

Interdisziplinäre Versorgung außerklinisch intensivpflegeabhängiger Patienten in einer Spezialambulanz

Lebenslange ganzheitliche Begleitung
neurologisch Schwerstkranker

Integration von Beatmungsmedizin, Rehabilitation und Palliativmedizin in einer interdisziplinären Ambulanz

Dorothee Steinker

Pflegerische Leitung Palliativambulanzen und Palliativdienst

Martin Groß

Chefarzt

Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation
und Interdisziplinäres Palliativzentrum
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Anforderungen

Patienten mit schweren neurologischen Erkrankungen



- vielfältige und schwerwiegenden Symptomen wie Bewusstseinsstörungen, Atem- Husten- und Schluckstörungen, Lähmungen, Störungen von Wahrnehmung, Sprache, höherer Hirnleistung und Psyche sowie Schmerzen und Spastik
- Schwere Komorbiditäten wie COPD und Herzinsuffizienz
- Häufig lebenserhaltende Technologien erforderlich (chronisch kritische Krankheit)
- Teilhabe durch eingeschränkte Mobilität und erschwerte Kommunikation stark beeinträchtigt
- hohe Belastungen Angehöriger, verstärkt durch Lücken im Sozialversicherungssystem oder kognitive Störungen der Patienten
- Ethische Grenzbereiche

Lösungsansatz

Beispiel Oldenburg



- Im Jahre 2017 Gründung einer „Neuropalliativambulanz“, später „Ambulanz für ALS und schwere neuromuskuläre Erkrankungen“
- Von Anfang an patientenzentrierte, angehörigenorientierte Arbeitsweise
- Beide Ambulanzen mit gleichem Leistungsspektrum, Begriff „palliativ“ wirkt aber auf manche Patienten abschreckend
- Requirierung eigener Räumlichkeiten mit Monitor, Gasanschlüssen, Wandabsaugung, Eingriffswagen, Ultraschallgerät, direktem Zugriff auf FEES/Tracheoskopie, BGA, Spirometrie, Peak Cough Flow Messung, geplant: Bronchoskopie
- Sukzessiver Aufbau eines interdisziplinären Teams

Interdisziplinäres Team



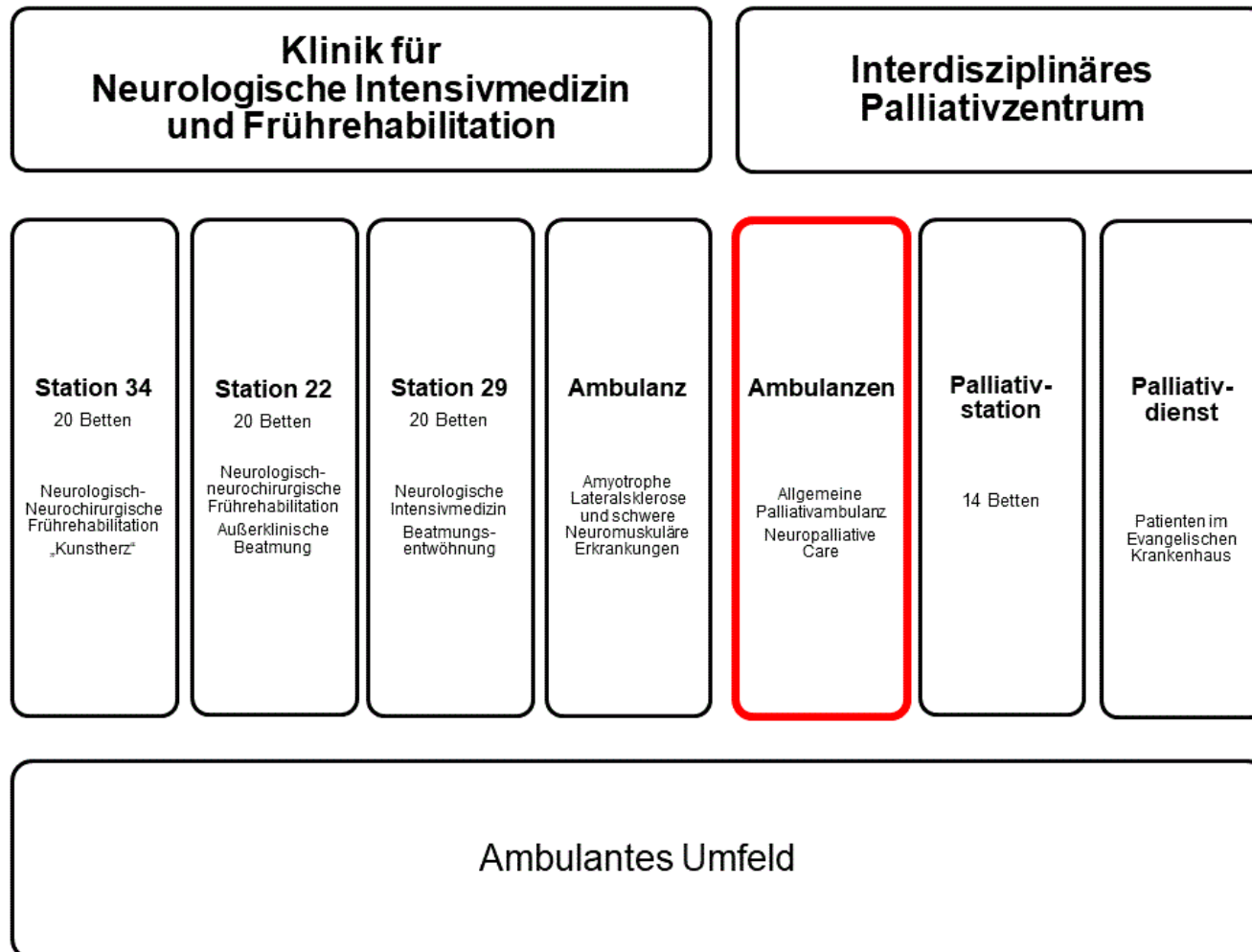
- Facharzt für Neurologie, Intensivmedizin, Schlafmedizin, Palliativmedizin
- Palliative Care Pflegefachkraft
- Atmungstherapeuten
- Logopäden
- Physiotherapeuten
- Fachkraft für Unterstützte Kommunikation
- bei Bedarf Fachärzte für Kardiologie, Phoniatrie...
- Bei Bedarf Sozialdienst

Intersektoralität



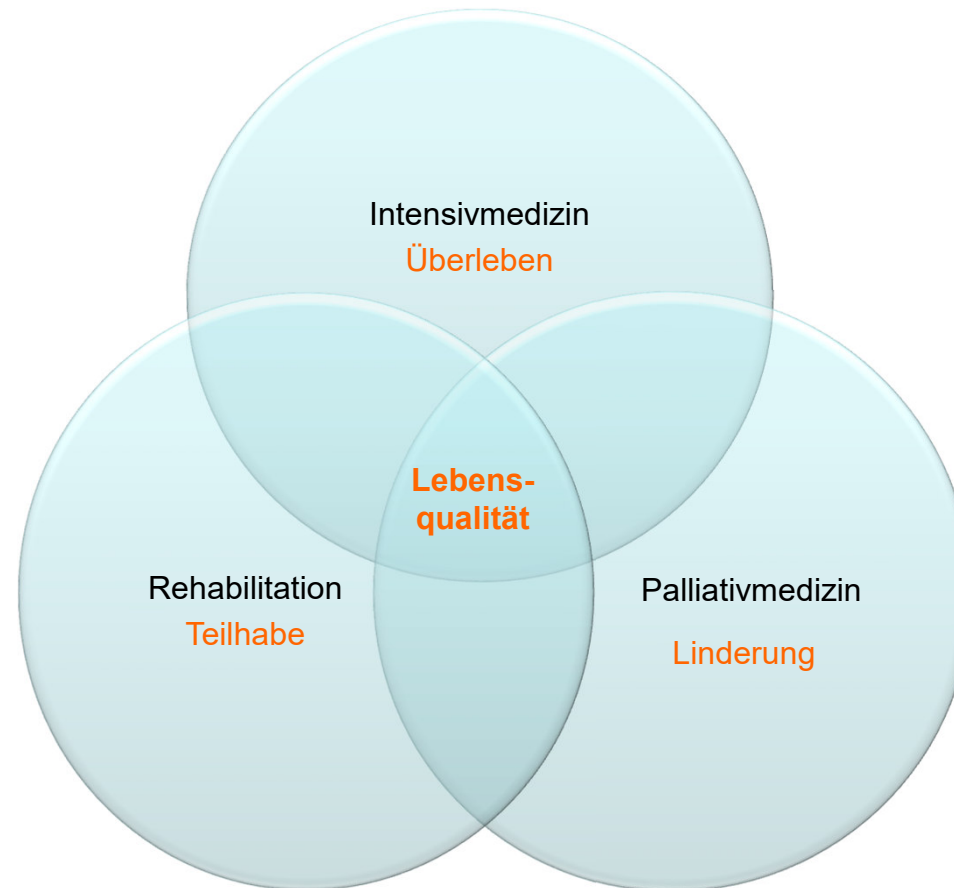
Möglichkeit der Einweisung auf die Stationen

Ansprechpartner für Patienten, Angehörigen, Intensivpflegedienste, niedergelassene Ärzte



Groß, Demmer (2020)
Interdisziplinäre Palliativmedizin

Medizinisches Konzept

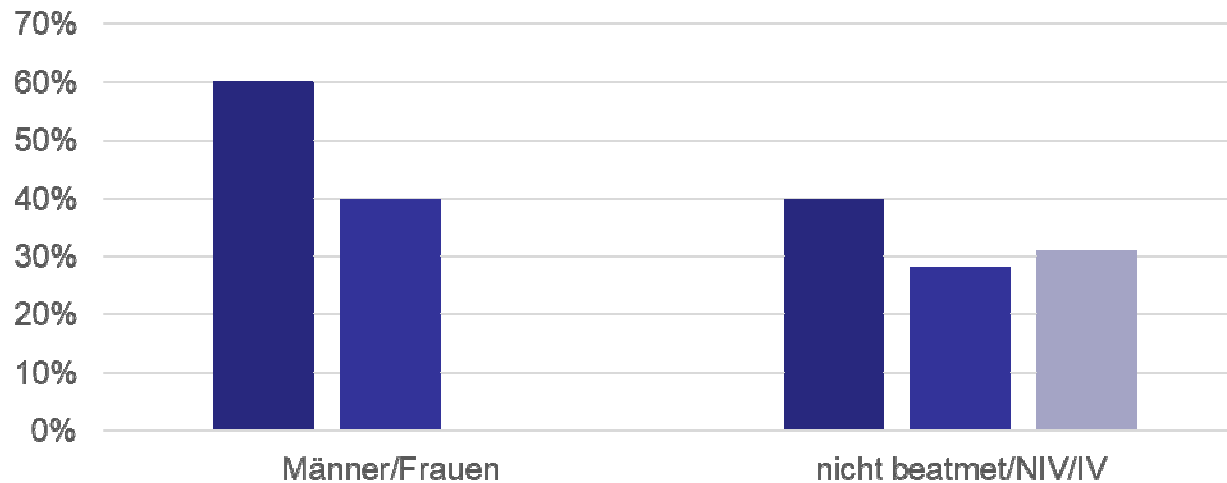


Patienten

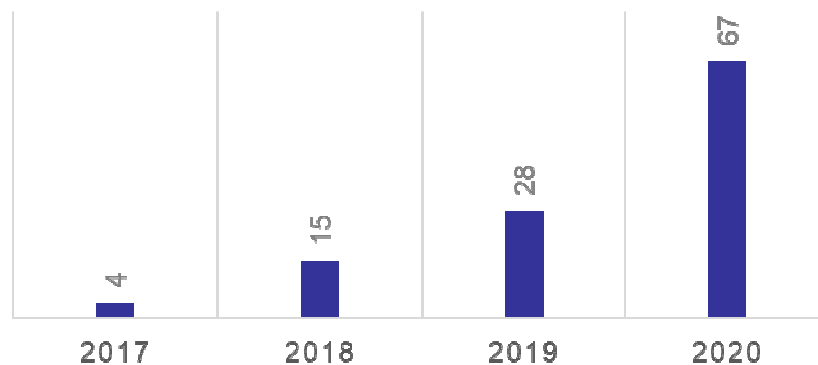
(Jahr 2020, n=67, 166 Ambulanzbesuche)



