



- S** = Symptomkontrolle
- E** = Entscheidungsfindung
= end of life/Lebensende
- N** = Netzwerk
- S** = Support

Palliativer Betreuungsplan[®] PBP

Personalien	
Name / Vorname	
Geburtsdatum	
Konfession	
Versicherungsdeckung	Krankenkassen-Nr.
	AHV-Nr.
Muttersprache	
Deutschkenntnisse	keine wenig genügend gut
Erstellt	am: _____ von: _____
	Anwesende:
	Institution:

Hauptdiagnosen /-anliegen		S E N S
Hauptdiagnose		
Relevante Nebendiagnosen		
Hauptanliegen der Patientin/ des Patienten		
Vordergründige Probleme aus fachlicher Sicht		
Bemerkungen		

Symptome		S E N S
Empfehlung: Die Symptomerfassung erfolgt bei Bedarf über weitere Assessmentinstrumente: z.B. modifiziertes Edmonton Symptom Assessment-System (ESAS) – Ausgefüllt: ja nein Die pflegerische Informationssammlung erfolgt bei Bedarf über weitere Instrumente: z.B. Pflegeinformationssammlung – Ausgefüllt: ja nein		
Allergien/Unverträglichkeiten	ja nein	
	Falls ja, welche?	
Bemerkungen		

Entscheidungsfindung		S E N S
Patientenverfügung	ja nein → Sollte bei der Patientin/beim Patienten sein!	
	Patientenverfügung besprochen am:	
	durch:	
Vorsorgeauftrag	ja nein	
	abgelegt bei/in:	
Vertretungsberechtigte Person 1	Name:	
	Beziehung:	
	Telefon:	
	Mail:	
Vertretungsberechtigte Person 2	Name:	
	Beziehung:	
	Telefon:	
	Mail:	
Beistandschaft	ja nein offen, in Abklärung	
Ansprechperson	Für was:	
	Name:	
	Telefon:	
	Mail (HIN-geschützt):	
Mitgliedschaft (Exit, Dignitas, andere Sterbehilfeorganisation)	ja nein	
	Falls ja, wo?	
Bemerkungen		

ÄRZTLICHE NOTFALLBEHANDLUNG S E N S

Spitaleinweisung	nein	eher nein	eher ja	ja	
Anmerkungen (bspw. wo und welche Situation)					
Wenn häusliche Versorgung nicht mehr möglich (Wünsche?)					
Therapieziel A: Lebensverlängerung					
A: Lebensverlängerung mit allen vertretbaren Massnahmen inkl. CPR (cardiopulmonale Reanimation)					
Therapieziel B: Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen					
B0: keine CPR					
B1: keine CPR, keine Tubusbeatmung, intensivmedizinische Behandlung möglich					
B2: keine CPR, keine Tubusbeatmung, keine intensivmedizinische Behandlung					
Therapieziel C: grösstmögliche Linderung der Beschwerden, keine Lebensverlängerung					
C: ausschliesslich lindernde Behandlung unabhängig vom Behandlungsort					
Mit Patientin/Patient vertretungsberechtigter Person besprochen					
Datum:	Name/ Unterschrift: <input style="width: 90%;" type="text"/>				
Ärztin / Arzt					
Datum:	Name/ Unterschrift: <input style="width: 90%;" type="text"/>				
Vorausplanung weiterer medizinischer Interventionen unter folgenden Bedingungen:					
Notfalldiagnostik (Labor, Röntgen etc.)	ja	nein			
Antibiotika	ja	nein			
Bluttransfusionen	ja	nein			
Flüssigkeitsersatz (enteral, parenteral)	ja	nein			
Künstliche Ernährung (enteral, parenteral)	ja	nein			
Antitumorthherapie	ja	nein			
Weitere Massnahmen (z.B. Dialyse, Sauerstoff)	ja	nein			
Bemerkungen:					
Mit Patientin/Patient vertretungsberechtigter Person besprochen					
Datum:	Name/ Unterschrift: <input style="width: 90%;" type="text"/>				
Ärztin / Arzt					
Datum:	Name/ Unterschrift: <input style="width: 90%;" type="text"/>				

Lebensende /end of life S E N S

Grösste Kraftquelle / Ressource	
Wünsche am Lebensende / Unerledigtes	
Spezielles	

Netzwerk (Kontakte)			S E N S
Erfassung optional, falls anderweitig erfasst, wo erfasst:			
Informelles Netzwerk	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Angehörige / Nahestehende	1 Name: Beziehung:		immer tagsüber im Todesfall
	2 Name: Beziehung:		immer tagsüber im Todesfall
	3 Name: Beziehung:		immer tagsüber im Todesfall
Notfallschlüssel bei	1 2 3		
Bemerkungen			

Hausärztin / -arzt			
Name:			
Telefon:	tagsüber	immer	Mobil: tagsüber immer
E-Mail:			
Bevorzugter Kommunikationsweg: Telefon Mobil E-Mail			
Hausbesuche: Ja, vorzugsweise (Wochentage):			Nein
Ärztlicher Lead: Ja Nein falls nein, bei:			
Professionelles Netzwerk	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Fachärztin / -arzt			
Zuletzt behandelnde/r Organisation, Abteilung, Ärztin/Arzt, med. Fachperson			
Hospiz- und Freiwilligendienst			
Seelsorgedienst/ Religionszugehörigkeit			
Psychologische Begleitung			
Soziale Fachstelle			
MPCD Mobiler Palliative Care Dienst			
Hospiz/Stat. Palliative Care Einrichtung			
PKD Palliativer Konsiliardienst			
Therapeutischer Dienst, Krebsliga, Lungenliga usw.			
Weitere			

Support			S E N S
	Namen	Erreichbar unter (Tel. / Mobil / E-Mail)	
Für die Angehörigen			
Für das betreuende Team			
Bemerkungen			

Beiblatt

Palliativer Betreuungsplan[©]

PBP

Ziel und Zweck des PBP

Der PBP dient zu Austausch und Information aller beteiligten Berufsgruppen und gilt als Handlungsanweisung, insbesondere auch für Angehörige und bei Notfällen (z.B. Rettungsdienst bei der Patientin/beim Patienten zu Hause).

Der PBP soll ausgefüllt werden, wenn der palliative Aspekt einer Patientenbetreuung in den Vordergrund rückt.

Der PBP dokumentiert den Patientenwillen und die Patientenwünsche hinsichtlich Palliative Care bei unheilbar kranken Menschen, insbesondere auch im Hinblick auf ihre aktuelle oder zukünftige Vulnerabilität vor und in der Sterbephase. Liegt eine Patientenverfügung vor, dient diese als Basis für das Gespräch. Die aktuelle Patientenverfügung soll immer dem PBP beigelegt werden.

Wer erstellt den PBP

Idealerweise wird der PBP mit dem Betroffenen, der vertretungsberechtigten Person, der fallführenden Pflegefachperson sowie der behandelnden Ärztin/Arzt ausgefüllt. Die fallführende Pflegefachperson oder die behandelnde Ärztin/Arzt, führt das Gespräch und füllt den Betreuungsplan aus. Bezüglich ärztlicher Entscheidungen ist an den jeweiligen Punkten im Dokument nach dem Ausdrucken ein Visum zwingend notwendig.

Der PBP ist nie abschliessend formuliert, sondern soll jederzeit, Urteilsfähigkeit vorausgesetzt, mit dem Betroffenen auf die Richtigkeit überprüft und mit neuen Aspekten ergänzt werden. Bei Urteilsunfähigkeit des Betroffenen erfolgt die Überprüfung und Ergänzung mit der vertretungsberechtigten Person.

Das elektronische Erstellen ist wünschenswert, damit der PBP allen Beteiligten im Netzwerk zur Verfügung gestellt werden kann. Aus Datenschutzgründen darf der Plan nur an HIN-Mailadressen versendet werden. Im Alltagsgebrauch liegt er zusätzlich in Papierversion am Aufenthaltsort, bei der Patientin/beim Patienten, vor.

Bei Übertritten geht der PBP mit dem Betroffenen mit. Idealerweise wird er dem nachfolgenden Behandlungsteam elektronisch zugesandt.