


---

---

---

---

---

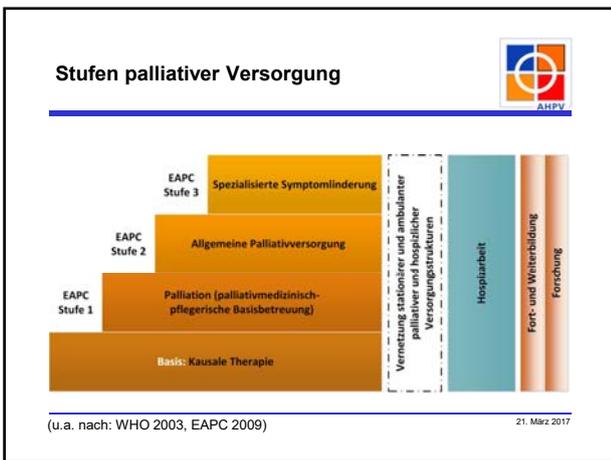
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

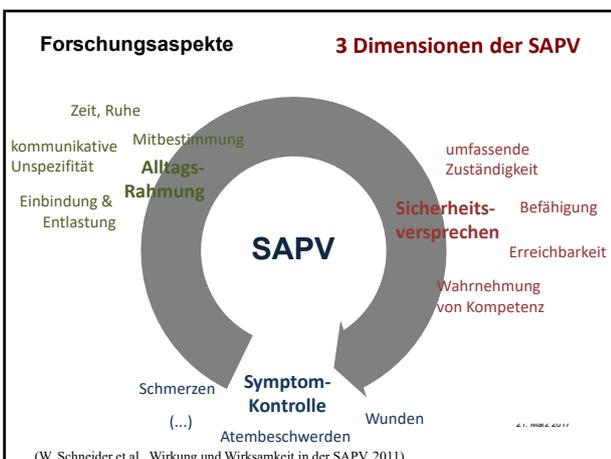
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

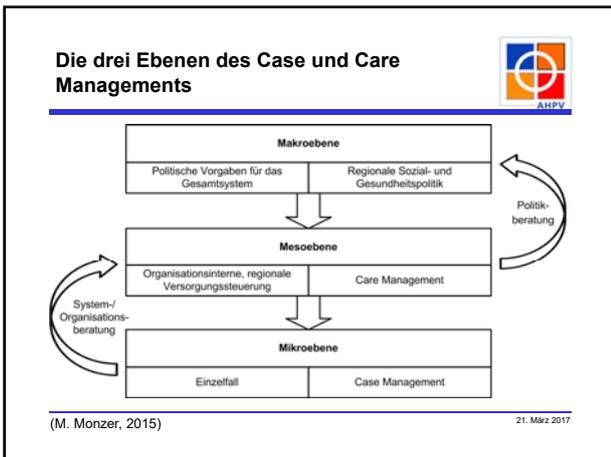
---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

---

---

---




---

---

---

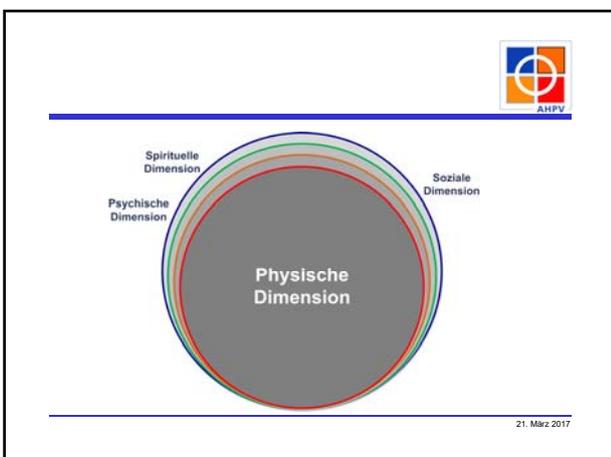
---

---

---

---

---




---

---

---

---

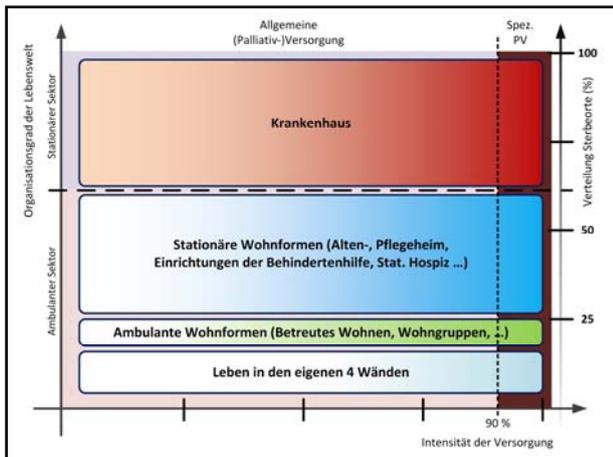
---

---

---

---






---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Internationales Recht zur Privatsphäre** 

*„Niemand darf willkürlichen Eingriffen in sein Privatleben, seine Familie, seine Wohnung und seinen Schriftverkehr oder Beeinträchtigungen seiner Ehre und seines Rufes ausgesetzt werden. Jeder hat Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen solche Eingriffe oder Beeinträchtigungen.“*  
(Allgemeine Erklärung der Menschenrechte Art. 12)

*„Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz.“*  
(Europäische Menschenrechtskonvention Art. 8 Abs. 1)

*Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung sowie ihrer Kommunikation.“*  
(Charta der Grundrechte der Europäischen Union Art. 7)

Wikipedia, 20.03.2017 21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland: Artikel 13** 

(1) Die Wohnung ist unverletzlich.  
(2) Durchsuchungen dürfen nur durch den Richter, bei Gefahr im Verzuge auch durch die in den Gesetzen vorgesehenen anderen Organe angeordnet und nur in der dort vorgeschriebenen Form durchgeführt werden.  
(3) ...

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bedeutungen des Begriffs zuhause (I)**



physischer Ort	...zu Hause	... an anderen Orten
Rolle des Patienten	Gastgeber	zu Gast sein
Rolle der Angehörigen	"Kümmerer"	weitere Gäste
Alltagsrahmung	privater Raum	öffentlicher Raum
Autonomie	Selbstbestimmung der Abläufe	Eingegliedert sein in fremde Organisationsprozesse
Sorgelast	sich selbst sorgen müssen	versorgt sein
Rückzugsmöglichkeiten	viele	abh. von der Organisation
Tagesablauf	vertraut	fremd

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Be-Deutungen des Begriffs zuhause (II)**



Privates Leben und Erleben	Unabhängigkeit	Abhängigkeit
Soziale Kontakte	ggf. Vereinsamung	ggf. vielfältig
„Lebens“-Logik	persönlicher Lebensentwurf	Versorgungslogik
Sicherheitsversprechen	selbst herzustellen	von außen hergestellt
Symptomlinderung	komplexer	organisiert
Angewiesensein auf ...	... das private Umfeld als primäre Bezugspersonen	... auf ein professionelles Umfeld als primäre Bezugspersonen

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



- I. Bedingungen des Sterbens
- II. zuhause:
- III. was geht?
- IV. was geht nicht?

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Das braucht jeder Sterbende**



- Respektvolles und wertschätzendes Verhalten
- Schmerzlinderung
- Linderung quälender Symptome (Mundtrockenheit, Angst, Atemnot....)
- Begleitung
- Begleitung seiner Angehörigen

(D. Müller, 2009)

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

**Das brauchen Sterbende nicht**



- Regelmäßigen Stuhlgang
- „Ausreichend“ Flüssigkeit
- Nahrung
- Prophylaxen
- Lagerung bei Dekubitus
- Transporte
- Blutabnahmen
- Krankenhausaufnahmen
- Diagnostische Finessen

(D. Müller, 2009)

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

**III. Was geht?**



Zur Frage, was daheim möglich ist, muss zuerst der Versorgungsrahmen benannt werden: einen belastbaren Kümmerer vorausgesetzt sind fast alle Möglichkeiten einer stationären Versorgung auch im häuslichen Umfeld möglich.

Zweite Voraussetzung ist aber der konsequente und damit nicht ambivalente Verzicht auf der Handlungsoptionen nahezu aller „kurativen“ Methoden der invasiven Medizin inklusive Diagnostik und Therapie:  
diese sind im häuslichen Umfeld angesichts einer Palliativsituation als obsolet anzusehen.

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

### FÜR|SICH|VOR: SORGEN

■■■■ ACP  
FÜR | SICH | VOR: SORGEN

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

### Von der Patientenverfügung zum Advance Care Planning

Bisher: Vorausverfügungen (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, ...)

↓

Advance Care Planning

Professionell unterstützter Beratungsprozess: Regelmäßige Beratung	Dokumente der Vorausplanung: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Notfallplan, Wertanamnese ...	Regionale Implementierung: Standards, Schulung, Vernetzung
SÄULE I	SÄULE II	SÄULE III

↓

Patientenorientierte Therapieentscheidungen auf Basis eines Kommunikationsprozesses

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

### Die 5 Handlungsfelder des AHPV e.V.

Handlungsfelder AHPV

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

### SAPV- Die Verordnung



21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

### FÜR|SICH|VOR: SORGEN



FÜR|SICH|VOR: SORGEN ist das Advance Care Planning (ACP)-Projekt des AHPV e.V.  
Dieses fußt auf 3 Säulen:

- Qualifizierter Beratungsprozess
- Dokumente / Dokumentationen
- Regionale Implementierung

Daraus ergeben sich 3 Teilprojekte.

- Die Dokumentationen des AHPV e.V. und ggf. weiterer
- Die FÜR|SICH|VOR: SORGEN-Notfallmappe als Dokumentensammler
- Der Hospiz- und Palliativbeauftragte

21. März 2017

---

---

---

---

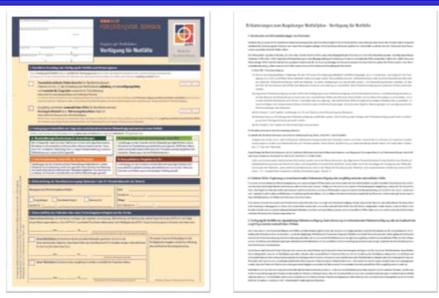
---

---

---

---

### Verfügung für Notfälle (Augsburger Notfallplan)



21. März 2017

---

---

---

---

---

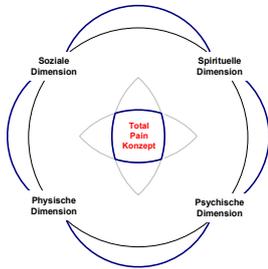
---

---

---



### Erste Dimension: die somatische Ebene



21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

### Grenzen



- Massivste Blutungsneigung
- Schmerztherapie nicht steuerbar
- Panikattacken des Patienten oder psychische Grunderkrankung
- Symptome die zu einer ständigen Krisenintervention führen z.B. Dyspnoe oder Übelkeit /Erbrechen
- Suchterkrankung des Patienten oder der Angehörigen

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

### Zweite Dimension: die psychosoziale Ebene



21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

### Grenzen (II)



- Mangelnde Ressourcen der Angehörigen
- Angehörige weigern sich einen Palliativpflegedienst oder Hospiz einzuschalten
- Keine gesicherte 24 Stunden Betreuung
- Allein lebende Palliativpatienten
- Wenn die Situation für Patient und/oder Angehörige nicht mehr aushaltbar ist
- Zu lange Betreuungszeit (Median bei 19 Tagen)  
= Überbelastung
- Erkrankung junger Mütter mit Kleinkindern = Überbelastung aller Beteiligten
- Berufstätigkeit des pflegenden Partners

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

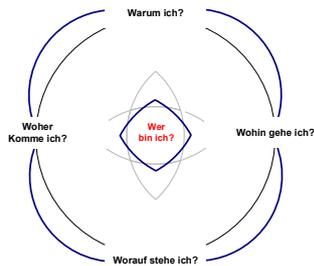
---

---

---

---

### Dritte Dimension: die spirituelle Ebene



21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Vierte Dimension: die Kommunikation



21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Fünfte Dimension: der kulturelle Kontext**

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sechste Dimension: Die Ökonomie (Palliativer Versorgungsbedarf)**

Die vor Ort zu findende **individuelle** palliative Versorgungsbedarf kann auch als Funktion des Krankheitsstadiums, der Symptomlast, des Therapieziels, der Leistungsfähigkeit der AAPV und der Belastbarkeit des privaten Umfelds verstanden werden.

$$\text{Palliativer Versorgungsbedarf} = \frac{f[\text{Krankheitsstadium}] * f[\text{Symptomlast}] * f[\text{Therapieziel}]}{f[\text{Leistungsfähigkeit der Regelversorgung}] * f[\text{Belastbarkeit des privaten Umfelds}]}$$

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

**Siebte Dimension: Der Wunsch nach aktiver Lebensbeendigung / Sterbewunsch**

**Tötung auf Verlangen = (aktive Sterbehilfe)**  
 Lebensverkürzung durch Tötung des Patienten  
 → verboten (§ 216 StGB)

**Beihilfe zur Selbsttötung = (Beihilfe zum Suizid)**  
 Bereitstellen des Mittels für den Suizid  
 → nicht strafbar; keine ärztl. Aufgabe (2011)  
 widerspricht ärztlichem Ethos (BAK 2004)

**Therapien am Lebensende = (indirekte Sterbehilfe)**  
 Lebensverkürzung als Nebenwirkung einer pall. Maßnahme  
 → zulässig (BGH 1996)

**Sterbenzulassen = (passive Sterbehilfe)**  
 Beendigung/Nichteinleitung lebenserhaltender Maßnahmen  
 → zulässig (BGH 1994, 2003 u. 2005)

(Nauck, Vortrag Tutzing 2015: Kategorien von „Sterbehilfe“ )

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

**Siebte Dimension: Der Wunsch nach aktiver Lebensbeendigung / Sterbewunsch** 

Nicht unbedingt Ausdruck einer Depression, sondern kann auch einfach bedeuten, dass die Betroffenen das Herannahen ihres Lebensendes akzeptiert haben  
(Eychmüller 2009)

Meist liegen mehrere Gründe gleichzeitig für solche Wünsche vor. Psychologische, existenzielle und soziale Gründe überwogen gegenüber physischer Symptomlast  
(Systematischer Review von Hudson et al. 2006)

---

(Nauck, Vortrag Tutzing 2015) 21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sterbewünsche bei Palliativpatienten** 

Chochinov et al. (1995)	22.5% (n = 200 Interviewstudie)
Breitbart (2000)	17%
Kelly et al. (2002;2003)	14% bzw. 22% (n = 256, n = 72)
Rodin et al. (2007)	20% (n = 326)
Hudson (2006)	1% - 22% (Review)
Wilson (2007)	6% (n = 379 Interviews)

**Hauptgründe**

- Hoffnungslosigkeit
- Erkrankungsstadium
- Depression und Angst
- Kontroll- und Autonomieverlust

---

(Nauck, Vortrag Tutzing 2015) 21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



The screenshot shows a news article from tagesschau.de. The main headline is "Pro Sterbehilfe: 'Palliativmedizin stößt an Grenzen'". The article discusses the challenges of palliative care and the role of assisted suicide. It mentions Michael de Ridder, a doctor at the Urban Hospital in Berlin, who is a proponent of palliative care. The article also includes a video link titled "ARD-Rechtsexpertin Gigi Deppe zur juristischen Bewertung der Sterbehilfe" and another video link "Europäischer Gerichtshof entscheidet über Recht auf Sterbehilfe in Deutschland".

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Achte Dimension: Zeit und Geschwindigkeit**



**Lange saßen sie dort und hatten es schwer,  
doch sie hatten es gemeinsam schwer,  
und das war ein Trost. –**

**Leicht war es trotzdem nicht.  
*Astrid Lindgren***

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Neunte Dimension: Versorgung**



21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Ende der 1950er Jahre schrieb Dame C. Saunders in einem Brief:  
*Ich habe den Eindruck, dass viele Patienten sich letzten Endes von  
ihren Ärzten verlassen fühlen.*  
*Idealerweise sollte der Arzt im Zentrum eines Teams stehen, das  
gemeinsam lindert, wo es nicht mehr heilen kann, dabei den  
ganz persönlichen Kampf des Patienten berücksichtigen und am  
Lebensende Hoffnung und Trost spenden.*

(Clark D 2002, gefunden bei F. Nauck)

21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Zehnte Dimension: Verlust der Privatheit



21. März 2017

---

---

---

---

---

---

---

---