

Notfall Rettungsmed  
<https://doi.org/10.1007/s10049-025-01680-8>  
 Eingegangen: 21. Juli 2025  
 Angenommen: 22. Oktober 2025

© The Author(s) 2026

#### Wissenschaftliche Leitung

Jan Breckwoldt, Zürich  
 Michael Christ, Luzern  
 Gerrit Matthes, Potsdam  
 Gernot Rücker, Rostock  
 Rajan Somasundaram, Berlin  
 Uwe Zeymer, Ludwigshafen



# CME

## Zertifizierte Fortbildung

### Therapiezielermittlung, Vorsorgeplanung und Gesprächsführung in der Notaufnahme

Lennert Böhm<sup>1,2</sup> · Theresa Tenge<sup>3,4</sup> · Vincent Weber<sup>2,5</sup> ·  
 Berend Feddersen<sup>4,6</sup> · Michael Bernhard<sup>1</sup> · Martin Neukirchen<sup>3,4,7</sup> ·  
 Manuela Schallenburg<sup>4,8</sup> · Eva Diehl-Wiesenecker<sup>2,4,5</sup>

<sup>1</sup> Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine Universität, Düsseldorf, Deutschland; <sup>2</sup> Arbeitsgruppe „Ethik“, Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA) e.V., Berlin, Deutschland; <sup>3</sup> Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland; <sup>4</sup> Arbeitsgruppe „Notfall- und Intensivversorgung“, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) e.V., Berlin, Deutschland; <sup>5</sup> Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Freie Universität und Humboldt Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland; <sup>6</sup> Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum der Universität zu München, München, Deutschland; <sup>7</sup> Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland; <sup>8</sup> Flensburg University of Applied Science, Flensburg, Deutschland

#### Zusammenfassung

Patient:innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen stellen einen relevanten Anteil der Notaufnahmeklientel dar. Nicht selten versterben sie anschließend im Krankenhaus, dem nichtpräferierten Sterbeort. Besonders in Notfallsituationen kann die Ermittlung des (mutmaßlichen) Patient:innenwillens schwierig sein. Resultierende Über- oder Untertherapie geht oftmals mit Belastungen für alle Beteiligten einher. Schriftliche Willensverfügungen in Form von Patient:innenverfügungen, Notfallausweisen, „Advance-Care-Planning“(ACP)-Dokumente und vorab getätigte mündliche Äußerungen können unterstützen, sind aber oftmals nicht verfügbar. Umso bedeutsamer ist bereits in der Notaufnahme die frühzeitige und strukturierte Festlegung von Therapiezielen im Einklang mit der medizinischen Indikation und dem individuellen Willen. Dieser Beitrag vermittelt einen theoretisch fundierten Überblick und bietet praxisnahe Hilfestellungen für die Durchführung von Therapiezielgesprächen in der Notfallaufnahme.

#### Schlüsselwörter

Palliativmedizin · Lebensende · Notfallmedizin · Vorsorgeplanung · Angehörige

**Online teilnehmen unter:**  
[www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme)

Für diese Fortbildungseinheit  
 werden 3 Punkte vergeben.

#### Kontakt

Springer Medizin Kundenservice  
 Tel. 0800 77 80 777  
 (kostenfrei in Deutschland)  
 E-Mail:  
[kundenservice@springermedizin.de](mailto:kundenservice@springermedizin.de)

#### Informationen

zur Teilnahme und Zertifizierung finden  
 Sie im CME-Fragebogen am Ende des  
 Beitrags.

## Lernziele

Nach dem Lesen dieses Betrags können Leser:innen ...

- Bedingungen und Voraussetzungen für die Durchführung medizinischer Maßnahmen erläutern.
- Therapieziele definieren und deren Bedeutung im Kontext der Notfallmedizin erklären.
- Therapieziele adäquat und rechtssicher dokumentieren.
- die Chancen durch Advance Care Planning (ACP) in der Notaufnahme beschreiben.
- Prinzipien und Techniken einer gelungenen medizinischen Gesprächsführung auch unter erschwerten Bedingungen benennen und anwenden.

