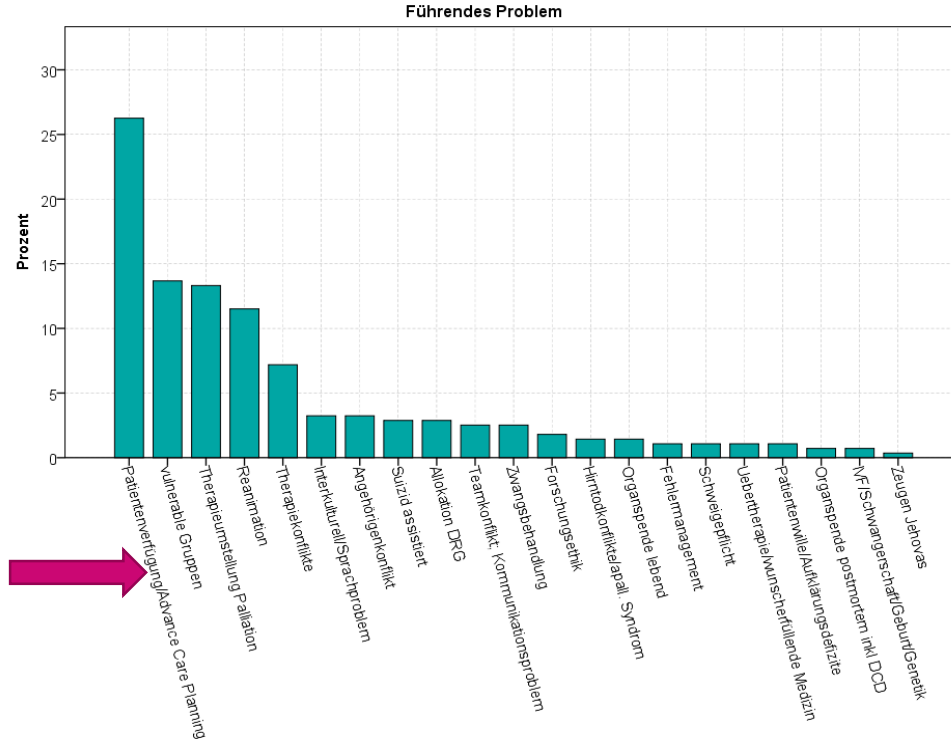
S.Eychmüller, T. Krones, L. von Wartburg, S. Felber (Steuergruppe)

Eine Taskforce von palliative.ch im Auftrag des BAG

Das Problem

Fallzahlen Klinische Ethik USZ 2009-2017





Alle Life Coach Leistungen im Überblick

Unterstützung vor, während und nach dem Tod.
Dank einer klugen Versicherung und dem innovativen Sicherheitsbaustein «Life Coach».

Lebensversicherungen mit Life Coach > Was wäre wenn > Fragen, die Sie sich stellen sollten

10 Fragen, die Sie Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin am besten noch heute stellen sollten:

Jeder Mensch ist anders – und hat individuelle Sorgen und Ängste. Eine gute Vorsorge geht auf diese persönlichen Bedürfnisse ein. Und wie ist das bei Ihnen? Es ist wichtig, mit dem Partner oder der Partnerin über Wünsche, Ängste und Hoffnungen zu sprechen.

Wie stehst du zum Thema Organspende?

> FRAGE JETZT STELLEN

Was wünschst du dir für mein Leben nach deinem Tod?

> FRAGE JETZT STELLEN

Welche Zukunftswünsche hast du für unsere Kinder?

> FRAGE JETZT STELLEN

Wie möchtest du bestattet werden?

> FRAGE JETZT STELLEN

Freitag der 13. – ein guter Tag für mehr Klarheit.

Dies sind die 6 wichtigsten Dinge, welche Menschen vor ihrem Tod erledigen sollten.



Hr. Becker, Life Coach der Basler Versicherungen, ist stolz Hinterbliebenen nach Todesfällen eng zur Seite und bietet in der Angelegenheit, Administration und Organisation die bestmögliche Hilfe.

Keine Angst, trotz seines schlechten Rufs ist Freitag, der 13. statistisch gesehen ein Tag wie jeder andere. Aber vielleicht gibt Ihnen ja gerade dieses Datum **den nötigen Kick, ein paar Dinge zu erledigen, welche von fast allen auf die lange Bank geschoben werden.**

«In meiner langjährigen Erfahrung als Life Coach sind es diese sechs Dinge, welche im Todesfall den Hinterbliebenen am meisten helfen würden:

1. Testament
2. Patientenverfügung
3. Sorgerechtsverfügung
4. Notfallkontakte
5. Bestattungsverfügung
6. Datenvererbung»

Alle Formulare haben wir Ihnen online vorbereitet: baloise.ch/life-coach

Wir machen Sie sicherer.

Advance Care Planning als Lösungsansatz



Der Prozess

- Eine Taskforce
- Ein Mandat durch das BAG
- Drei Workshops:
 1. Jäger und Sammler: Brainstorming/Evidenz
 2. Pfadfinder: Kondensat 1
→ Vernehmlassung 1 (April/ Mai 2017)
 3. Köche: Kondensat 2
→ Vernehmlassung 2 (Dezember 2017)



Die Evidenz

Faktenblatt Advance Care Planning

Rechtslage

Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen zu anderen relevanten Konzepten:

- Gemeinsame Entscheidungsfindung
- Ethische Entscheidungsfindung
- Patientenverfügung
- Komplexe Austritts-/Notfallplanung

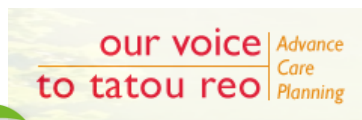
Nachgewiesene Effekte von ACP, Patientenverfügungen und Notfallplan ohne ACP

Wissenslücken/mögliche Probleme

ACP Programme in der Schweiz

Geplante Umsetzung durch das BAG

ACP International («ACP-I»)



advance
care planning
medizinisch begleitet.



advance
care planning
medizinisch begleitet. ®

Erste ACP Definition:

Shared
decision
making

"... Ein **Prozess** der den Patienten **befähigt**, seine Wünsche **gemeinsam** mit seinem **Behandlungsteam**, seiner Familie und anderen **wichtigen Bezugspersonen** auszudrücken. Gegründet auf dem ethischen **Prinzip der Patientenautonomie** und der legalen Bestimmung einer informierten Zustimmung hilft eine bestmögliche Vorausplanung, das **Konzept der informierten Zustimmung auch tatsächlich zu respektieren**, wenn der Patient **nicht** mehr in der Lage ist, **aktiv an medizinischen Entscheidungen teilzunehmen**"

Anspruchsrecht:
Kontinuierliche
Aufgabe des
Gesundheitswesens

Ethische Grundlage:
Realisierte
Patientenautonomie

Ziel: Bestmöglicher Informed
Consent für zukünftige
medizinische Behandlungen
bei urteilsunfähigen Patienten

Singer, Robertson, Roy 1996. *Bioethics for Clinicians. Advance Care Planning. CMAJ* 15;155:1689-92

Teno, Nelson, Lynn 1994. *Advance Care Planning. Priorities for ethical and empirical research. Hastings Center Report* 24;S32-36)



Definition Delphi Rietjens et al 2017

ACP was defined as the ability to enable individuals to define goals and preferences for future medical treatment and care, to discuss these goals and preferences with family and health-care providers, and to record and review these preferences if appropriate. Recommendations included the adaptation of ACP based on the readiness of the individual; targeting ACP content as the individual's health condition worsens; and, using trained non-physician facilitators to support the ACP process



Erste Zusammenfassung

Advance Care Planning ist eine fachlich (medizinisch und beratend) begleitete, fortlaufende Unterstützung von Patienten und ihren Angehörigen. Dies dient der Bildung, Dokumentation und Umsetzung der individuellen Behandlungswünsche für zukünftige gesundheitliche Krisensituationen, in denen ein Patient selbst nicht in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen. Ein Ziel ist die Erstellung von aussagekräftigen Patientenverfügungen und Notfallplänen, die auf individuellen persönlichen Werthaltungen beruhen und medizinisch aussagekräftige und sinnvolle Festlegungen enthalten.

Hierdurch soll bestmöglich sichergestellt werden, dass die Behandlung auch im Falle von Notfallsituationen und gesundheitlichen Verschlechterungen an den Wünschen der urteilsunfähigen Patienten ausgerichtet ist, unabhängig vom Ort der Behandlung.

Rahmenkonzept

**Gesundheitliche Vorausplanung
mit Schwerpunkt «Advance Care Planning»**
Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz



Foto: W. Imhof



© BAG, 2017

Umgesetzte Massnahmen

▼ Rahmenkonzept Gesundheitliche Vorausplanung

Ein Ziel des Projekts «Koordinierte Versorgung» besteht darin, den Patientenwillen zu stärken, so dass die Behandlung und Betreuung besser entlang den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten geplant und koordiniert werden kann. Um dies zu erreichen, hat das BAG eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die ein nationales Rahmenkonzept zur Vorausplanung im Gesundheitswesen erarbeitet hat. Das Konzept beinhaltet Grundlagen und Empfehlungen für die konkrete Umsetzung in die Gesundheitsversorgung der Schweiz.

