

Gesundheitliche Vorausplanung bei Menschen mit nicht-onkologischen Erkrankungen

Monica Fliedner, MSN, PhD

Pflegeexpertin APN, Co-Leiterin

Universitäres Zentrum für Palliative Care, Inselspital Bern

monica.fliedner@insel.ch

Inhalte

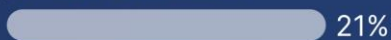
- **Advance Care Planning (ACP) bzw. gesundheitliche Vorausplanung (GVP) und Partizipation einschliesslich Entscheidungsprozesse und Klärung des Behandlungszieles**
- CoCa (**C**oncurrent **C**are): übergeordnetes Projekt, um ACP/GVP an Hand von «iplan» umzusetzen einschliesslich der Rolle der Pflege
- Fazit

Ist eine gesundheitliche Vorausplanung bei allen Menschen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung sinnvoll?

ja, unbedingt



je nach Situation



nein, nicht nötig



monica.fliedner@insel.ch/2025

Wer von Ihnen hat "Für den Fall, dass..." etwas vorgeplant ?

Es fehlen noch ein paar Dinge, aber Gespräch mit den Angehörigen ist erfolgt



Alles schon geregelt: PV, Vorsorgeauftrag, Testament, ...



Noch nichts vorbereitet



monica.fliedner@insel.ch/2025

Der Rahmen

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Palliative.ch
gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza

Fachbereichsleiterin des Innern E29
Kantonsspital St. Gallen AG
Division Geriatrie

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

Photo: W. Schmid

Koordinierte Versorgung
Wissen teilen. Gemeinsam planen.
Patients share.

monica.fliedner@insel.ch/2025

SAMW ASSM
Aktuelles Porträt Publikationen Projekte Förderung Ethik

DE | FR | EN

Gesundheitliche Vorausplanung
SAMW + Ethik + Themen A-Z + Gesundheitliche Vorausplanung

Themen A-Z
Richtlinien
Zentrale
Ethikkommission

Gesundheitliche Vorausplanung
Gesundheitliche Vorausplanung (GVP) stärkt die Selbstbestimmung in medizinischen Fragen, insbesondere im Hinblick auf Situationen der Urteilsunfähigkeit. Gesundheitlich vorausplanen soll für alle, die das möchten, möglich sein. Eine von der SAMW und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) geleitete nationale Arbeitsgruppe verfolgt das Ziel, GVP in der Schweiz weiter zu etablieren und im Alltag zu verankern.

Gesundheitliche Vorausplanung
Projet de soins anticipé
Pianificazione sanitaria anticipata

Empfehlungen (BAG / SAMW Roadmap 3'2023)



Gesundheitliche Vorausplanung
Projet de soins anticipé
Pianificazione sanitaria anticipata

- Vertretungsberechtigte Person für gesundheitliche Entscheidungen bestimmen und informieren
- Persönliche Werthaltung formulieren
- Willen bezüglich Therapiezielen und medizinischen Massnahmen bilden
- Betreuung und Behandlung für komplexe Situationen und/oder das absehbare Lebensende planen
- Dokumentation regelmässig aktualisieren und Fachpersonen und vertretungsberechtigter Person zugänglich machen -> Bergführer bestimmen

Begrifflichkeit: «**Therapieabbruch**» oder «Umstellen auf «**Komfort-Therapie**»
oder besser «**Therapiezieländerung**»?

monica.fliedner@insel.ch/2025

Kindes- und Erwachsenenschutzrecht 2013

Shared decision making im Allgemeinen

- Früher (?): patriarchale 'Verordnung'
- Heute: Austausch von Informationen; aber: Kompetenzgefälle
- Wirklich 'shared' oder 'scared'?
- De facto: 'sharing uncertainty' (R.Epstein 2018)

Im dichten Nebel machen wir auch
nur kleine vorsichtige Schritte...

monica.fliedner@insel.ch/2025

Ron Epstein, Attending, 2018; Scribner

Hintergrund GVP / ACP

- Kontinuierlicher Prozess
- Partizipation / Shared decision making: gemeinsame Planung ist nur so gut wie die Angaben, die wir **VONEINANDER** erhalten
- Ziel: Ausrichtung der Gesundheitsversorgung am Patientenwillen (**Respekt der Autonomie**)
 - Förderung des Patientenwohls (**Wohltun**) und Unterstützung der Angehörigen
 - Verringerung schädlicher Übertherapie (**Nichtschaden**)
 - Verbesserung der Kommunikation zwischen den Beteiligten
 - Erhöhung des Vertrauens in das Gesundheitssystem
- Das heisst:
 - Anpassung der Betreuung und Behandlung an die **Ziele/Werte des Betroffenen** (sog. **goal-concordant care**)
 - Prozess implementieren – Struktur muss etabliert sein

monica.fliedner@insel.ch/2025

Higginson et al 2007

Klinikalltag

Ist er schon «palliativ»? Ich möchte ihm noch einiges bieten - trotz den schlechten Werten und dem Fortschreiten der Krankheit...
Habe ein schlechtes Bauchgefühl...

Wir sind noch lange nicht ausgeschöpft. Ich kann Ihnen noch folgende Optionen bieten...

Ob ich wohl an/mit der Erkrankung sterbe? Wie lange überlebe ich überhaupt? Welche Belastung kommt auf mich und meine Angehörigen zu..

Klar – machen wir so, ich habe ja noch so viel Pläne. Hoffnung und Vertrauen, dass es gut kommt!

monica.fliedner@insel.ch/2025

«ACP/GVP ist der
Regenschirm –
nicht der Regen»

siehe [iplan-care](#)

Später Kontakt mit Palliative Care zur gesundheitlichen Vorausplanung



Frühzeitiger Kontakt mit Palliative Care zur gesundheitlichen Vorausplanung



basierend auf Zimmermann & Mathews, JAMA Oncol. 2022;8(5):681-2

Der Fokus

In welcher Welt denkt die Patient:in, in welcher denken wir als Fachperson?
Wie **passen** unsere Fragen und Antworten zusammen?

Verstehen wir uns? Das Wissen um die Perspektiven...

‘Erfassung’ der Perspektiven: unsere Brille...

Ein Grossteil des Lebens
der betroffenen Person
findet NICHT in
medizinischem Kontext statt

monica.fliedner@insel.ch/2025

Fallbeschreibung

- Peter, verheiratet, Anfang 45 Jahre alt, Lehrer
- **Parkinson** Erkrankung ED 2019 - Diverse Therapien, diverse Komorbiditäten (DM, ♥)
- Aktuell: Ehefrau bemerkt leichte Veränderung der Kognition mit gestörtem Sprachfluss, Konzentrationsschwächen und Schwierigkeiten bei der Planung und Durchführung komplexer Aufgaben (Einkaufsliste, Kontoführung etc.)
- Gewichtsverlust
- Mehrfacher Sturz in den letzten 3 Monaten, Ehefrau hat SPITEX involviert (Körperpflege) da sie vermehrte Unterstützung im Alltag benötigt
- Schlafstörungen und Gereiztheit

- Aktuell: funktionelle Verschlechterung (Karnofsky Index 40%) basierend auf einer Aspirationspneumonie

monica.fliedner@insel.ch/2025

Wann würden Sie das Gespräch zur gesundheitlichen Vorausplanung beginnen?

Wurde das noch nicht gemacht?



Jetzt ist ein guter Zeitpunkt



Noch lange nicht - viel zu früh...



monica.fliedner@insel.ch/2025

GVP – ja, aber nicht nur für Menschen mit Krebs...

... denn GVP richtet sich an alle Menschen, unabhängig von Alter, Gesundheitszustand oder Lebenssituation

Selbstreflexion

Wünsche für
medizinische
Behandlungen

Bevollmächtigten ernennen

Jemanden ernennen,
der im Namen des
Betroffenen
Entscheidungen
treffen kann

Wünsche dokumentieren

Wünsche schriftlich
festhalten, um
Klarheit zu schaffen

Ziel

-> Stärkung der
Selbstbestimmung
-> bessere Versorgung im
Krankheitsfall gewährleisten
(„goal-concordant-care“)

monica.fliedner@insel.ch/2025

SAMW 2020

Parkinson Hintergründe

- Symptome im Frühstadium sind oft subtil
- Jede 10. diagnostizierte Person ist unter 40 Jahre alt
- Männer > Frauen
- Lebenserwartung im Vergleich zur gesunden Bevölkerung verkürzt
- Betroffene sind anfälliger für andere Krankheiten als gesunde Menschen
- Häufig: (Nicht)Motorische Symptome und Persönlichkeitsveränderungen

monica.fliedner@insel.ch/2025

Dommershuijsen et al 2022

Triggerfaktoren für eine gesundheitliche Vorausplanung

Faktor	Beschreibung
Demographische / klinische Marker	➤ 61 Jahr bei Erstdiagnose / 78-85 Jahre alt ➤ Männlich
Symptome	
Einschränk	
Stürze und	
Nicht-moto	
	Neurologische Blasenfunktionsstörungen
Erhöhte Belastung der Angehörigen	z.B. vermehrte finanzielle Probleme, emotionelle und soziale Belastung

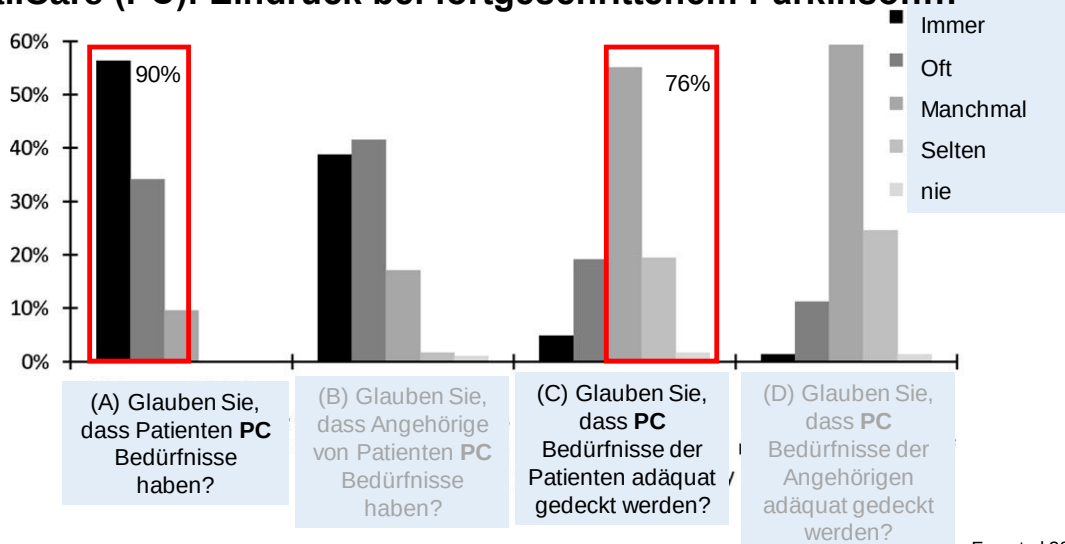
Surprise question: Wären Sie überrascht, wenn die PatientIn innerhalb des nächsten Jahres / innerhalb der nächsten 2 Visitationen verstirbt?

Oder in dieser Situation besser: «Support question»
Wären Sie überrascht, wenn die PatientIn (und deren Angehörige:n) in den nächsten 6-12 Monaten **deutlich vermehrt Hilfe durch Fachpersonen benötigt?**

monica.fliedner@insel.ch/2025

Akbar et al 2021, Gardon et al 2024

PallCare (PC): Eindruck bei fortgeschrittenem Parkinson...



monica.fliedner@insel.ch/2025

Fox et al 2015

Stehen ACP Dokumente zur Verfügung?

- **Fragestellung:** sind ACP Dokumente in den Dokumentationssystemen (Spital) der Betroffenen abgelegt?
- Teilnehmende: N=329 Betroffene mit Parkinson (Ø 63J) mit ACP Dokumenten
- **Ergebnisse:**
 - 71.7% sagen, sie haben eine Form von ACP Dokument
 - Nur 23.7% waren tatsächlich abgelegt
 - Diese waren
 1. hauptsächlich von älteren alleinstehenden Menschen,
 2. hatten PD schon über einen langen Zeitraum
 3. hatten ein PallCare Konsil

monica.fliedner@insel.ch/2025

Bartlett et al 2025

Wann also starten?

Ziel: maximieren der verbleibenden Lebensqualität durch zeitgerechte Diskussionen zusammen mit geschulten Fachpersonen v.a. bei komplexen und instabilen Situationen basierend auf der klinischen Einschätzung und nicht nur der Einschätzung des Mortalitätsrisikos.

- Prognose nur ein (unbestimmter) Hinweis (keine exakte Wissenschaft)
- Gesundheitliche Vorausplanung sollte nicht mit der Prognose beginnen, sondern frühzeitig mit «Goals of Care conversations» – also der Frage, «Was wäre, wenn ...»

monica.fliedner@insel.ch/2025

Akbar et al 2021, Gardon et al 2024

Barrieren um (frühzeitig) ACP/GVP zu integrieren

- Fehlendes Wissen und Verständnis von ACP / GVP: synonym der Versorgung am Lebensende (*“aufgeben” oder “Ich will doch nicht die Hoffnung wegnehmen”*)
- Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs (*akute Exazerbation*) und fehlende Instrumente
- Unterschätzen der Möglichkeit eines unerwarteten Todes
- Unklare Behandlungsziele: Teilnahme an klinischen Studien wichtiger als ACP/GVP? (*“eine andere klinische Fachperson wird das dann schon machen”*)
- Unrealistische Erwartungen der Patienten, Familie oder Fachpersonen
- Strukturen des Gesundheitswesens z.B. ↓ Zeit, ↓ multiprofessionelle Zusammenarbeit

Schlussfolgerung: frühzeitige ACP/GVP Gespräche als Routine im klinischen Verlauf integrieren (v.a. fortgeschrittenes Leiden)

monica.fliedner@insel.ch/2025

Manitta et al 2010; LeBlanc & El-Jawahri 2015; Odejide et al 2016; Oechsle 2019; Shaulov et al 2022

Sichtweise der Fachpersonen, Betroffenen und Politiker

Unterstützende Faktoren

- **Individuell:** kritische Bedürfnisse unter PD bei Betroffenen und Familie; Wunsch der Fachpersonen für mehr PC Wissen und Expertise
- **Interpersonell:** Soziale Unterstützung
- **Organisation:** Investition in einen systematischen Einbezug der PC, Pflege oft die Brücke zwischen Betroffenen und Ärzten
- **Community:** unkomplizierter Einbezug der spitalinternen und -externen Versorgung – auch für Familie
- **Kultur und Politik:** bestehende Leitlinien, Dokumente etc.

monica.fliedner@insel.ch/2025

Lum et al 2019; Chen et al 2023

Beispiel Peter

Medizinische Diagnosen (ICD)

- Parkinson Erkrankung ED 2019 -> Diverse Therapien
- diverse Komorbiditäten (DM, ♥)
- Gewichtsverlust
- Mehrfacher Sturz in den letzten 3 Monaten
- Zunehmende Fatigue

Aktuell:

- Zunehmende Schluckstörung
- Veränderung der Kognition mit Konzentrationsschwächen
- gestörter Sprachfluss

Funktionen (ICF)

- Bewegungsmensch
- Selbstständigkeit
- Eingeschränkte Ernährung
- Schlafstörungen
- Gereiztheit
- Lebt mit Ehefrau, Wohnung über 2 Etagen -> Sorge um die Ehefrau
- Planung / Durchführung komplexer Aufgaben schwierig
- SPITEX

Emotionen/ Erleben

- Wie geht es Ihnen?
- Was macht die Krankheit mit Ihnen/ mit Ihrem Leben?
- Was macht Ihnen aktuell am meisten Sorgen?
- Wer oder was gibt Ihnen Energie/ Kraft?
- Rolle als Patient:in: wie geht es Ihnen damit?
- **Was sollte ich von Ihnen wissen, damit ich Sie gut begleiten kann?**

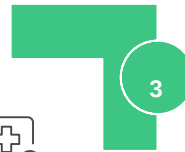
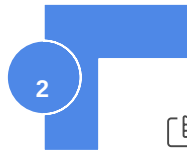
monica.fliedner@insel.ch/2025

Was wollen denn Betroffene?

Interviews mit 20 Betroffenen (13 Männer; Alter 47–82; Dauer der Erkrankung 1–27 Jahre / die meisten im Stadium 3)

Gesundheitsfachpersonen sollen Gespräche initiieren

Gespräche möglichst frühzeitig im Verlauf der Krankheit.



Proaktive Diskussionen mit Fachpersonen

Wunsch: Gespräche über unsichere Zukunft für eine umfassende Versorgung.

Mangelnde holistische Sichtweise

Patienten fühlen sich in ihrer Lebenssicht vernachlässigt.



Patienten brauchen mehr Informationen

Suchen selber nach fehlenden Informationen.

monica.fliedner@insel.ch/2025

Kurpershoek et al 2021; Seshadri et al 2024

Warum sollte man frühzeitig über den Elefanten im Raum also: «Was wäre wenn ...?» sprechen?

- Verbesserte Lebensqualität
- Weniger aggressive Behandlungen -> Angehörige weniger Risiko, eine komplizierte oder verlängerte Trauer zu entwickeln
- Vermehrt Unterbringung in Hospizen
- Öfters wird die Versorgung mit den Versorgungszielen des Betroffenen entspricht – häufiger dokumentiert
- Geringere Kosten (oft Beginn/Fortführung der Therapie oder Hospitalisation in den letzten 60 Tagen vor dem Tod)
- Verschieben von Versterben im Spital in Richtung Zuhause

→ **ACP/GVP ist ein Qualitätsindikator**

Es ist nie zu früh - bis es zu spät ist!

monica.fliedner@insel.ch/2025

Ganti et al 2007; Wang et al 2017; Cappell et al 2018; Cooper & Dains 2020

Empfehlungen

- Start GVP Diskussionen, bevor kognitive Einschränkungen auftauchen
- Dann darüber beginnen, wenn Patienten/Angehörige dafür parat sind
- Spezifische Aspekte der Erkrankung in die Diskussionen miteinbeziehen
- Motor und nicht-motor Symptome als Trigger für GVP
- GVP Gespräche nicht forcieren
- Kein Vermeiden von schwierigen Themen
- Wann und wie viele Patienten wollen GVP Diskussionen haben?
- Beeinflussen Erfahrungen den Wunsch, GVP zu besprechen?
- Welche Fachperson sollten die GVP Gespräche führen?

monica.fliedner@insel.ch/2025

Garon et al 2024

Voraussetzung: die Grundhaltung

- Patient:in als Expert:in für ihr Leben
- Pflege/Ärzt:in: als Expert:innen für Pflege und Medizin
- + weitere Therapeut:innen für funktionellen Support

Haltung:
das Zusammentreffen
ist ein **Expert:innen-**
Treffen

Unseren Fachbereich kennen wir,
die Patientin und deren Erleben nicht:
Neugier, Partizipation, Zuhören
→ Beziehung, Respekt, Compassion

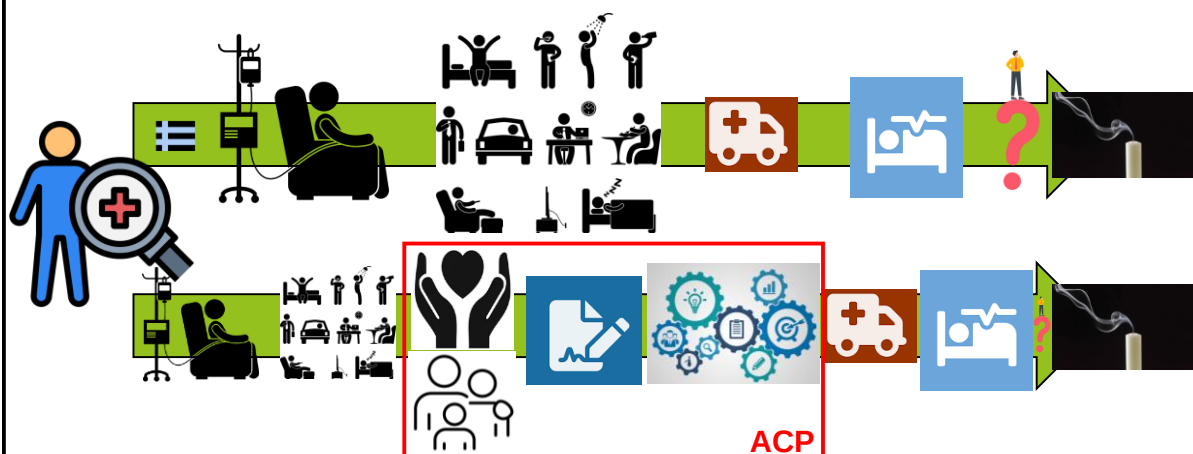
monica.fliedner@insel.ch/2025

Inhalte

- Advance Care Planning (ACP) bzw. gesundheitliche Vorausplanung (GVP) und Partizipation einschliesslich Entscheidungsprozesse und Klärung des Behandlungszieles
- **CoCa (Concurrent Care): übergeordnetes Projekt, um ACP/GVP an Hand von «iplan» umzusetzen einschliesslich der Rolle der Pflege**
- Fazit

monica.fliedner@insel.ch/2025

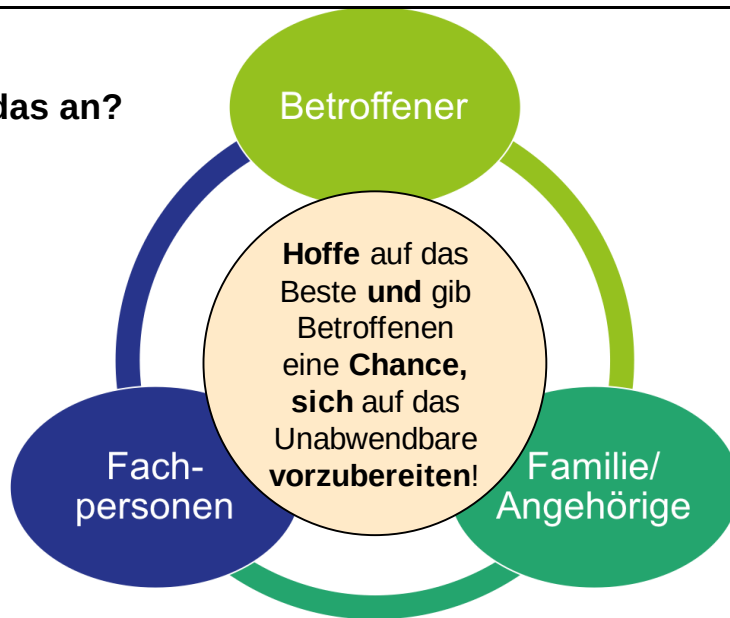
Verlauf einer lebenslimitierenden Erkrankung (schematisch)



monica.fliedner@insel.ch/2025

Sanders et al 2024

Wen geht das an?



monica.fliedner@insel.ch/2025

Coyle 2006; Nissim et al 2012; Zimmermann et al 2008; Hales et al 2015

Was beschäftigt Betroffene / Angehörige?

- Wie viel Zeit habe ich noch? Werde ich an dieser Erkrankung sterben?
- Muss ich im Falle eines Notfalls hospitalisiert werden?
- Werde ich leiden?
- Wird es eine Zeit der Hilflosigkeit / Einsamkeit geben?
- Wie hoch ist die Belastung für meine Familie?
- Wer oder was ist mir noch wichtig?
- Wo kann ich bleiben, wenn ich schwächer bin und Unterstützung brauche?
- Gibt es etwas, das ich zu Ende bringen muss oder will?
- Was kann ich für schwierige Zeiten voraus planen - wer muss von meinen Plänen, Träumen und Vorstellungen für die Zukunft wissen?
- Wer kann mir Antworten auf alle Fragen geben?
- ...

monica.fliedner@insel.ch/2025

Shaulov & Aviv 2023

Peter...

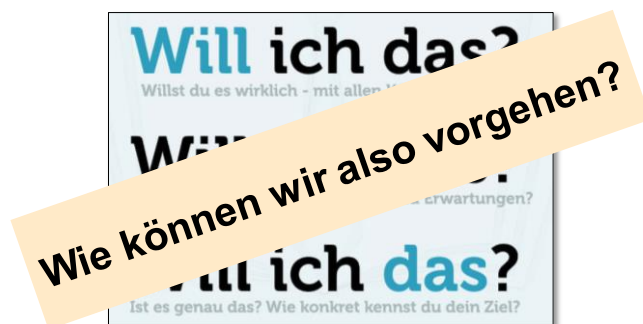
- Lange Gespräche über das, was ihm aktuell wichtig ist
 - ✓ Kontakt zu seinem Bruder herstellen
- Werte, die für ihn Bedeutung haben
- Gefühlen Ausdruck verleihen (Wut, Angst, Hoffnung, Glück, ...)
- ACP bisher kein Thema für ihn ... und doch äussert er Sorgen gegenüber den Pflegefachpersonen v.a. im Spät- oder Nachtdienst ...

monica.fliedner@insel.ch/2025

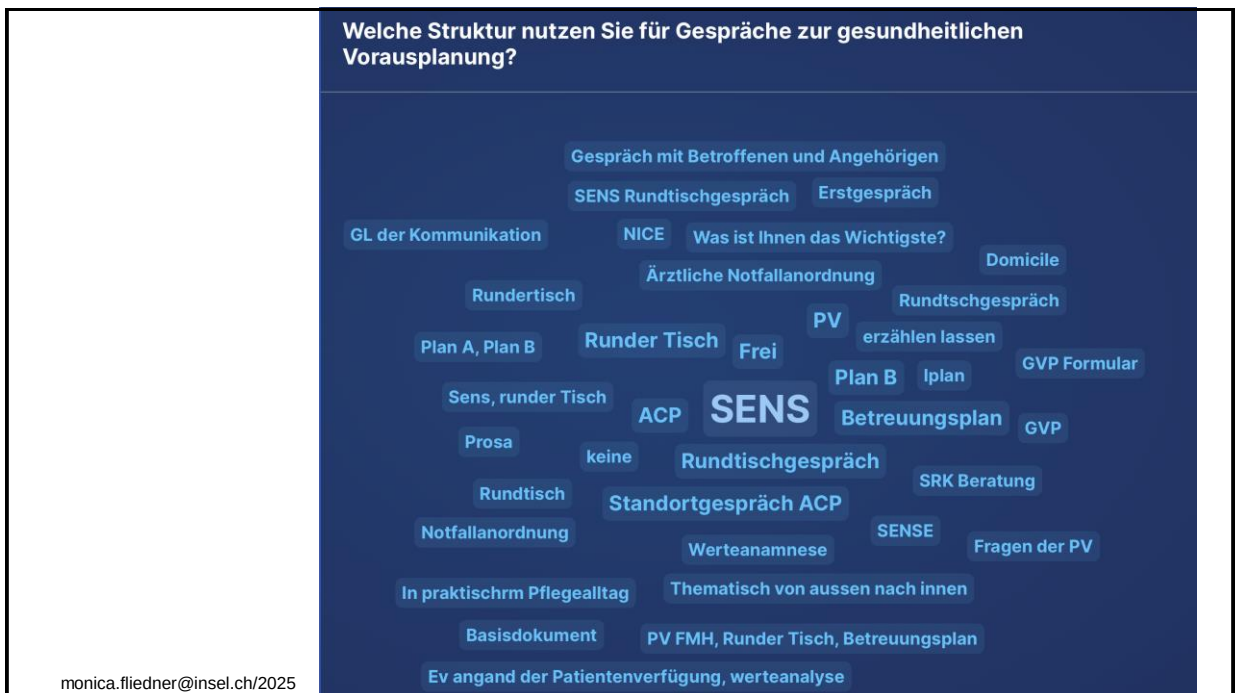
„Goals of care“ Diskussionen

Passen die (realistischen) Behandlungsoptionen zu den Zielen des Betroffenen

- z. B. Lebenszeit oder Lebensqualität?



monica.fliedner@insel.ch/2025



Zielformulierung (Goals of care Diskussionen)

Wovon profitiert der/die betroffene Person bezüglich...

- welchem / wessen Ziel?
- wann? Ist die Dauer der Therapie akzeptabel?
- zu erwartende «Nebenwirkungen»? Aufwand/ Ertrag?
- welche Diagnose ist relevant – welche für die betroffene Person?

Faktoren

- Verbleibende Lebenserwartung
- Zeitspanne bis zum erwarteten Benefit
- Ziele der Versorgung/Betreuung
- Ziele der Behandlung

Peter ...

- Gespräch über die Therapiezieländerung mit Palliative Care Team
 - 25.07. Erstkontakt
 - 29.07. Re-Konsil
- Wünsche in Bezug auf Therapie (Grundsatzentscheide): Hoffnung auf Studienmedikament
- Bruder / Mutter einbezogen
- Äussert, dass er sich wünscht, nochmals eine Reise machen zu können ► VR Brille für eine virtuelle Reise

monica.fliedner@insel.ch/2025

Warum also hinauszögern? Die Umsetzung in die Praxis...



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

monica.fliedner@insel.ch/2025

Grundfragen der Vorausplanung



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera



WANN?



Prognose
einschätzen

WAS?



Lebensqualität
erfassen

WIE?



Aktionsplan
besprechen

WER?



Netzwerk
informieren

- Interprofessionelle Vorgehensweise: **prospektiv, präventiv, partizipativ**
- Toolkit für Gesundheitsfachpersonen und Betroffene

monica.fliedner@insel.ch/2025

I- PLAN



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera



WANN?

Wäre ich überrascht, wenn...?



Prognose
einschätzen

WAS?

Was ist mir wichtig? Was belastet, was hilft? (Ressourcen)



Lebensqualität
erfassen

WIE?

Was und wie plane ich?



Aktionsplan
besprechen

WER?

Wer ist zuständig wofür? Wer muss (noch) informiert werden?



Netzwerk
informieren

INSELSPITAL
Was wäre, wenn...?
Gemeinsam die Zukunft gestalten
Begleitung zur gesundheitlichen Vorausplanung



[iplan – Gemeinsam vorausplanen. Selbstbestimmung ermöglichen \(iplan-care.ch\)](http://iplan-care.ch)

monica.fliedner@insel.ch/2025

Was kann meist nicht vorausgesagt werden?

- Der Zeitpunkt einer Komplikation
- Das Ausmass der Lebensbedrohung oder Einbussen
- Das subjektive Leiden, die Angst
- Die Reaktionszeit der 'RetterInnen'
- Der Zustand nach der Notfallbehandlung
- Die Auswirkungen auf das Denken, die Autonomie, auf die Funktionen (bio-psycho- sozial- spirituell)
- ...

monica.fliedner@insel.ch/2025

Wann? Prognose - Screening (P-CaRES-D)



Lebenslimitierende Erkrankung(en)

Bedarf an GVP bzw. Palliative Care Support

1. Hat der Patient / die Patientin eine lebenslimitierende Erkrankung? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	
☐	Fortgeschrittene Demenz oder Erkrankungen des ZNS (z.B. St. n. Schlaganfall, ALS, Morbus Parkinson): benötigt Unterstützung in den meisten Bereichen der Selbstversorgung (z.B. bei Mobilisation, Körperpflege) <u>und/oder</u> minimale verbale Ausdrucksfähigkeit.
☐	Fortgeschrittene Herzinsuffizienz: Chronische Dyspnoe, Thoraxschmerzen <u>oder</u> rasche Ermüdbarkeit (Fatigue) bei minimaler Anstrengung oder in Ruhe.
☐	Fortgeschrittene COPD: Kontinuierliche Heimsauerstofftherapie <u>oder</u> chronische Ruhedyspnoe.
☐	Leberkrankheit im Endstadium (Chronisches Leberversagen): Rezidivierender Aszites, GI-Blutung <u>oder</u> hepatische Enzephalopathie.
☐	Nierenkrankheit im Endstadium (Chronisches Nierenversagen): Chronische Dialysetherapie <u>oder</u> Serum-Kreatinin > 530 µmol/l.
☐	Fortgeschrittene Krebserkrankung: Metastasierter <u>oder</u> lokal aggressiver Tumor.
☐	Septischer Schock (Zeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion): Benötigt Aufnahme auf Intensivstation <u>und</u> hat relevante vorbestehende Komorbidität
☐	Nach Ermessen des zuständigen Arztes – hohe Wahrscheinlichkeit für rasch-eintretenden Tod: Beispiele: Hüftfraktur bei über 80-Jährigen; schweres Trauma bei älteren Personen (mehrfache Rippenbrüche, intrakranielle Blutung); fortgeschrittenes AIDS, usw.
Nichts angekreuzt? STOP! Das Screening ist fertig. EINEN oder mehrere Punkte angekreuzt? Screening FORTFAHREN	
↓	
2. Hat der Patient / die Patientin Hinweise für Bedarf an Palliative Care? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	
☐	Häufige Spitalbesuche: 2 oder mehr Vorstellungen auf der Notfallstation <u>oder</u> Spitalaufenthalte innerhalb der letzten 6 Monaten.
☐	Unkontrollierte Symptome: Konsultation auf Grund von unkontrollierten Symptomen wie z.B. Schmerz, Dyspnoe, Depression, Müdigkeit/Erschöpfung, usw.
☐	Funktionelle Verschlechterung: z.B. Mobilitätsverlust, häufige Stürze, verminderte Nahrungsaufnahme, Dekubitus, usw.
☐	Unsicherheiten bezüglich der Behandlungsziele <u>und/oder</u> Überlastung der Betreuungsperson(en): Die langfristigen Bedürfnisse können von der Betreuungsperson nicht abgedeckt werden; Unsicherheiten/Sorge betreffend der Therapie- resp. Behandlungsziele.
☐	«Surprise Question»: Sie wären nicht überrascht, wenn der Patient/die Patientin innerhalb der nächsten 12 Monate versterben würde.
Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt? STOP! Das Screening ist negativ. ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt? Palliative Care Konsilium empfohlen	

monica.fliedner@insel.ch/2025

George et al 2015/2016

L = Lebensqualität



Assessment nach SENS

www.sens-plan.com



monica.fliedner@insel.ch/2025

SENS®: Problemfelder und Ressourcen

Übergreifend erfassen:
Allgemeines Wohlbefinden, aktuelle Problembereiche, Ressourcen und Copingstrategien von Patient*in und Angehörigen

Symptome und Auswirkungen der Erkrankung

Körperliche Symptome	Schmerzen, Nausea, Dyspnoe, Erbrechen, Verstopfung, Verdauungsprobleme, Delirium
Psychische Symptome	Todeswunsch, Schlafstörung
Soziale Stressoren	Auswirkungen auf Beziehungen und soziale Aktivitäten, Hobbies, Beruf und Finanzen

Wichtigste persönliche Ressourcen/ Energiequellen

Netzwerkorganisation

Lebensumstände	Aktuelle Wohnsituation (Treppen etc?), Alternativen, Hilfsmittel, Mitbewohnende, Antrag AUF/IV
Privates Netzwerk	Angehöriges, Freunde, Freiwillige etc., Väter, Mütter, Geschwister, etc.
Professionelles Netzwerk + Verfügbarkeit	Hausarzt, Sozialdienst, psychosoziale Unterstützung, Seelsorge, Notfallknopf, Rettungskette?

Entscheidungsfindung und Erwartungen

Persönliche Geschichte und Werte	Bisherige Lebensinhalte (Familie, Beruf, Werte, Lebensqualität)
Spirituelle/ kulturelle Bedürfnisse	
Erwartungen und Patientenziele	
Medizinische und pflegerische Entscheide	Therapien, vorbestehende Grundsatzentscheide (CPR, Intub., Notfallplan); aktuelle Urteilsfähigkeit
Planung Lebensende	Vertretungsperson für med. Entscheide "Unfinished business", Testament, Wünsche bzgl. Sterbeort, Rituale, Beerdigung

Support für Angehörige / Betreuende

Wichtig: erfassen Sie, was den/ die Patient*in belastet!

Belastung und Entlastungsmöglichkeiten von Angehörigen/ Freunden	Vorhanden oder notwendig: - Support bei Pflege - Allgemeine Betreuung (z.B. Nachtwache, Haushalt) - Psychologische Unterstützung
Finanzielle Stressoren für Angehörige	Mögliche finanzielle Engpässe in der Zukunft?

www.sens-plan.com
Universitäres Zentrum für Palliative Care, Inselspital, Universitätsspital Bern, Schweiz
SENS steht unter freier Creative Commons Lizenz: CC BY-NC-SA-Lizenz (Namensnennung – Nicht-kommerziell – Weitergabe unter gleichen Bedingungen) 2018 / Version 14.09.2021

A = Aktionsplan/ Antizipation



Besprechung beim 'Runden Tisch': Step by step mit Etappenzielen

- Wissensstand und Ziele?
- Aktuelle Hauptprobleme?
- Was, wenn? Vorgehen und Selbsthilfe bei Komplikationen, inklusive Notfallplanung (Rettungskette)
- Verantwortlichkeiten?
- Information an?

Planung gemäss SENS – Themen

Haltung: 'Prepare for the worst, hope for the best'

monica.fliedner@insel.ch/2025

N= Netzwerk Dokumentation

Vor allem für Patienten mit einer Lebenserwartung < 6 – 12 Monaten

- Patientenverfügung, vertretungsberechtigte Person
- rechtlich-finanzielle Regelungen
- Dokument mit Entscheidungen im Falle eines Notfalls
- Zugang zur Information für alle involvierten Personen (Fachpersonen, Angehörige) gewährleisten



www.idecide.ch

<https://palliativebern.ch/fuer-fachpersonen/basisdokumentation-betreuungsplan>

monica.fliedner@insel.ch/2025

Wie ging es weiter mit Peter?

1. Hat der Patient / die Patientin eine lebenslimitierende Erkrankung? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	
☒	Fortgeschrittene Demenz oder Erkrankungen des ZNS (z.B. z. n. Schlaganfall, ALS, Morbus Parkinson): benötigt Unterstützung in den meisten Bereichen der Selbstversorgung (z.B. bei Mobilisation, Körperpflege) und/oder minimale verbale Ausdrucksfähigkeit.
☒	Fortgeschrittene Herzinsuffizienz: Chronische Dyspnoe, Thoraxschmerzen oder rasche Ermüdbarkeit (Fatigue) bei minimaler Anstrengung oder in Ruhe.
☐	Fortgeschrittene COPD: kontinuierliche Heimsaauerstofftherapie oder chronische Ruhedyspnoe.
☐	Leberkrankheit im Endstadium (Chronisches Leberversagen): Rezidivierender Ikterus, GI-Blutung oder hepatische Enzephalopathie.
☐	Nierenschwäche im Endstadium (Chronisches Nierenversagen): Chronische Dialysetherapie oder Serum-Kreatinin > 530 µmol/l.
☐	Fortgeschrittene Krebserkrankung: Metastasierter oder lokal aggressiver Tumor.
☐	Sepsistischer Schock (Zeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion): Benötigt Aufnahme auf Intensivstation und hat relevante vorbestehende Komorbidität.
☐	Nach Ermessen des zuständigen Arztes – hohe Wahrscheinlichkeit für rasch-eintretenden Tod: Beispiele: Hüftfraktur bei über 80-jährigen; schweres Trauma bei älteren Personen (mehrfache Rippenbrüche, intrakranielle Blutung); fortgeschrittenes AIDS, usw.
Nichts angekreuzt? STOP! Das Screening ist fertig. EINEN oder mehrere Punkte angekreuzt? Screening FORTSETZEN	
↓	
2. Hat der Patient / die Patientin Hinweise für Bedarf an Palliative Care? (Bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen)	
☐	Häufige Symptombelastung: 2 oder mehr Vorkommt auf der Notfallstation oder Spitalaufnahme innerhalb der letzten 6 Monate.
☒	Unkontrollierte Symptome: Konsultation auf Grund von unkontrollierten Symptomen wie z.B. Schmerz, Dyspnoe, Depression, Müdigkeit/erschöpfung, usw.
☒	Funktionelle Verschlechterung: z.B. Mobilitätsverlust, häufige Stürze, verminderte Nahrungsaufnahme, Delirium, usw.
☒	Unsicherheiten bezüglich der Behandlungsziele und/oder Überlastung der Betreuungsperson(en): Die langfristigen Bedürfnisse können von der Betreuungsperson nicht abgedeckt werden; Unsicherheiten/Sorgen betreffend der Therapie- resp. Behandlungsziele.
☒	Surprise Question: Sie wären nicht überrascht, wenn der Patient/die Patientin innerhalb der nächsten 12 Monate versterben würde.
Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt? STOP! Das Screening ist negativ. ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt? Palliative Care Konsultation empfohlen	

- Fortgeschrittene neurologische und kardiologische Erkrankung
- Unkontrollierte Symptome
- Funktionelle Verschlechterung
- Unklares Behandlungsziel / Überlastung der Ehefrau
- Surprise question: Team wäre nicht überrascht, wenn...