## Einleitung

Jährlich werden in Deutschlands Notaufnahmen zwischen 21 und 30 Mio. Patient:innen behandelt [1]. Bis zu 10 % von ihnen haben lebenslimitierende Erkrankungen und palliativmedizinischen Bedarf [2]. Ursachen für die Vorstellung in der Notaufnahme können krisenhafte Exazerbationen von Schmerzen, Luftnot, Unruhe und/oder Angst sein, aber auch Überforderung der primär Pflegenden bzw. Zugehörigen oder eine fehlende Vorausplanung [3]. Gerade in den letzten Lebensmonaten häufen sich diese Situationen; knapp die Hälfte der Deutschen verstirbt deshalb im Krankenhaus – obwohl zwei Drittel lieber in ihrem gewohnten Umfeld versterben würden [4].

In der Notaufnahme müssen unter Zeitdruck oft Entscheidungen mit weitreichenden Konsequenzen getroffen werden. Sind Patient:innen dann nicht mehr einwilligungsfähig, können also ihren Willen bezüglich indizierter Maßnahmen nicht mehr selbst äußern, und besitzen keine schriftliche Vorausverfügungen, müssen Zugehörige den mutmaßlichen Willen aus früheren Aussagen deuten. Dies kann überfordernd und emotional belastend sein und womöglich zu Entscheidungen hin zu eigentlich von Patient:innen ungewollter **belastender Übertherapie** am Lebensende führen. Ebenso kann durch die dogmatische Festlegung „palliativ“ eine gewünschte Therapie rasch reversibler Erkrankungen unterlassen werden. Um dies zu verhindern und dem Behandlungsteam Sicherheit zu geben, existieren verschiedene Empfehlungen für **Ad-hoc-Entscheidungen** [5].

Therapiezielgespräche dienen dazu, die Rahmenbedingungen für eine am Zustand und an den Wünschen der Betroffenen orientierte Versorgung zu vereinbaren. Wenn dies gelingt, wird eine Übertherapie vermieden, was Ressourcen schont sowie beim Behandlungsteam Moral Injury und Burn-out vorbeugen kann. Dieser Beitrag soll die Leser:innen praxisnah bei der Festlegung und

## Treatment goal determination, advance care planning and communication techniques in the emergency department

Patients with life-limiting illnesses represent a relevant proportion of individuals presenting to emergency departments. A relevant number of these patients die during hospitalization, which is often not the preferred place of death. Determining the (presumed) will of patients in emergency settings can be difficult. The resulting overtreatment and/or undertreatment can cause substantial distress for all parties involved. Written advance directives, such as living wills, emergency directives or advance care planning (ACP) can support decision making as can prior verbal statements. All the more important are the early clarification and structured establishment of treatment goals in line with the medical indications and patient preferences even in the emergency department. This article provides both a comprehensive theoretical framework and practical guidance for conducting treatment goal discussions in emergency settings.

### Keywords

Palliative care · End of life · Emergency medicine · Care planning · Relatives

Umsetzung von Therapiezielen sowie deren Kommunikation mit Patient:innen und Zugehörigen in der Notaufnahme unterstützen.

## Therapiezielstellung und Indikation

Jede medizinische Maßnahme erfordert ein klares Therapieziel, das ihre Durchführung erreichen soll. Dieses muss sich durch realistische Erreichbarkeit und **Patientenzentrierung** auszeichnen, d. h., sich am Bedarf und den Bedürfnissen des/der Patient:in orientieren.

Eine Maßnahme ist nur dann indiziert, wenn das definierte Therapieziel mit ihrer Hilfe erreicht werden kann [6, 7]. In diese Einschätzung fließen nicht nur die akute Erkrankung, sondern auch Grunderkrankungen und die physiologischen Reserven der Patient:innen ein. Eine invasive Beatmung kann bei schwerer Pneumonie für eine zuvor gesunde 35-Jährige indiziert sein, während sie bei einer 95-Jährigen mit metastasiertem Lungenkarzinom im Stadium IV nicht angezeigt wäre.

Wenn eine Heilung bei fortgeschrittenen Erkrankungen nicht mehr möglich ist, stehen stattdessen **Symptomlinderung** sowie der größtmögliche Erhalt der **Lebensqualität** im Vordergrund.

### ► Merke

- Es dürfen nur medizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die auch zur Erreichung des Therapieziels geeignet, also indiziert, sind.
- Trifft dies nicht zu, kann eine Maßnahme von Patient:innen, Angehörigen oder rechtlichen Vertretern nicht eingefordert werden.

Eine Überversorgung am Lebensende ist häufig: Es werden Maßnahmen durchgeführt, die keine relevante Verbesserung der Lebensdauer oder Lebensqualität bewirken oder deren Schaden den möglichen Nutzen überwiegt [8]. In Deutschland wird z. B. etwa die Hälfte aller Pflegeheimbewohner:innen sowie der über 65-jährigen Patient:innen mit Krebserkrankungen in den letzten 30 Lebenstagen mindestens einmal hospitalisiert [9, 10].

Auch eine **Unterversorgung** ist möglich, wenn aufgrund einer palliativen Grunderkrankung lebensrettende Maßnahmen unter-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Ein 68-jähriger Patient wird von seiner Ehefrau bewusstlos im Badezimmer aufgefunden. Bei Eintreffen des Rettungsdienstes zeigt sich ein kardiopulmonal unauffälliger Befund, jedoch eine deutliche Vigilanzminderung (Glasgow Coma Scale: 5 Punkte). Im Gespräch mit der sichtlich emotional aufgewühlten Ehefrau lassen sich Patientenwünsche nicht sinnvoll ermitteln; eine Patientenverfügung wurde nie verfasst. Hierauf wird vor Ort im Sinne von „in dubio pro vita“ eine Notfallnarkose mit endotrachealer Intubation eingeleitet und der Patient in die nächstgelegene Notaufnahme mit nichttraumatologischem Schockraum transportiert.

lassen werden. Gerade moderne onkologische Therapien ermöglichen trotz nichtkurativer Ausrichtung häufig noch eine langjährige Lebensqualität. Daher können bei entsprechender Prognose selbst invasive Maßnahmen sinnvoll sein, wenn sie dazu beitragen, die Lebenszeit zu verlängern. Beispielsweise könnte eine junge Patientin mit einem Glioblastom von einer Intubation und invasiven Beatmung profitieren, wenn dadurch eine Pneumonie überbrückt werden kann und im Anschluss noch mehrere Monate mit guter Lebensqualität verbleiben.

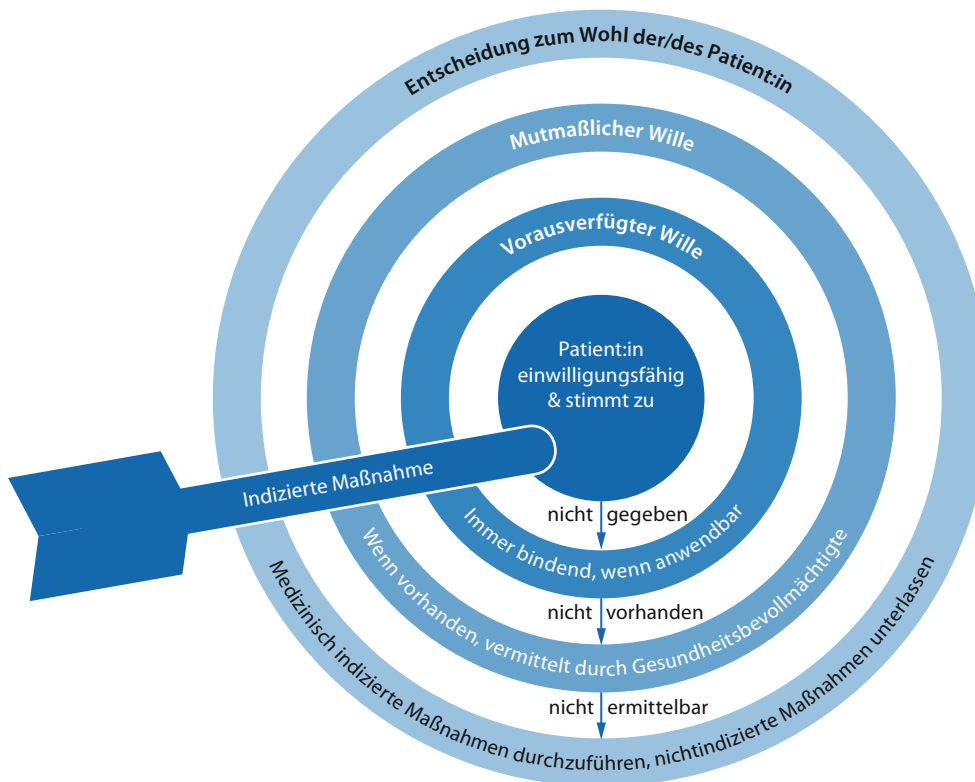
Erkennt das Behandlungsteam, dass invasive Maßnahmen keine Aussicht auf eine Zustandsverbesserung bieten, ist aufgrund der fehlenden bzw. nicht mehr bestehenden medizinischen Indikation eine Änderung des Therapieziels hin zur Leidenslinderung und dem Zulassen des Sterbens angezeigt [11].

## Patient:innenwille und Vorausverfügungen

### Patient:innenwille

Nach Prüfung der Indikation muss sichergestellt werden, dass die Maßnahme dem Willen der Patient:innen entspricht ([7]; **Abb. 1**). Dafür ist eine **umfassende Aufklärung** über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände, einschließlich Bedeutung, Tragweite, möglicher Folgen und Alternativen von Entscheidungen, erforderlich (§ 630c BGB). Ist die betroffene Person einwilligungsfähig, ist ihre Entscheidung jederzeit verbindlich [12]. Die Bundesärztekammer definiert **Einwilligungsfähigkeit** als „natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit, um Art, Notwendigkeit, Bedeutung, Folgen und Risiken der medizinischen Maßnahme zu verstehen und die Tragweite der Entscheidung zu überblicken“. Patient:innen können jede Maßnahme ablehnen, auch wenn dies aus Sicht des Teams unvernünftig erscheint.

Bei **Nichteinwilligungsfähigkeit** (z. B. Bewusstlosigkeit oder Delir), wird die Ermittlung des Willens schwieriger und ist gerade in Notaufnahmen oft kaum möglich [13]. Im Idealfall liegen schriftlich verfasste vorausverfügte Bekundungen des Willens in Form von Patient:innenverfügungen, Notfallausweisen oder Dokumenten des Advance Care Planning (ACP) vor: Sind diese auf die aktuelle Situation anwendbar, müssen sie befolgt werden. Allerdings besitzt nur etwa jeder:vierte bis fünfte Patient:in in Notaufnahmen überhaupt eine schriftliche Willensfestlegung, bei weniger als einem Fünftel davon ist diese vor Ort verfügbar [14].



**Abb. 1** ◀ Erörterung des Patient:innenwillens

In der durchgeführten kranialen Computertomographie zeigt sich eine ausgeprägte intrazerebrale Blutung ohne operative Interventionsmöglichkeit. Die Prognose wird im interdisziplinären Konsens zwischen Neurologie, Neurochirurgie und Notfallmedizin als kritisch eingeschätzt. Aufgrund des zu erwartenden ausgedehnten zerebralen Schadens erscheint ein Überleben, wenn überhaupt, nur unter schwersten kognitiven Einschränkungen, erheblicher Pflegebedürftigkeit und mit stark eingeschränkter Lebensqualität möglich; eine Rückkehr in ein selbstbestimmtes Leben gilt als unwahrscheinlich.

In einem einfühlsamen Gespräch mit der Ehefrau des Patienten in ruhiger Umgebung erörtert die behandelnde Notfallmedizinerin ausführlich die Situation. Die Ehefrau erwähnt eine existierende Patientenverfügung, konnte diese jedoch in der Akutsituation nicht vorlegen oder inhaltlich wiedergeben, ihr Ehemann habe aber nie „an Maschinen hängen wollen“. Unter Berücksichtigung der neurologischen Prognose, des mutmaßlichen Patientenwillens und in Übereinstimmung mit der Ehefrau als gesetzlicher Vertreterin im Sinne der Ehegattennotvertretung wird eine Therapiezieländerung zum Zulassen des Sterbens unter Unterstützung rein symptomlindernder Maßnahmen besprochen.

Im Rahmen der palliativen Versorgung wird das Monitoring entfernt, und es erfolgt die Extubation unter präemptiver medikamentöser Symptomlinderung mithilfe einer Morphingabe. Der Patient verstirbt kurze Zeit später friedlich im Beisein seiner Ehefrau.