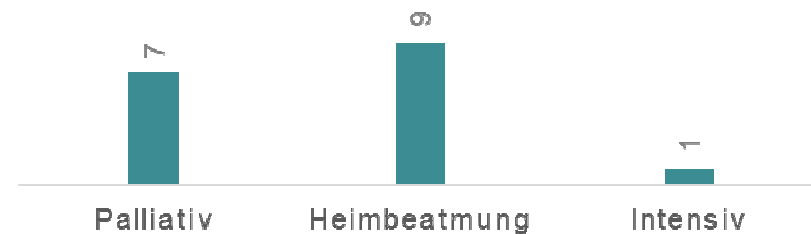
Patientencharakteristika



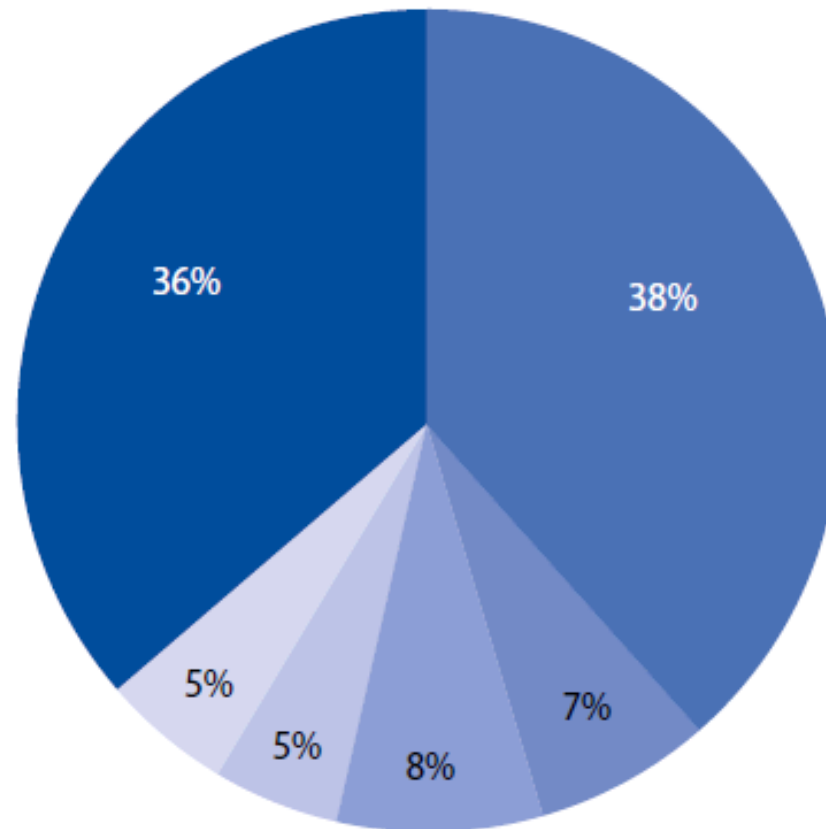
Patientenzahl



Stationäre Einweisungen nach Ambulanzbesuchen



Diagnosen



- Amyotrophe Lateralsklerose
- Muskeldystrophie Typ Duchenne
- Andere neuromuskuläre Erkrankungen
- Schädel-Hirn-Trauma
- Infantile Zerebralparese
- Sonstige Neurologische Erkrankungen

Groß, Steinker (2021) Pflegezeitung, Springer, <http://link.springer.com/article/10.1007/s41906-021-1024-8>

Transition

aus Neuropädiatrie, Sozialpädiatrischem Zentrum



Transitionsmedizin = medizinische Versorgung jugendlicher Patienten an der Schwelle zum Erwachsenwerden

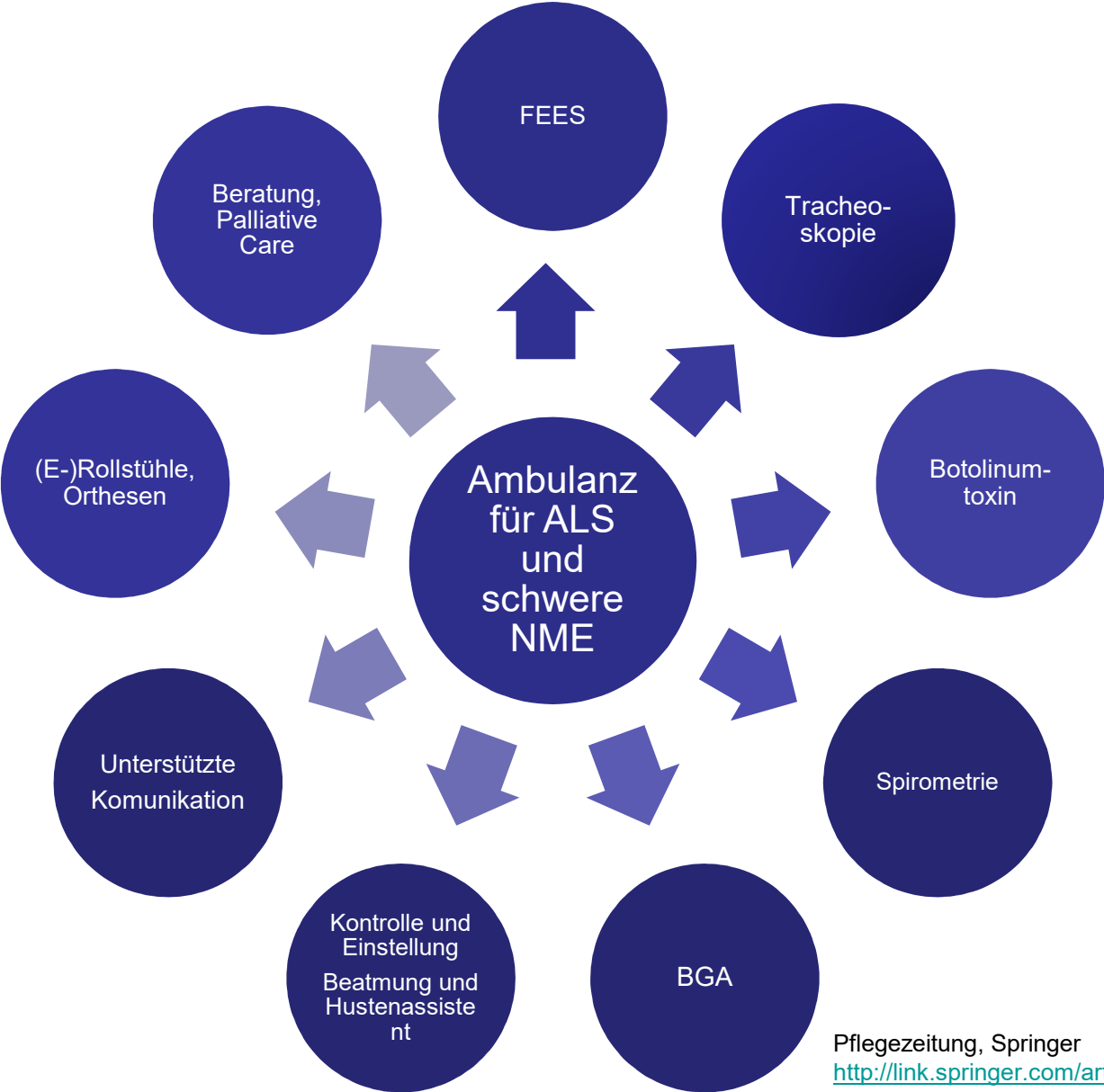
gezielter und geplanter Prozess von einem kindzentrierten zu einem erwachsenenorientierten Gesundheitssystem

Berücksichtigung verschiedener Kulturen der Kinder- und Jugendmedizin und der Erwachsenenmedizin, der Entwicklungsaufgaben und deren Bewältigung durch den Jugendlichen sowie der Umfeldfaktoren

Qualität der Transition von kulturellen und strukturellen Faktoren und vom genauen Assessment des Jugendlichen in all seinen psychosozialen, kognitiv-emotionalen und medizinischen Qualitäten abhängig

Ziel: Verbesserung des Gesundheitsprozesses und der Lebensqualität des Adoleszenten

Leistungsspektrum



Fazit



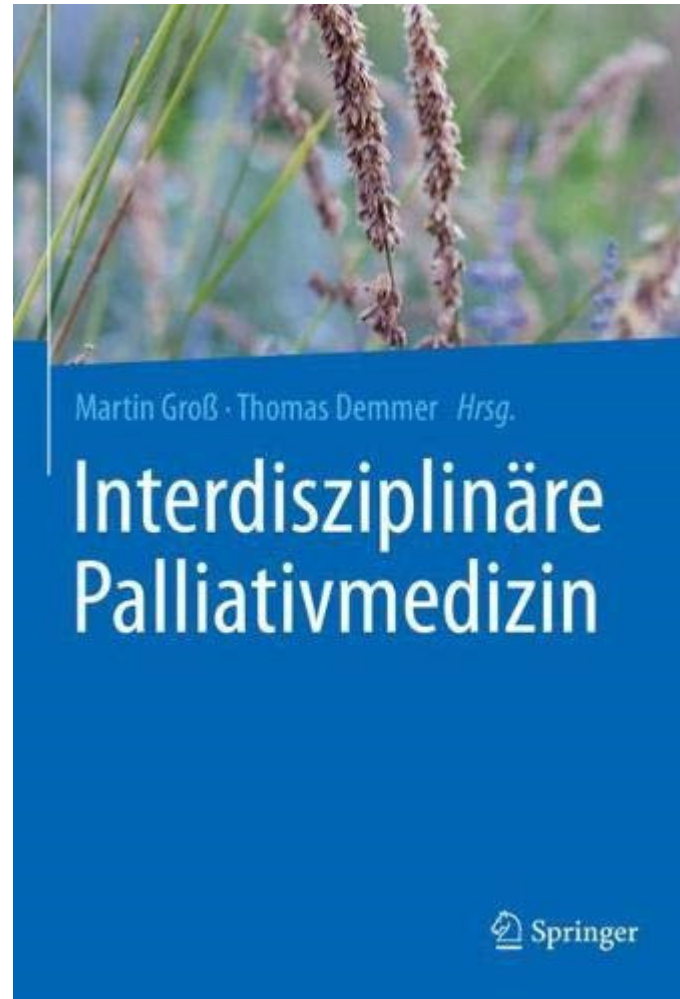
Prinzipien der ambulanten Behandlung

- Interdisziplinarität
- Intersektoralität
- Patientenzentrierung
- Angehörigenorientierung
- Verbindung von Intensivmedizin, Rehabilitation und Palliativmedizin
- Lebenslange Beratung und Begleitung

Gute Akzeptanz durch

- Patienten und Angehörige
- ambulant tätige Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten

Werbeblock



Interdisziplinäre Versorgung außerklinisch intensivpflegeabhängiger Patienten in einer Spezialambulanz

Thema:

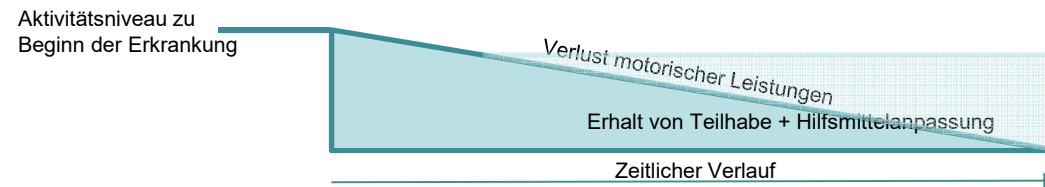
Individuelle Wege zur Teilhabe bei motorischen Beeinträchtigungen

Stefan Kappel

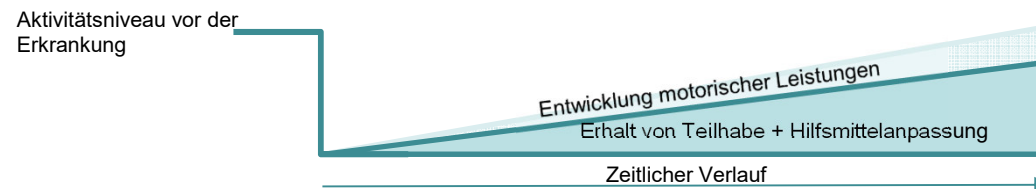
Physiotherapeut im Therapiezentrum der
„Evangelische Krankenhausstiftung Oldenburg“
in der Neurorehabilitation
und Hilfsmittelversorgung

Ziel: Erhalt von Teilhabe bei...

Erkrankung mit Progredientem Verlauf:



Akutereignis:



Was war da – was bricht weg?

Individuelle Versorgungsziele

Berücksichtigung:

- Aktivitätsniveau vor der motorischen Beeinträchtigung
 - Was ist gewohnt (z. B. Hobbys, ADL)
 - Was wünscht der Betroffene
-

Fragestellungen:

- Was benötigt der Betroffene für die Ziele
- Was ist realisierbar, was bedeutet Lebensqualität
- Was ermöglicht **Selbstständigkeit**
- Was ermöglicht **Selbstbestimmtheit**
- Was führt zu mehr **Teilhabe**
- Was ist **medizinisch begründet**

Anerkannte Grundbedürfnisse des Menschen

Zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens gehören nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts das

- Gehen
- Stehen
- Greifen
- Sehen
- Hören
- Nahrungsaufnahme
- Ausscheiden
- (elementare) Körperpflege
- selbstständiges Wohnen
- Erschließen eines körperlichen und geistigen Freiraumes

Leitsatz

„Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen“

(Quelle: §2a des SGB V)

Die Spezialambulanz

Komponenten in der Hilfsmittelversorgung



Behindertenausgleich

Gegenstand eines Behinderungsausgleichs nach § 33 SGB V sind Hilfsmittel, die auf den Ausgleich der Behinderung selbst gerichtet sind.

