

Integrierte Notfallplanung für mehr Handlungssicherheit in der Notfallmedizin

*Patientenverfügungen erweisen sich in akuten Notfallsituationen regelmäßig als nicht belastbar: Dokumente sind nicht verfügbar, zu unspezifisch formuliert oder beziehen sich auf prognostisch infauste Situationen. Die Integrierte Notfallplanung (INP) gewährleistet eine qualifizierte Vorausplanung für lebensbedrohliche Krisensituationen mit offener Prognose.**

von Jürgen in der Schmitt, Eva Diehl-Wiesenecker, Stephan Rixen, Georg Marckmann, Berend Feddersen

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in medizinischen Behandlungsfragen ist im deutschen Recht umfassend verankert. Behandlungen ohne die aktuelle, zuvor erklärte oder mutmaßliche Einwilligung stellen rechtlich eine Körperverletzung dar. Für Situationen fehlender Einwilligungsfähigkeit ermöglicht die Patientenverfügung eine vorausschauende Festlegung des Behandlungswillens (§ 1827, Abs. 1 BGB). Die meisten Patientenverfügungsformulare beschränken sich jedoch auf Extremszenarien wie das Wachkoma sowie auf gesichert todesnahe Zustände. Sie können damit im Wesentlichen nur bestätigen, was aufgrund einer (nahezu) infausten Prognose ohnehin medizinisch geboten (oder naheliegend) ist.

Akute medizinische Krisen sind dagegen häufig durch prognostische Unsicherheit geprägt, etwa bei schweren Infektionen, akuten kardialen Dekompensationen oder neurologischen Notfällen. Für solche Situationen bieten herkömmliche Patientenverfügungen meist keine konkrete Orientierung und sind daher in der Notfallmedizin nur selten handlungsleitend.

Advance Care Planning (ACP) ist ein strukturiertes Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung mit dem Ziel, den Behandlungswillen der Betroffenen für mögliche zukünftige Behandlungssituationen mit Entscheidungsunfähigkeit systematisch zu ermitteln und seine Umsetzung im Ernstfall sicherzustellen. Im Zentrum steht ein qualifizierter Gesprächsprozess, in dem Patienten gemeinsam mit geschulten Gesprächsbegleitern ihre

Werte, Präferenzen und Therapieziele reflektieren. Angehörige, rechtliche Vertreter und der behandelnde Arzt werden einbezogen. Die Ergebnisse werden strukturiert dokumentiert, sodass sie im medizinischen Alltag schnell verfügbar und umsetzbar sind.

Darüber hinaus umfasst ACP eine Organisationsentwicklung sowie eine regionale Implementierung, damit relevante Akteure des Gesundheitswesens wie Pflegeeinrichtungen, Rettungsdienste und Krankenhäuser den vorausverfügten Willen umsetzen können.

Ein zentraler Bestandteil von ACP ist die Vorausplanung für akute lebensbedrohliche Krisensituationen. Für deren Dokumentation wurde die Integrierte Notfallplanung (INP) entwickelt. Sie verbindet eine strukturierte Therapiezielklärung mit einer konkreten Festlegung für den Notfall und kann damit auch herkömmliche Patientenverfügungen ergänzen. Die Vorausplanung mittels einer INP ist in medizinischen Notfällen hochwirksam und daher regelmäßig sowie aus gegebenem Anlass zu aktualisieren, um ihre Validität zu gewährleisten.

Im ersten Schritt der Erstellung einer INP sind die grundlegenden Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben zu klären. In einem strukturierten Gespräch wird erarbeitet, welche Bedeutung ein Weiterleben für die vorausplanende Person hat, wie sie auf ein mögliches Ende ihres Lebens blickt und ob in gesundheitlichen Krisen medizinische Maßnahmen mit dem Ziel der Lebenserhaltung prinzipiell willkommen sind. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Zustände zu benennen, die für die Person eine Grenze darstellen, ab der lebenserhaltende Maßnahmen nicht mehr gewünscht sind (Abbildung 1a).

