# Anlage 2 – Behandlungsplan

Der Behandlungsplan beschreibt alle Maßnahmen und Behandlungsvorschläge des SAPV-Teams, die notwendig sind, um den multidimensionalen Bedarf (medizinisch, pflegerisch, psychosozial, spirituell) der oder des Versicherten zu decken. Insbesondere sind das: Medikamentenverordnungen mit ergänzender schriftlicher Anwendungsempfehlung für den Regelfall, den Bedarf und den Notfall, palliativmedizinisch und palliativpflegerische Maßnahmen für den Regelfall, den Bedarf und den Notfall, Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung und Begleitung der oder des Versicherten und ihrer oder seiner/ Zugehörigen inklusive sozialrechtlicher Informationen, Festlegung der Kommunikationswege und Ansprechpartner für den Notfall. Akutmaßnahmen im Rahmen von Kriseneinsätzen werden zur Sicherstellung der Information aller Beteiligten im Behandlungsplan beim Versicherten vor Ort dokumentiert. Der Behandlungsplan enthält alle notwendigen Angaben zur 24h-Erreichbarkeit des SAPV-Teams.

Der Behandlungsplan enthält die folgenden Angaben:

* Erreichbarkeit des SAPV-Teams,
* geplante medikamentöse Einnahmen,
* Bedarfsmedikation,
* weitere geplante Maßnahmen (z. B. zur Erhaltung und Verbesserung der Selbstbestimmung und Lebensqualität sowie zur Verbesserung des Würdeerlebens),
* ressourcenorientierte Bedarfsinterventionen,
* Vorgehensweisen und Maßnahmen in Notfallsituationen und zur Krisenedukation,
* Krankheitsdiagnose und –prognose sowie möglicher zu erwartender Krankheitsverlauf,
* Einbindung medizinischer Versorgungs- und Notfallbehandlungssysteme (Versorgungssetting).

Musterbeispiel Palliativer Behandlungsplan mit Ausfüllbeispielen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Palliativer Behandlungsplan**für Maßnahmen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)**Seite 1 von 1** | **Für: Sima Muster geb. am 01.01.1900****SAPV-Team xy****Notfallnummer: 0123456****Werktägliche Erreichbarkeit: 990012** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Therapieziel/-e:** |  |
| **Versorgungssetting:** | **Hausarzt/-ärztin/Facharzt/-ärztin:****Amb. Pflegedienst:****ggf. amb. Hospizdienst:****Stat. Pflegeeinrichtung:** | **Stat. Hospiz:****Kurzzeitpflege:****Eingliederungshilfe:** **Sonstige:** |
| **Krankheitsdiagnose, -prognose und möglicher Verlauf** |  |
| **komplexes Symptomgeschehen** |  |
| **Vorliegen einer Patientenverfügung****Vorliegen einer Vorsorgevollmacht** | ** Ja /  nein**** Ja /  nein** |

|  |
| --- |
| **Medikation regelmäßig** |
| **Wirkstoff** | **Handelsname** | **Stärke** | **Form** | **Zeit** | **Zeit** | **Zeit** | **Zeit** | **Zeit** | **Zeit** | **Einheit** | **Hinweise** | **Grund** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente** |
| **Wirkstoff** | **Handelsname** | **Stärke** | **Form** | **Zeitpunkt** | **Einheit** | **Hinweise/Bedarf** | **Grund** |
| *Fentanyl* | *Fentanyl ABC 75UG/H* | *0,0075 mg/h* | *Pflaster* | *Alle 3 Tage 1* | *Stück* | *Auf wechselnde Stellen aufkleben* | *Schmerzen* |

|  |
| --- |
| **Medikation bei Bedarf und für den Notfall** |
| **Wirkstoff** | **Handelsname** | **Stärke** | **Form** | **Zeitpunkt** | **Einheit** | **Hinweise/Bedarf** | **Grund** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Weitere Maßnahmen/ Planung der Versorgung / Multidimensionaler Bedarf**  |
| **Ziel/Wünsche des Patienten/der Patientin** | **Welche Maßnahme/n ist/sind dazu erforderlich?** | **Einheit** | **Wer soll die Leistung erbringen? Ressourcen**a = SAPV-Team b= Hilfen aus dem sozialen Umfeld (z. B. Familie, Freunde/innen, Nachbarn/innen) c = Allgemeine medizinische oder soziale Hilfen (z. B. Hausarzt/Hausärztin, Pflegedienst) d = Ambulanter Hospizdienst e= Sonstige | **Zielsetzung/Zweck der Maßnahme** | **Multidimensionaler Bedarf**1 = Erhaltung und Verbesserung der Selbstbestim- mung, Lebensqualität und des Würdeerlebens2 = Notfallsituationen und Krisenedukation3 = Bedarfsintervention4 = Besondere Angaben zur Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr (evtl. gesonderter Plan)5 = Sonstiges |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| *Folgende Ausführungen stehen beispielhaft für weitere Ziele und Wünsche der Patientin/des Patienten, wie z. B. Kräfteerhalt, bestmöglicher Erhalt der eigenständigen Mobilität, Entlastung von Sorgen um zurückbleibende Zugehörige, soziale Absicherung, besser atmen können, schmerzfreie Wundversorgung, schlafen können, Teilhabe an Familienereignissen, Hunger- und Durstgefühl etc.* |
| *Schmerzfreies Trinken und Schlucken* | *Spezielle Mundpflege* | *nach Tagesform 2-4 stündlich* | *a / b* | *Schmerzlinderung, Wohlbefinden* | *1 / 3* |
| *Angstfreiheit, Entspannung, Bewältigung innerer Spannungen* | *Basale Stimulation, Aromatherapie, Entlastungsgespräch, Symptomkontrolle, Beratung* | *täglich* | *a / b /c* | *Körpererleben, Entlastung, Gefühle ausleben können* | *1 / 2 / 3* |

**Unterstützungsbedarf Zugehörige: z. B.** Beratung, Anleitung, Edukation, Entlastungsgespräche:

Notfallsituationen / Krisen: