

Gesundheitliche **V**orausplanung „advance care planning“ gemäß § 132 g SGB V:
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, da sie auf dem vorsorglich erklärten bzw. mutmaßlichen Patientenwillen (§ 1901a BGB) beruht und/oder auf nicht mehr gegebener ärztlicher Indikation zu einer entsprechenden Behandlung nach Erörterung mit der/dem legitimierten Patientenvertreter/in (§ 1901b BGB). Sie ist zudem **medizinethisch** wohlbegründet. Es bedarf auch bei absehbarer Todesfolge keiner Anrufung des Betreuungsgerichtes.

Patient*in, wohnhaft


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


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! Bei Zuwiderhandeln gegen eine derart eindeutig verweigerte Einwilligung liegt auch im Notfall ein **Verstoß gegen § 630d BGB (Patientenrechtsgesetz von 2013)** vor, der **straf- und haftungsrechtliche Folgen** nach sich ziehen kann.


Zu beachten: Schmerztherapie, Symptomkontrolle und gebotene Pflege werden stets vorausgesetzt.


Für o.g. Patientin/Patienten gilt bei akuter Unfähigkeit zur Einwilligung:

A Notfall- und Intensivmedizin mit Ziel weitestgehend möglicher **Lebensverlängerung** inklusive Intubation, Beatmung, Herz-Lungen-Reanimation (Wiederbelebungsversuche).

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

C  keine Intensivstation mehr, keine invasive (Tubus-)Beatmung – stattdessen gegen Atemnot wirksame medikamentöse Linderung; keine Herz-Lungen-Reanimation.

D  wie C aber auch keinen Transport ins Krankenhaus. Keinen Notarzt mehr rufen (ggf. stattdessen den behandelnden Arzt). Verbleib in der Wohnsituation! (Eine Ausnahme kann gelten, wenn der behandelnde Arzt eine Indikation stellt zur stationären Einweisung mit dem ausschließlichen **Behandlungsziel der notwendigen Palliation**, d.h. Linderung – bei außerstationär nicht behandelbaren Schmerzzuständen oder z. B. bei bestimmten Knochenbrüchen)

E  wie D aber auch keine ambulanten lebensverlängernde, -erhaltende und stabilisierende Therapie, ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen. Gemäß Patientenwillen/ -wohl ist bei jeder Zustandsverschlechterung ein Versterben zuzulassen!

×
 Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt*

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

×
 Datum, Unterschrift Vorsorgeberater/in* (qualifiziert), z.B. Dipl.-Psych., Sozialarbeiter/in, RA, Pflegefachkraft) ersatzweise für Arzt/Ärztin oder ergänzend zur Bezeugung

×
 Datum, Unterschrift legitimierte/r Patientenvertreter/in (möglichst ergänzend). **Erforderlich, wenn Patient/in bereits einwilligungsunfähig**

* **STEMPEL:**

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

Wir nehmen diesen VorAN-Bogen zur Kenntnis, er wird Teil unserer Dokumentation. Ggf. Stempel:

✕

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

Weitere Festlegungen für umseitig genannte/n Patient/in

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

- Es soll** künstliche Kalorienzufuhr (etwa venös) begonnen oder weitergeführt werden, **aber nur**
- solange keine absehbar zum Tode führende Erkrankung oder schweres Leiden vorliegt.
 - solange keine anhaltende Bewusstseinstörung bzw. fortgeschrittene Demenz vorliegt.

Darf dazu ggf. auch eine sog. PEG-Magensonde gelegt werden? **Ja** **Nein** **unbestimmt**

o d e r (als Alternative wählen):

- Es darf absolut keine künstliche Kalorienzufuhr erfolgen unabhängig von der Form** (mittels venösem Zugang, PEG-Magensonde durch die Bauchdecke oder Sonde durch Mund bzw. Nase). Die Nahrungsaufnahme darf ausschließlich auf natürlichem Wege unterstützt werden und nicht aufgenötigt werden, insbesondere wenn Betroffene/r auch auf *natürliche* Nahrung verzichten möchte.

Zur künstlichen Flüssigkeitszufuhr, wenn keine Kalorienzufuhr 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, sondern nur über den Mund (v.a. gute Mundpflege!) - es sei denn, Flüssigkeitszufuhr wäre zur Linderung **nachweislich unverzichtbar**

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 (oder Sonstige) **entbunden von der Garantenstellung** zur Lebensverlängerung/-rettung und werden stattdessen zu Garanten eines Sterbens in Würde.

Sedierung (mit Bewusstseinstörung) **ist erwünscht** o d e r **ist nur im Extremfall vorzunehmen**

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

Grundlage für **obige Angaben** ist (ergänzend zur oder ohne Patientenverfügung) die **Willensermittlung** durch Gespräche mit der/dem Betroffenen oder legitimierten Patientenvertreter/in (zusätzlich eventuell mit Nahestehenden) sowie ggf. die **ärztliche Feststellung*** des Gesundheits-/Gesamtzustands.

Liegt **Gesundheitsvollmacht** vor? Ja Nein Wenn nicht: **Betreuerausweis?** Ja Nein

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 nur erforderlich, (bei Willensermittlung mit Patient/in oder der/dem legitimierten Vertreter/in) **wenn obige Angaben wesentlich auf ärztlicher Feststellung* (Prognose, Indikation) beruhen**

✕

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

