

Tools und Scores in der Palliativmedizin

Pallimed Qualitätszirkel



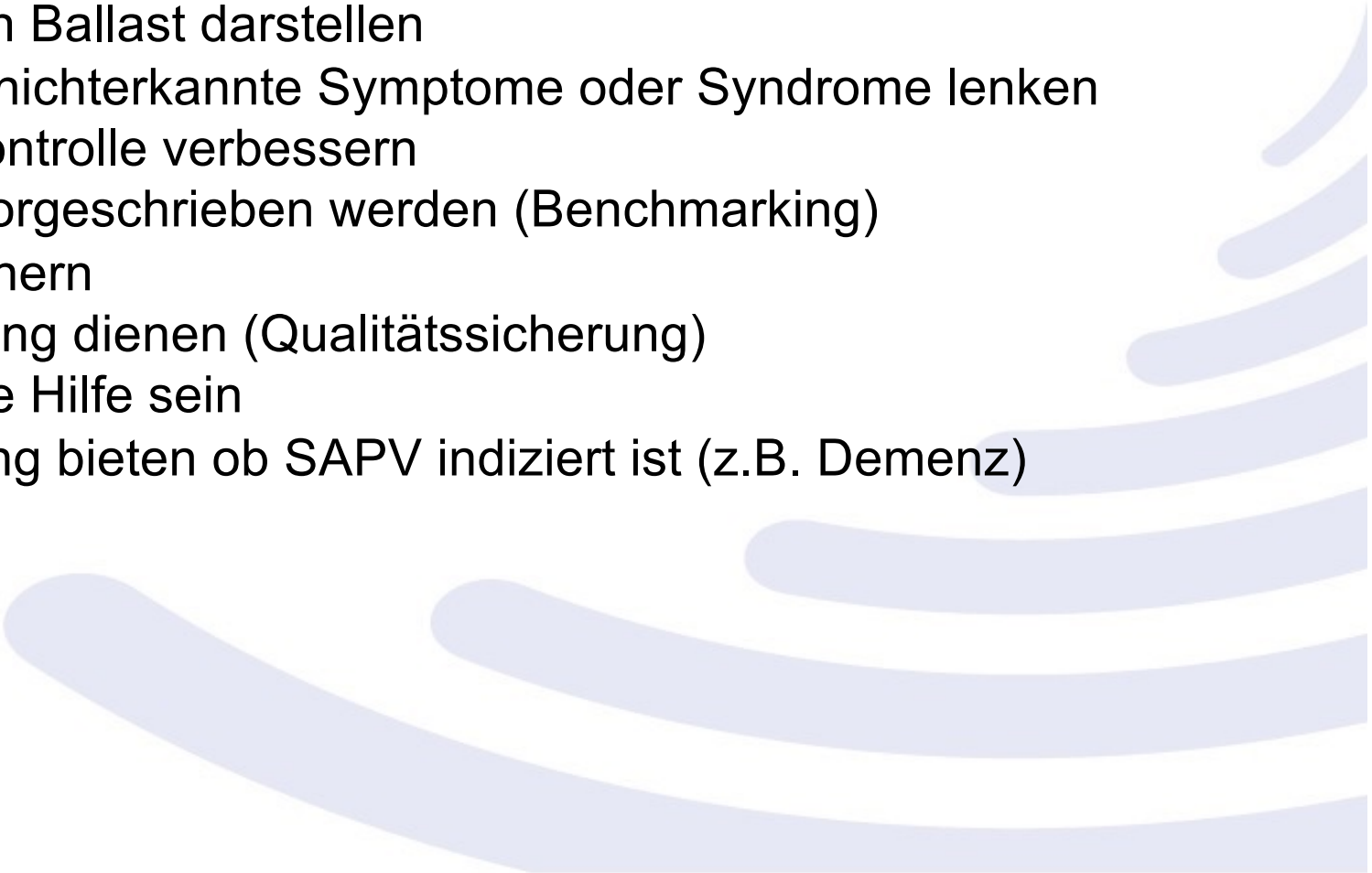
Philosoph Pfaller

*„Wir sollten nicht
den Tod fürchten, sondern
das schlechte Leben.“*

Kulturspiegel 6/2011

Warum dieser Vortrag

Tools und Scores können

- Weiterhelfen z.B. Screening/Weichenstellung
 - Einen unnötigen Ballast darstellen
 - Den Fokus auf nichterkannte Symptome oder Syndrome lenken
 - Die Symptomkontrolle verbessern
 - Könnten bald vorgeschrieben werden (Benchmarking)
 - Rechtlich absichern
 - Der Verbesserung dienen (Qualitätssicherung)
 - In Notfällen eine Hilfe sein
 - Eine Hilfestellung bieten ob SAPV indiziert ist (z.B. Demenz)
- 

Hilfsmittel zum Screenen oder zur Weichenstellung: P-CaRES

P-CaRES – „Palliative Care and Rapid Emergency Screening

1. Hat der/die Patient/-in eine lebenslimitierende Erkrankung? (kreuzen Sie alle zutreffenden Punkte an)

- Fortgeschrittene Demenz oder Erkrankung des ZNS** (z. B. Vorgeschichte mit Schlaganfall, ALS, Parkinson):
Benötigt Unterstützung bei der Selbstversorgung (z. B. Gehen, Toilettengang) und/oder ist die verbale Ausdrucksfähigkeit reduziert.
- Fortgeschrittener Krebs:**
Metastasierende oder lokal aggressive Erkrankung.
- Nierenversagen:**
Dialysepflichtig oder Kreatinin > 6.
- Fortgeschrittene COPD:**
Kontinuierliche O2-Versorgung zuhause oder chronische Ruhedyspnoe
- Fortgeschrittene Herzinsuffizienz:**
Chronische Dyspnoe, Thoraxschmerzen oder Erschöpfung bei minimaler Belastung oder im Ruhezustand.
- Lebererkrankung im Endstadium:**
Vorgeschichte mit rezidivierendem Aszites, gastrointestinaler Blutung oder hepatischer Enzephalopathie.
- Septischer Schock (z. B. mit Anzeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion):**
Benötigt intensivmedizinische Behandlung und hat eine signifikante komorbide Erkrankung.
- Subjektive Einschätzung des Befragers – Erhöhtes Risiko eines vorzeitigen Versterbens:**
Beispiele: Hüftfraktur > Alter von 80; schwerwiegende Traumata bei Senioren (multiple Rippenfrakturen, intrakranielle Blutungen), fortgeschrittenes AIDS, etc.

Keinen Punkt angekreuzt?
STOP! Screening ist abgeschlossen.

EINEN oder mehrere Punkte angekreuzt?
Screening FORTFÜHREN!



2. Hat der/die Patient/-in ZWEI oder mehr unerfüllte palliativmedizinische Bedürfnisse? (kreuzen Sie alle zutreffenden Punkte an)

- Häufige Krankenhausaufenthalte:**
2 oder mehr Besuche in der Notaufnahme oder Krankenseinweisungen in den letzten 6 Monaten.
- Unzureichend eingestellte Symptome (welche nicht durch die Therapie selbst bedingt sind z.B. Übelkeit bei Chemotherapie)**
Krankenseinweisungen aufgrund von Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit, Depression, Müdigkeit, etc
- AZ-Verschlechterung:**
z. B. Mobilitätsverlust, häufiges Stürzen, reduzierte Nahrungsaufnahme, Hautläsionen, Kachexie,...
- Unsicherheit über Behandlungsziele und/oder Belastung der Zu-/Angehörigen**
Unsicherheit/ Überforderung durch Versorgungsbedarfe; Der Zu-/Angehörige kann die Bedürfnisse nicht erfüllen
- Überraschungsfrage / Surprise Question:**
Sie wären nicht überrascht, wenn der/die Patient/-in innerhalb des nächsten Jahres versterben würde.

Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt?
STOP! Screening ist negativ

ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt?
Palliativmedizinischer Dienst-Konsil wird empfohlen!

Abbildung 1: P-CaRES - Palliativ Care and Rapid Emergency Screening

- Insgesamt zeigten 17% der Patient:innen, die in der Notaufnahme vorstellig wurden einen palliativmedizinischen Bedarf laut P-CaRES an.

Wirksamkeit eines neu implementierten Screening-Tools zur Identifizierung von palliativpflichtigen Patient:innen in der Notaufnahme (Poster Aachen 2024)

Hilfsmittel zum Screenen oder zur Weichenstellung: PPI

Palliative Prognostic Index

PR5. Palliative Performance Scale					Score
Mobilisation	Aktivität/ Krankheitszeichen	Selbstversorgung	Ernährung	Bewusstsein	
voll	normale Aktivität, keine Zeichen der Erkrankung	vollständig	normal	vollständig	100 %
voll	normale Aktivität, wenig Zeichen der Erkrankung	vollständig	normal	vollständig	90 %
voll	normale Aktivität, wenig Zeichen der Erkrankung	vollständig	normal oder reduziert	vollständig	80 %
reduziert	nicht arbeitsfähig, wenig Zeichen der Erkrankung	vollständig	normal oder reduziert	vollständig	70 %
reduziert	Hobby, Hausarbeit nicht möglich, deutliche Zeichen	gelegentlich Unterstützung erforderlich	normal oder reduziert	vollständig oder verwirrt	60 %
überwiegend sitzend/liegend	keine Tätigkeit möglich, ausgeprägte Zeichen	deutliche Unterstützung erforderlich	normal oder reduziert	vollständig oder verwirrt	50 %
überwiegend bettlägerig	keine Tätigkeit möglich, ausgeprägte Zeichen	überwiegend Unterstützung erforderlich	normal oder reduziert	vollständig, somnolent oder verwirrt	40 %
vollständig bettlägerig	keine Tätigkeit möglich, ausgeprägte Zeichen	vollständige Pflege erforderlich	reduziert	vollständig, somnolent oder verwirrt	30 %
vollständig bettlägerig	keine Tätigkeit möglich, ausgeprägte Zeichen	vollständige Pflege erforderlich	minimal schlucken	vollständig, somnolent oder verwirrt	20 %
vollständig bettlägerig	keine Tätigkeit möglich, ausgeprägte Zeichen	vollständige Pflege erforderlich	nur mundvoll schlucken	somnolent oder Koma	10 %
tot					0 %
6-Monats-Überlebenswahrscheinlichkeit					10 % bei ≤ 50 % PPS

PR6. Orale Aufnahme		Score
normal	<input type="checkbox"/> 0,0	
gering reduziert (> mundvoll)	<input type="checkbox"/> 1,0	
deutlich reduziert (≤ mundvoll)	<input type="checkbox"/> 2,5	
PR7. Symptome		Score
Ödeme	nein <input type="checkbox"/> 0,0 ja <input type="checkbox"/> 1,0	
Luftnot in Ruhe	nein <input type="checkbox"/> 0,0 ja <input type="checkbox"/> 3,5	
Delirium	nein <input type="checkbox"/> 0,0 ja <input type="checkbox"/> 4,0	
Palliative Prognostic Index (maximal 15 Punkte)		Summe
3-Wochen-Überlebenswahrscheinlichkeit	20 %	bei > 6 Punkten
6-Wochen-Überlebenswahrscheinlichkeit	20 %	bei > 4 Punkten

Abb. 1 Palliative Prognostic Index (PPI) (Quelle: <https://www.hope-clara.de/download/HOPE2009Prognose.pdf>).

Mein Fazit:

- Nicht verwenden
- Bestätigt aber unsere Erfahrung, daß diese Symptome mit einer schlechten Prognose einhergehen:
 - Vollständige Bettlägerigkeit
 - Reduzierte orale Aufnahme
 - Ödeme
 - Atemnot in Ruhe
 - Verwirrtheitszustände

Hilfsmittel zum Screenen oder zur Weichenstellung: qSOFA-Score

Kriterien des qSOFA-Screening-Score

**BEWUSSTSEINS –
VERÄNDERUNG**



GCS < 15

TACHYPNOE



Atemfrequenz ≥ 22

HYPOTONIE



RR_{sys} ≤ 100 mmHg

nach Seymour, Pittsburgh, USA

qSOFA-Score

Verändertes Bewusstsein	GCS < 15	1 Punkt
Erhöhte Atemfrequenz	AF ≥ 22	1 Punkt
Niedriger Blutdruck	RR_{sys} ≤ 100 mmHg	1 Punkt

Hilfsmittel zum Screenen oder zur Weichenstellung: qSOFA-Score (<https://app.sop-easy.de/algorithmen/s5/qsofa-score>)

Beschreibung

qSOFA-Score

Schema bei Verdacht auf Infektion/Sepsis

Der **qSOFA-Score** (Quick Sequential Organ Failure Assessment) ist eine vereinfachte Form des SOFA-Scores. Er kann zur ersten Einschätzung in präklinischen Situationen und Notaufnahmen bei Verdacht auf eine Infektion angewendet werden. Bei Patienten, die zwei der folgenden drei qSOFA-Kriterien erfüllen, ist von einem schlechteren Outcome auszugehen:

- Atemfrequenz $\geq 22/\text{min}$
- verändertes Bewusstsein (Glasgow Coma Score < 15)
- systolischer Blutdruck $\leq 100 \text{ mmHg}$

Patienten mit einem qSOFA-Score von 2 oder 3 Punkten haben ein erhöhtes Letalitätsrisiko und sollten daher schnellstmöglich identifiziert werden. Eine Voranmeldung in der Zielklinik mit dem Verdacht einer Sepsis ist anzustreben und bei der Übergabe zu kommunizieren. Bei schweren Verläufen mit Hinzuziehung eines Notarztes besteht die Möglichkeit der präklinischen Antibiotikatherapie mit Ceftriaxon (Rocephin), welches auf den arztbesetzten Rettungsmitteln im Schwalm-Eder-Kreis mitgeführt wird.

CAVE: Fieber ist kein verlässliches Kriterium zur Identifizierung von Sepsis-Patienten, obgleich viele Infektionen mit Fieber vergesellschaftet sind. Als kritisch sollten Patienten betrachtet werden, die bei positiven qSOFA-Kriterien eine Hypothermie ($\leq 36^\circ\text{C}$) aufweisen, da diese das höchste Letalitätsrisiko besitzen.

Mein Fazit:

- Nicht verwenden
- Bestätigt aber unsere Erfahrung, daß diese Symptome mit einer schlechten Prognose einhergehen:
 - Atemfrequenz über 22/min
 - Bewußtseinsveränderungen
 - Blutdruck unter 100 mmHg systolisch

qSOFA-Score		
Verwirrtheit, Bewusstseinstörung	Vorhanden	1 Punkt
Atemfrequenz	$\geq 22/\text{min}$	1 Punkt
Systolischer Blutdruck	$< 100\text{mmHg}$	1 Punkt
Verglichen mit einem qSOFA-Score von 0-1 Punkten ist die Mortalität bei 2 Punkten um das 3-fache und bei 3 Punkten um das 14-fache erhöht ⁵ .		

Hilfsmittel zum Screenen oder zur Weichenstellung: Erfassung begleitender Depressionen (PHQ-9-D)

PHQ-9-D

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Patienten-Gesundheitsfragebogen PHQ-9 («Patient Health Questionnaire-9») dient zum Screening einer Depression und gibt einen Anhalt für den Schweregrad einer Depression.

Mein Fazit:

- Könnte evtl. manchmal hilfreich sein
- DD Depression/berechtigte Traurigkeit
- Eure Meinung?

Kroenke, K., Spitzer, RL, & Williams, JBW (1999). Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) [Datenbankeintrag]



Hilfsmittel zum Screenen oder zur Weichenstellung: Erfassung von Ernährungsstörungen (NRS)

Tab. 1 Nutrition Risk Score (NRS) nach Kondrup und Schweregrad der Erkrankung (Quelle: [12]).

Störung des Ernährungszustandes	Punkte	Krankheitsschwere	Punkte
keine	0	keine	0
milde Störung: Körpergewichtsverlust (KGV) > 5% in 3 Monaten oder Nahrungsaufnahme < 50–75% des Bedarfs in der vergangenen Woche	1	mild: chronische Erkrankungen, v. a. bei akuten Komplikationen einer Leberzirrhose, Diabetes mellitus, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, chronischer Hämodialyse, Tumor-/Strahlentherapie; kleinere Operationen (Cholezystektomie, laparoskopische Eingriffe, Hüftfraktur, Oberschenkelfraktur)	1
mäßige Störung: KGV > 5% in 2 Monaten oder BMI 18,5–20,5 und reduzierter AZ oder Nahrungsaufnahme 25–50% des Bedarfs in der vergangenen Woche	2	mäßig: z. B. große Bauchchirurgie (Kolektomie / Gastrektomie), Schlaganfall, schwere Pneumonie, hämatologische Neoplasie / Chemotherapie	2
schwere Störung: KGV > 5% in 1 Monat (> 15% in 3 Monaten) oder BMI < 18,5 und reduzierter AZ oder Nahrungsaufnahme 0–25% des Bedarfs in der vergangenen Woche	3	schwer: z. B. Kopfverletzungen, Knochenmarktransplantation, Intensivpflicht, schwere Verbrennungen, ausgedehnte Schlaganfälle, schwere akute Pankreatitis	3
+ 1 Punkt: Alter über 70			

Tools und Scores können: einen unnötigen Ballast darstellen

Bristol-Stuhlformen-Skala

Typ 1		Einzelne, feste Kügelchen (schwer auszuscheiden)
Typ 2		Wurstartig, klumpig
Typ 3		Wurstartig mit rissiger Oberfläche
Typ 4		Wurstartig mit glatter Oberfläche
Typ 5		Einzelne, weiche glattrandige Klümpchen (leicht auszuscheiden)
Typ 6		Einzelne, weiche Klümpchen mit unregelmäßigem Rand
Typ 7		Flüssig, ohne feste Bestandteile



Tools und Scores können: Den Fokus auf nichterkannte Symptome oder Syndrome lenken

	ZOPA Verlaufsbogen Zurich Observation Pain Assessment)	
--	---	---

Name: _____

vorhandene Symptome mit "+" kennzeichnen		Datum und Uhrzeit						
Verhaltensmerkmal	Symptom							
1. Lautäußerung:	Stöhne/Klagen							
	Brummen							
2. Gesichtsausdruck:	verzerrt, gequält							
	starrer Blick							
	Zähne zusammenpressen							
	Augen zusammenkneifen							
3. Körpersprache:	Tränenfluss							
	Ruhelosigkeit							
	massieren oder Berühren eines Körperteils							
	angespannte Muskeln							
4. Physiologische Indikatoren	Änderungen in den Vitalzeichen							
	Blutdruck/Puls							
	Atmung							
	Veränderung der Gesichtsfarbe							
	Schwitzen/Röte							
Bedarfsmedikation:	Bitte eintragen							

Bitte vorhandene Symptome mit + kennzeichnen
Bitte ausfüllen einmal täglich und zusätzlich vor einer Bedarfsanalgesie und 45 min danach

Tools und Scores können: Den Fokus auf nichterkannte Symptome oder Syndrome lenken

ZOPA© – Das Zurich Observation Pain Assessment

Schmerzen – ob akut oder chronisch – gehören zu den leidvollsten menschlichen Erfahrungen und beeinflussen die Lebensqualität der Betroffenen. Vor allem Menschen, die unfähig sind, ihre Schmerzen zu kommunizieren, sind einem hohen Risiko für eine inadäquate Schmerzbehandlung ausgesetzt.

Dies gilt ganz besonders für beatmete, sedierte und temporär kognitiv beeinträchtigte Patienten. Sie sind auf Pflegende angewiesen, die ihre Leidenssituation erfassen und lindern können. Wie stark ein Schmerz ist, weiss jedoch nur der Betroffene selbst. Außenstehende können dies oft nur unzutreffend einschätzen, wie Studien belegen.

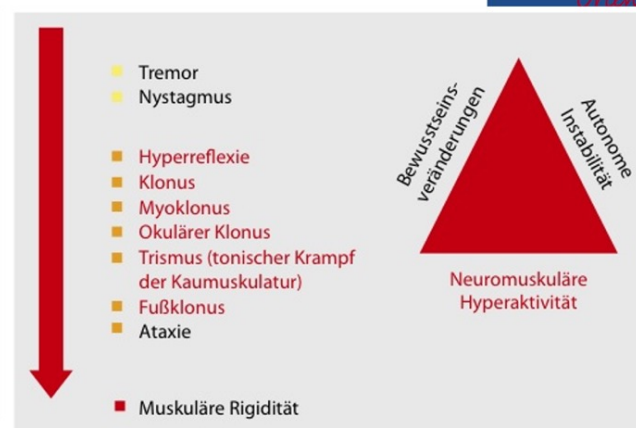
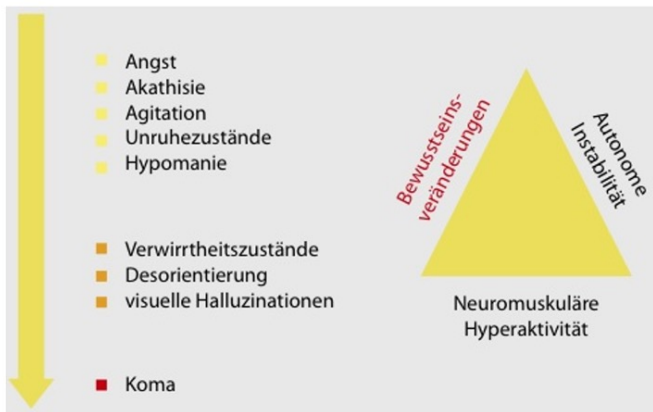
Bei kognitiv- und/oder bewusstseinsbeeinträchtigten Patienten eine Schmerztherapie einzuleiten, stellt eine große Herausforderung für Pflegende dar. Oft erfassen sie die Schmerzen bei dieser Patientengruppe „intuitiv“, ohne sich auf systematische, objektiv nachvollziehbare Kriterien stützen zu können.