Auf dieser Grundlage werden konkrete notfallrelevante Behandlungspräferenzen auf dem Formular „Festlegung für den Notfall“ (FeNo) dokumentiert. Diese Festlegung lässt unmissverständlich erkennen, welche ausgewählten Maßnahmen mit dem Ziel der Lebenserhaltung im Fall einer mit Einwilligungsunfähigkeit einhergehenden gesundheitlichen Krise kategorisch abgelehnt werden.

In der FeNo werden drei Kategorien der Behandlungspräferenz unterschieden (Ab-

bildung 1b). Bei Bejahung einer „uneingeschränkten Lebenserhaltung“ sollen alle medizinisch indizierten Maßnahmen durchgeführt werden, was dem akutmedizinischen Standardvorgehen entspricht (FeNo A). In der Kategorie „Lebenserhaltung mit Einschränkungen“ wird das Behandlungsziel der Lebenserhaltung grundsätzlich bejaht, die dafür akzeptierten Maßnahmen werden jedoch explizit begrenzt (FeNo Bo–B3). In der Kategorie „Linderung, nicht Lebenserhaltung“ steht die palliative Symptomkontrolle im Vordergrund (FeNo C).

Durch diese klare Struktur können Behandlungsteams im Notfall das Therapieziel rasch erkennen und entsprechend handeln. Die dringend empfohlenen Unterschriften von ACP-Gesprächsbegleiter, vertretungsberechtigter Person und behandelndem Arzt erhöhen die Validität und Verlässlichkeit der „Festlegung für den Notfall“.

Therapiezielklärung und speziell die Dokumentation der „Festlegung für den Notfall“ sollte ausschließlich durch spezifisch ACP-qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal durchgeführt werden; andernfalls besteht ein erhebliches Risiko für Behandlungen, die aufgrund von Missverständnissen, Irrtümern oder vorschnellen Festlegungen nicht konsistent mit den Behandlungspräferenzen der Person sind.

Umsetzung im Notfall

Die unterschriebene „Festlegung für den Notfall“ ist rechtlich eine Patientenverfügung im Sinne von § 1827, Abs. 1 BGB. Für nicht mehr selbst entscheidungsfähige Personen kann der (mutmaßliche) Behandlungswille für den Fall künftiger gesundheitlicher Krisen im Rahmen eines ACP-Prozesses mit dem rechtlichen Vertreter eruiert und auf der FeNo dokumentiert werden.

Die Akademie der Ärztekammer Nordrhein bietet Onlinekurse für Ärzte zur ACP-Qualifizierung an (www.akademie-nordrhein.de/advance-care-planning-patientenverfuegung). Weitere Informationen und Qualifizierungsangebote finden sich unter www.advancecareplanning.de.

Liegt im Notfall eine korrekt ausgefüllte und unterschriebene FeNo vor, so ist sie unabhängig von der Berufsgruppe für alle an der Versorgung Beteiligten verbindlich.

Fallbeispiele

Ein 83-jähriger Bewohner einer Pflegeeinrichtung mit globaler Herzinsuffizienz (NYHA III) wird nachts mit Atemnot und Bewusstseinseintrübung aufgefunden. Eine vor 15 Jahren unterzeichnete Patientenverfügung liegt vor, enthält jedoch für die aktuelle Krisensituation keine relevanten Festlegungen. So erfolgt eine Notfalltherapie mit Transport ins Krankenhaus und späterer intensivmedizinischer Behandlung einschließlich Reanimation und künstlicher Beatmung, in deren Verlauf der Patient schließlich verstirbt. Die Angehörigen äußern anschließend Zweifel, ob diese Behandlung dem Willen des Patienten

entsprochen habe, und sind in der Folge psychisch belastet.