[Rahmenkonzept Gesundheitliche Vorausplanung](#) (PDF, 1 MB, 06.03.2018)



Die Gründe/ die Ziele

- Der Stellenwert des Patientenwillen: Anspruch und Realität
- Die Realität bzgl. Patientenverfügungen: eher selten, wenig Sicherheit im Umgang (Patienten, Angehörige und Fachpersonen)
- Ziel ist bessere Strukturierung des Prozesses:
 - Personen: Von Gesunden bis Schwerkranken
 - Inhalte: Von Werten bis zum Reanimationsentscheid
 - Kommunikation: das Wie und das Wann
 - Dokumentation: Von den Betroffenen, über Haus- Fachärzte bis zur Notfallrettung und zum Spital

Die Herausforderungen: ein radikal personenzentriertes Vorgehen

Welcher Wert/ Attraktivität, welche Bereitschaft

Welche Ausgangslage

Welcher Zeitpunkt

Welche Inhalte, Welcher Detaillierungsgrad

Welche Person(en)

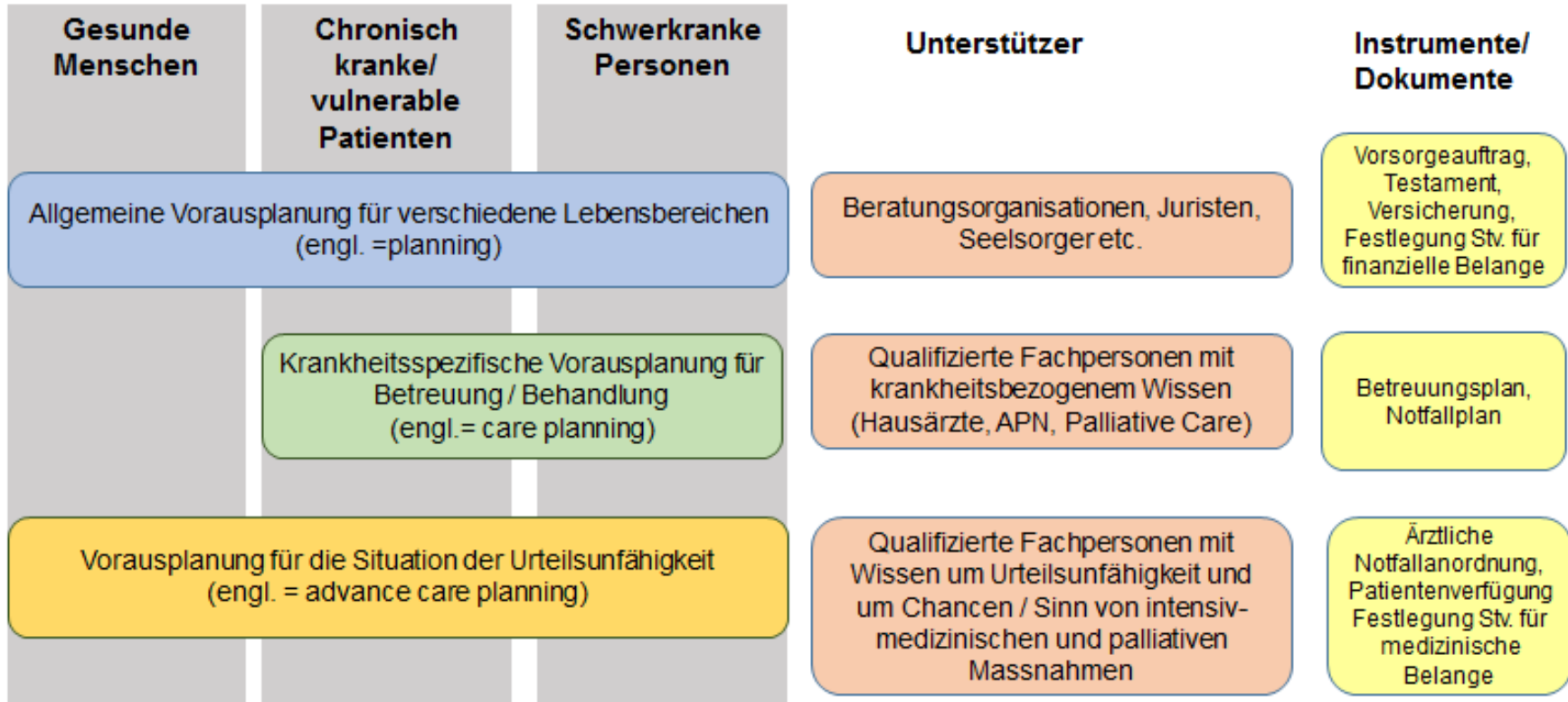
Welche Kompetenz incl. communication skills

Welche Gültigkeit (+Dauer)

Welcher Benefit? Mit welchem Aufwand?