Kann Sinnvoll sein für:

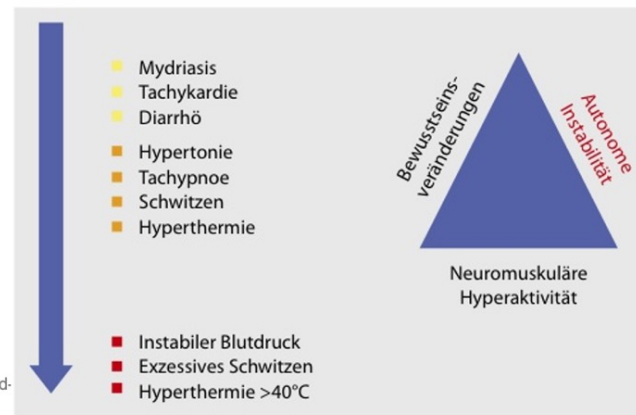
- Menschen im Wachkoma
- Menschen mit Behinderung
- Menschen unter Beatmung
- Menschen nach Schädel-Hirn-Traumen, Apoplex, cerebralen Blutungen usw.
- Kann Angehörige und Pflegepersonal (Heilerziehungspfleger) motivieren Analgetika zu geben

Tools und Scores können: Den Fokus auf nichterkannte Symptome oder Syndrome lenken

Trias des Serotoninsyndroms



Bewusstseinsstörung
+
Neuromuskuläre
Hyperaktivität
+
Autonome Instabilität



Tools und Scores können: Die Symptomkontrolle verbessern (MIDOS)

	MIDOS-Verlaufsbogen	
--	---------------------	---


Name: _____

	Datum:														
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Schmerz durchschnittlich maximal	NRS 0-10 0 = kein 10 = maximal														
Müdigkeit	VRS:														
Übelkeit	0 = kein														
Erbrechen	1 = leicht														
Verstopfung	2 = mittel														
Luftnot	3 = stark														
Schwäche															
Angst															
Schlafstörung															
Art der Erhebung	S = selbst, F = fremd														
Therapieänderung:															

Anleitung: Bitte einmal täglich die Stärke der Schmerzen und der Symptome erfassen.

**Das Minimale Dokumentationssystem
(MIDOS) wurde für die Selbsterfassung bei
Palliativpatienten entwickelt.**

Tools und Scores können: Die Symptomerfassung verbessern (ALSFRS_r)

	ALS Functional Rating Scale	
--	------------------------------------	---

Name: _____ Datum der Erhebung: _____

1. Sprache

- (4) Normaler Sprachfluss
- (3) Wahrnehmbare Sprachstörungen
- (2) Verständlich bei Wiederholung
- (1) Sprache kombiniert mit nichtverbaler Kommunikation
- (0) Verlust der verständlichen Sprache

2. Speichelfluss

- (4) Normal
- (3) Geringfügig, aber eindeutig mit Übermaß an Speichel im Mund; nachts Speichelverlust möglich
- (2) Mäßiger vermehrter Speichelfluss; geringer Speichelverlust möglich
- (1) Deutlicher vermehrter Speichelfluss; teilweise mit Speichelverlust
- (0) Deutlicher Speichelverlust; Taschentuch ständig erforderlich

3. Schlucken

- (4) Normale Essgewohnheiten
- (3) Beginnende Essprobleme mit gelegentlichem Verschlucken
- (2) Änderung der Nahrungskonsistenz notwendig
- (1) Ergänzende Ernährung über eine PEG-Sonde erforderlich
- (0) Keine orale Nahrungsaufnahme möglich, ausschließlich PEG-Sondennahrung

4. Handschrift

- (4) Normal
- (3) Langsam oder unordentlich, alle Wörter lesbar
- (2) Nicht alle Wörter lesbar
- (1) Kann Stift halten
- (0) Kann Stift nicht halten

5. Gebrauch von Besteck

- (4) Normal
- (3) Etwas langsam und unbeholfen, aber keine Hilfe erforderlich
- (2) Kann das Essen meistens schneiden, aber unbeholfen und langsam; braucht teilweise Hilfe
- (1) Essen muss mundgerecht vorgeschnitten werden, aber kann noch langsam allein essen
- (0) Muss gefüttert werden

6. Ankleiden und Körperpflege

- (4) Normale Funktion
- (3) Unabhängige und vollständige Selbstpflege mit Mühe
- (2) Zeitweilige Hilfe oder Hilfsverfahren
- (1) Zur Selbsthilfe ist Hilfspersonal erforderlich
- (0) Vollständige Abhängigkeit

Versionsnummer: 1.0	Verantwortlich: Horst Gaiser	Seite 1 von 2
Erstellt von: Horst Gaiser	PTO 010	PTO
Überarbeitet von:	04.11.2024	Rezension: 31.12.2027

	ALS Functional Rating Scale	
--	------------------------------------	---

7. Umdrehen im Bett und Richten der Bettdecke

- (4) Normal
- (3) Etwas langsam und unbeholfen, aber keine Hilfe erforderlich
- (2) Kann sich allein umdrehen oder Bettlaken Zurechtziehen, aber mit großer Mühe
- (1) Kann die Drehung bzw. das Zurechtziehen der Bettdecke beginnen, aber nicht alleine ausführen
- (0) Vollständige Abhängigkeit

8. Gehen

- (4) Normal
- (3) Beginnende Gehschwierigkeiten durch Schwäche der Beine
- (2) Deutliche Gangstörung; nur mit Unterstützung oder Gebrauch von Hilfsmitteln möglich
- (1) Nicht gehfähig, aber gezielte Bewegungen der Beine möglich
- (0) Keine zielgerichtete Beinbewegung

9. Treppensteigen

- (4) Normal
- (3) Langsam
- (2) Leichte Unsicherheit oder Ermüdung
- (1) Braucht Unterstützung
- (0) Nicht möglich

10. Luftnot

- (4) Keine
- (3) Beim Gehen
- (2) Bei Aktivitäten des täglichen Lebens einschließlich Essen, Baden, Ankleiden
- (1) Leichte Atemnot im Sitzen
- (0) Schwere Atemnot im Sitzen

11. Luftnot im Liegen

- (4) Keine
- (3) Wiederholte nächtliche Luftnot, aber flaches Liegen ist möglich
- (2) Regelmäßige Verwendung von mehr als 2 Kissen zum Schlafen erforderlich
- (1) Kann nur im Sitzen schlafen
- (0) Hochgradige Schlafstörung

12. Atemhilfen

- (4) Keine Atemhilfe erforderlich
- (3) Zwischenzeitliche Atemhilfe durch stundenweise Maskenbeatmung (weniger als 8h)
- (2) Atemhilfe durch anhaltende Maskenbeatmung in den Nachtstunden (mehr als 8h)
- (1) Atemhilfe durch anhaltende Maskenbeatmung in den Tag- und Nachtstunden (mehr als 20h)
- (0) Künstliche Beatmung durch Luftröhrenschnitt (Tracheotomie)

Summe: _____

Versionsnummer: 1.0	Verantwortlich: Horst Gaiser	Seite 2 von 2
Erstellt von: Horst Gaiser	PTO 010	PTO
Überarbeitet von:	04.11.2024	Rezension: 31.12.2027

Tools und Scores können:
Die Symptomerfassung verbessern (ALSFRS_r)

Mein Fazit zur ALS Functional Rating Scale:

- Verwende ich **immer beim Erstkontakt** von ALS-Patienten
 - Zeigt Probleme auf an die wir kaum denken:
 - Sprache
 - Speichelfluss
 - Schlucken
 - Handschrift
 - Gebrauch von Besteck
 - Ankleiden und Körperpflege
 - Umdrehen im Bett
 - Gehen
 - Treppensteigen
 - Luftnot
 - Luftnot im Liegen
 - Atemhilfen
-

Tools und Scores können: Die Symptomkontrolle verbessern (BESD)

Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD)

nach H.D.Basler et al.

Basler HD, Hüger D, Kunz R, Luckmann J, Lukas A, Nikolaus T, Schuler MS. Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens [Assessment of pain in advanced dementia. Construct validity of the German PAINAD]. Schmerz. 2006 Nov;20(6):519-26. German. doi: 10.1007/s00482-006-0490-7. PMID: 16850304.

Ziel/Verwendungszweck:

- bei Menschen, die sich nicht verbal selbst ausdrücken können,
- wird Schmerzverhalten beobachtet
- und strukturiert erfasst

Interpretation:

- 0 Punkte ... kein Schmerzverhalten, Schmerz unwahrscheinlich, nicht ausgeschlossen
- Jeder BESD-Wert \neq 0 kann eine probatorische Schmerzmedikation begründen.
- ab 2 Punkte ... Schmerz wahrscheinlich.

Nach angemessener Zeit soll BESD reevaluiert werden: Bei einem Sinken des Messwerts kann eine Schmerzlinderung vermutet werden.

Variable	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte
Atmung	normal	gelegentlich angestrengt atmen kurze Phasen von Hyperventilation	lautstark angestrengt atmen lange Phasen von Hyperventilation Cheyne Stokes Atmung
negative Lautäußerungen	keine	gelegentliches Stöhnen und Ächzen sich leise negativ oder missbilligend äußern	wiederholt beunruhigt rufen lautes Stöhnen und Ächzen Weinen
Gesichtsausdruck	lächelnd oder nichts sagend	traurig, ängstlich sorgenvoller Blick	grimassieren
Körpersprache	entspannt	angespannt nervös hin und her gehen nesteln	starr, geballte Fäuste, angezogene Knie sich entziehen oder wegstoßen schlagen
Trost	trösten nicht notwendig	ablenken durch Stimme oder Berührung möglich	trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich

Literatur:

1. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc. 2003 Jan-Feb;4(1):9-15. doi: 10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7. PMID: 12807591.
2. Wandrey JD, Behnel N, Weidner E, Dummin U, von Dinkelage F, Tafelski S. Behaviour-based pain scales: Validity and interrater reliability of BPS-NI and PAINAD-G on general wards. Eur J Pain. 2023 Feb;27(2):201-211. doi: 10.1002/ejp.2051. Epub 2022 Nov 16. PMID: 36326568.
3. Lukas A, Hagg-Grün U, Mayer B, Fischer T, Schuler M. Pain assessment in advanced dementia. Validity of the German PAINAD-a prospective double-blind randomised placebo-controlled trial. Pain. 2019 Mar;160(3):742-753. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001430. PMID: 30371557.

Autor:innen: Elisabeth Höpperger, MSc; Dr. Veronika Mosich, MSc; Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc

Hilfsmittel zur Symptomerfassung und Verlaufsbeurteilung: BESD

BESD

Name: _____



	Datum:	Score	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Atmung	normal	0									
	gelegentlich angestrengt atmen kurze Phasen von Hyperventilation	1									
	lautstark angestrengt atmen lange Phasen von Hyperventilation	2									
	Cheyne-Stoke Atmung										
Negative Lautäußerung	keine	0									
	gelegentlich stöhnen oder ächzen sich leise negativ oder missbilligend äußern	1									
	wiederholt beunruhigt rufen laut stöhnen oder ächzen	2									
	weinen										
Gesichtsausdruck	lächelnd, nichts sagend	0									
	traurig, ängstlich, sorgenvoller Blick	1									
	grimassieren	2									
Körpersprache	entspannt	0									
	angespannt nervös hin und her gehend, nesteln	1									
	starr, geballte Fäuste, angezogene Knie sich entziehen oder wegstoßen, schlagen	2									
Trost	trösten nicht notwendig	0									
	ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich	1									
	trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich	2									
	Summe:										

Die Beobachtung bezieht sich auf fünf Kategorien: Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Für jede Kategorie sind maximal 2 Punktwerte zu vergeben. Für die Auswertung addieren Sie die in der rechten Spalte angegebenen Werte über die einzelnen Kategorien, wobei Sie nur den jeweils höchsten erzielten Wert pro Kategorie berücksichtigen. Es ist ein maximaler Gesamtwert von 10 für Schmerzverhalten möglich.

Ein Wert von 6 oder darüber in einer Mobilitätssituation wird von uns als behandlungsbedürftig angesehen.