Bei einem anderen Bewohner mit gleicher Symptomatik liegt eine im Vorjahr aktualisierte INP vor (Abb. 1a). Aus der individuellen Therapiezielklärung wird deutlich, dass die Medizin mit begrenzten Mitteln noch dazu beitragen darf, sein Leben zu erhalten. Konkret hat der Bewohner eine stationäre Einweisung mit dem Ziel der Lebenserhaltung kategorisch abgelehnt, lebenserhaltenden Maßnahmen aber zugestimmt, soweit sie in der Einrichtung durchgeführt werden können (FeNo B3, Abb 1b). Der Notarzt behandelt ein akutes Lungenödem medikamentös vor Ort; der Patient stabilisiert sich und kann entsprechend seinem zuvor festgelegten Willen in der Einrichtung verbleiben. Wenige Wochen später verstirbt er an einer Pneumonie, die initial mit einem Antibiotikum sowie symptomlindernd behandelt wurde.

Der Vergleich verdeutlicht, dass eine strukturierte Notfallvorausplanung die Umsetzung des Patientenwillens erleichtert sowie Angehörige und Behandlungsteams in Notfallsituationen entlastet. Die dokumentierten Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben vermitteln ein umfassenderes Bild der Person und ihrer Wertvorstellungen und sichern die Verlässlichkeit der Festlegungen. **RA**

Professor Dr. Jürgen in der Schmitt, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Essen
Dr. Eva Diehl-Wiesenecker, Zentrale Notaufnahme, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Freie Universität und Humboldt-Universität zu Berlin; Klinik für Palliativmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg
Professor Dr. jur. Stephan Rixen, Institut für Staatsrecht und Forschungsstelle für das Recht des Gesundheitswesens der Universität zu Köln
Professor Dr. Georg Marckmann, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, LMU München
Professor Dr. Dr. Berend Feddersen, Klinik für Palliativmedizin, LMU München

*Gekürzte Fassung eines im April 2026 im Bayerischen Ärzteblatt erschienenen Beitrags.

ACP Advance Care Planning Deutschland Patientenverfügung *Kurzform* © ACP Deutschland e.V. 2025-10 | S. 1/2

Standortbestimmung zur Therapiezielklärung

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

Wie gerne leben Sie?
 Welche Bedeutung hat es für Sie, (noch lange) weiter zu leben?
 Ich lebe teilweise schon noch ganz gerne. Wichtig ist mir der Kontakt zur Familie und vor allem zu meinen 3 Enkeln. Wenn sie nicht da sind, gibt es aber auch Tage, die recht lang werden. Noch lange weiterzuleben, hat für mich keine so große Bedeutung mehr, das hängt dann schon sehr von meinem Zustand ab.

Wenn Sie ans Sterben denken – was kommt Ihnen dann in den Sinn?
 Wenn ich Ihnen sagen könnte, dass Sie heute Nacht friedlich einschlafen und morgen nicht mehr aufwachen werden – was würde das **jetzt** in Ihnen auslösen?
 Wenn ich an das Sterben denke, kommt mir Leichtigkeit in den Sinn. Wenn ich wüsste, dass ich heute Nacht friedlich einschlafen und versterben würde, wäre das ein wenig schade, aber das friedliche Einschlafen hätte auch etwas Verlockendes. Hätte gerne noch ein paar Kontakte mit meiner Familie und würde mich vor allem gerne von ihr verabschieden können.

Darf eine medizinische Behandlung dazu beitragen, Ihr Leben in einer Krise zu erhalten?
 Welche Belastungen und Risiken wären Sie bereit, dafür in Kauf zu nehmen?
 Medizinische Maßnahmen dürfen nur in Grenzen dazu beitragen, mein Leben weiter zu erhalten: nur Maßnahmen, die hier vor Ort durchgeführt werden können. Die Belastungen eines erneuten Krankenhausaufenthaltes oder sogar einer Intensivstation bin ich nicht mehr bereit noch einmal auf mich zu nehmen, auch wenn dies einen früheren Tod bedeuten würde.

