

## 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 der/dem legitimierten Patientenvertreter/in. Dieses Vorgehen bedarf rechtlich auch bei absehbarer Todesfolge **keiner Anrufung** des Betreuungsgerichtes und ist medizinethisch geboten.

Patient/in, wohnhaft .....

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



Die Symbole der abwehrenden Hand deuten den Grad der Verweigerung (intensiv-)medizinischer bzw. notärztlicher Maßnahmen an. Um **unbedingte** Verbindlichkeit zu erlangen, soll eine ärztliche Gegenzeichnung vorliegen und darf vor allem **nur eine Option** A, B, C, D oder E angekreuzt sein. Bei Missachtung liegt dann ein Verstoß gegen § 630d BGB (Patientenrechtegesetz) vor. Sollte eine Maßnahme unzulässigerweise - in Unkenntnis dieser Anordnung - zunächst begonnen worden sein, muss sie sofort abgebrochen werden.




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





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

**A** Uneingeschränkte **Maximaltherapie (Notfall- und Intensivmedizin)**. Sobald ärztlich indiziert, Intubation zur invasiven künstlichen Beatmung; bei Herzstillstand regelhaft Reanimation.

**B**  Statt Maximaltherapie vorrangig **Maßnahmen zu gut und einfach erreichbaren Zielen** [wie künstliche Beatmung über Gesichtsmaske]; **keine** Herz-Lungen-Reanimation mehr.

**C**   **keine Intensivstation** mehr, **keine künstliche Beatmung** [gegen Atemnot hochwirksame Medikation zur Sedierung!], **keine** Dialyse, Reanimation, 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 Schmerz- und Leidenszuständen, bei Knochenbrüchen o.ä. Es sind (statt Notarzt/-ärztin) dann der/die Hausarzt/-ärztin 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**, sondern **ausschließlich palliative Maßnahmen zur Linderung** sowie 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 einwilligungsunfähig ist.

\* 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 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-/Gesamtzustands und Indikation.

Liegt **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 Vorsorgegeberater/in) **überprüft hat**, dass wirksame Patientenverfügung und/oder – mutmaßlicher – aktueller Patientenwille **vorliegt** (siehe umseitig ggf. Stempel von Vorsorgegeberater/in)