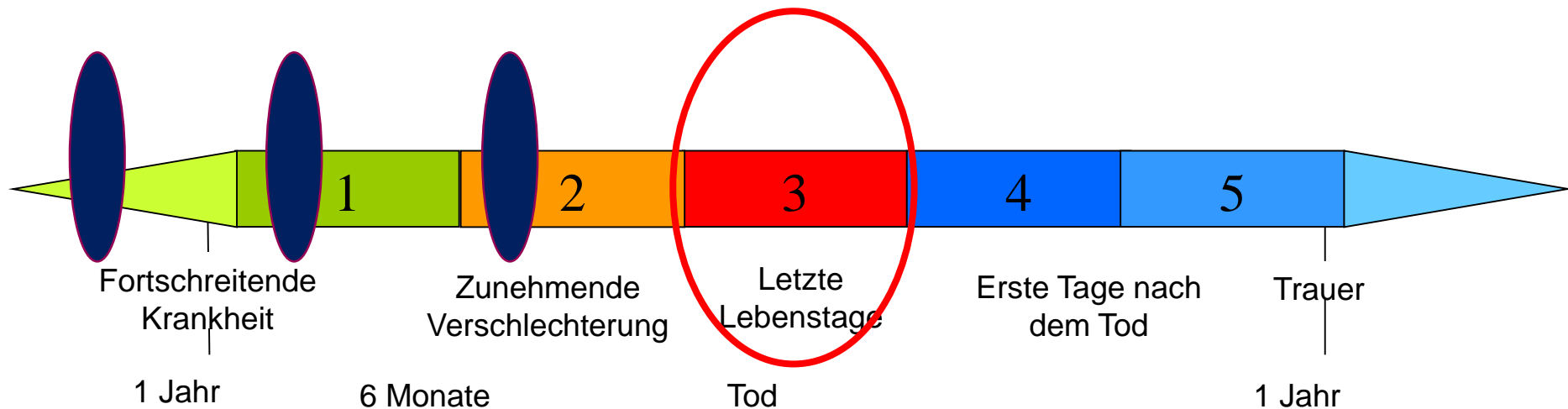
Immer wieder – Training, Beziehung, Vertrauen
....und nicht nur am Lebensende

Ebenen der Vorausplanung



Video

Vorausplanung als systematischer Prozess



Proaktiv und repetitiv statt reaktiv

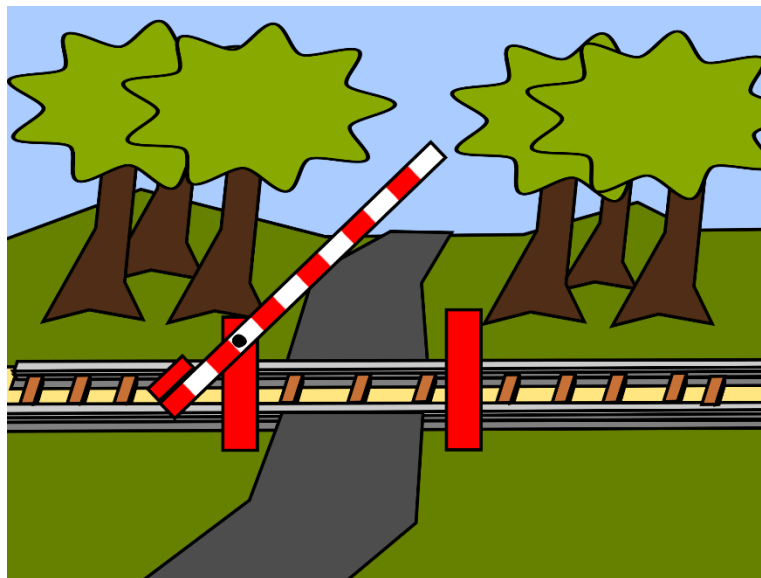
Attraktivität – für wen?

