

Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall

- Überblick -

I. Patient

Adresse / ggf. Einrichtungsstempel

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Gesetzlicher Vertreter (Vorsorgebevollmächtigter, Betreuer)

Name: _____

Vorname: _____

Tel.: _____

Zustand VOR Eintreten der akuten Beeinträchtigung

Allgemeinzustand Clinical Frailty Scale (CFS) = ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨ (abrufbar unter www.dggeriatrie.de)

Barthel-Index: _____ Pkt

Pflegegrad = ①②③④⑤

Einschränkung Kognition: nicht leicht mittel schwer

II. Prognose und Indikation

Besteht die **Indikation** zu einer **Krankenhauseinweisung?**
(siehe Formular: „Einschätzung der Prognose“) Ja Nein

wenn ja:

 Intensivmedizinische Maßnahmen sind wegen fehlender
Erfolgsaussicht **nicht indiziert** Die **Erfolgsaussichten intensivmedizinischer** Maßnahmen
sind aufgrund bestimmter Kriterien **gering**

III. Patientenwille

Ist der Patient zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung
einwilligungsfähig? (wenn ja, dann Entscheidung) Ja Nein**Patientenverfügung** (nur falls Patient nicht einwilligungsfähig)Eine auf diese Situation **zutreffende Patientenverfügung** ist
vorhanden, Inhalt wurde überprüft und in die Dokumentation der
Entscheidung (IV) überführt. Ja NeinFalls **keine** zutreffende **Patientenverfügung**Der (**mutmaßliche**) **Wille** des Patienten wurde mit dem **rechtlichen**
Vertreter ermittelt. Ja Nein

IV. Entscheidung

(anhand der Indikation, aktuellem, vorausverfügbarem oder mutmaßlichem Willen)

Dokumentation siehe Ärztlicher Notfallbogen (ÄNo) der DiV-BVP www.div-bvp.de

Ort, Datum

Unterschrift (Haus-) Arzt / Ärztin

(Stempel)

Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall

- Einschätzung der Prognose -

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Prognose

Indikation Krankenhauseinweisung

qSOFA-Score

- Verwirrtheit
- Atemfrequenz > 22 pro min
- Blutdruck: syst RR < 100 mmHg
- Punkte Gesamt**

Verglichen mit einem qSOFA-Score von 0-1 Punkten ist die Mortalität bei 2 Punkten um das 3-fache und bei 3 Punkten um das 14-fache erhöht.

- Sauerstoffsättigung \leq 92%

Zudem empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie speziell im Kontext von Covid19-Erkrankungen vor dem Hintergrund der bisherigen Erkenntnisse die Mitberücksichtigung der peripheren Sauerstoffsättigung zur Erhöhung der Sensitivität des qSOFA-Index. Demnach sollte ein **akuter Abfall der Sauerstoffsättigung auf < 92%** (bei Lungengesunden und Raumluft) bzw. auf <90% (bei pulmonaler Komorbidität und Raumluft) als ergänzender vierter prognostischer Parameter Berücksichtigung finden.

Eine Krankenhauseinweisung bei ambulant erworbener Pneumonie bzw. Verdacht auf ein zusätzliches Organversagen sollte ab einem qSOFA-Score von 1 oder (jedenfalls bei Covid-19-erkrankten Patienten) bei einem Abfall der peripheren Sauerstoffsättigung erwogen werden. Sind 3 dieser insgesamt 4 Parameter (qSOFA + sO₂) positiv, ist mit einem intensivmedizinischen Behandlungsbedarf zu rechnen.

Indikation Intensivstation / mit Beatmung

Sofern eines der folgenden Kriterien erfüllt ist, sind intensivmedizinische Maßnahmen wegen fehlender Erfolgsaussicht in der Regel **nicht indiziert**:

- Führende Erkrankung mit hoher Letalität (z.B. schwerste resp. Insuffizienz, Polytrauma)
- Schwerste Begleiterkrankungen, die Prognose des Patienten erheblich einschränken:
- Schwerste progrediente neurodegenerative Erkrankung (z.B. Demenz)
 - Terminal fortgeschrittene Herzinsuffizienz (NYHA IV)
 - Terminal fortgeschrittene COPD (Stadium IV)
 - Weit fortgeschrittene, unheilbare Krebserkrankung

Die folgenden Kriterien sind in der Regel mit einer **geringen Erfolgsaussicht** intensivmedizinischer Maßnahmen im Sinne eines Überlebens der Intensivtherapie verbunden:

- Hoher Schweregrad der aktuell führenden Erkrankung (z.B. schwere respiratorische Insuffizienz)
- Chronisches Organversagen, z.B. Herzinsuffizienz NYHA III-IV, dialysepflichtige Niereninsuffizienz
- Fortgeschrittene Lungenerkrankungen, z.B. weit fortgeschrittene COPD
- Fortgeschrittenes Leberversagen
- Weit fortgeschrittene Krebserkrankung
- Schwere und irreversible Immunschwäche
- Gebrechlichkeit (z.B. erhebbar mit der Clinical Frailty Scale)
- Ggf. spezifische prognostische Marker für COVID-19-Patienten

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

der einwilligungsfähigen bzw. nicht einwilligungsfähigen Person

Aktuelle Äußerungen verbal und/oder nonverbal (bei einwilligungsfähigen Personen nur hier ankreuzen)

Patientenverfügung Aussagen in einer Patientenverfügung

Behandlungswünsche frühere mündl. o. schriftl. Äußerungen, die Festlegungen für konkrete Situationen enthalten

Mutmaßlicher Wille Aufgrund konkreter Anhaltspunkte (verbale/nonverbale Äußerungen oder Einstellungen): „Wie würde die Person sich äußern, wenn wir sie heute befragen könnten (und woher wissen wir das)?“

Wie gerne leben Sie/ wie gerne lebt die vertretene Person?

Welche Bedeutung hat es für Sie/für die vertretene Person, (noch lange) weiter zu leben?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie ans Sterben denken, was kommt Ihnen da in den Sinn?

Was ist bekannt darüber, was die vertretene Person über das Sterben denkt oder dachte?

Wenn Sie/die vertretene Person heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen würde/n, was würde das für Sie/ für die vertretene Person bedeuten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Darf eine medizinische Behandlung aus Ihrer Sicht/aus Sicht der vertretenen Person dazu beitragen, Ihr/ihr Leben in einer Krise zu verlängern? Welche Belastungen und Risiken wären Sie/wäre die Person bereit, dafür in Kauf zu nehmen? Warum ist das so? Gibt es Sorgen und Ängste hinsichtlich medizinischer Behandlungen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Situationen bekannt, bei deren Eintreten Sie/die vertretene Person nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden wollte/n? Warum ist das so? Sind in diesem Zusammenhang zurückliegende Erfahrungen mit konkreten Erkrankungen oder Behandlungen von Bedeutung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



WICHTIG: Bei Hinweisen auf veränderte Einstellungen ist diese Dokumentation zu aktualisieren!

Datum / Name, Vorname / Handzeichen (Patient oder Vertreter)

Erläuterungen zu Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

Vor der Erörterung einzelner Behandlungsmaßnahmen sollten stets die Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben der betroffenen Person ermittelt werden. Die Antworten auf diese Fragen sind als grundlegende Orientierung darüber anzusehen, ob und wenn ja unter welchen Umständen die vorausplanende Person mit einer lebensverlängernden Behandlung einverstanden ist. Unstimmigkeiten oder Widersprüche zwischen im weiteren Gesprächsverlauf geäußerten konkreten Präferenzen und dem hier abgesteckten Rahmen sind Anlass für den Arzt, mögliche Missverständnisse aufzuspüren sowie Unsicherheiten und / oder Ambivalenzen zu benennen und soweit möglich zu klären. Mit diesem Vorgehen sollen innere Konsistenz und Gesamt-Validität der gesamten Willensermittlung bestmöglich gewährleistet werden.

Dazu führt der Arzt in einer Haltung, die von Empathie und forschendem Interesse an den individuellen Überlegungen, Wünschen und Präferenzen der vorausplanenden Person geprägt ist, ein ergebnisoffenes Gespräch.

Feststellung des (mutmaßlichen) Behandlungswillens bei nicht einwilligungsfähigen Personen

Um über die Durchführung oder Unterlassung medizinischer Behandlungen selbst entscheiden zu können, muss die betroffene Person einwilligungsfähig sein. Erwachsene Menschen gelten grundsätzlich als einwilligungsfähig, sofern in der konkreten Situation keine Anhaltspunkte für Zweifel daran zu erkennen sind.

Einwilligungsfähigkeit beinhaltet, die entscheidungsrelevanten Informationen zu verstehen, sie auf die eigene Situation zu beziehen und mögliche Folgen verschiedener Handlungsoptionen abzuwägen sowie darauf aufbauend eine Entscheidung zu treffen. Einwilligungsfähigkeit bezieht sich auf eine konkrete Behandlungsentscheidung, ihre Beurteilung im Zweifelsfall ist ärztliche Aufgabe. Ist die Einwilligungsfähigkeit dauerhaft oder vorübergehend nicht gegeben, ist der rechtliche Vertreter (Vorsorgebevollmächtigter oder Betreuer) aufzuklären und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Zunächst prüft der Vertreter, ob der Betroffene bei entsprechender Unterstützung (z.B. durch Verwendung leichter Sprache) und Aufklärung in der Lage ist, seinen Willen aktuell zu bilden und zu äußern. Ist dies nicht möglich, prüft der Vertreter, ob eine wirksame **Patientenverfügung** vorliegt, der Hinweise oder konkrete Festlegungen für die aktuelle Situation zu entnehmen sind. Zudem sind vormals mündlich oder schriftlich geäußerte **Behandlungswünsche** zu ermitteln. Dazu sind ggf. Vertrauenspersonen, Pflegende oder Ärzte zu befragen. Ferner sind Hinweise auf den **(mutmaßlichen) Willen** des Betroffenen aus aktuellen und/oder früheren Quellen zusammenzutragen. Dabei ist der Betroffene durch Gespräche bzw. durch Beobachtung seines verbalen und nonverbalen Ausdrucks einzubeziehen, soweit dies möglich ist.

Aus der Dokumentation soll durch Ankreuzen in der linken Spalte nachvollziehbar hervorgehen, welche Äußerung aus welcher Quelle stammt!

Aufgabe des Vertreters ist es, aufgrund der so zusammengetragenen Informationen bestmöglich zu ermitteln, welche Therapieziele der Betroffene im Fall gesundheitlicher Krisen (mutmaßlich) festlegen und welche medizinischen Maßnahmen er zur Erreichung dieser Therapieziele wünschen oder ausschließen würde.

Auszufüllen von Arzt gemeinsam mit Patient/Vertreter

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung _____
 Vorname _____
 geb. am ____ . ____ . ____ _____
Ansprechpartner, Telefon: _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:

Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung – soweit medizinisch vertretbar

A **Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung**

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus *
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebenserhaltung

C **Ausschließlich lindernde Maßnahmen***
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

_____, den ____ . ____ . 20____

_____, den ____ . ____ . 20____

 Unterschrift des Patienten (sofern einwilligungsfähig)

 Unterschrift und Stempel des **Arztes**

 Unterschrift des Vertreters (Vorsorgebevollmächtigter/
 Betreuer)

Ein Krisenplan wurde erstellt.



Diese ÄNo gilt solange auch im Krankenhaus, wie dort nicht aufgrund veränderter Indikation oder Patientenwillens eine abweichende Regelung vereinbart wird. Sie muss regelmäßig überprüft und angepasst werden!

Erläuterungen Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Funktion der Ärztlichen Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Diese **Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)** erlaubt es,

- den akutmedizinischen Standard (= Beginn potenziell lebensrettender Therapie mit allen vertretbaren Mitteln) individuell zu bestätigen (Option A),
- lebensrettende Maßnahmen individuell einzuschränken (Optionen B0-B3) oder aber
- **jegliche** Maßnahme mit dem Therapieziel der Lebensrettung / Lebensverlängerung auszuschließen (Option C).
- Maßnahmen, die von **ärztlicher Seite** angesichts der individuell schon vorliegenden Vorerkrankungen und Einschränkungen als medizinisch **nicht vertretbar** eingestuft werden, sollen im Zuge der Vorausplanung und unter Information des Patienten bzw. seines Vertreter ausgeschlossen werden.

Erläuterungen zum Gesprächsprozess

- Die unterzeichnende Person hat in einem ausführlichen Gesprächsprozess mit dem Arzt über die Chancen und Risiken von Behandlungsmaßnahmen und die individuellen Behandlungswünsche gesprochen. Hierbei wurde die unterzeichnende Person dabei unterstützt, die umseitig genannten Optionen zu verstehen, abzuwägen und zu entscheiden (shared decision making, informed consent).
- Sofern die betroffene Person zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Dokumentes nicht einwilligungsfähig war, wurde ihr (mutmaßlicher) Wille mit dem Vertreter sorgfältig ermittelt. Dabei wurde die Person, soweit möglich und zumutbar, in den Gesprächsprozess einbezogen.

Geltung und Geltungsbereich

- Die hier getroffene Festlegung ist nicht an (z.B. prognostische) Bedingungen geknüpft und gilt ohne zeitliche Begrenzung. **Sie muss regelmäßig überprüft und ggf. angepasst werden!**
- Die hier getroffene Festlegung reflektiert die Indikationen und den Willen der genannten Person für den Fall einer akuten Krise. Die ÄNo ist – wenn eindeutig ausgefüllt – **für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich**, sofern die genannte Person nicht selbst einwilligungsfähig ist und keine **konkreten** Hinweise auf eine Willensänderung vorliegen.
- Damit diese ÄNo wirksam werden kann, ist bei einwilligungsfähigen Personen die Unterschrift des Patienten erforderlich. Bei nicht einwilligungsfähigen Personen haben **der Arzt und der rechtliche Vertreter gemeinsam zu dokumentieren**, dass, sofern noch lebensverlängernde Maßnahmen indiziert sind, die getroffenen Festlegungen dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten entsprechen.
- Zur Klärung anderer, über die umseitig skizzierten Notfälle hinausreichender Behandlungsfragen (u.a. hinsichtlich Dauer und Grenzen einer einmal begonnenen lebensverlängernden Therapie) ist die ggf. vorhandene ausführliche Patientenverfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter zu konsultieren.

Ausschluss stationärer Behandlung sowie ambulanter Krisenplan in den Optionen B3 und C

- Der umseitige **Ausschluss einer stationären Behandlung** (B3, C) bezieht sich nur auf Behandlungen mit dem Ziel der *Lebensverlängerung*. Eine stationäre Einweisung mit dem Ziel der *Linderung (Palliation)* ist hiervon unberührt zulässig, wenn dieses Ziel ambulant nicht erreicht werden kann.
- Bei Vorliegen eines Krisenplans / Notfallplans sind die dort hinterlegten Hinweise zu befolgen.

Hinweise zur Umsetzung

Bitte überprüfen Sie vor der Befolgung dieser Anordnung:

1. ob es sich tatsächlich um den hier bezeichneten Patienten handelt,
2. ob die Anordnung korrekt ausgefüllt = **nur eine** der Optionen A, B0, B1, B2, B3 oder C angekreuzt ist und
3. ob die Anordnung unterschrieben ist (s.o. Geltung und Geltungsbereich).