BESD = Beurteilung von Schmerzen bei Demenz

Tools und Scores können: Könnten bald vorgeschrieben werden (IPOS-Fragebogen)

Assessments von Palliativpatient:innen im klinischen Alltag – Last oder Chance?


Schwerkranke und sterbende Menschen leiden unter vielfältigen körperlichen, psychischen, sozialen, spirituellen und praktischen Problemen. Auch die Angehörigen sind durch die Situation sehr belastet.

Für eine systematische Erfassung dieser Palliativbedürfnisse können einheitliche patient:innen-zentrierte Instrumente für den klinischen Arbeitsalltag hilfreich sein, da sie u.a. eine gemeinsame Sprache, eine standardisierte Erhebung und einheitliche Referenzwerte bieten. In der Vorlesung sollen die Chancen und Herausforderungen der Implementierung und Nutzung solcher Assessments vorgestellt und diskutiert werden.

Referentin: Prof. Dr. med. Claudia Bausewein, Direktorin der Klinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München

Tools und Scores können: Könnten bald vorgeschrieben werden (IPOS-Fragebogen) INTEGRATED PALLIATIVE CARE OUTCOME SCALE (IPOS)

IPOS Patienten Version



Name: Datum:

F1. Welche Hauptprobleme oder Sorgen hatten Sie in den letzten 3 Tagen?

1.
2.
3.

F2. Unten finden Sie eine Liste mit Symptomen, die Sie unter Umständen haben. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

	Gar nicht	Ein wenig	Mäßig	Stark	Extrem stark
Schmerzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Atemnot	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schwäche oder fehlende Energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Übelkeit (das Gefühl erbrechen zu müssen)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Erbrechen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Verstopfung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schläfrigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Mobilität	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Bitte nennen Sie weitere Symptome, die Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

1. 0 1 2 3 4
2. 0 1 2 3 4
3. 0 1 2 3 4

IPOS pat3 17/03/2016 www.pos-pal.org Seite 1 von 2

In den letzten 3 Tagen:

	Gar nicht	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihre Wege besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F5. Waren Sie traurig bedrückt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Gar nicht
F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Probleme angegangen Keine Probleme	Probleme größtenteils angegangen	Probleme teilweise angegangen	Probleme kaum angegangen	Probleme nicht angegangen
F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Ich alleine	Mit der Hilfe eines Angehörigen oder Freundes	Mit Hilfe eines Mitarbeiters
F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

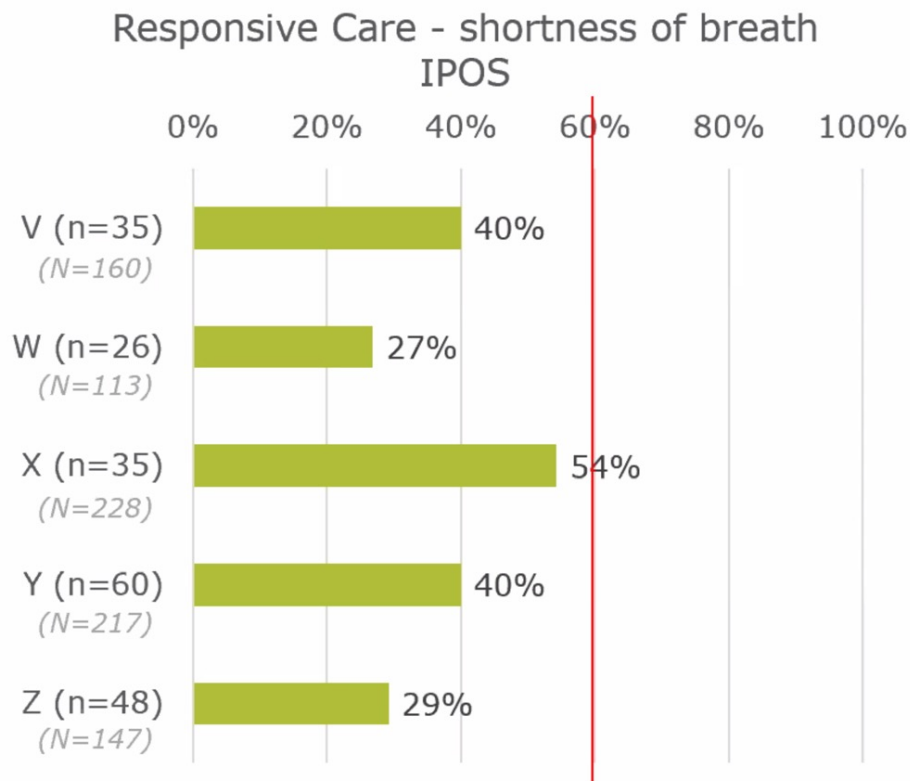
Wenn Sie über eine der Fragen beunruhigt sind, sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt oder Ihrer Pflegekraft.

IPOS pat 3 17/03/2016 www.pos-pal.org Seite 2 von 2

Tools und Scores können:
Könnten bald vorgeschrieben werden (IPOS-Fragebogen)

COMPANION: Versorgungsqualität nach Australischen Benchmarks

Responsive Care Atemnot nach IPOS

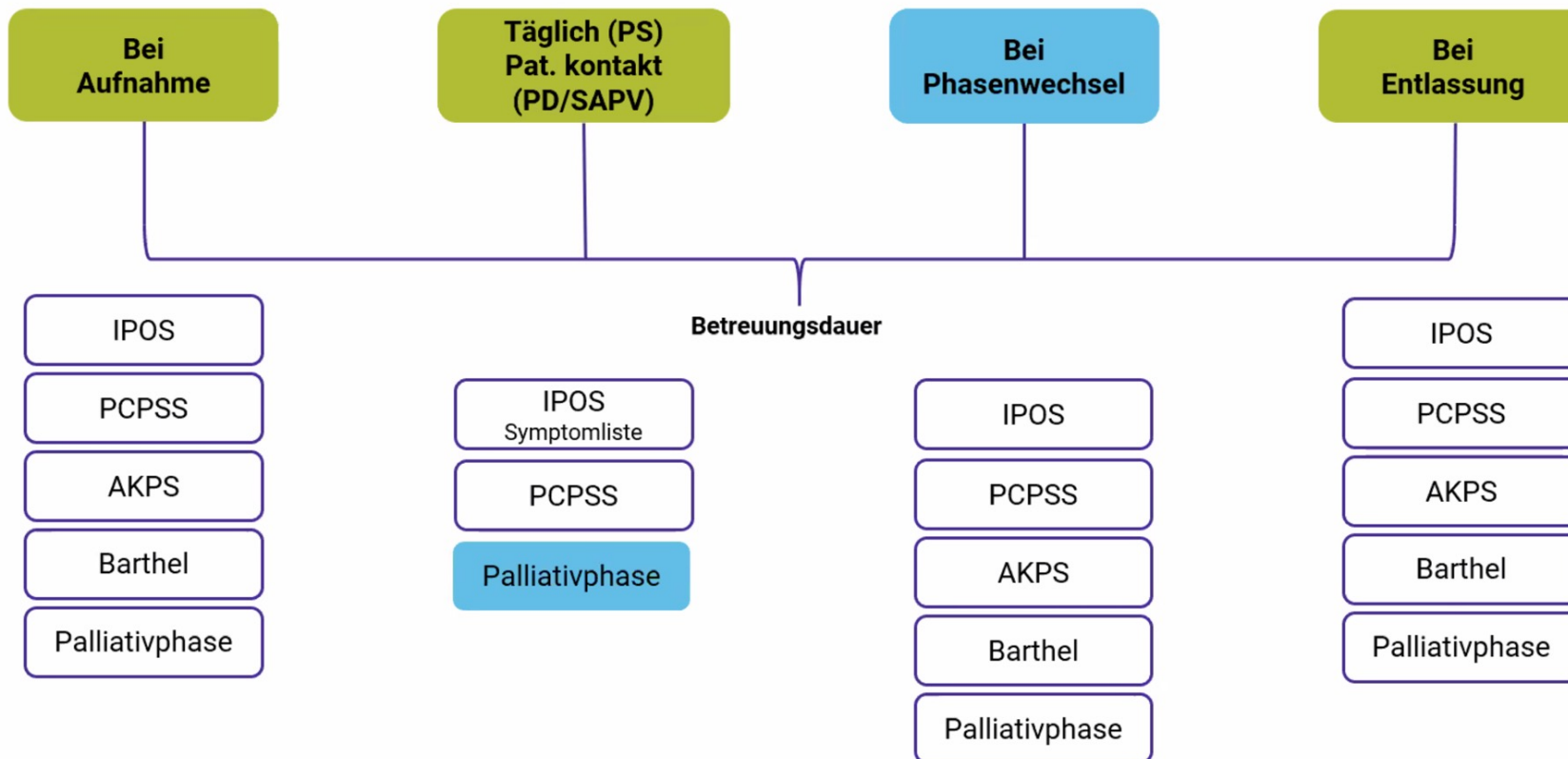


Kann Atemnot adäquat behandelt werden?

- Phasen**beginn**: moderate bis extrem starke Belastung zu Phasenbeginn
- PCOC Benchmark: Bei **60%** der Phasen sollte am **Ende** der Phase keine bis leichte Atemnotbelastung vorliegen.

Tools und Scores können:
Könnten bald vorgeschrieben werden (IPOS-Fragebogen - Zeitpunkte)

Wann werden die Assessments durchgeführt?



Tools und Scores können:
Könnten bald vorgeschrieben werden (IPOS-Fragebogen - Phasen)

Kurze Phasenbeschreibungen

- ⚙ Symptome und Probleme (psychosozial, spirituell) durch **Versorgungsplan** angemessen kontrolliert
- ⚙ Situation der betreuenden Angehörigen relativ stabil, keine neuen Probleme erkennbar.

Stabil

- ⚙ Dringende Änderung des **Versorgungsplans** oder notfallmäßige Intervention erforderlich, weil neues unerwartetes Symptom/Problem oder unerwartete rasche Verschlechterung eines bestehenden Symptoms/Problems.

Instabil

- ⚙ **Versorgungsplan** berücksichtigt zu erwartende Symptome/Probleme, regelmäßige Überprüfung erforderlich.

Sich verschlechternd

- ⚙ Der Tod ist innerhalb von Tagen wahrscheinlich.

Sterbend

Tools und Scores können: Könnten bald vorgeschrieben werden (IPOS-Fragebogen - Parameter)

INTEGRATED PALLIATIVE CARE OUTCOME SCALE (IPOS)*

Maß zur Erfassung der **Belastung** durch Symptome und andere Sorgen



- ✿ Schmerzen
- ✿ Atemnot
- ✿ Schwäche
- ✿ Übelkeit
- ✿ Erbrechen
- ✿ Appetitlosigkeit
- ✿ Verstopfung
- ✿ Mundtrockenheit
- ✿ Schläfrigkeit
- ✿ Mobilität



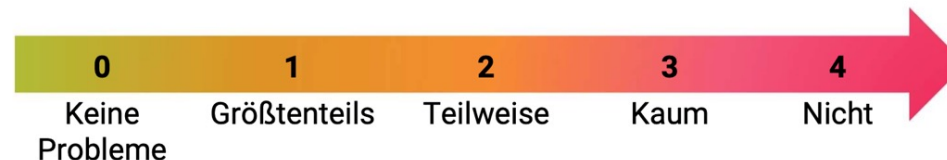
- ✿ Patient*in beunruhigt
- ✿ Familie beunruhigt
- ✿ Patient*in traurig bedrückt



- ✿ Patient*in im Frieden
- ✿ Patient*in Gefühle teilen
- ✿ Informationen erhalten



- ✿ Probleme angegangen



* Murtagh et al. Palliative Med. 2019;33(8):1045-57.

Tools und Scores können:
Könnten bald vorgeschrieben werden (IPOS-Fragebogen – im Einzelnen)

IPOS Patienten Version



Name: Datum:.....

F1. Welche Hauptprobleme oder Sorgen hatten Sie in den letzten 3 Tagen?

1.

2.

3.

Tools und Scores können: Könnten bald vorgeschrieben werden (IPOS-Fragebogen – im Einzelnen)

F2. Unten finden Sie eine Liste mit Symptomen, die Sie unter Umständen haben. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Symptome Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

	<i>Gar nicht</i>	<i>Ein wenig</i>	<i>Mäßig</i>	<i>Stark</i>	<i>Extrem stark</i>
Schmerzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Atemnot	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schwäche oder fehlende Energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Übelkeit (<i>das Gefühl erbrechen zu müssen</i>)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Erbrechen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Verstopfung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit oder schmerzhafter Mund	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Schläfrigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Mobilität	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Bitte nennen Sie weitere Symptome, die Sie in den letzten 3 Tagen beeinträchtigt haben.

1.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>



Tools und Scores können: Könnten bald vorgeschrieben werden (IPOS-Fragebogen – im Einzelnen)

In den letzten 3 Tagen:

	<i>Gar nicht</i>	<i>Selten</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Meistens</i>	<i>Immer</i>
F3. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung oder Behandlung besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F4. Waren Ihre Familie oder Freunde Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F5. Waren Sie traurig bedrückt?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	<i>Immer</i>	<i>Meistens</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Selten</i>	<i>Gar nicht</i>
F6. Waren Sie im Frieden mit sich selbst?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F7. Konnten Sie Ihre Gefühle mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden teilen, so viel wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F8. Haben Sie so viele Informationen erhalten, wie Sie wollten?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Erfasst auch
Spirituelle Themen



Tools und Scores können: Könnten bald vorgeschrieben werden (IPOS-Fragebogen – im Einzelnen)

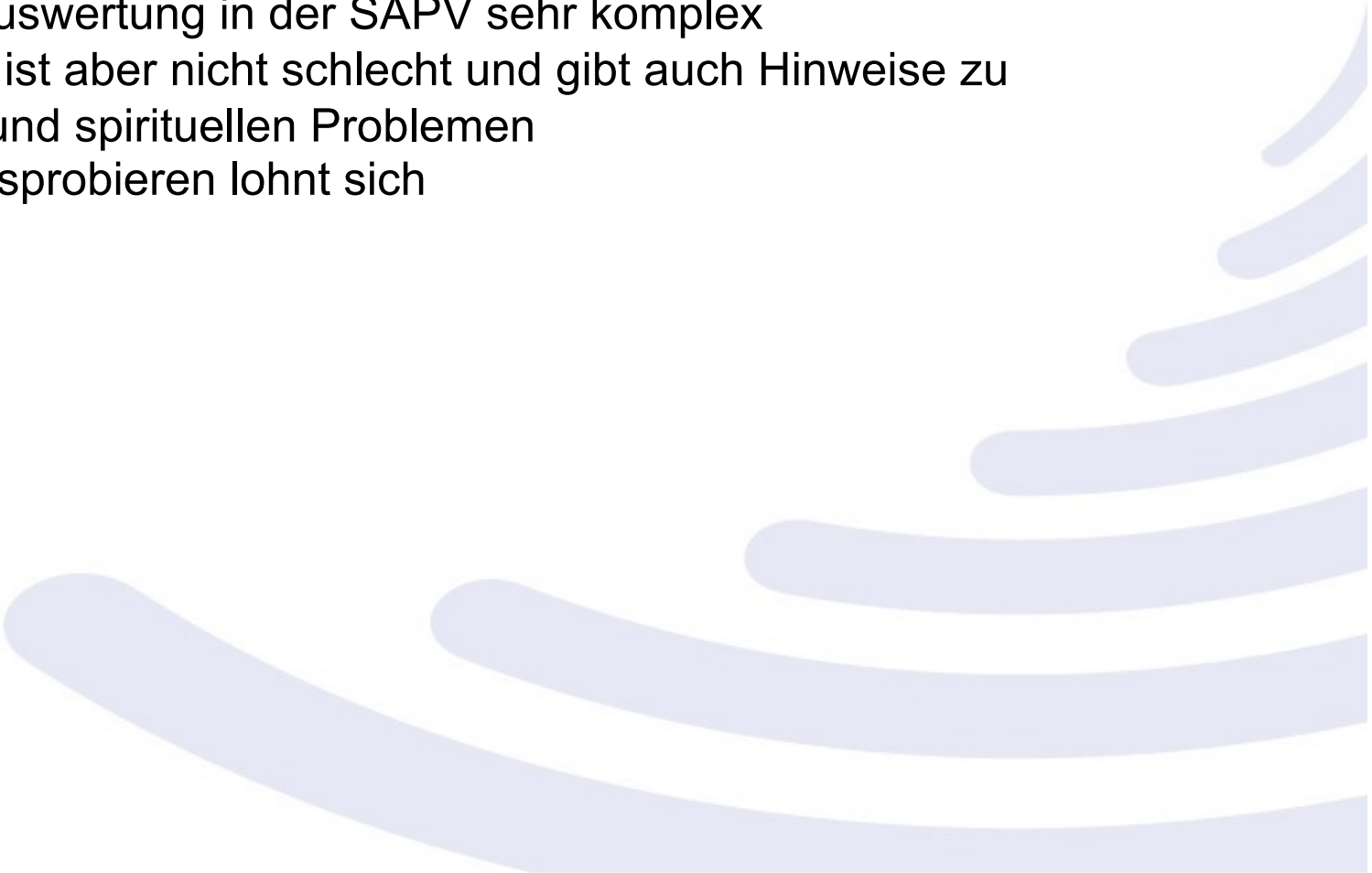
	<i>Probleme angegangen Keine Probleme</i>	<i>Probleme größtenteils angegangen</i>	<i>Probleme teilweise angegangen</i>	<i>Probleme kaum angegangen</i>	<i>Probleme nicht angegangen</i>
F9. Wurden praktische Probleme angegangen, die Folge Ihrer Erkrankung sind (z.B. finanzieller oder persönlicher Art)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
F10. Wie haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?	<i>Ich alleine</i> <input type="checkbox"/>	<i>Mit der Hilfe eines Angehörigen oder Freundes</i> <input type="checkbox"/>		<i>Mit Hilfe eines Mitarbeiters</i> <input type="checkbox"/>	

*Wenn Sie über eine der Fragen beunruhigt sind,
sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt oder Ihrer Pflegekraft.*

Erfasst auch soziale Fragestellungen/Themen

Tools und Scores können:
Könnten bald vorgeschrieben werden (IPOS-Fragebogen – ein Fazit)

Mein persönliches Fazit zum IPOS-Fragebogen:

- Erfassung aus Auswertung in der SAPV sehr komplex
 - Der Fragebogen ist aber nicht schlecht und gibt auch Hinweise zu psychosozialen und spirituellen Problemen
 - Ich denke ein Ausprobieren lohnt sich
- 
-

Tools und Scores können: Rechtlich absichern (RASS)

PTO/Brückenpflege Telefon: _____	Pumpenverlaufsprotokoll + RASS	
-------------------------------------	---------------------------------------	---

Richmond Agitation und Sedation Skala (RASS)



<u>Wert</u>	<u>Bezeichnung</u>	<u>Erläuterung</u>
+ 4	Streitlustig	Offenkundig aggressives und gewalttätiges Verhalten, unmittelbare Gefahr für das Personal
+ 3	Sehr agitiert	Zieht oder entfernt Schläuche oder Katheter, aggressiv
+ 2	Agitiert	Häufige ungezielte Bewegung, atmet gegen das Beatmungsgerät
+ 1	Unruhig	Ängstlich aber Bewegungen nicht aggressiv oder lebhaft
0	Aufmerksam und ruhig	
- 1	Schläfrig	Nicht <u>ganz aufmerksam</u> , aber erwacht (Augen öffnen/Blickkontakt) anhaltend bei Ansprache (> 10 Sekunden)
- 2	Leichte Sedierung	Erwacht kurz mit Blickkontakt bei Ansprache (< 10 Sekunden)
- 3	Mäßige Sedierung	Bewegung oder Augenöffnung bei Ansprache (aber ohne Blickkontakt)
- 4	Tiefe Sedierung	Keine Reaktion auf Ansprache, aber Bewegung oder Augenöffnung durch körperlichen Reiz
- 5	Nicht erweckbar	Keine Reaktion auf Ansprache oder körperlichen Reiz

Der **Richmond Agitation Sedation Scale** (auch in abweichenden Schreibweisen wie *Richmond Agitation-Sedation Scale* oder *Richmond Agitation-Sedation-Scale*; Abk. **RASS**) ist eine zehnstufige [Skala](#) zur Beurteilung der Tiefe einer [Sedierung](#). Sie gilt als medizinischer [Goldstandard](#).^[1] Der RASS wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe der Universität von [Richmond \(Virginia\)](#) entwickelt

Tools und Scores können: Rechtlich absichern (RASS)

PTO/Brückenpflege Telefon: _____	Pumpenverlaufsprotokoll + RASS	
-------------------------------------	---------------------------------------	---

Patient: _____

Datum	Medikament	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Uhrzeit	gemäß Verordnung						
Konzentration mg/ml	a.						
	b.						
	c.						
	d.						
Förderrate ml/h							
mg/d							
Dosis mg/d	a.						
	b.						
	c.						
	d.						
Restvolumen ml							
Bolus in ml							
Bolus in mg	a.						
	b.						
	c.						
	d.						
Sperrzeit							
Bolus: gegeben/ verweigert							
RASS							
Nadel neu gelegt							
Batteriewechsel							
Handzeichen							

Hinweis: Ausgefüllte Protokolle und die dazugehörige Anordnung werden eingescannt und damit Teil der Patientenakte.

Stempel

Versionsnummer: 2.0	Verantwortlich: Horst Gaiser	Seite 2 von 2
Erstellt von: Andreas Moser	PTO-003	PTO
Überarbeitet von: Horst Gaiser	Freigabe: 01.07.2023	Rezension: 30.06.2026



Toolbox

Übersicht

Toolbox >

Einführung Toolbox

Screeningtool

Aufklärung und Einwilligung >

Arzneimittelbezogene
Entscheidungshilfen >

Dokumentation >

Ethisch herausfordernde
Situationen >

Informationen für Patientinnen/
Patienten und Angehörige >

Toolbox – Begleitmaterial zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen zum Einsatz sedierender Medikamente in der Spezialisierten Palliativversorgung

Hintergrund

Es gibt Situationen, in denen die gezielte Bewusstseinsreduzierung nach bestem Wissen die einzige Möglichkeit der Linderung von Leid darstellt. Besondere Herausforderungen stellen sich dadurch, dass gezieltes Sedieren zum Zweck der Leidenslinderung auf unterschiedliche Weisen und mit unterschiedlichen Auswirkungen auf das Bewusstsein durchgeführt werden kann: vorübergehend oder kontinuierlich (bis zum Tod) und von leichter Schläfrigkeit bis hin zu einer tiefen Bewusstlosigkeit.

Ziel und Inhalt

Die **TOOLBOX** enthält praktische Handlungshilfen für den Einsatz sedierender Medikamente in der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) und soll die Handlungs- und Rechtssicherheit der Mitarbeitenden erhöhen. Die Toolbox umfasst Handlungshilfen zu den Themenbereichen:

- Arzneimittelbezogene Entscheidungshilfen
- Aufklärung und Einwilligung
- Dokumentation
- Ethisch herausfordernde Situationen
- Informationsmaterialien für Patientinnen/Patienten und Angehörige

Eine individuelle klinische Einschätzung der jeweiligen Patientinnen-/Patientensituation kann durch die Materialien nicht ersetzt werden.

Tools und Scores können: Rechtlich absichern (Aufklärungsgespräch zur Sedierung 1)



Aufklärung
und Einwilligung

Checkliste: Aufklärungsgespräch zur Sedierung (für Ärztinnen/Ärzte)

HINWEIS

Diese Liste ist zur Verwendung als Hilfestellung **während des Aufklärungsgesprächs** gedacht. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und muss gegebenenfalls von der Aufklärungsperson vor Ort **individuell ergänzt** und **abgeändert** werden. Insbesondere entbindet die Checkliste die Aufklärungsperson nicht von der **Verpflichtung, eigenverantwortlich darüber zu entscheiden, ob im konkreten Einzelfall zusätzliche aufklärungsbedürftige Gesichtspunkte vorliegen, über die informiert werden muss!**

Aufklärungsadressatin/-adressat und Notwendigkeit der Aufklärung

Patientin/Patient einwilligungsfähig?

Wenn nein:

Rechtliche Vertretungsperson rechtzeitig erreichbar?

Wenn nein:

Liegt eine **Notfallsituation** vor und entspricht die Maßnahme dem **mutmaßlichen Willen** der Patientin/des Patienten?

Wenn ja:

Hat Patientin/Patient nach einer Grundinformation **ausdrücklich** auf Aufklärung verzichtet?

Name aufzuklärende Person: _____

ACHTUNG

Ein Handeln ohne die Einwilligung der Patientin/des Patienten oder die der rechtlichen Vertretungsperson ist nur in der Akutsituation erlaubt! Sobald möglich, ist die Abfrage der Einwilligung für **weitere Maßnahmen nachzuholen**. Vorrangig ist die Einwilligung der Patientin/des Patienten einzuholen. Wenn dies nicht möglich ist (aufgrund des Krankheitszustandes oder weil eine Reduktion der Sedierung auch nach der akuten Notfallsituation nicht möglich ist) ist die Einwilligung der Vertretungsperson einzuholen.



Aufklärung
und Einwilligung

Aufklärungsinhalte

Anlass, Art und Sinnhaftigkeit der konkret angebotenen Sedierung erklärt **SEDIERUNG**

Risiken der Sedierung erklärt **RISIKEN**
(Todesbeschleunigung, Lebensverlängerung, ungeplantes Aufwachen, Leiden trotz bzw. unter Sedierung, ungeplanter Übergang einer vorübergehenden in eine dauerhafte Sedierung)

Konkretes Medikament: Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen erläutert **MEDIKAMENT**
(Je nach Medikament z.B. Dauer Titrationsphase, spezielle Risiken wie z.B. paradoxe Unruhe, Hautreizung, Blasenkatheter usw.; ggf. Off-Label-Use)

Freiwilligkeit der Maßnahme klargestellt

Zu erwartenden **Krankheitsverlauf ohne Sedierung** erläutert **VERLAUF OHNE SEDIERUNG**

Behandlungsverlauf während der Sedierung erläutert
(Ablauf, Dauer, Überwachung)

Sind **Aufwachversuche** geplant? Wenn ja, wozu dienen sie und wie können sie ablaufen? Wenn nein, warum sind sie nicht geplant?

Kann Patientin/Patient erwarten, nach „Aufwachen“ noch einmal in einen **einwilligungsfähigen Zustand** zu gelangen? Wenn nein, wer soll über die weitere Notwendigkeit von Sedierung entscheiden? Entscheidungen bzgl. Aufwachen: **BEHANDLUNGS-VERLAUF DAUER AUFWACHPHASEN**


Welche **anderen Behandlungen** sollen fortgesetzt bzw. noch durchgeführt werden? (künstliche Ernährung und Flüssigkeit, ggf. Antibiotika u.a.) Entscheidungen bzgl. Weiterbehandlung: **SONSTIGE BEHANDLUNGEN**

Weiterer Verlauf der Pflege während der Sedierung erläutert **PFLEGE**
(Mundpflege u.a.)

*In der SAPV: Wird eine bestimmte Sedierungsform, die das **Behandlungsziel besser erreichen könnte, deshalb nicht angeboten, weil sie ambulant nicht kunstgerecht durchgeführt werden kann, so ist darauf hinzuweisen, dass diese Therapie stationär zur Verfügung stünde und bei welcher nächstgelegenen Station diese Therapie zu erlangen wäre.*** **FALLS SEDIERUNG AMBULANT NICHT DURCHFÜHRBAR**

Weitere Inhalte, Besonderheiten: _____

Tools und Scores können: Rechtlich absichern (Aufklärungsgespräch zur Sedierung 2)

 Aufklärung und Einwilligung

Aufklärungsgespräch

<input type="checkbox"/> Nachfragen angeregt und beantwortet	DIALOG
<input type="checkbox"/> Notizen angeregt und/oder selbst eingetragen	
<input type="checkbox"/> Ausreichende Bedenkzeit zur Verfügung gestellt <small>(grundsätzlich mindestens ein Tag, Anpassung je nach Situation und Wille des Patienten/ der Patientin möglich)</small>	BEDENKZEIT
<input type="checkbox"/> Vergewissert, dass Patientin/Patient bzw. rechtlicher Vertretungsperson vor allem das erwartete Ausmaß der Bewusstseinsbeschränkung und die Freiwilligkeit der Maßnahme bewusst sind	VERGEWISSERUNG
<input type="checkbox"/> V.a. bei tiefer Sedierung ohne geplante Aufwachversuche: Abschied angeregt und Gelegenheit gegeben	ABSCHIEDSRITUAL
<input type="checkbox"/> Aufklärungsbogen ausgehändigt <i>Ergänzend bei Bedarf:</i>	SCHRIFTLICHES BEGLEITMATERIAL
<input type="checkbox"/> <i>Informationsbroschüre iSedPall ausgehändigt</i>	
<input type="checkbox"/> <i>Handreichung für Zugehörige iSedPall ausgehändigt</i>	
<input type="checkbox"/> Nach Bedenkzeit: Ausdrückliche Einwilligung eingeholt	
<input type="checkbox"/> Direkt vor Einleitung der Sedierung:	EINWILLIGUNG
<input type="checkbox"/> Nochmals nachgefragt, ob noch offene Fragen geklärt werden müssen	
<input type="checkbox"/> Nochmals durch Nachfrage vergewissert, dass sie weiterhin dem Willen der Patientin/des Patienten entspricht	


Notizen

Ort, Datum

Aufklärende Ärztin/aufklärender Arzt

Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Wirtschafts- und Medizinstrafrecht, FAU Erlangen-Nürnberg.
Entwickelt im Projekt iSedPall, gefördert durch das BMBF (01GY2020A-C), Version 1.0 (CC BY-SA 4.0).
Kontakt: Kerstin Ziegler, Dipl.-Jur. (kerstin.ziegler@fau.de) | Prof. Dr. Christian Jäger (str3-jaeger@fau.de).

Dazu gibt es Aufklärungsbögen für den Patienten und den Rechtlichen Vertreter:

 Aufklärung und Einwilligung

Aufklärungsbogen zur gezielten Sedierung

Sehr geehrte Patientin/sehr geehrter Patient,

angesichts Ihres Krankheitsbildes kann bei Ihnen ein starker Leidensdruck entstehen, der nicht mehr durch herkömmliche Mittel, wie zum Beispiel durch Schmerzmedikamente, gelindert werden kann. Daher kommen Medikamente in Betracht, die Ihr Bewusstsein herabsetzen. In der Folge nehmen Sie die Belastungen durch die Krankheit, aber auch sonstige Geschehnisse nicht mehr oder nur noch eingeschränkt wahr. Diese Behandlung nennen wir **gezielte Sedierung**.

 Aufklärung und Einwilligung

Aufklärungsbogen zur gezielten Sedierung

Sehr geehrte rechtliche Vertreterin, sehr geehrter rechtlicher Vertreter,

Tools und Scores können: Rechtlich absichern und den Diskurs verbessern

In der Toolbox gibt es zahlreiche Checklisten:

- **Checkliste für Teambesprechung/Ethikfallberatung zu Sedierungen mit der Indikation „Existenzielles Leiden“**
 - **Checkliste für Teambesprechung/Ethikfallberatung zu Situationen, in denen Patientinnen/Patienten Sedierung einfordern, um den eigenen Sterbewunsch umzusetzen**
 - **Checkliste für Teambesprechung/Ethikfallberatung bei einer Sedierung im Zusammenhang mit dem Beenden künstlicher Beatmung**
 - **Checkliste für Teambesprechung/Ethikfallberatung bei gezielter Sedierung in SAPV-Versorgung**
 - **Checkliste für Teambesprechung/Ethikfallberatung zu einer Entscheidung über die Verringerung der Sedierungstiefe zur Reevaluation**
 - **Checkliste für Teambesprechung/Ethikfallberatung zum Unterscheiden von Sedierung zur Leidenslinderung und Sedierung zur Abwendung von Eigen- und Fremdgefährdung (medikamentöse Fixierung)**
-

Beispiel für eine Checkliste:

Checkliste für Teambesprechung/Ethikfallberatung bei gezielter Sedierung in SAPV-Versorgung (1)

1

Wurde der Patientin/dem Patienten (bzw. der stellvertretenden Person) die eigene Abwägung (ggf. auch der rechtliche Rahmen der Entscheidung) erläutert?

2

Sind die Risiken einer gezielten Sedierung unter den momentanen Bedingungen der ambulanten Versorgung thematisiert und kommuniziert worden?

3

Hat/Haben die Patientin/der Patient (bzw. die stellvertretende Person oder die beteiligten Angehörigen) diese Risiken verstanden?

4

Wurden Befürchtungen der Patientin/des Patienten bezüglich einer stationären Aufnahme besprochen und wurden ihm/ihr die positiven Aspekte einer kurzfristigen Anpassung und Reevaluation der Behandlung vorgestellt?

5

Wurde der (ggf. mutmaßliche) Patient:innenwille zum Behandlungs- und Sterbeort (→ maßgeblich) vom Angehörigenwillen unterschieden?

6

Wurde geprüft, ob Zeitressourcen für Durchführung, Überwachung und ggf. Anpassung einer Sedierung geschaffen werden können?

7

Wurde vorausschauend geplant, wann eine Sedierung als Notfallmaßnahme auch ohne stationäre Aufnahme indiziert wäre, auf welche Weise und wie schnell sie durchgeführt werden könnte? Wurde darüber aufgeklärt?



Beispiel für eine Checkliste: Checkliste für Teambesprechung/Ethikfallberatung bei gezielter Sedierung in SAPV-Versorgung (2)

Kernkonflikt: Warum kann Sedierung im SAPV-Kontext ethisch herausfordernd sein?

Es kann sein, dass eine eigentlich indizierte gezielte Sedierung im ambulanten Setting nur durchführbar ist, wenn man geringere Vorsichtsmaßnahmen als im stationären Kontext in Kauf nimmt. Zentral dürfte in solchen Fällen zumeist ein Konflikt zwischen der Achtung der Wünsche von Patientinnen/Patienten mit dem Prinzip, Schaden zu vermeiden, vor dem Hintergrund möglicher rechtlicher Konsequenzen.

Mit einer Sedierung kommt das ambulante Versorgungssetting an Grenzen, die sich auch nicht ganz auflösen lassen. Die Entscheidung kann subjektiv dadurch erschwert werden, dass sich persönliche juristische Sorgen der Behandelnden (etwa vor dem Vorwurf unsachgemäßer Durchführung, ggf. mit nicht-notwendiger Lebenszeitverkürzung) wie eine Wahl zwischen Patient:innenorientierung und Selbstschutz anfühlen können.

Lösungsmöglichkeiten können darin bestehen, das Dilemma mit der Patientin/dem Patienten (sofern möglich) und Angehörigen offen zu kommunizieren und gründlich zu prüfen, auf welche Weise das Risiko möglicher negativer Folgen möglichst reduziert werden kann, ohne Patientin/Patient oder Angehörige zu sehr zu belasten.

Beispiel für eine Checkliste:

Checkliste für Teambesprechung/Ethikfallberatung bei gezielter Sedierung in SAPV-Versorgung (3)

WOHLTUN-PERSPEKTIVE

WOHLTUN-PERSPEKTIVE

Ist eine gezielte Sedierung indiziert, so besteht ein erheblicher Leidensdruck bzw. er zeichnet sich vorausschauend ab. Das Vorenthalten einer Sedierung bei gegebener Indikation unter SAPV-Bedingungen würde erhebliches bzw. nicht zumutbares Leiden bedeuten. Eine Sedierung im Falle einer Eskalation nicht zuzusichern könnte zudem verunsichern.

AUTONOMIE-PERSPEKTIVE

AUTONOMIE-PERSPEKTIVE

Der geäußerte Wille ist auch juristisch von großer Bedeutung für die Legitimation medizinischer Maßnahmen. Das häusliche Umfeld wird von vielen Menschen als Sterbeort präferiert. Es kann geradezu Teil des Selbstverständnisses der eigenen Arbeit in einem SAPV-Team sein, eine würdevolle palliativmedizinische Versorgung zukommen zu lassen, die dieser Präferenz entspricht. Das Verweigern oder Nicht-Anbieten einer Sedierung könnte hingegen bedeuten, dass indirekt Druck auf die Patientin/den Patienten ausgeübt wird, den Willen bezüglich des Versorgungsortes zu ändern.

Beispiel für eine Checkliste:

Checkliste für Teambesprechung/Ethikfallberatung bei gezielter Sedierung in SAPV-Versorgung (4)

NICHT-SCHADEN-PERSPEKTIVE

NICHT-SCHADEN-PERSPEKTIVE

Eine Sedierung führt stets zur weiteren Einschränkung/dem Verlust von Fähigkeiten, die schützenswert sind, wie etwa Wahrnehmung, Kommunikation, Ausübung von noch vorhandener Autonomie, Einwilligungsfähigkeit. Diese Einschränkungen werden in der Regel als notwendig angesichts des Leidensdrucks in Kauf genommen.

Das Leben selbst ist ein noch gewichtigeres Gut, das medizinrechtlich auch im palliativmedizinischen Kontext geschützt wird. Die Empfehlung, nur die zur Leidenslinderung niedrigste Dosierung bei einer gezielter Sedierung zu verwenden, und die Sedierung durch angemessene Überwachung zu begleiten, soll vor lebensverkürzenden Effekten und nicht notwendiger Einschränkung von kognitiven und emotionalen Fähigkeiten schützen. Auch juristisch ist klar, dass Lebensverkürzung – soweit es angesichts notwendiger Leidenslinderung möglich ist – vermieden werden muss.

Das Respektieren des präferierten Versorgungsortes hieße, dass in manchen Fällen Abstriche bei der Sorgfalt gemacht werden müssten. Abstriche bei der Sorgfalt könnten zu Unterversorgung im Sinne von zu geringer Sedierung, also weiter bestehendem Leiden, oder zu Überversorgung, im Sinne von zu tiefer Sedierung führen, also ggf. zu mehr Einschränkungen als eigentlich nötig oder zu stärkerer Lebenszeitverkürzung als nötig führen.

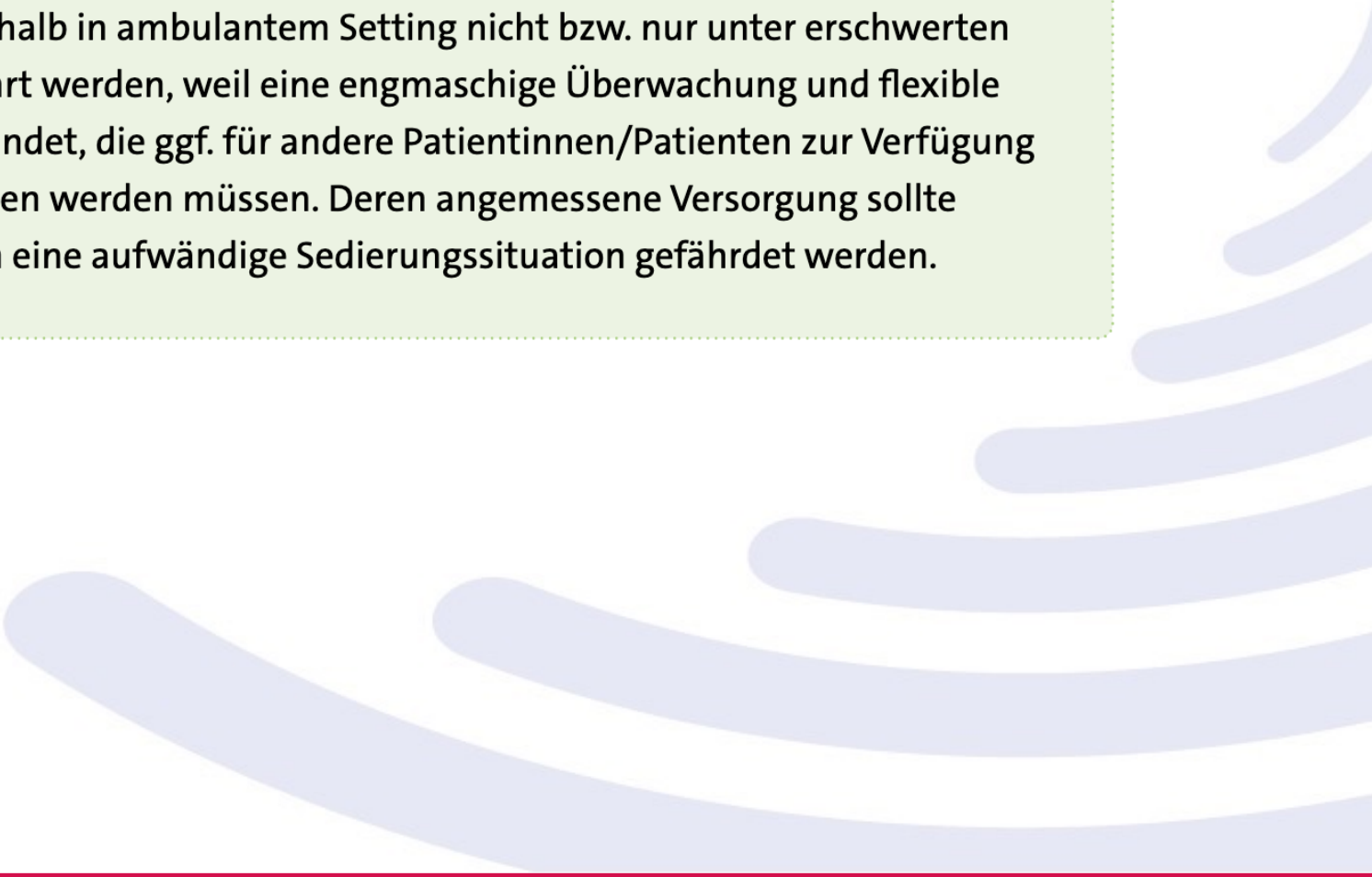
Beispiel für eine Checkliste:

Checkliste für Teambesprechung/Ethikfallberatung bei gezielter Sedierung in SAPV-Versorgung (5)

GERECHTIGKEITS-PERSPEKTIVE

GERECHTIGKEITS-PERSPEKTIVE

Sedierung kann auch deshalb in ambulantem Setting nicht bzw. nur unter erschwerten Bedingungen durchgeführt werden, weil eine engmaschige Überwachung und flexible Anpassung Ressourcen bindet, die ggf. für andere Patientinnen/Patienten zur Verfügung stehen bzw. bereit gehalten werden müssen. Deren angemessene Versorgung sollte nicht grundsätzlich durch eine aufwändige Sedierungssituation gefährdet werden.



Tools und Scores können: Der Verbesserung dienen (Qualitätssicherung)

Qualitätssicherung in der SAPV (Patientenbefragung, QUAPS)

		Ich stimme der Aussage zu...					Die Aussage ist nicht beurteilbar.
		voll	überwiegend	teils/teils	kaum	gar nicht	
1.	Das Palliativteam ist jederzeit telefonisch erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Die Wartezeit auf angeforderte Hausbesuche ist angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Ansprechpartner des Palliativteams haben ausreichend Zeit, wenn sie benötigt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Die Kommunikation zwischen mir und dem Palliativteam funktioniert reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Die Kommunikation zwischen dem Palliativteam und anderen Versorgungspartnern (z.B. Pflegedienst, Hausarzt) funktioniert reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich wurde durch das Palliativteam verständlich und ausreichend über Therapiemöglichkeiten (Chancen und Grenzen, Nebenwirkungen) informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich wurde durch das Palliativteam verständlich und ausreichend über Pflegemaßnahmen informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Meine Schmerzen werden gut behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Meine anderen Symptome (wie z.B. Luftnot, Übelkeit/Erbrechen, Ernährungsprobleme) werden gut behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich erhalte durch das Palliativteam hilfreiche Unterstützung in seelischen bzw. psychisch schwierigen Phasen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich erhalte durch das Palliativteam hilfreiche Unterstützung/Beratung bei Problemen sozialer und/oder finanzieller Art (Beratung zu Pflegestufe, Pflegebett, u.ä.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich erhalte durch das Palliativteam hilfreiche Unterstützung in Sinn-Fragen (z.B. Fragen zum Sinn des Lebens, Leidens und Sterbens).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreisen Sie an der Skala die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Gar nicht belastet Extrem belastet

Was wäre Ihnen noch wichtig, was sie uns mitteilen möchten:

QUAPS – Patientenbefragung:

- Telefonische Erreichbarkeit
- Wartezeit auf Hausbesuch
- Kommunikation
- Information
- Aufklärung über Pflegemaßnahmen
- Schmerzreduktion
- Symptomkontrolle
- Unterstützung sozialrechtlich
- Unterstützung bei Sinnfragen
- Kommunikation über das Sterben
- Gewünschter Sterbeort

Tools und Scores können: Der Verbesserung dienen (Qualitätssicherung)

Qualitätssicherung in der SAPV (Angehörigenbefragung t3, QUAPS)

Name des Teams: _____

Name des befragten Angehörigen: _____

		Ich stimme der Aussage zu...					Die Aussage ist nicht beurteilbar.
		voll	überwiegend	teils/teils	kaum	gar nicht	
1.	Das Palliativteam war jederzeit telefonisch erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Die Wartezeit auf angeforderte Hausbesuche war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Ansprechpartner des Palliativteams hatten ausreichend Zeit, wenn sie benötigt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Die Kommunikation zwischen uns und dem Palliativteam hat reibungslos funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Die Kommunikation zwischen dem Palliativteam und anderen Versorgungspartnern (z.B. Pflegedienst, Hausarzt) hat reibungslos funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Wir wurden durch das Palliativteam verständlich und ausreichend über Therapiemöglichkeiten (Chancen und Grenzen, Nebenwirkungen) informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Wir wurden durch das Palliativteam verständlich und ausreichend über Pflegemaßnahmen informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Schmerzen wurden gut behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Andere Symptome (wie z.B. Luftnot, Übelkeit/Erbrechen, Ernährungsprobleme) wurden gut behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Wir erhielten durch das Palliativteam hilfreiche Unterstützung in seelischen bzw. psychisch schwierigen Phasen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Wir erhielten durch das Palliativteam hilfreiche Unterstützung/Beratung bei Problemen sozialer und/oder finanzieller Art (Beratung zu Pflegestufe, Pflegebett, u.ä.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Wir erhielten durch das Palliativteam hilfreiche Unterstützung in Sinn-Fragen (z.B. Fragen zum Sinn des Lebens, Leidens und Sterbens).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Es war hilfreich, wie das Palliativteam mit uns über das Sterben und die Zeit danach gesprochen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Das Palliativteam war auch nach dem Tod meines Angehörigen für mich/uns da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja	nein	nicht beurteilbar			
15.	Mein Angehöriger ist am von ihm/ ihr gewünschten Ort verstorben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bitte kreisen Sie an der Skala die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastet Sie sich in der letzten Woche einschließlich heute gefühlt haben:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Gar nicht belastet Extrem belastet

Was wäre Ihnen noch wichtig, was sie uns mitteilen möchten:

QUAPS – Angehörigenbefragung:

- Telefonische Erreichbarkeit
- Wartezeit auf Hausbesuch
- Kommunikation
- Information
- Aufklärung über Pflegemaßnahmen
- Schmerzreduktion
- Symptomkontrolle
- Unterstützung sozialrechtlich
- Unterstützung bei Sinnfragen
- Kommunikation über das Sterben
- Gewünschter Sterbeort

Tools und Scores können: Der Verbesserung dienen (Qualitätssicherung)

Qualitätssicherung in der SAPV (Teambefragung t2, QUAPS)

		Ich stimme der Aussage zu...					Die Aussage ist nicht beurteilbar.
		voll	überwiegend	teils/teils	kaum	gar nicht	
1.	Wir als Palliativteam waren jederzeit telefonisch erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Unsere Wartezeiten für die Patienten/Angehörigen auf angeforderte Hausbesuche waren angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wir hatten ausreichend Zeit für den Patienten und die Angehörigen, wenn wir benötigt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Die Kommunikation zwischen den Patienten/Angehörigen und uns hat reibungslos funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Die Kommunikation zwischen anderen Versorgungspartnern (z.B. Pflegedienst, Hausarzt) und uns hat reibungslos funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Wir haben die Patienten/Angehörigen verständlich und ausreichend über Therapiemöglichkeiten (Chancen und Grenzen, Nebenwirkungen) informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Wir haben verständlich und ausreichend über Pflegemaßnahmen informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Schmerzen wurden gut behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Anderer Symptome (wie z.B. Luftnot, Übelkeit/Erbrechen, Ernährungsprobleme) wurden gut behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Wir gaben den Patienten/Angehörigen hilfreiche Unterstützung in seelischen bzw. psychisch schwierigen Phasen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Wir gaben den Patienten/Angehörigen hilfreiche Unterstützung/Beratung bei Problemen sozialer und/oder finanzieller Art (Beratung zu Pflegestufe, Pflegebett, u.ä.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Wir gaben den Patienten/Angehörigen hilfreiche Unterstützung in Sinn-Fragen (z.B. Fragen zum Sinn des Lebens, Leidens und Sterbens).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Es war hilfreich für die Angehörigen, wie wir als Palliativteam mit den Angehörigen über das Sterben und die Zeit danach gesprochen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Wir als Palliativteam waren auch nach dem Tod des Patienten für die Angehörigen da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja	nein	nicht beurteilbar			
15.	Der Patient ist am von ihm/ihr gewünschten Ort verstorben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Abschließende Bewertung der Zufriedenheit des Teams mit der **Betreuung**:

	sehr gut	gut	mittel	schlecht	sehr schlecht
16. für die gesamte Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Finalphase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreisen Sie an der Skala die Zahl ein (0-10), die am besten beschreibt, wie belastend Sie die Betreuung des Patienten/der Angehörigen über den gesamten Behandlungszeitpunkt empfunden haben:

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
 Gar nicht belastet Extrem belastet

Zu wievielt haben Sie diesen Fragebogen zur Teamzufriedenheit ausgefüllt: _____

Was möchten Sie uns noch gern mitteilen:

QUAPS – TEAM-Befragung:

- Telefonische Erreichbarkeit
- Wartezeit auf Hausbesuch
- Kommunikation
- Information
- Aufklärung über Pflegemaßnahmen
- Schmerzreduktion
- Symptomkontrolle
- Unterstützung sozialrechtlich
- Unterstützung bei Sinnfragen
- Kommunikation über das Sterben
- Gewünschter Sterbeort
- Zufriedenheit mit der Betreuung

Tools und Scores können: Bei Notfällen eine Hilfe sein - Palliativampel

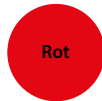
Die Palliativ-Ampel als schnelle Übersicht über die Vorsorgedokumente



Nicht Zutreffendes streichen z. B. so: Musterfeld Ja
und Zutreffendes ankreuzen z. B. so: Mustertext Nein

Patienten- oder Vertreterverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten	PATIENT Name
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten	Geburtsdatum
Gerichtliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Überarbeiten	Name, Mobilnummer Betreuer/Bevollmächtigter
				Zimmernummer

Rot („Halt! Erst nachdenken, nachlesen, dann handeln.“)



Therapieziel: Symptomlinderung
Ausreichende Schmerztherapie,
Linderung von Unruhe, Angst, Atemnot usw.
Keine Krankenhauseinweisung

Gelb („Behandlung einfach zu erreichender Ziele“)



Therapie gut/einfach zu erreichender Zustände und Erkrankungen mit

- Flüssigkeit/Nahrung PEG/PEJ Ja Nein
- Flüssigkeit/Nahrung s.c./ i.v. Ja Nein
- Antibiotika Ja Nein
- Dialyse Ja Nein
- Beatmung Ja Nein
- Wiederbelebung Ja Nein
- implantiertem Herzschrittmacher/Defibrillator Ja Nein
- Bei Bedarf ist auch eine Krankenhauseinweisung gewünscht Ja Nein

Grün („Indizierte maximale Therapie sofort gewünscht“)



Therapieziel: Uneingeschränkte Maximaltherapie
Ambulant oder stationär

Ort, Datum, Unterschrift (z. B. Patient, Bevollmächtigter, Arzt, ...)

Nicht Zutreffendes streichen
und Zutreffendes ankreuzen

Seite 1 von 4
Weitere Informationen unter www.palliativstiftung.com



Palliativampel:

VORSICHT: Paul-Gerhard-Werk hat die Farben anders herum

Was tun im Notfall?
Ein Notfallplan auf der Basis der Selbstbestimmung für
Bewohner im Paul-Gerhard-Werk e.V.

Wesentliche Diagnosen/Grundkrankheit: _____

Ansprechpartner: _____

Angehöriger/Bevollmächtigter/Betreuer (Telefonnummer) _____

Hausarzt (Telefonnummer) _____

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Vorsorgevollmacht vorhanden? ja nein

Betreuung vorhanden? ja nein

Das vorliegende Dokument entspricht dem aktuell geäußerten Willen des Bewohners

Das vorliegende Dokument gilt als Ergänzung zur Patientenverfügung

Das vorliegende Dokument entspricht dem mutmaßlichen Patientenwillen

Der Bewohner befindet sich in einer Palliativsituation

Folgendes Vorgehen wurde vereinbart:

	ja	nein
Reanimation (Wiederbelebung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubation und apparative Beatmung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusionsbehandlung (Blutgabe)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse (Blutwäsche)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
künstliche Ernährung (bei Schluckstörungen) (PEG, Port, Infusion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotikagabe bei Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptomkontrolle soll vorrangig in der Pflegeeinrichtung erfolgen, bei Erfolglosigkeit soll eine Einweisung in ein Krankenhaus (zur Palliativbehandlung) erfolgen.

Einweisung in ein Krankenhaus nur im Rahmen eines Unfallgeschehens, zum Beispiel ein Sturz

Bei Bedarf sollen der kassenärztliche Notdienst oder der Notarzt hinzugezogen werden. Diese sollen unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten handeln.

Der Patient darf bei der nächsten lebensbedrohlichen Verschlechterung versterben

Bemerkungen: _____

Ort, Datum, Unterschrift Patient
Ort, Datum, Unterschrift Bevollmächtigter/Betreuer
Ort, Datum, Unterschrift (Haus-)Arzt
Ort, Datum, Unterschrift Pflegekraft

Tools und Scores können: SAPV – Bedarf abklären helfen (z.B. bei Demenz)

Copyright des Tools: Dr. med. Monika Fuchs, Version 1.5. © 2023.

This work is licensed under a CC BY-SA 4.0 license.

Aus Zeitschrift für Palliativmedizin 2025-01

Tool: Handlungsempfehlung für die
SAPV bei Menschen mit Demenz

Verordnungsvoraussetzungen

Demenzerkrankungen erfüllen die Kriterien einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung mit verkürzter Lebensdauer. Die Notwendigkeit einer besonders aufwändigen Versorgung und das medizinisch-pflegerische Ziel einer einzelfallgerechten Steigerung der Lebensqualität durch Linderung von Symptomen und Leiden begründet die spezialisierte Palliativversorgung. Darüber hinaus muss eine Bedarfs- und Krisenintervention durch die Sicherstellung eines 24-Std.-Rufdienstes notwendig sein.

Komplexes Symptomgeschehen

Verschlechterung des Allgemeinzustandes

innerhalb von Tagen oder Wochen, z. B.

- Verschlechterung des Karnofsky-Index
- rezidivierende Stürze
- neu aufgetretene Immobilität
- Kachexiesyndrom/ungewollte Gewichtsabnahme

Zunahme stark belastender Symptome

innerhalb von Tagen oder Wochen, z. B.

- Luftnot
- (Durchbruch-)Schmerzen
- Übelkeit/Erbrechen
- epileptische Anfälle
- neue oder fortschreitende Lähmungen
- Schluckstörung, Dysphagie
- Bewusstseinsstörungen/Delir
- Unruhe, Angst
- psychotische Symptome wie Verwirrtheit,
- ausgeprägte Schlafstörungen
- ausgeprägter Juckreiz