Gibt es Situationen, in denen Sie nicht mehr lebenserhaltend behandelt werden wollen?
 Welche Sorgen oder Ängste bewegen Sie, wenn Sie an künftige medizinische Behandlungen denken?
 Sind hierbei Erfahrungen von Ihnen oder bei anderen Personen von Bedeutung?
 Ja, diese Grenze gibt es, wenn ich mich nicht mehr mit meiner Familie aktiv austauschen kann, dann soll das Leben nicht mehr weiter erhalten werden. Dies beinhaltet vor allem die Fähigkeit, dass ich mich mit meinen Liebsten sprachlich verständigen kann. Wenn das nicht mehr gehen würde, soll Schluss sein.

ALTERNATIV | Ärztliche Begründung bei fehlender Erfolgsaussicht lebenserhaltender Maßnahmen (→ umseitig FeNo Option „C“), ggf. Verweis auf Arztbrief:

Stempel

X
 Datum, Unterschrift

Datum 1.6.25 Vorname Alois Name Huber

ACP Advance Care Planning Deutschland Patientenverfügung *Kurzform* © ACP Deutschland e.V. 2025-10 | S. 2/2

Festlegung für den Notfall (FeNo)

Vorname Alois Name Huber Ggf. Freizeitsportbegeistert
 geb. am 3.8.1942 Adresse Am Acker 1; 81234 München Haus Sonne
 Ggf. Bewusstlosigkeiten/Bewerber Am Acker 1
 Vorname Antonia Name Huber (Tochter) Tel. 0160 123456 81234 München

Für eine lebensbedrohliche Notfallsituation, in der ich nicht einwilligungsfähig bin, lege ich fest:
 Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungegültig!

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung
☐ **A** Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel
☐ **B0** Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie
☐ **B1** Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung; Keine invasive (Tubus-) Beatmung
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie
☐ **B2** Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung; Keine invasive (Tubus-) Beatmung; Keine Behandlung auf Intensivstation
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie
☒ **B3** Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung; Keine invasive (Tubus-) Beatmung; Keine Behandlung auf Intensivstation; Keine Mitnahme ins Krankenhaus
 Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie

THERAPIEZIEL C = Linderung, nicht Lebenserhaltung
☐ **C** Ausschließlich Maßnahmen mit dem Ziel der Palliation
 Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

„Diese Festlegung ist Ausdruck meines Behandlungswillens und steht im Einklang mit der umseitig dokumentierten Therapiezielklärung. Die sich daraus ergebenden Folgen habe ich verstanden.“
 Vorname Alois Name Huber
 München 1.6.25 X *A. Huber*
 (Unterschrift des Betroffenen (betroffen))

„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillens der oben genannten Person angemessen wieder.“
 Vorname Antonia Name Huber
 X *Antonia*
 (Ggf. Unterschrift des Bevollmächtigten/Rechtsnachfolgers (betroffen))

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“
 Vorname Andrea Name Begleitner
 X *Andrea*
 (Ggf. Unterschrift des Begleiters (betroffen))

Ärztliche Stellungnahme
 „Diese Festlegung berücksichtigt die medizinische Situation der o.g. Person und wurde mit der o.g. Person und/oder dem Bevollmächtigten/Rechtsnachfolger in der o.g. Einrichtung besprochen.“
 In Anwesenheit des Arztes
 München 1.6.25 X *Dr. Leder*
 (Ggf. Unterschrift des Arztes (betroffen))

Dr. Leder
 Paradiestr. 15
 81234 München

! Die Vorausplanung ist regelmäßig zu überprüfen und bei veränderter medizinischer Situation oder veränderten Hinweisen auf den (mutmaßlichen) Patientenwillen anzupassen.

Beispiel für Integrierte Notfallplanung: Therapiezielklärung (a) und „Festlegung für den Notfall“ (b)

Quelle: ACP Deutschland e. V., www.advancecareplanning.de