Seine Ziele:

- Erbe will er aufteilen - dringende notarielle Klärung
- Ehefrau / Bruder: Hund an einem guten Ort platzieren

monica.fliedner@insel.ch/2025

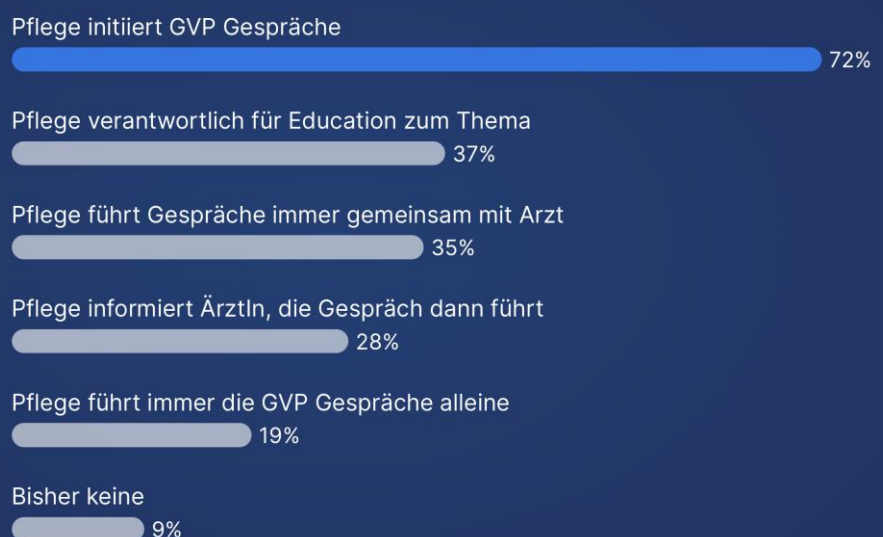
Für wen kann diese Herangehensweise hilfreich sein?

- **Betroffene und Familie:** Sicherheitsgefühl, Gefühl des Vertrauens und Erleichterung → **PPI Involvement**
- **Hausärzte / Spezialisten**
- **SPITEX** / mobile Dienste
- **Notfall** / Para Medics / ICU
- **Spitäler:** vermehrte Dokumentation von PV -> Hohe Qualität der Behandlung basierend auf den gemeinsam getroffenen Entscheidungen (shared decisions?)

Evaluation im
Rahmen des
CoCa Projektes
(2023 – 2028)
1. Insspital
2. Regional
3. Kantonal

monica.fliedner@insel.ch/2025

Welche Aufgabe hat die Pflegefachperson in diesem Prozess in Ihrer Institution?



monica.fliedner@insel.ch/2025

Kernaufgaben und Verantwortlichkeiten der Pflege

- Vertreten der Wünsche und Werte der Betroffenen
- Unterstützen bei der Aufnahme von ACP-Gesprächen mit Fachpersonen
- Bereitstellen von Informationen, Edukation und Begleitung in Bezug auf medizinische Informationen
- Unterstützung der Patienten bei Übergängen zwischen verschiedenen Einrichtungen
- Dokumentation von Fragen im Zusammenhang mit ACP
- Aufklärung der breiten Öffentlichkeit

monica.fliedner@insel.ch/2025

Fliedner et al 2021

Herausforderungen der Pflegefachpersonen

Hindernisse

- Mangel an Zeit und Ausbildung
- Begrenzte Unterstützung durch Kollegen (interprofessionell)
- Mangelndes Wissen über Rechte und Finanzierung
- Mangelnde Klarheit, was in den Bereich der Pflege gehört

Qualifikationen und/oder Bildungsanforderungen

- Ausgezeichnete Kommunikationsfähigkeiten
- Wissen um die kulturelle und gesundheitliche Situation der Patienten
- Kennen von ethischen und rechtlichen Grundsätzen

Schlussfolgerungen: solide Grundlage für die Teilnahme am ACP-Prozess

monica.fliedner@insel.ch/2025

Fliedner et al 2021; Ohr et al 2021; Nagarajan et al 2022

Was wir weiterhin brauchen...

- Anerkennung der soziodemografischen und kulturellen Veränderungen
- Umverteilung der Finanzmittel im Gesundheitswesen zugunsten von "chronischer / komplexer Versorgung"
- Mut zur Veränderung der Berufsausbildung
- Kurse für Fachpersonen in der Kommunikation untereinander und mit den Betroffenen -> **CoCa Projekt**
- Endlichkeit in der Gesellschaft: Kurse für die allgemeine Bevölkerung
- Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit für Palliative Care
 - Analog PHPCI Conference Oktober 2024 in Bern



monica.fliedner@insel.ch/2025

Inhalte

- Advance Care Planning (ACP) bzw. gesundheitliche Vorausplanung (GVP) und Partizipation einschliesslich Entscheidungsprozesse und Klärung des Behandlungszieles
- CoCa (**C**oncurrent **C**are): übergeordnetes Projekt, um ACP/GVP an Hand von «iplan» umzusetzen einschliesslich der Rolle der Pflege
- **Fazit**

monica.fliedner@insel.ch/2025

Fazit

«Es ist beinahe nie zu früh,
aber fast immer zu spät»

- Partizipative gesundheitliche Vorausplanung auch mit PatientInnen mit einer neurologischen Krankheit: **Lasst uns über den Elefant im Raum (frühzeitig) sprechen!**
- Barrieren auf allen Ebenen: erkennen, diskutieren und Lösungen finden
- Team-basierte training in Kommunikation / Fallbesprechungen
- Rolle der Pflege bei der Einbettung von Prozessen der frühzeitigen Integration von "Was wäre wenn...?" definieren
- Vorausschauende GVP / ACP als öffentliches Thema!

monica.fliedner@insel.ch/2025