

Notfallbogen der Sächsischen Landesärztekammer

Auf der folgenden Seite finden Sie einen vom Arbeitskreis Ethik in der Medizin gemeinsam mit dem Ausschuss Notfallmedizin entwickelten Notfallbogen, der zur vorausschauenden Therapieplanung ergänzend zur Patientenverfügung eingesetzt werden kann.

Ausgangssituation

Obwohl viele Bürger mittlerweile eine Patientenverfügung für sich verfasst haben, ist die Situation alles andere als selten, dass ein Patient nachts notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen wird und anschließend festgestellt werden muss, dass diese Einweisung entweder medizinisch nicht sinnvoll oder aber vom Patienten oder seinen Angehörigen nicht gewünscht war. Entweder bestand keine Patientenverfügung oder aber diese konnte in der Kürze der Zeit nicht gefunden oder nicht ausgewertet werden. Auch der in der Patientenverfügung benannte Vorsorgebevollmächtigte ist nachts meist nicht zu erreichen.

Der Notfallbogen

Der Arbeitskreis Ethik in der Medizin der Sächsischen Landesärztekammer und der Ausschuss Notfallmedizin haben hier mit einem kürzeren und prägnanteren Dokument Abhilfe schaffen wollen. Der vorliegende Notfallbogen wurde maßgeblich von Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Co-Vorsitzen-

der Arbeitskreis Ethik, und Prof. Dr. theol. Ulf Liedke, Arbeitskreis Ethik, erarbeitet.

Der Notfallbogen ist gedacht für Menschen, die sich bereits in einer pflegebedürftigen oder sonst fortgeschrittenen Krankheitssituation befinden. Diese können sich schriftlich angesichts der aktuellen Krankheitssituation für oder gegen mögliche zukünftige Notfalltherapien entscheiden. Es werden drei unterschiedliche Therapieziele und dazu passend sechs Behandlungsformen mit unterschiedlicher Intensität zum Ankreuzen angeboten.

Der entscheidungsfähige Patient kann somit hier eine Verfügung erstellen und selbst unterschreiben.

Im Unterschied zur rechtlich definierten Patientenverfügung kann in vorliegendem Notfallbogen jedoch auch der Bevollmächtigte den mutmaßlichen Willen des Patienten festhalten. Auch dies ist für den behandelnden Notarzt eine wichtige Entscheidungshilfe.

Die Autoren legen Wert darauf, dass der Notfallbogen nur nach ärztlicher Aufklärung und Beratung unterzeichnet werden sollte. Somit lässt sich gewährleisten, dass trotz der Kürze des Dokumentes der informierte und freie Wille des Patienten wirklich erfasst wird.

In der Breite akzeptiert und somit im Ernstfall beachtet wird der Bogen frei-

lich nur, wenn auch Angehörige und Pflegende über die Festlegungen informiert werden.

Der vorliegende Notfallbogen ist, im Gegensatz zur klassischen Patientenverfügung, nicht gedacht für Menschen in aktuell guter beziehungsweise stabiler Gesundheitslage. Voraussetzung ist vielmehr, dass angesichts des aktuell bereits eingeschränkten Gesundheitszustandes alle denkbaren Notfallsituationen in gleicher Weise behandelt werden können.

Zur Vermeidung unnötiger oder nicht gewünschter Therapien beziehungsweise Krankenhauseinweisungen wäre es wünschenswert, dass möglichst viele Bewohner von Pflegeheimen oder zu Hause Pflegebedürftige einen solchen Bogen ausfüllen.

Es wäre die Aufgabe des betreuenden Hausarztes, auf einen solchen Notfallbogen aufmerksam zu machen oder die Vorsorgebevollmächtigten auf die Möglichkeit einer Festlegung hinzuweisen.

Der Notfallbogen steht auf der Website der Sächsischen Landesärztekammer unter: www.slaek.de → Ärzte → Informationen/Leitlinien als Download zur Verfügung. Er kann auch über Telefon 0351 8267-160, bei Herrn Köhler, abgefordert werden. ■

Dr. med. Andreas von Aretin
Co-Vorsitzender Arbeitskreis Ethik in der Medizin

Anzeige

Notfallbogen

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

Betreuungsverfügung

download unter www.slaek.de

Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Notfallbogen

_____ Name Patient/in	_____ Geburtsdatum
--------------------------	-----------------------

Sollte in einer aus heutiger Sicht nicht unmittelbar bevorstehenden Situation eine der folgenden Behandlungsmaßnahmen auf Grund des Gesundheitszustandes indiziert sein, dann wird in jedem denkbaren Fall und unabhängig von der sonstigen, dann bestehenden, Lebens- und Behandlungssituation Folgendes gewünscht:

Therapieziel und Behandlungsform						
Therapieziel <small>(bitte ankreuzen)</small>	Wiederbe- lebung	Beatmung Tubus	Beatmung Maske	Intensiv- station	Kranken- haus	Linderung
Lebensverlängerung						
<input type="checkbox"/> A	JA	JA	JA	JA	JA	JA
Lebensverlängerung mit folgenden Maßnahmen						
<input type="checkbox"/> B 1	NEIN	JA	JA	JA	JA	JA
<input type="checkbox"/> B 2	NEIN	NEIN	JA	JA	JA	JA
<input type="checkbox"/> B 3	NEIN	NEIN	NEIN	JA	JA	JA
<input type="checkbox"/> B 4	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	JA	JA
Linderung						
<input type="checkbox"/> C	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	NEIN	JA

Volljährige/r Patient/in bringt seinen/ ihren Willen selbst zur Geltung:

In einer Situation, in der ich selbst nicht mehr meinen Willen bzw. meine Wünsche äußern kann, ist es mein Wille, wie oben festgelegt behandelt zu werden:

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift

Ich bestätige als **Ärztin/Arzt** die Einwilligungsfähigkeit des Patienten/der Patientin

ja

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift

Rechtliche/r Vertreter/in bringt Patientenwillen zur Geltung /trifft Entscheidung aufgrund der festgestellten Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens des Patienten:

Ich, _____, Tel.: _____, bin in den Aufgabenkreisen:

Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung zur alleinigen Vertretung des Patienten/der Patientin bestimmt.

Ich bestätige, dass ich als Bevollmächtigte/r ausdrücklich und schriftlich ermächtigt wurde, auch in die Durchführung oder das Unterlassen von Maßnahmen einzuwilligen, die mit der Gefahr verbunden sind, dass der Patient/die Patientin dadurch stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Eine Abschrift des Betreuungsbeschlusses/der Vorsorgevollmacht liegt

diesem Schreiben bei. in der Einrichtung vor.

Der Wille/der mutmaßliche Wille/die Behandlungswünsche des Patienten/der Patientin wurden ermittelt. Danach ist er/sie wie oben festgelegt zu behandeln.

Ort, Datum Unterschrift

Ärztin/Arzt	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige die Beratung des Patienten/der Patientin bzw. des Stellvertreters über die Folgen der in diesem Notfallbogen getroffenen Festlegung	Der rechtliche Vertreter/die rechtliche Vertreterin und ich sind uns einig, dass die oben getroffenen Festlegungen dem Willen/dem mutmaßlichen Willen/den Behandlungswünschen des Patienten/der Patientin entsprechen.
Eine frühere Patientenverfügung existiert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	_____ Ort, Datum Unterschrift