Der in § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V genannte Zweck des Behindertenausgleichs umfasst auch Hilfsmittel, die die direkten und indirekten Folgen einer Behinderung ausgleichen

(Quelle: G-BA)

Hilfsmittel und Medizinische Hilfsmittel (Beispiele)

- Orthesen, Schienen
- Prothesen
- Therapeutische Bewegungsgeräte
- Atmungstherapeutische Geräte
- Kommunikationshilfen
- Sprechhilfen
- Lagerungshilfen, Positionierungshilfen, Kopfhaltensysteme
- Sitzhilfen
- Stehhilfen
- Gehhilfen
- Mobilitätshilfen
- Kranken-/Behindertenfahrzeuge

(Quelle: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>)

Patientenrechtegesetz, Kostenerstattung

- GKV entscheiden innerhalb von **drei Wochen** nach Eingang der Beantragung einer Leistung über den Antrag
- Bei Anforderung eines medizinischen Gutachtens - Fristverlängerung um **zwei Wochen**
- Informationspflicht der GKV gegenüber dem Antragsteller bei absehbarer Nichteinhaltung dieser Frist (5 Wochen)
- Bei Nichteinhaltung der Informationspflicht gilt der Antrag als bewilligt
- Der Antragsteller hat das Recht sich das Hilfsmittel selbst zu besorgen und der GKV in Rechnung zu stellen

(Quelle: § 13 Abs. 3a SGB V)

Was geht...

Am Beispiel einer Hilfsmittelversorgung mit einem Elektrorollstuhl mit Liege-, Kante-, und Stehfunktion

- Selbstständige Positionierungen -> selbstbestimmt Pausen-/ Belastungszeiten selbst gewählt
- Gestaltung eines Tagesrhythmus
- Selbstständige Ortswechsel -> Kontakte aufsuchen, Ausflüge machen, Einkauf erledigen, ...
- Körperdruckpunktveränderungen nach eigenem Gefühl vornehmen können
- Vertikalisierungen über eine Stehfunktion ermöglichen -> Positionen für funktionelle Handlungen herstellen (Schrank erreichen, Essen zubereiten, ...)
- Tonusregulierend einwirken können – Stehfähigkeit erhalten
- Organ- und Vitalfunktionen erhalten und verbessern
- Erschließung eines körperlichen und geistigen Freiraumes

Förderung von Selbstständigkeit, Selbstbestimmtheit und Teilhabezielen



Im ambulanten Setting

Ärztlicher Dienst mit Sozialdienst:

- Akut-Klinikaufenthalt

Arzt u. externe Disziplinen - wenn herbeigeholt:

- Anschlussaufenthalt → Zuhause
→ Pflegeeinrichtung

In den Rehapphasen A-F

Interdisziplinäre Klinikteam:

- Phase A → Neurologische Intensivmedizin → Überleben
- Phase B → Anschlussphase - Teilhabe entwickeln u. HMV einleiten
- Phase C → Teilhabe entwickeln, erweitern und HMV einleiten
- Phase D → Offener Prozess der Erweiterung von Teilhabe (AHB) Ziele nach Maßgaben der RV
- Phase E → Übergang v. Med. Reha → Erwerbsfähigkeit
offener Prozess der Erweiterung von Teilhabe (Ende d. medizinischen Reha)
- Phase F → Langzeitpflege bei hoher Pflegebedürftigkeit
→ Erhalt von Teilhabe



Unterstützte Kommunikation

Birgit Hennig

Bereich Neuro-
Rehabilitationspädagogik,
Schwerpunkt Unterstützte
Kommunikation und
Angehörigenbegleitung

MAIK online-Talk, 28.4.2021 Birgit Hennig

Unterstützte Kommunikation (UK)

= „alle pädagogischen bzw. therapeutischen Maßnahmen, die eine Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten von Menschen ohne [oder mit erheblich eingeschränkter] Lautsprache [und ihrer sprechenden Kommunikationspartner] bezwecken“

(in Modifikation an Kristen 1994, 15)

Unterstützte Kommunikation (UK)

= Verständigung ermöglichen

- ...mit **Strategien für die Nutzung nonverbaler Mittel** und durch die bewusste **Gestaltung des Gesprächskontexts**
- ...mit **nichtelektronischen Hilfen**
- ...mit **einfachen und komplexen elektronischen Hilfen**

MAIK online-Talk, 28.4.2021 Birgit Hennig

Anliegen in der Ambulanz

1. Kommunikation
 2. Umfeldsteuerung
 3. Unterstütztes Schreiben (Handy, Tablet & Computer)
 4. Adaptiertes Personenrufsystem
- (Erst-)Beratung
 - Versorgungsprozesse einleiten
 - Evaluation und Optimierung bestehender Strategien

Vorgehen der Fachdisziplin UK beim Ambulanztermin

- 1. Kennenlernen:** „erster Eindruck“
- 2. Klärung des Anliegens** (so weit schon formuliert)
- 3. Informationen einholen**

Vorgehen der Fachdisziplin UK beim Ambulanztermin

4. Input

www.uk-im-blick.de

- nichtelektronische Hilfen vorstellen/ erproben
- ggf. geeignete nichtelektronische Materialien und Handouts direkt mitgeben und/ oder zur Individualisierung zumailen

1. Neues Wort
2. Es steht in der Liste
3. Bitte eine Pause
(später weiter reden)
4. Themawechsel
5. Gespräch beenden

A	B	C
D	E	F

G	H	I
J	K	L

M	N	O
P	Q	R

S	T	U
V	W	Z

ß	CH	SCH
Y/X		
Ä	Ö	Ü

Kommunikationsbuch
kurzer „Pflegecheck“
Name: _____

- 1 Etwas stimmt nicht!
- 2 Lagerung
- 3 Atmung
- 4 Bedürfnisse und Wohlbefinden
- 5 Wünsche
- 6 _____
- 7 nicht im Buch → ABC

letzte Frage vor Beendigung des Gesprächs:
Möchten Sie noch etwas aus diesem Buch mitteilen?

