

Anordnung für den **N**otfall (VorAN-Bogen)

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation oder Krise dient diese Anordnung dazu, schnell und abgesichert die **vorher sorgfältig abgestimmte Entscheidung zu befolgen**. Die Anordnung ist für alle beteiligten Personen **rechtlich verbindlich**; sie beruht auf dem vorsorglich erklärten oder mutmaßlichen (gemäß § 1901a BGB) Patientenwillen beziehungsweise einer ärztlich nicht mehr zu begründenden Indikation zu entsprechender Behandlung (gemäß § 1901b BGB) nach Erörterung mit dem/der legitimierten Patientenvertreter/in. Dieses Vorgehen bedarf auch bei absehbarer Todesfolge rechtlich **keiner Anrufung** des Betreuungsgerichtes und ist medizinethisch geboten.

Patient/in, wohnhaft

(ggf. Tel. / E-Mail)geb.

Die Symbole der abwehrenden Hand deuten den Grad der Verweigerung lebensverlängernder Maßnahmen an. Es darf **nur eine** der Optionen A, B, C, D oder E angekreuzt sein. Wegen dieser Eindeutigkeit liegt bei Missachtung auch im Notfall ein Verstoß gegen § 630d BGB (Patientenrechtegesetz von 2013) vor. Sollte eine Maßnahme widerrechtlich - in Unkenntnis dieser Anordnung - zunächst doch begonnen worden sein, muss sie sofort abgebrochen werden!

Stets vorausgesetzt werden gebotene Pflege, Symptomkontrolle, Linderung und Schmerztherapie.

Zur dabei möglicherweise lebensverkürzenden Nebenwirkung/Bewusstseinsdämpfung siehe Rückseite.

Wenn o.g. Patient/in akut unfähig zur Einwilligung ist, gilt:

A Uneingeschränkte **Notfall- und Intensivmedizin** zur Lebensverlängerung einschließlich Intubation zur künstlichen Beatmung und Herz-Lungen-Reanimation (Wiederbelebungsversuche).

B  wie A, aber **keine** (Versuche zur) **Herz-Lungen-Reanimation**

C  **keine Intensivstation** mehr, **keine künstliche Beatmung** [gegen Atemnot stattdessen Medikation auch zur Sedierung], **keine** Dialyse, Reanimation u.a. schwere Eingriffe

D  wie C aber auch **keinen Transport ins Krankenhaus**. Verbleib und Symptombehandlung in der Wohnsituation! *Eine Ausnahme kann gelten, wenn eine Indikation besteht zur **notwendigen Einweisung** mit ausschließlichem **Behandlungsziel der Palliation** (Linderung) bzw. Stabilisierung – bei außerstationär nicht behandelbaren Schmerzzuständen, bei Knochenbrüchen oder ähnlichem. Es sind (statt Notärztin/-arzt) Hausärztin/-arzt- oder Allgemeinmediziner/in zu rufen und der/die **Patientenvertreter/in zur weiteren Entscheidungsmitwirkung sofort zu benachrichtigen**.*

E  wie D aber auch **keine ambulante Therapie zur Stabilisierung**, ausschließlich zur Linderung notwendige palliative Maßnahmen und Sterbebegleitung. Gemäß Patientenwillen/-wohl ist bei Zustandsverschlechterung der Tod erwünscht und zuzulassen.

×
Datum, Unterschrift **Ärztin/Arzt***

×
Datum, Unterschrift **Patient/in (Verfügende/r)**

×
Datum, Unterschrift (**Vorsorge-)Berater/in*** (bzw. qualifizierte Person (z.B. Dipl.-Psych., Sozialarbeiter/in, RAin, Pflegefachkraft) **ersatzweise für Arzt/Ärztin** oder nur **ergänzend zur Bezeugung**)

×
Datum, Unterschrift **legitimierte/r Patientenvertreter/in** (möglichst immer ergänzend). **Erforderlich**, wenn Patient/in bereits einwilligungsunfähig ist bzw. nicht mehr unterschreiben kann

* ggf. Stempel

Nicht erforderliche Unterschrift(en), die aber zur Umsetzung in der Praxis sinnvoll ist/sind:

Ich/Wir bestätige(n), den VorAN-Bogen zustimmend zur Kenntnis genommen zu haben.
Er wird Teil unserer Dokumentation.

×

.....
Datum, Unterschrift(en), **Vertreter/in der Einrichtung** (möglichst mit Leitungsfunktion) ggf. Stempel

Weitere Festlegungen für umseitig genannte/n Patient/in

Zur künstlichen Ernährung /Kalorienzufuhr, sofern Patient/in (ggf. später) einwilligungsunfähig ist:

Es soll Kalorienzufuhr (intravenös oder mittels Sonde) **begonnen bzw. weitergeführt werden.**

Dies gilt aber nur (*anzukreuzen oder zu streichen!*),

solange kein absehbarer Todeszeitpunkt oder schweres Leiden am Lebensende vorliegt.

solange keine anhaltende Bewusstseinstrübung bzw. fortgeschrittene Demenz vorliegt.

Soll prinzipiell eine PEG-Magensonde gelegt werden (dürfen)? **Ja** **Nein** **noch unbestimmt**

Es darf absolut keine künstliche Kalorienzufuhr erfolgen, unabhängig von der Form (mittels venösem Zugang, Sonde durch Mund bzw. Nase oder PEG-Magensonde durch die Bauchdecke). Die Nahrungsaufnahme darf ausschließlich auf natürlichem Wege unterstützt werden und nicht aufgenötigt werden, vor allem, wenn die/der Betroffene auch auf *natürliche* Nahrung ausdrücklich verzichten möchte. Dies gilt unter allen Umständen, unabhängig von Art oder Stadium einer Erkrankung.

Zur künstlichen Flüssigkeitszufuhr, wenn keine Kalorienzufuhr (mehr) erfolgen darf:

Es soll/kann reduzierte Flüssigkeitszufuhr (in der Regel s.c.) **nach ärztlichem Ermessen** erfolgen.

Es darf **keine** künstliche Zufuhr von Flüssigkeit mehr erfolgen (es sei denn, dies wäre zur Linderung nachweislich unverzichtbar), sondern **nur Gabe über den Mund**. Gute Mundpflege ist zu beachten!

Wenn das Behandlungsziel „nur noch Begleitung eines absehbaren Sterbens“ lautet,

- dürfen **Antibiotika** (exemplarisch für sonstige Medikamente sowie Gabe von Blutbestandteilen) ausschließlich zur notwendigen Linderung, nicht zur Lebensverlängerung verabreicht werden.
- haben ausreichende **Schmerztherapie, Symptomkontrolle und Beschwerdelinderung** absolut Vorrang, unter Inkaufnahme einer möglicherweise lebensverkürzenden Nebenwirkung.
- sind der Arzt/die Ärztin (und sonstige Personen) **entbunden von der Garantenstellung** zur Lebensverlängerung/-rettung und werden stattdessen zu Garanten eines Sterbens in Würde.

Sedierung (mit Bewusstseinstrübung): Ist erwünscht **oder** Ist (nur) im Extremfall vorzunehmen

Liegt eine **Patientenverfügung** vor? Ja Ja, aber wohl keine eindeutig wirksame Nein

Die obigen Angaben (ergänzend zur oder ohne Patientenverfügung) **beruhen auf Willensermittlung** durch Gespräche mit der/dem Betroffenen oder Patientenvertreter/in (zusätzlich eventuell mit Nahestehenden) sowie ggf. **auf ärztlicher Feststellung*** von Gesundheits-/Gesamtzustand und Indikation.

Liegt eine **Gesundheitsvollmacht** vor? Ja Nein Wenn Nein, liegt **Betreuerausweis** vor? Ja Nein

Legitimierte/r Patientenvertreter/in(nen) ist (sind):

.....

.....

×

.....
Datum, Unterschrift **einwilligungsfähige/r Patient/in**
(**Verfügende/r**) **oder legitimierte/r Vertreter/in**

×

.....
Datum, Unterschrift, Stempel **Ärztin oder Arzt**
Hier **erforderlich**, wenn die obigen Angaben **wesentlich auf ärztlicher Feststellung*** beruhen, dass eine Indikation für lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr gegeben ist.

×

.....
Datum, Unterschrift ggf. **zusätzliche Person**, die (möglichst als **Vorsorgeberater/in**) **überprüft hat**, dass eine wirksame Patientenverfügung und/oder – mutmaßlicher – aktueller **Patientenwille vorliegt** (siehe umseitig ggf. Stempel von **Vorsorgeberater/in**)