

Logo/Stempel  
Institution/Hausarzt



## Handlungsanweisung für den Notfall (Therapiebegrenzung am Lebensende/ausdrücklicher Patientenwille)

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Relevante Diagnose(n):

Sollte nach derzeitigem medizinischen Kenntnisstand aufgrund meines Gesundheitszustandes eine der nachfolgenden Behandlungsmaßnahmen **indiziert** sein, so soll - unabhängig von meiner dann bestehenden Lebens- und Behandlungssituation - der hier ausdrücklich erklärte Patientenwille gelten:

### Im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes/Atemversagens soll durchgeführt werden:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Herz-Lungen-Wiederbelebung (Kardiopulmonale Reanimation)  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>inkl. Intubation/invasiver Beatmung</b>  |                             |                               |
| Intubation/invasive Beatmung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gabe von kreislaufstabilisierenden Medikamenten<br>(z.B. Katecholamine, Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Behandlung bei Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen:

- Ich möchte in meinem gewohnten Umfeld versterben (zu Hause/Pflegeeinrichtung etc.).
- Ich wünsche die Linderung von Schmerz, Atemnot, Angst und weiteren belastenden Symptomen.  
→  Eine Bedarfsmedikation ist vor Ort (z.B. Opiode, Benzodiazepine).
- Bei einer unkontrollierbaren Symptomlast und chirurgischen Notfällen (z.B. Fraktur) wünsche ich eine stationäre Einweisung ausschließlich zur Symptomlinderung, eine begrenzte Therapie und keine Intensivtherapie.

### Autorisierung:

- Diese Handlungsanweisung für den Notfall
- entspricht meinem schriftlich erklärten Willen
  - entspricht meinem mündlich erklärten Willen
  - entspricht dem Patientenwillen und wurde durch einen Betreuer/Bevollmächtigten zur Geltung gebracht

Vorsorgevollmacht vorhanden  ja  nein

Patientenverfügung vorhanden  ja  nein

→ Die Handlungsanweisung gilt **vor** der Patientenverfügung!

### Das Aufklärungsgespräch erfolgte mit

- dem Patienten
- dem Betreuer/Bevollmächtigten → Name: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Ethik-Fallgespräch** erfolgte durch:

**GVP-Beratung** erfolgte durch:

Datum: .....

Datum: .....

Datum: .....

Unterschrift Patient

Ggf. Unterschrift Betreuer/Bevollmächtigter

Unterschrift/Stempel Arzt

# Erklärung zur Handlungsanweisung für den Notfall



## Die Handlungsanweisung für den Notfall sollte

beim Patienten sichtbar und leicht zugänglich aufbewahrt werden. Alle betreuenden Personen des Patienten sollten wissen, wo sich die Handlungsanweisung befindet und deren Inhalt kennen.

## Die Handlungsanweisung ist bindend für Pflegekräfte, Zugehörige, Notärzte, wenn

- der Patient sich in der letzten Lebensphase (z.B. terminale Tumorerkrankung, fortgeschrittene Organinsuffizienz, fortgeschrittene Demenz, Multimorbidität etc.) befindet.
- der Pat. ausdrücklich (mündlich oder schriftlich) geäußert hat, keine lebensverlängernden Maßnahmen zu wünschen.

Ggf. liegen Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vor.

→ Beachtung des Patientenwillen in der letzten Lebensphase (Terminale Phase)

→ Therapiebegrenzung, keine lebenserhaltenden Maßnahmen, Fokus auf Symptomkontrolle

## Verhalten Im Notfall:

- Leiten Sie keine lebenserhaltenden Maßnahmen ein, auch wenn vital bedrohliche Symptome auftreten.
- Leiten Sie stattdessen eine symptomorientierte Behandlung ein:
  - Beruhigen Sie den Patienten und sichern Sie die Umgebung.
  - Bei Atemnot: z.B. Morphin-Gabe, ggf. Sauerstoffgabe über Maske (falls vorhanden)
  - Bei Angst/Unruhe: Angstlösende Medikamente (z.B. Tavor, Midazolam)
  - Bei Schmerzen: Schmerzmedikation (z. B. Morphin, Fentanyl)
- Wenn notwendig, kontaktieren Sie den betreuenden Hausarzt (falls erreichbar).
- Dokumentieren Sie alle Maßnahmen sorgfältig!

## Ziele der Versorgung:

- Achtung des Patientenwillens, Erhalt der Lebensqualität, Vermeidung von Leiden
- Keine kurative (lebenserhaltende) Therapie, sondern rein symptomkontrollierende/palliativmedizinische Versorgung
- Therapiebegrenzung im Sinne des Verzichts auf invasive Maßnahmen
- Alle Maßnahmen orientieren sich an der Symptomkontrolle (Schmerz, Atemnot, Angst, Unruhe).
- Stationäre Einweisung **nur** zur Symptomeinstellung, sofern Symptomlast unkontrollierbar

## Die Unterschriften erfolgen nach ausführlicher Beratung durch den behandelnden Arzt.

- a. Patient (sofern einwilligungsfähig): Er gibt den Willen selbstbestimmt und aktiv vor.
- b. Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer: Er handelt stellvertretend auf Basis des Patientenwillens.
- c. Hausarzt/behandelnder Arzt: Er bestätigt die medizinische Indikation und Umsetzbarkeit.

→ Sie ist damit eine konkrete medizinische Handlungsanweisung für den Notfall!

## In welchen Prozessen kann eine Handlungsanweisung für den Notfall entstehen?

- Palliativversorgung durch Hausarzt/Palliativteam (PKD)
- Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) in Einrichtungen der stationären Alten-/Eingliederungshilfe §132g SGB V
- Vorausplanung im Rahmen einer Patientenverfügung
- Klinik-Entlassungsplan bei Palliativpatienten und Patienten in der terminalen Phase
- Versorgungsplanung im Hospiz oder Pflegeheim

## Rechtlicher Rahmen:

- Bürgerliches Gesetzbuch (§1827 BGB): Patientenverfügung und Stellvertretung
- Ärztliche Berufsordnung: Verpflichtung zur Achtung des Patientenwillens
- SGB V §132g: Regelung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung