

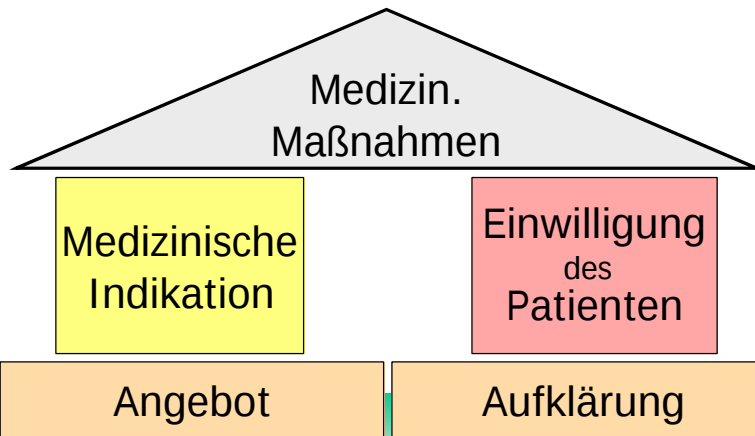
GNN Gesundheitsnetz Nordhessen e. V.
04.11.2009, Kassel

Patientenverfügung hausärztliche Beratung

Wolfgang Spuck
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel



Prozess der Therapieentscheidung



Selbstbestimmungsrecht

nach A. Simon

ärztliche Aufgabe und Motivation, über Patientenverfügung zu beraten

- Konkretisierung des Patientenwillens
- Eigene Sicherheit im ärztlichen Angebot
- Förderung des Aufklärungsprozesses
- Gespräche über Lebensplanung



Ich verfüge

1. bei fortgeschrittener unheilbarer Krankheit, aber noch in deutlichem Abstand zum Sterben ...
2. wenn der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist ...
3. im Falle plötzlich eintretender erheblicher Körperschädigungen, zwar ohne anhaltende Gefahr für das Leben, aber mit beträchtlicher Einschränkung des Wahrnehmungs- und Äußerungsvermögens und der Lebensqualität ohne hinreichende Aussicht auf Besserung dieses Zustands ...
4. zu besonderen Behandlungsmaßnahmen bei kritischen Krankheitszuständen ...
5. zur Entnahme von Organen zum Zweck der Transplantation

Meine Wünsche an alle, die mich behandeln und begleiten



häufiger Verlauf bei Krebs

nach Lynn Anderson:
Better Palliative Care for
Older People. WHO 2004
(ISBN 9289010924)

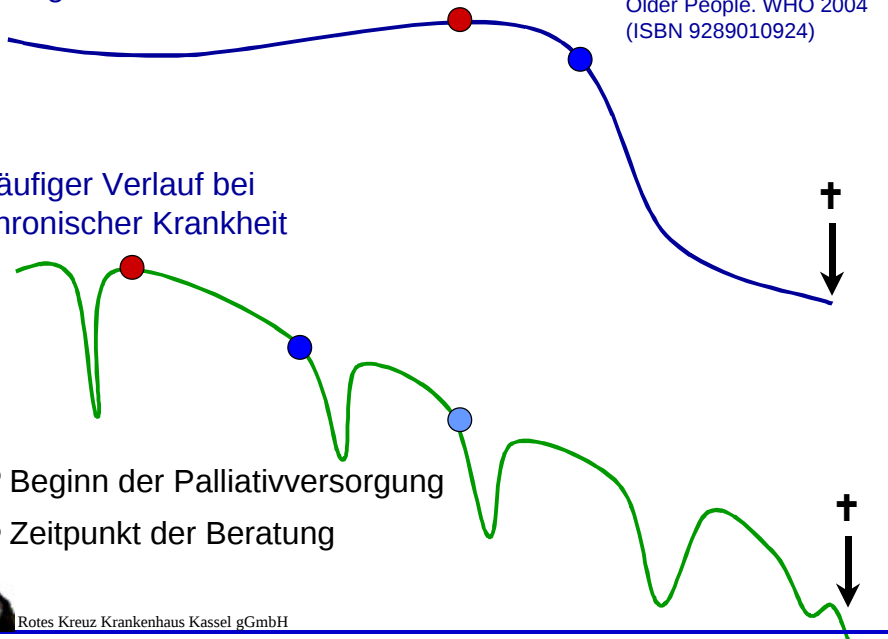
häufiger Verlauf bei
chronischer Krankheit

● Beginn der Palliativversorgung

● Zeitpunkt der Beratung



Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel gGmbH



Erläuterungsbedarf für besondere
Behandlungsmaßnahmen:

„Wiederbelebung“, „Reanimation“

Intubation und Beatmung, Luftröhrenschnitt

Herzschrittmacher, Defibrillation

Dialyse

Künstliche Ernährung, enterale Ernährung (über PEG),
parenterale Ernährung

Medikamentöse kreislaufstützende Therapie (Adrenalin)

Antibiotikatherapie

Palliativmedizin



Begriffliche Unschärfen in Patientenverfügungen

- ... lebensverlängernde Maßnahmen ...
- ... bleibende Schäden ...
- ... dauerhaft auf Pflege angewiesen sein werde ...
- ... unwiderruflich im Sterbeprozess bin ...
- ... unwiderbringlicher Ausfall von Gehirnfunktionen .



Schulbildung:																																							
Berufsausbildung:																																							
zuletzt und bis wann ausgeübter Beruf:																																							
Erfahrungen mit Krankheit und Sterben in Familie und Freundeskreis:																																							
<table border="1"> <tr> <td>Patientenverfügung</td> <td>vorhanden</td> <td>besprochen</td> <td>nicht vorhanden</td> </tr> <tr> <td>Vorsorgevollmacht</td> <td>vorhanden</td> <td>besprochen</td> <td>nicht vorhanden</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Bevollmächtigte(r):</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Betreuer(in):</td> </tr> <tr> <td>Name:</td> <td>Vorname:</td> <td colspan="2">Wohnort:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Erklärter Therapieverzicht für</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Wiederbelebungsmaßnahmen</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Kausaltherapie</td> </tr> <tr> <td colspan="4">sonstiges:</td> </tr> </table>				Patientenverfügung	vorhanden	besprochen	nicht vorhanden	Vorsorgevollmacht	vorhanden	besprochen	nicht vorhanden	Bevollmächtigte(r):				Betreuer(in):				Name:	Vorname:	Wohnort:		Erklärter Therapieverzicht für				Wiederbelebungsmaßnahmen				Kausaltherapie				sonstiges:			
Patientenverfügung	vorhanden	besprochen	nicht vorhanden																																				
Vorsorgevollmacht	vorhanden	besprochen	nicht vorhanden																																				
Bevollmächtigte(r):																																							
Betreuer(in):																																							
Name:	Vorname:	Wohnort:																																					
Erklärter Therapieverzicht für																																							
Wiederbelebungsmaßnahmen																																							
Kausaltherapie																																							
sonstiges:																																							
Weitere Mitteilungen:																																							

6. Palliativer Behandlungsplan und Arzneimittelverordnung

Palliativ-Team

Tel.: 0561 3086-4495
 0172 536 1347
 Tel.: 0561 3086-3150 oder -3151
 Fax: 0561 3086-4494
 spuck@rkh-kassel.de

Datum: _____

Patient Name, Vorname, Geb.-Dat.:

Es liegt eine **Betreuung / Vollmacht** vor ☐ ja ☐ nein

Namen des Betreuers / Bevollmächtigten (Gesundheitsfürsorge)

Adresse: Straße, Hausnr., PLZ Ort Tel.:

Grunderkrankung - Diagnosen

Mit dem Patienten abgesprochene Maßnahmen im Notfall oder bei Verschlechterung der Symptome

Wiederbelebung	☐ ja ☐ nein	welches Krankenhaus? _____
Krankenhauseinweisung	☐ ja ☐ nein	
Intensivstation	☐ ja ☐ nein	weitere Wünsche: _____
Beatmung	☐ ja ☐ nein	
Künstliche Ernährung	☐ ja ☐ nein	
Andere Maßn.:	☐ ja ☐ nein	

Arzneimittelverordnung:

*Rp/SAPV: Verordnung durch Palliativ-Team

Basis(therapie)/Uhr:	*Rp/SAPV	Dosis	früh	mittags	abends	spät	Wirkung/Grund

ärztliche Aufgabe und Motivation, über Patientenverfügung zu beraten

- Konkretisierung des Patientenwillens
- Eigene Sicherheit im ärztlichen Angebot
- Förderung des Aufklärungsprozesses
- Gespräche über Lebensplanung



Beratungs-Setting

- ausreichend Zeit (mind. 45')
- ungestörter Raum
- Angehörige nach Wunsch des Patienten
- Bevollmächtigter?
- ggf. weiterführenden Termin
- Material (Schriftliches zum Nachlesen, weitere Beratungsinstitutionen)