Etwas stimmt nicht

- 1 Ich habe Schmerzen
→ Körperseite ausrichten und/oder gehen zu Lagerung
- 2 Ich habe Luftnot.
→ gehen zu Seite Beatmung
- 3 Es ist Alarm an einem Gerät.
- 4 Bitte die Klingel positionieren
- 5 Ich fühle mich unwohl.
→ Schwindel, Übelkeit, Verdauungsprobleme, anderes
- 6 _____
- 7 ETWAS ANDERES

Lagerung

- 1 Arme und Hände positionieren
→ tiefer oder höher
- 2 Körper nach oben ziehen im Bett.
- 3 Kopfteil höher oder tiefer
- 4 Fußteil höher oder tiefer
- 5 in den Bettsitz oder Rollstuhl
- 6 Kissen oder Decke zur Lagerung
- 7 ETWAS ANDERES

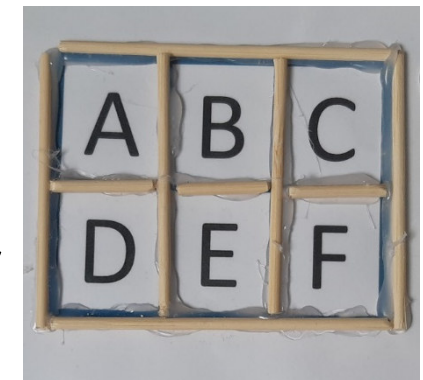
Vorgehen der Fachdisziplin UK beim Ambulanztermin

5. Bei Wünschen zum Versorgungsbedarf mit elektronischen Hilfen weiteres Vorgehen klären

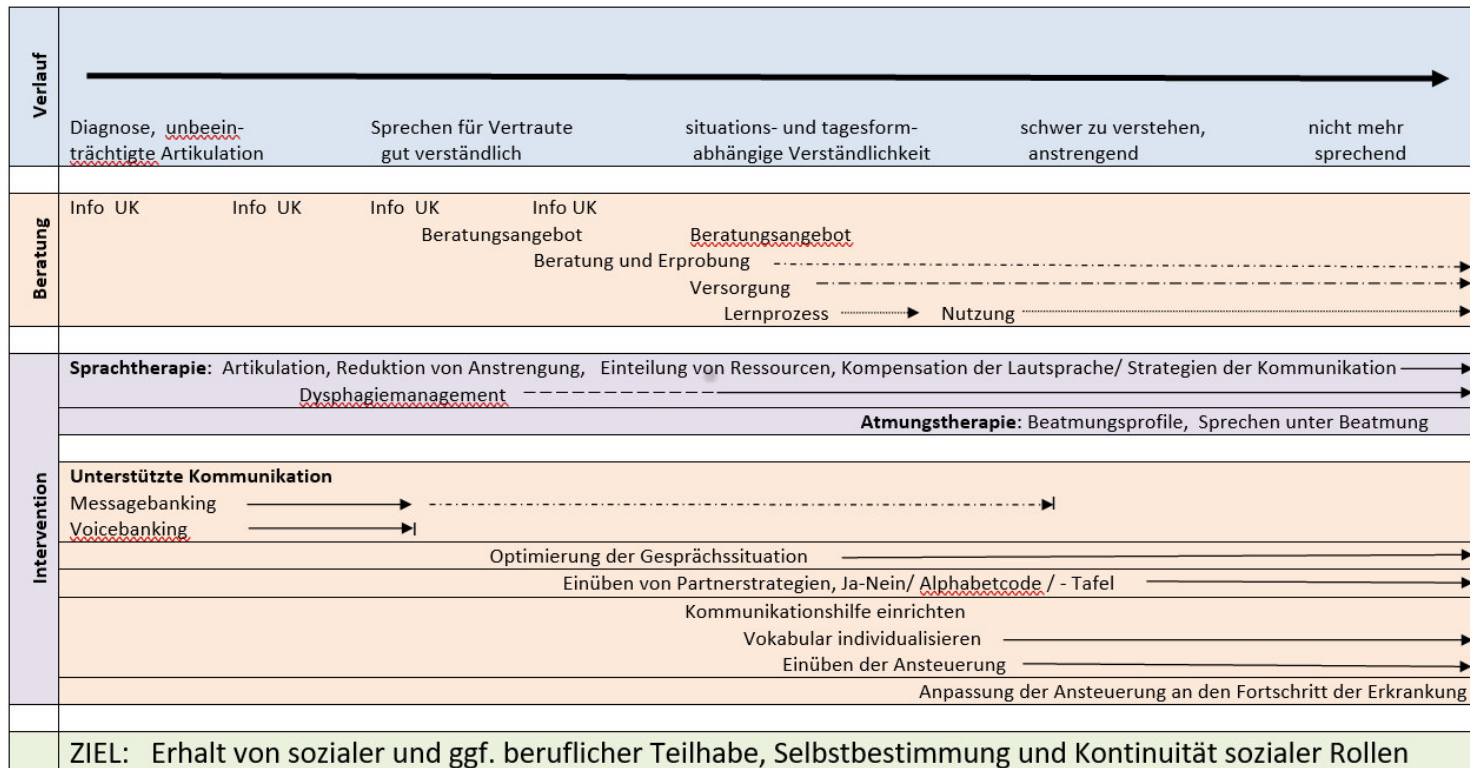
- (A) Adressen und Kontakten wohnortnaher Hilfsmittelanbieter und/oder Praxen
- (B) Vereinbarung eines Folgetermins zur Hilfsmittelerprobung in der Ambulanz mit evtl. nachfolgender Einleitung der Versorgung
- (C) Geplante stationäre Aufnahme bei komplexen Fragestellungen

Wiedervorstellung in der Ambulanz oder bei stationärem Aufenthalt

- Evaluation zur Umsetzung empfohlener Maßnahmen und eingeleiteter Versorgungsprozesse
- Inspiration 😊
- Optimierung von Hilfen im Hinblick auf Effektivität der Ansteuerung und technische Parameter der Nutzung
- Hinweise und/oder Unterstützung bei der inhaltlichen Einrichtung und Individualisierung des Seitensets
- Anpassung an den Fortschritt/ Rückschritt der Erkrankung



Bedeutung eines pro-aktiven Managements bei fortschreitenden Erk



am Beispiel von ALS; Quelle: Hennig (2021, 273)

MAIK online-Talk, 28.4.2021 Birgit Hennig

Quellenangaben

KRISTEN, URSI (1994). *Praxis Unterstützte Kommunikation*. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben

HENNIG, BIRGIT (2021). *Unterstützte Kommunikation mit Hilfsmitteln*. In: Groß, M., Demmer, T. (Hrsg.). *Interdisziplinäre Palliativmedizin*. Berlin: Springer, 269-274

„Diagnostik, Therapie und Beratung bei komplexen Dysphagien“

Kernaufgaben der Logopädie in der
Neuro-palliativ Ambulanz

Aufgaben in der Logopädie



- klinische Schluckdiagnostik & klinische Schluckanamnese
- apparative Diagnostik mittels FEES
- Tracheoskopie via Stoma + Kanüle
- Verbesserung der Trachealkanülsituation
 - anderes Kanülen-Modell/ anderer Hersteller
 - Kanülenlage ermitteln + verändern
 - Ausprobieren von Hilfsmitteln wie Sprechaufsätze etc.
 - Individualkanülen-Anfertigung mit smith medical
 - Beratung bzgl. Hilfsmitteln + Therapie

Aufgaben in der Logopädie



- Behandlungsideen bzgl. des Stomas bei Granulationen
- Epithesen-Anpassung gemeinsam mit Epithetikern
- Beratung bzgl. Koststufen, Kostgaben, Genussessen, Kostgaben
- Beratung der behandelnden Logopäden Vorort
- Anleitung der Pflege/ Angehörigen/ Logopäden

Aufgaben der Logopädie



- Beratung und Therapie von Speichel- und Sekretproblemen via Medikamenten, Botox etc.
- Erstellung eines logopädischen Handlungsplans bis zum nächsten Termin oder darüber hinaus
- Regelmäßige Kontrollen des gemeinsamen Ziels via FEES
- Überleitung zur UK

Ziel in der Logopädie



- Verbesserung der Lebensqualität mittels Besserung der Trachealkanülensituation als Hilfsmittel
- Verbesserung der Teilhabe aufgrund neuer Ziele wie Genussessen, Entblockungszeiten, Speichelmanagement etc.
- Verbesserung der Abläufe in der Pflege, mit den Angehörigen und den Logopäden Vorort durch Beratung bzgl. Zielen und Aufgabenteilung bis hin zu einem 24 h Konzept

Patientenbegleitung von Anfang an



- logopädische Therapie startet mit der Beratung
- präventiv – kurativ – palliativ
- Ambulanz bietet Möglichkeiten zum
 - Fragen stellen
 - logopädische Einschätzung
 - neue logopädische Ansätze
 - Unterstützung der ambulanten Logopäden
 - Kontrolle der Patienten über Monaten/ Jahre

Was kann ambulant geleistet werden



- apparative Diagnostik wie die FEES
- Trachealkanülenwechsel
- Trachealkanülenmanagement und Probe von Hilfsmitteln, wie neuen Sprechaufsatz etc. (Material muss mitgegeben werden)
- Speichelhemmung via Botox
- Anfertigung der Individualkanüle gemeinsam mit smith medical oder anderen, wie Primed etc.

Was kann stationär geleistet werden



- weitere apparative Diagnostik wie VFS, Manometrie
- Beratung im großen Ausmaß, wie Anleitung von Pflege, Angehörigen etc.
- Entblockungszeiten ausweiten bis hin zur möglichen Dekanülierung
- Therapie im eigentlichen Sinne mit Kontroll-FEES jede Woche



Atmungstherapie

Marit Schönhöbel

Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Atmungstherapeutin in der Klinik für
Neurologische Intensivmedizin und
Frührehabilitation des Evangelischen
Krankenhaus Oldenburg

MAIK online-Talk, 28.4.2021 Marit Schönhöbel

Inhalte der Präsentation

- Was ist Atmungstherapie und warum ist diese in einer Neuropalliativ-Ambulanz wichtig?
- Aufgaben in der ambulanten Versorgung
- Grenzen der ambulanten Versorgung
- Ziele der ambulanten Versorgung

Was ist Atmungstherapie und warum ist diese in einer Neuro- Palliativambulanz wichtig?

- Die Atmungstherapie umfasst die Physiologie und Pathophysiologie des respiratorischen Systems. Aspekte der klinischen Pneumologie, Schlafmedizin, Intensivmedizin, Pflege und physikalischen Therapie.
- Viele Neurologische- bzw. Neuromuskuläre Erkrankungen wirken sich auf atmen, husten und schlucken aus.
- Im Verlauf ihrer Erkrankung sind diese Patienten auf apparative- sowie nicht apparative Hilfsmittel angewiesen.
- Den Grad der Unterstützung wählt der Patient und wird ständig durch einen Atmungstherapeuten beraten und begleitet.

Aufgaben in der ambulanten Versorgung

- Anamnese des Patienten erstellen.
- Stuserhebung durch verschiedene Messungen (BGA, Spirometrie, PCF)
- Je nach Auswertung der Diagnostik: Beratung, Anpassung und Anleitung bestimmter Übungen und Hilfsmittel.
- Erprobung notwendiger Therapien zur Entscheidungsfindung des Patienten.
- Kontaktaufnahme bzw. Zusammenarbeit mit Hilfsmittelversorgern.
- Auslesen und bewerten der Beatmungsgerätedaten, sowie Überprüfung der schon verordneten Hilfsmittel.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem gesamten Team. Beraten und Anleiten der Zugehörigen.

Grenzen der ambulanten Versorgung

- Komplexere Untersuchungen zur Einschätzung einer beginnenden Ateminsuffizienz.
- Neu Einstellungen einer Beatmungstherapie. Invasive- sowie nichtinvasive Beatmung.
- Komplexere Anpassungen und Umstellungen vorbestehender Beatmungstherapie, sowie weiterer Hilfsmittel.

Ziele der ambulanten Versorgung

- Patienten in der „frühen Phase“ der Erkrankung kennenlernen.
- Verlauf der Erkrankung erkennen und frühestmögliche Einleitung von Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe und Lebensqualität des Patienten.
- Langzeitanbindung.
- Ganzheitliche Betreuung in jeder Phase der Erkrankung.



Palliative Care von Anfang an – Sicherheit für Patienten, Angehörige und Intensivpflegeteam

Dorothee Steinker

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
23.04.2021

MAIK online-Talk, 28.4.2021 Dorothee Steinker

Neuropalliative Care

in der außerklinischen Intensivpflege

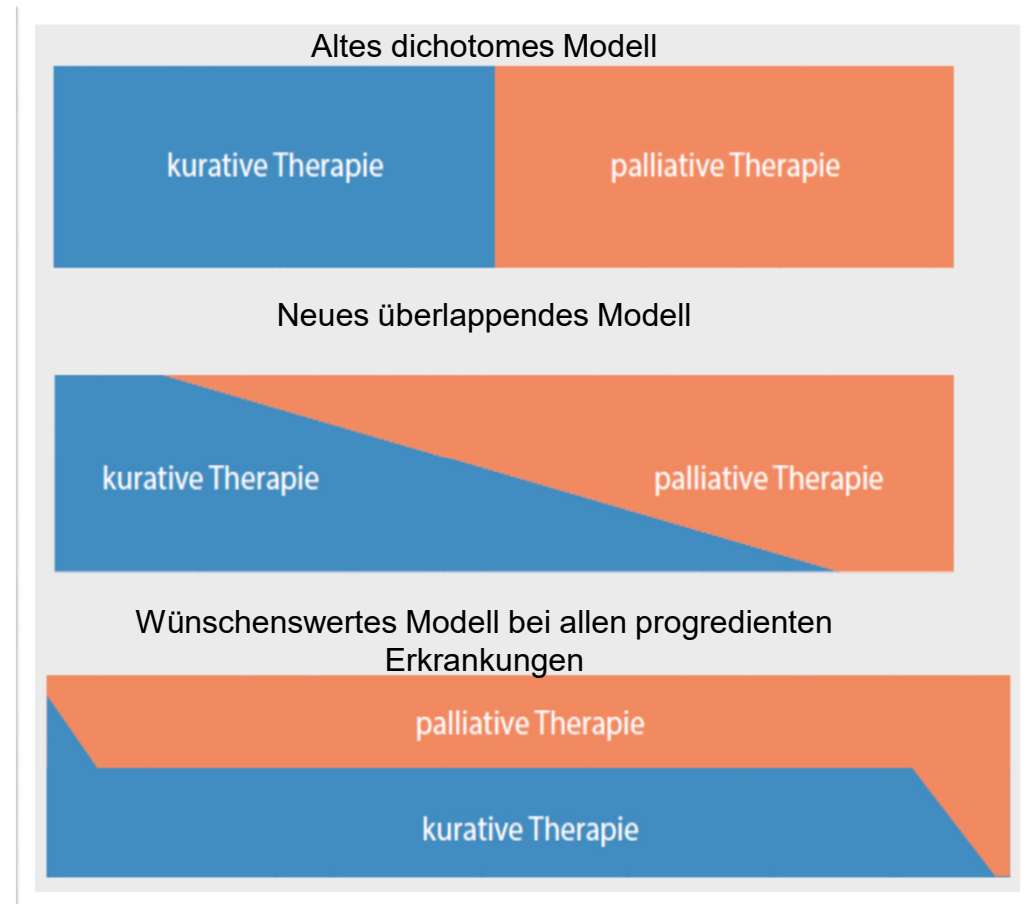


...ist ein Ansatz zur **Verbesserung der Lebensqualität** von Patienten, ihren Familien und Intensivpflegekräften, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen neurologischen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und **Lindern von Leiden**, durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

(modifiziert nach WHO 2002)

Frühe Integration von Palliative Care Warum?

- Chronische und somit dynamische Verläufe neurologischer Erkrankungen
- Anbindung, Beratung und Begleitung von der Diagnosestellung bis zum Tod
- Kontinuierliche Unterstützung bei der Entscheidungsfindung bzgl. lebenserhaltender Technologien und Palliative Care
- Vermittlung von Sicherheit auf allen gewählten Wegen



Nach: Keller (2017) Fachpflege Außerklinische Intensivpflege, Elsevier

Empathie bedeutet:

mit den Augen des *Anderen* zu sehen
mit den Ohren des *Anderen* zu hören
mit dem „Herzen“ des *Anderen* zu fühlen

Orientierung an den Ressourcen des Patienten



- Begrenzte **Zeitressource!**
 - Begrenzte Kraftressource
 - Begrenzte Mobilitätsressource
 - Begrenzte Kommunikationsressource
-
- Regelmäßige Gespräche, manchmal auch getrennt voneinander (manchmal spricht es sich leichter)
 - Krankenbeobachtung und Empathie
 - Beispiel: Entscheidung bei ALS-Erkrankten zwischen Tracheotomie und palliativer Sedierung

Besonderheiten bei chronischen neurologischen Erkrankungen



- Dynamische und prognostisch unsichere Krankheitsverläufe
- Bewusstseinsstörungen, Beeinträchtigung von Kognition und Sprache, Wahrnehmungsstörungen, motorische Beeinträchtigungen, Schmerz, Luftnot, Appetitlosigkeit, Schluckstörungen, Angst, Mundtrockenheit, Speichelsekretion, unruhige Beine, Muskelkrämpfe, Kommunikationsstörungen, Obstipation, Übelkeit, Fatigue...daraus resultierend
 - Beeinträchtigung der Teilhabe
- Erforderliche Hilfsmittelversorgung (Orthesen, Mobilitäts- oder Kommunikationshilfen)
- Stellvertretende Entscheidung (Zugehörige)

...machen es nötig, dass Patient, Familie und Intensivpflegeteam ganzheitlich vom interdisziplinären Team gesehen und beraten werden

Fragen, die wir uns stellen sollten



- Welche Grenzen werden vom Patienten und Zugehörigen (Intensivpflegekraft) festgelegt?
- Wer ist in dem Team (Patient, Zugehörige, Intensivpflegekraft) wofür verantwortlich?
- Wieviel Medizin, wieviel Therapie, wieviel Technik wird gewünscht?
- Wieviel von alledem geht allein auf unseren Wunsch, zu helfen, zurück?
- Können wir aushalten, dass der Patient nicht mehr weiter leben möchte?
- Wie sieht die Begleitung in diesem Fall aus?

Grenzen, die der Patient uns vorgibt:

- Kognitiv adäquat oder nicht?
- Patientenverfügung – aussagekräftig oder nicht?
- Wird sie überhaupt benötigt? Hat der Patient seine Wünsche klar geäußert und können wir ihm helfen, diese umzusetzen?

Fazit



...Es werden **Viele** gebraucht....

- Arzt
- Palliative Care Pflegefachkraft
- Physiotherapie/Ergotherapie
- Atmungstherapie
- Logopädie
- Experte für Unterstützte Kommunikation
- Psychosozial-und ethisch Beratende

... um den Patienten und ihren Angehörigen zu helfen und Ihnen in jeder Situation das Richtige anbieten zu können

... Es geht nicht **allein...**

Vielen Dank für Ihr Interesse

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.
Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.