- Für Patienten
- Für Angehörige
- Für Fachpersonen
- Für Policymakers

Mehr Sicherheit
Klare Struktur
Klare Verantwortlichkeiten
Klare Dokumentation
Klare Evaluation

Ein Permanenter Prozess
Möglichst früh
Wiederholte Aktualisierung
Über Institutionsgrenzen hinweg

Chancen und Grenzen



Antizipierte Probleme

- Pseudopartizipation
 - Misstrauen im oft noch paternalistischen Gesundheitswesen
 - Skepsis, ob es wirklich um das Wohl des Patienten geht
- Vorausplanung basiert auf Beziehung, Respekt, Vertrauen
- Primat der Haltung und Hohen Kommunikationsqualität

Chancen

- Planung und Entscheide auf Augenhöhe
 - Salutogenetisches, bedürfnisorientiertes Vorgehen
- Partnerschaft, realistische Erwartungen, Autonomieförderung

Anreize und Anforderungen

- Relativierung des «kurativen» Konzepts mit der Dominanz in Wertigkeit und Vergütung
 - Max. Aufwertung von Kommunikationskompetenzen in Studium und WB der Gesundheitsberufe
 - Finanzielle Mittel für best chronic & end of life care aufgrund Neubewertung von kommunikativen Leistungen;
 - Cave: ACP = Sparen: mehr als med. Diagnosen als Grundlage für Leistungsvergütung
 - Arbeit an gesellschaftlicher Vision des Lebensendes: die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Endlichkeit
-

Implementierung



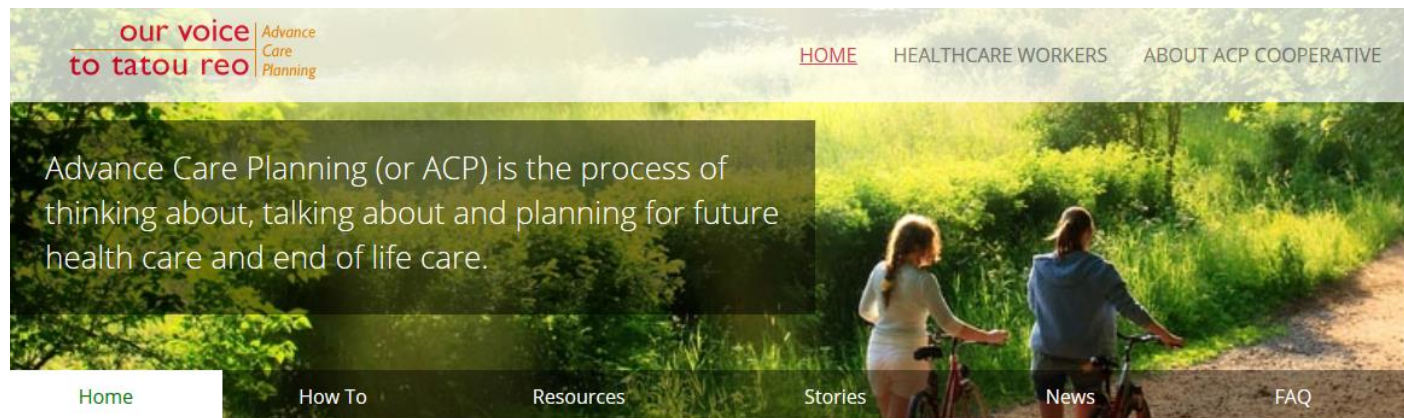
Vielschichtiger, lernender, regionaler gemeinsamer Ansatz

Hohe Qualität der

- 1) Kommunikation
- 2) Dokumentation
- 3) Koordination

Kommunikation

Bevölkerung



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.

It 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.

'A gift for your family'

Tammy Wells - 'the Briscoes' lady' - talks about having conversations that count.

Looking to get started? Find out how [here](#). Or [download](#)



Fachpersonal

- Wissen
- Fertigkeiten
- Haltung

Inhalte

Weiterbildung

Bereich	Inhalte
Wissen/ Kenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Kenntnis des ACP-Prozesses - Krankheitsspezifisches Wissen betreffend Prognose, Risiken & Komplikationen - Beurteilung der Urteilsunfähigkeit - Wissen um Vorgehen und Evidenz intensivmedizinischer Massnahmen bei unterschiedlichen Krankheitsbildern - Kenntnis der gesetzlichen Grundlagen (Erwachsenenschutzrecht) - Kenntnis der regionalen/kantonalen Versorgungsstrukturen (Netzwerk) und der verwendeten Formulare bzw. Inhalte der in der Region verfügbaren Dokumentation
Fertigkeiten/ Skills	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung über zukünftige medizinische Behandlungsentscheidungen für Notfälle und Urteilsunfähigkeit - Techniken der intensiven Eruiierung der von der Patientin/vom Patienten gewünschten Grenzen einer lebensverlängernden Behandlung - Übersetzung der Wertvorstellung der Patientin/des Patienten in medizinische Massnahmen bzw. Überprüfung der Kongruenz von Patientensituation, Massnahmen und Therapieziel - Vermeiden von Suggestion - Krankheitsspezifisch: Umgang mit Unsicherheit und Hypothese - Umgang mit bereits bestehenden Patientenverfügungen - Aufnahme und Vermittlung bei wichtigen Anliegen der Patientin, des Patienten, die während der ACP-Gespräche thematisiert werden (wie biographische Arbeit, Fragen zur aktuellen Behandlung, existentielle und psychologische (Behandlungs-)Bedürfnisse) - Beratung und Unterstützung beim Erstellen einer gültigen Dokumentation (Patientenverfügungen, ÄNO), Re-Evaluation
Haltung	<ul style="list-style-type: none"> - Partnerschaftliches Erarbeiten von möglichen Zukunftsszenarien zwischen Betroffenen und Fachpersonen - Befähigung des Patienten für eigene Entscheidungen, Patientenorientierung inkl. Be-
	<ul style="list-style-type: none"> - Transparenz bezüglich Grenzen (Machbarkeit, individuelle Grenzen) - Reflexion über die eigenen Werte sowie eigene Auseinandersetzung mit den zu besprechenden Themen (Krankheit, Urteilsunfähigkeit, Sterben, Tod)



Wissen u.a.

Situationen der Urteilsunfähigkeit

Geplante Urteilsunfähigkeit Dauer vorhersagbar	Plötzliche unvorhergesehene Urteilsunfähigkeit Dauer ungewiss	Längere andauernde Urteilsunfähigkeit Dauer ungewiss	Bleibende Urteilsunfähigkeit Dauer lebenslang
Operationen / andere Eingriffe mit Narkosen 	Notfallsituation 	schwere Krankheitssituation 	chronische Krankheitssituation 

Mit zunehmender Dauer der Urteilunfähigkeit und der Krankheitssituation steigt die Wahrscheinlichkeit von bleibenden Schädigungen.

Haltung



Dokumentation: medizinisch sinnvoll und möglichst einheitlich, insb. Notfall

Massachusetts Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST)
www.molst-ma.org



Patient's Name _____
Address _____
Date of Birth _____ Gender _____
Print name and phone # of Patient's Primary Care Provider, if available: _____

- ▶ Sections D and E must be fully completed for a valid form, photocopy, fax or electronic copies of signed MOLST forms are valid.
- ▶ If a section is not completed, there is no limitation on the treatment indicated in that section.
- ▶ This form is effective immediately upon completion. Send this form with the patient at transfer or discharge.

Every Patient Should Receive Full Attention To Comfort

A Select one box
Cardiopulmonary Resuscitation: for a patient in cardiac or respiratory arrest
 Do Not Resuscitate Attempt Resuscitation

B Select one box
Intubation and Ventilation: for a patient in respiratory distress
 Do Not Intubate and/or Ventilate Intubate and/or Ventilate

C Select one box
Transfer To Hospital
 Do Not Transfer to Hospital (unless needed for comfort) Transfer to Hospital

D Signature of the patient or health care agent, guardian* or parent/guardian* of a minor patient
Signed in section D by: (Check one box to indicate who is signing) the patient, or guardian* or health care agent or parent/guardian* of a minor
▶ If signed by patient, confirms that he/she signed of own free will and this form reflects his/her treatment preferences as expressed to Section E signer.
▶ If signed by the health care agent, guardian* or parent/guardian* of a minor patient, confirms that the form reflects the signer's assessment of the patient's wishes, or, if those wishes are unknown, the signer's assessment of the patient's best interests.

Signature of patient, health care agent, guardian* or parent/guardian* of minor _____ Date of Signature _____

E Signature of Physician, NP or PA
Signature of Physician, Nurse Practitioner (NP) or Physician Assistant (PA)
Signature confirms this form accurately reflects discussion(s) with Section D signer _____ Date of Signature _____

Print name and contact number(s) for person signing Section D _____
Print name and contact number(s) for person signing Section E _____

Record of Periodic Review: Upon review, if no change to this form is needed, the Physician, NP or PA should sign and print name and contact number(s) below.


Date reviewed with Section D signer
1. _____
2. _____
3. _____


Hausärztliche Anordnung für den Notfall HANo® 


Name: _____
Vorname: _____
geboren am: _____


Modellprojekt _____


Für den Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!


A  **Lebensverlängernde Therapie ohne Einschränkungen (A):**
Notfall- und intensivtherapie einschliesslich Herz-Lungen-Wiederbelebung

B0  **Lebensverlängernde Therapie, aber mit folgenden Einschränkungen (B0 bis B3):**
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 (aber ambulante Therapie)

C  **Keine Therapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung, auch nicht ambulant (C):**
Ausschliesslich palliative (lindernde) Massnahmen

den 20.....

„Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikationen dieser Entscheidung.“

Unterschrift und Stempel des zertifizierten Hausarztes

„Diese HANo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“

den 20.....

Unterschrift des Betroffenen (bei Einwilligungsfähigkeit)

„Diese HANo gibt den (mutmaßlichen) Behandlungswillen des Betroffenen angemessen wieder.“

Unterschrift und NAME des Vertreters/Angehörigen

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“


Unterschrift und NAME des zertifizierten Begleiters

Diese HANo ist der notfallmedizinisch relevante Teil der Patientenverfügung / Vertretterverfügung (Nichtzeitoffenes streichen) vom 20....., der ein qualifizierter Beratungsprozess gemäß bezeiten begleiten-Standard zugrundeliegt. Die vorliegende HANo reflektiert den (mutmaßlichen) Willen des Bewohners und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bovollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.

Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO)

aktueller Reanimations- und Notfallstatus

Vor-/Nachname _____ Vorname Nachname _____ Strasse _____
Geburtsdatum _____ TT, Monat JJJJ _____ PLZ Ort _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei oben genannter Person, sofern sie nicht selbst urteilsfähig ist: (Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3, C) – sonst ungültig!)
Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar
 A  **Notfall- und Intensivbehandlung einschliesslich Herz-Lungen-Wiederbelebung**


Therapieziel: Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0  **keine Herz-Lungen-Wiederbelebung ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung**

B1  **keine Herz-Lungen-Wiederbelebung keine invasive (Tubus) Beatmung ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung**

B2  **keine Herz-Lungen-Wiederbelebung keine invasive (Tubus) Beatmung keine Behandlung auf einer Intensivstation ansonsten uneingeschränkte Notfallbehandlung**

B3  **keine Herz-Lungen-Wiederbelebung keine invasive (Tubus) Beatmung keine Behandlung auf einer Intensivstation keine Mitnahme ins Spital/auf eine Notfallstation ansonsten uneingeschränkte Notfallbehandlung am aktuellen Betreuungsort -> Notfallplanung erforderlich**

Therapieziel: Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung
 C  **ausschliesslich lindernde Behandlung auch im Spital wenn möglich Verbleib in der bisherigen häuslichen Umgebung -> Notfallplanung erforderlich**

Ort _____ den _____ Unterschrift (Patient*in) _____

Diese ÄNO ist Ausdruck meines Behandlungswillens

Ort _____ den _____ Unterschrift (Vertreter*in) _____

Diese ÄNO gibt den mutmasslichen/geäusserten Behandlungswillen der o. g. Person angemessen wieder

Ort _____ den _____ Unterschrift (Ärztin/Arzt) _____

Ich bestätige Urteilsfähigkeit und Verständnis der Implikationen dieser Entscheidung. **Notfallplan**

Ort _____ den _____ Unterschrift (Berater*in) _____

Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.
Diese ÄNO gilt so lange im Spital, wie dort aus gegebenem Anlass (z.B. Operation, intensivmedizinische Behandlung oder bleibende Urteilsunfähigkeit) eine abweichende Regelung gemäss dem Patientenwillen vereinbart wird.



Die Patientenverfügung ist strukturiert nach den Situationen der Urteilsunfähigkeit, in der medizinische Entscheidungen getroffen werden müssen.

Notfallsituation	schwere Krankheitssituation	chronische Krankheitssituation	Geplante Intervention
<p>plötzliche unvorhergesehene Urteilsunfähigkeit</p> <p>Keine Diagnose</p>  <p>Therapieziel & medizinische Massnahmen</p> <p>ÄNO</p>	<p>länger andauernde Urteilsunfähigkeit</p> <p>Diagnose & Prognose</p>  <p>Therapieziel & medizinische Massnahmen</p>	<p>bleibende Urteilsunfähigkeit</p> <p>Diagnose & Prognose</p>  <p>Therapieziel & medizinische Massnahmen</p>	<p>Vorhersehbare oder länger andauernde Urteilsunfähigkeit</p> <p>Evtl. Diagnose & Prognose</p>  <p>Therapieziel & medizinische Massnahmen</p> <p>Peri Interventionelle ÄNO</p>

Patientenverfügung - Allgemeines Rechtsverständnis und Notfallsituation

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen bei der Mittel

Therapieziel: Lebensverlängerung, nicht lebensverlängernd

Therapieziel: Lebensverlängerung, nicht lebensverlängernd

Therapieziel: Lebensverlängerung, nicht lebensverlängernd

Therapieziel: Lebensverlängerung, nicht lebensverlängernd

Therapieziel: Lebensverlängerung, nicht lebensverlängernd

Therapieziel: Lebensverlängerung, nicht lebensverlängernd

Therapieziel: Lebensverlängerung, nicht lebensverlängernd

Therapieziel: Lebensverlängerung, nicht lebensverlängernd

Therapieziel: Lebensverlängerung, nicht lebensverlängernd

7 Behandlung bei bleibender Urteilsunfähigkeit

Bei einer bleibenden Urteilsunfähigkeit...

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

7 Behandlung bei bleibender Urteilsunfähigkeit

Bei einer bleibenden Urteilsunfähigkeit...

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Peri- und präinterventionelle Ärztliche Notfall-Anordnung (P-ÄNO)

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

Empfehlungen

- 1) Verständnis gemeinsam aufbauen
- 2) Intensivierung partnerschaftlicher Entscheidungen
- 3) Einheitliche Verwendung der Terminologie
 - Allgemeine Planung
 - Krankheitsspezifische Vorausplanung
 - Gesundheitliche Vorausplanung für eigene Urteilsunfähigkeit (allg./spez./Notfall/Postakut/chronisch)
- 4) Schwerpunkt: fortschreitende Erkrankungen und letzte Lebensphase
- 5) **Mindestens** regional einheitliche Dokumentation, national: ärztliche Notfallanordnung; Integration e-health
- 6) Qualität der Beratung: Verantwortung Fachorganisationen; Fokus Kommunikationsqualität und Interprofessionalität

FROM THE INSIDE

The patient who fell off a skyscraper



Fabrizio Elia^{1*}, Marco Vergano² and Lorenzo Di Meglio³

© 2018 Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature and ESICM

“Heard about the guy who fell off a skyscraper? On his way down past each floor, he kept saying to reassure himself: “So far so good... so far so good”. How you fall doesn’t matter. It’s how you land!”

La Haine (Hate)—Mathieu Kassovitz (1995)

This is the real story of a man who fell off a “chronic disease skyscraper”, stumbling over his COPD. Every floor is one of several significant illness episodes. On his way down passing each floor, doctors got used to reassuring him saying: “So far so good”.

40th floor—hospital admission for his first exacerbation—“So far so good”, doctors said.

35th floor—second admission for exacerbation, the man was discharged home with low-flow oxygen supply—“So far so good”, they told him again.



1st floor—this once the oxygen level is really too low and the carbon dioxide level too high...neither the mask works.

“This is the end. He’s dying, we feel sorry”, doctors say now.

“How is that possible?” relatives reply. “You were telling us ‘So far so good’ until yesterday. We are not ready for this and neither is he. Do everything you can.”

The man is intubated and mechanically ventilated.

Ground floor—the man dies after spending the last month of his life in hospital; tethered to tubes and catheters, surrounded by lights and noises, away from home.

The hardest landing.

It is not true that how you fall does not matter. The way we land does depend on the way we fall. Our job is not confined to slowing the rate of descent. It is also our concern to make clear to patients and families what is going on during the fall and equip people for a landing as smooth as possible.

<http://www.thehappy.md.com/blog/bid/295228/How-Doctors-Die>

How Doctors Die

It's Not Like the Rest of Us, But It Should Be



Ein gut begleitetes Sterben, möglichst dort, wo sich der Mensch dies wünscht

**Patient
schwerst
krank**

**Diagnose
gemäss
Patienten-
verfügung**

**ÄNO
vorhanden**

**Team/ Familie
beim Patienten
gemäss Plan**

**Sicheres
Verbleiben
zuhause**



**Rollen und
Interaktion klar**

**Notwendige
Medikation beim
Patient**

**Team fähig
notwendige
palliative
Massnahmen zu
ergreifen**

**Medikation ist
ausreichend**