

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

■■■ ACP
FÜR | SICH | VOR: SORGEN



**Ärztliche Empfehlung
für Notfälle und Akutereignisse
– Kinder und Jugendliche –**

Raum für
Passfoto Patient

1. Rechtliche Grundlage der ärztlichen Empfehlung für Notfälle und Akutereignisse

Dieser Empfehlung für Notfälle und Akutereignisse liegt ein qualifizierter und dokumentierter Beratungsprozess der Eltern und, wenn möglich, auch des Kindes zugrunde. Das Wohl des nicht einwilligungsfähigen Kindes oder Jugendlichen wurde zwischen dem unterzeichnenden Arzt und den Sorgeberechtigten sorgfältig abgewogen. Das unten angezeigte Vorgehen ist das Ergebnis dieses Prozesses.

2. Diagnose mit vorherrschenden Symptome

Bei o.g. Patient/in besteht folgende schwere, weit fortgeschrittene lebensverkürzende Erkrankung:

.....

.....

3. Empfehlung folgender medizinisch indizierter Behandlungsoptionen bei einem Notfall:

- | | | |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzdruckmassage | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Intubation | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Maskenbeatmung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Weitere Maßnahmen: | | |
| | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Es sollten immer folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

- Sofortige Information der Sorgeberechtigten (Tel. s.u.)
- Beruhigen, in den Arm nehmen und/oder bequem lagern
- Symptomlindernde medikamentöse Therapie (siehe Medikamentenplan, ggf. „Notfallfahrplan“)?
- Symptomlindernde pflegerische Maßnahmen
- Ggf. Rücksprache mit dem 24 h-Rufdienst des Kinderpalliativteams

Hinweise:

.....

.....

4. Kontaktdaten für den Notarzt

<p>Sorgeberechtigter, ggf. weitere Bezugsperson:</p> <p>Mutter (.....)</p> <p>Vater (.....)</p> <p>Sonstige (.....)</p>	<p>Kinderpalliativteam</p> <p>24 h-Notfall-Nr. (.....)</p> <p>Sonstiger Arzt</p> <p>Notfall-Nr. (.....)</p> <p>Sonstige (.....)</p> <p>(.....)</p>
--	--

5. Unterschrift des Arztes, ggf. weiterer Beratungsteilnehmer

Mit meiner Unterschrift bestätigte ich die Richtigkeit der Angaben, die Durchführung des qualifizierten Beratungsprozesses und empfehle das o.g. Vorgehen.

....., den 20.....	
....., den 20..... (Unterschrift Beratungsteilnehmer)
....., den 20..... (Unterschrift Beratungsteilnehmer)
 Stempel/ Unterschrift des Arztes

Erläuterungen zur ärztlichen Empfehlung für Notfälle und Akutereignisse – Kinder und Jugendliche –

Die vorliegende Empfehlung soll dem akut behandelnden Arzt relevante Informationen für eine Behandlungsentscheidung bei Kindern und Jugendlichen mit einer schweren, weit fortgeschrittenen lebensverkürzenden Erkrankungen zugänglich machen. Sie soll eine einheitliche Dokumentation von Entscheidungsprozessen, die mit den Sorgeberechtigten und wenn möglich mit dem Kind oder Jugendlichen sorgfältig abgewogen wurden, ermöglichen. Dabei sollte der Bogen ergänzt werden durch die Dokumentation des zugrunde liegenden qualifizierten Beratungsgesprächs.

Oberstes Leitmotiv ist dabei, dem Wohl des Kindes in schwierigen Situationen gerecht zu werden. Dies bedeutet unter Umständen auch, auf lebenserhaltende Maßnahmen zu verzichten oder sie zu beenden. Die Eltern, aber auch alle anderen Sorgeberechtigten befinden sich dabei häufig in einem besonderen Spannungsfeld: Einerseits möchten sie ihrem Kind Leid ersparen, andererseits aber nicht mit ihrer Unterschrift einen vorzeitigen Tod des Kindes herbeiführen.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen, die im BGB §1901a zur Patientenverfügung geschaffen wurden, beziehen sich explizit nicht auf Minderjährige. Die Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme obliegt deshalb immer den gesetzlichen Vertretern, außer der Minderjährige ist einwilligungsfähig. Ziel dieser Empfehlung ist es, die Einwilligung in ein ärztlich indiziertes Vorgehen vorzubereiten und den Konsens zwischen Sorgeberechtigten und den behandelnden Fachärzten, die mit der Krankheitssituation vertraut sind, zu dokumentieren.

Dabei bleibt es in der Verantwortung des im Notfall behandelnden Arztes einzuschätzen, ob die in den „Empfehlungen“ gemachten Angaben auf die konkrete Situation zutreffen und Gültigkeit haben. Sowohl Garantenpflicht als auch alle weiteren Verpflichtungen verbleiben beim im Notfall behandelnden Arzt. Die „ärztliche Empfehlung stellt somit eine Hilfestellung in der konkreten Entscheidungsfindung dar. Im Zweifel bleibt der Grundsatz „in dubio pro vita“ vollumfänglich handlungsleitend bestehen.

Die Bundesärztekammer hat sich wie folgt positioniert:

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Berlin 17.02.2011, Kapitel V Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen.

Bei Kindern und Jugendlichen gelten für die ärztliche Sterbebegleitung die gleichen Grundsätze wie für Erwachsene. Es ergeben sich aber Besonderheiten aufgrund des Alters bzw. der Minderjährigkeit dieser Patienten.

Für Kinder und Jugendliche sind die Sorgeberechtigten, d. h. in der Regel die Eltern, kraft Gesetzes für alle Angelegenheiten zuständig, einschließlich der ärztlichen Behandlung. Sie müssen als Sorgeberechtigte und gesetzliche Vertreter des Kindes über die ärztlichen Maßnahmen aufgeklärt werden und darin einwilligen.

Bei Neugeborenen mit schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, bei denen keine Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, kann nach hinreichender Diagnostik und im Einvernehmen mit den Eltern eine lebenserhaltende Behandlung, die ausgefallene oder ungenügende Vitalfunktionen ersetzen soll, unterlassen oder beendet werden. Gleiches gilt für extrem unreife Kinder, deren unausweichliches Sterben abzusehen ist, und für Neugeborene, die schwerste zerebrale Schädigungen erlitten haben. Wie bei Erwachsenen ist der Arzt auch bei diesen Patienten zu leidensmindernder Behandlung und Zuwendung verpflichtet.

Der Arzt soll die Sorgeberechtigten bei ihrer Entscheidung über die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen zur Behandlung eines schwerstkranken Kindes oder Jugendlichen beraten und sie dabei unterstützen, ihre Verantwortung wahrzunehmen. Gegen den Willen der Sorgeberechtigten darf er – außer in Notfällen – keine ärztlichen Maßnahmen beginnen oder fortführen. Bestehen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass durch das Verhalten der Sorgeberechtigten das Wohl des Kindes gefährdet wird, soll er sich an das Familiengericht wenden.

Schwerstkranken und sterbende Kinder oder Jugendliche sind wahrheits- und altersgemäß zu informieren. Sie sollten regelmäßig und ihrem Entwicklungsstand entsprechend in die sie betreffenden Entscheidungen einbezogen werden, soweit dies von ihnen gewünscht wird. Dabei ist anzuerkennen, dass schwerstkranken Kinder und Jugendliche oft einen frühen Reifungsprozess durchmachen. Sie können aufgrund ihrer Erfahrungen mit vorhergegangenen Behandlungen und deren Folgen ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz erlangen, die bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden muss.

Soweit der Minderjährige aufgrund seines Entwicklungsstandes selbst in der Lage ist, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme zu verstehen und zu beurteilen, steht ihm ein Vetorecht gegen ihre Durchführung zu, selbst wenn die Sorgeberechtigten einwilligen. Davon wird ab einem Alter von 16 Jahren regelmäßig ausgegangen.

Bei bedeutsamen oder riskanten ärztlichen Maßnahmen ist neben der Zustimmung des minderjährigen Patienten auch die Einwilligung der Sorgeberechtigten erforderlich. Können Meinungsverschiedenheiten zwischen Sorgeberechtigten untereinander oder mit dem Minderjährigen für eine solche Entscheidung über die medizinische Betreuung oder Behandlung nicht ausgeräumt werden, muss eine familiengerichtliche (Eil-) Entscheidung eingeholt werden.

Der vorliegende Bogen wurde aus einer Arbeitsgruppe des Kinderpalliativnetzwerks Schwaben/Region 10 Oberbayern und dem Team der SAPV für Kinder und Jugendliche, Bunter Kreis Nachsorge gGmbH, entwickelt. Sie basiert auf Erfahrungen in der Behandlung am Lebensende, insbesondere bei nicht einwilligungsfähigen Kindern und Jugendlichen. Rückmeldungen können gerne an den Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. gerichtet werden.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Ärztliche Empfehlung für **Notfälle** und **Akutereignisse** – **Kinder und Jugendliche** –

1. Rechtliche Grundlage der ärztlichen Empfehlung für Notfälle und Akutereignisse

Dieser Empfehlung für Notfälle und Akutereignisse liegt ein qualifizierter und dokumentierter Beratungsprozess der Eltern und, wenn möglich, auch des Kindes zugrunde. Das Wohl des nicht einwilligungsfähigen Kindes oder Jugendlichen wurde zwischen dem unterzeichnenden Arzt und den Sorgeberechtigten sorgfältig abgewogen. Das unten angezeigte Vorgehen ist das Ergebnis dieses Prozesses.

2. Diagnose mit vorherrschenden Symptome

Bei o.g. Patient/in besteht folgende schwere, weit fortgeschrittene lebensverkürzende Erkrankung:

.....

.....

3. Empfehlung folgender medizinisch indizierter Behandlungsoptionen bei einem Notfall:

Herzdruckmassage Ja Nein

Intubation Ja Nein

Maskenbeatmung Ja Nein

Weitere Maßnahmen:

..... Ja Nein

..... Ja Nein

..... Ja Nein

Hinweise:

.....

.....

Es sollten immer folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

- Sofortige Information der Sorgeberechtigten (Tel. s.u.)
- Beruhigen, in den Arm nehmen und/oder bequem lagern
- Symptomlindernde medikamentöse Therapie (siehe Medikamentenplan, ggf. „Notfallfahrplan“)?
- Symptomlindernde pflegerische Maßnahmen
- Ggf. Rücksprache mit dem 24 h-Rufdienst des Kinderpalliativteams

4. Kontaktdaten für den Notarzt

Sorgeberechtigter, ggf. weitere Bezugsperson:

Mutter (.....)

Vater (.....)

Sonstige

(.....)

Kinderpalliativteam

24 h-Notfall-Nr. (.....)

Sonstiger Arzt

Notfall-Nr. (.....)

Sonstige (.....)

(.....)

5. Unterschrift des Arztes, ggf. weiterer Beratungsteilnehmer

Mit meiner Unterschrift bestätigte ich die Richtigkeit der Angaben, die Durchführung des qualifizierten Beratungsprozesses und empfehle das o.g. Vorgehen.

....., den 20.....

....., den 20.....

.....
(Unterschrift Beratungsteilnehmer)

....., den 20.....

.....
(Unterschrift Beratungsteilnehmer)

.....
Stempel/ Unterschrift des Arztes