## Patient:innenverfügung

Patient:innenverfügungen haben einen hohen Wert für die Willensklärung und den medizinischen Entscheidungsprozess, bringen jedoch insbesondere in Notfallsituationen relevante Limitationen mit sich, da sie aufgrund komplizierter Formulierungen nicht rasch erfassbar sind und nur eingeschränkt auf konkrete Situationen angewendet werden können. Außerdem werden sie oftmals nach ihrem Erstellen nicht mehr überarbeitet und an neue Lebensumstände angepasst [15]. Dies reduziert ihren Nutzen für Behandelnde in Notfallsituationen.

## Advance Care Planning

Im Rahmen des ACP bzw. *Behandlung im Voraus planen* (BVP) sollen Menschen unabhängig von Alter und Gesundheitszustand durch einen mehrstufigen Gesprächsprozess mit zertifizierten Gesprächsbegleiter:innen darin unterstützt werden, ihre Behandlungsvorstellungen für **gesundheitliche Krisensituationen** zu dokumentieren [16]. Seit 2017 werden diese Gespräche für Bewohner:innen in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert [17]. Der/die Hausärzt:in ist eingebunden, bestätigt die Einwilligungsfähigkeit und kann medizinische Fragestellungen klären.

Zuerst werden die **individuellen Einstellungen** zu Leben, Sterben und schwerer Krankheit reflektiert. Darauf aufbauend werden Festlegungen für unterschiedliche Szenarien festgelegt [18]:

- akute Einwilligungsunfähigkeit in der Notfallsituation, z. B. akuter Bewusstlosigkeit bei Herzstillstand oder Schlaganfall;
- Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer, z. B. Beatmungspflichtigkeit und Delir im Rahmen einer Pneumonie;
- dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit, z. B. bei fortgeschrittener demenzieller Erkrankung.

So entstehen vorausschauende und medizinisch verwertbare **Handlungsanleitungen**, die die **Selbstbestimmung** der Betroffenen wahren und Sicherheit für die Behandelnden herstellen. Wichtig ist, dass die Dokumente immer wieder angepasst werden, z. B. bei einer Änderung der medizinischen Situation, neuen Diagnosen oder Änderungen im sozialen Umfeld.

Eine kompakte Version, die sich auf die *Festlegung für den Notfall* („FeNo“) beschränkt, ist mittlerweile verfügbar [19]. Sie ist für Ärzt:innen online unter [www.acp-d.org](http://www.acp-d.org) frei verfügbar, eine entsprechende Schulung wird jedoch sehr empfohlen.

Sehr wahrscheinlich werden diese Dokumente – insbesondere in der Notfallsituation – die valide Umsetzung des Patientenwillens,

**Tab. 1** Vergleich von herkömmlicher Patient:innenverfügung, Advance Care Planning (ACP) und Notfallsausweis

|                                | Patient:innenverfügung  | Advance Care Planning (ACP)  | Notfallsausweis   |
|--------------------------------|---|--|---|
| Ziel                           | Festlegung gewünschter medizinischer Maßnahmen in explizit definierten Situationen        | Proaktive, strukturierte Vorausplanung medizinischer Entscheidungen für verschiedene Situation   | Schnell verfügbare Informationen zum Patient:innenwillen in Notfallsituationen                            |
| Form                           | Mehrseitiges schriftliches Dokument   | Gesprächsprotokoll mit dokumentierten Zielen und Werten  | Ausweisformat   |
| Inhalte                        | Konkrete Aussagen zu lebenserhaltenden Maßnahmen bei dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit | Persönliche Werte, Therapieziele und Behandlungswünsche im akuten Notfall, bei unklar andauernder und dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit, Vertreter:innendokumentation möglich | Kompakte Dokumentation von Grunderkrankung sowie Therapiezielen und Behandlungswünschen im akuten Notfall |
| Nutzen in der Notfallsituation | Gering  | Hoch   | Hoch  |
| Entstehung                     | Eigenständig oder mit rechtlicher Beratung  | In moderiertem Gespräch mit geschultem Fachpersonal und/oder behandelnder/m Ärzt:in und Vorsorgebevollmächtigtem   | Gemeinsam mit behandelnder/m Ärzt:in und ggf. Vorsorgebevollmächtigtem                                    |
| Dauer der Entstehung           | Mittel  | Mittel bis lang  | Kurz  |
| Aktualisierbarkeit             | Theoretisch jederzeit, in der Praxis selten aktualisiert                                  | Regelmäßige Updates empfohlen und systematisch vorgesehen  | Durch neue Angaben aktualisierbar   |

## Infobox 1

### Ehegattennotvertretungsrecht

Bei Nichteinwilligungsfähigkeit dürfen Ehepartner:innen einander für *maximal 6 Monate* in gesundheitlichen Angelegenheiten vertreten, wobei diese Vertretungsbefugnis auf dringliche Behandlungsmaßnahmen beschränkt werden sollte [23].

Die Ehegattennotvertretung ist *ausgeschlossen*, wenn eine Notvertretung in der Vergangenheit abgelehnt wurde oder die Ehepartner:innen in Trennung leben.

Sowohl die Einwilligungsunfähigkeit und der Zeitpunkt ihres Eintretens als auch das Fehlen von Ausschlussgründen müssen *ärztlich* geprüft und schriftlich dokumentiert werden [24]. Es besteht keine Nachforschungspflicht, sondern der Selbsterklärung darf Glauben geschenkt werden. Das unterschriebene Dokument ist der vertretenden Person auszuhändigen, damit diese die erfolgte Prüfung gegenüber weiteren Behandler:innen nachweisen kann.

also **präferenzkonsistente Behandlungen**, deutlich erhöhen. Ein konkreter wissenschaftlicher Nachweis hierzu fehlt bisher, auch da der Einschlusszeitraum einer entsprechenden Studie in die Zeit der Coronapandemie fiel [20].

### Notfallausweis

Notfallausweise, Palliativausweise oder auch Notfallbogen ergänzen Patient:innenverfügungen im akuten Notfall, indem sie einen **schnellen Überblick** geben, welche lebenserhaltenden Maßnahmen (z. B. Reanimation, Intubation oder Krankenhaustransport) gewünscht oder abgelehnt werden, und ermöglichen, den Willen auch unter Zeitdruck zu berücksichtigen. Häufig wurden sie lokal von Palliativzentren, Rettungsdiensten oder Ethikkomitees entwickelt. Entsprechend existiert derzeit eine uneinheitliche, nicht flächendeckend verfügbare und bislang wissenschaftlich nichtevaluierte Vielfalt [21]. Trotz inhaltlicher Nähe zum ACP-Notfallbogen fehlt bislang ein standardisierter, nachvollziehbarer Erstellungsprozess. Eine Initiative unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) soll Abhilfe schaffen, mit dem Ziel, eine rechtlich abgesicherte, bundesweit einheitliche Form zu entwickeln und diese im Rettungsdienst, im ärztlichen Bereitschaftsdienst und im Notarztsystem zu implementieren.

Ein Vergleich der wichtigsten Aspekte der genannten Notfallverfügungen findet sich in **Tab. 1**.

### Entscheidungen beim Fehlen von Vorausverfügungen

Wenn keine schriftliche Vorausverfügung des Willens besteht, ist zu prüfen, ob es **Gesundheitsbevollmächtigte**, d. h. Personen, gibt, die dem Patient:innenwillen Ausdruck und Geltung verschaffen [12]. Dies sind:

- durch *Vorsorgevollmacht* für Gesundheitsfragen bestimmte Person,
- gesetzliche *Betreuer:in*,
- *Ehepartner:in* im Rahmen des Ehegattennotvertretungsrechts ([22]; **Infobox 1**)

Gesundheitsbevollmächtigte dürfen Entscheidungen nicht nach eigenem Willen treffen, sondern müssen sich am Willen der Patient:innen orientieren. Wurden in der Vergangenheit konkrete mündliche oder schriftliche Äußerungen getroffen, die auf die geplante Behandlungssituation zutreffen, müssen diese **Behandlungswünsche** befolgt werden.

Wenn diese nicht vorliegen, muss gemäß dem mutmaßlichen Willen entschieden werden. Dieser soll, sofern möglich und zeitlich umsetzbar, unter Einbeziehung von nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen anhand früherer Äußerungen zu Wertvorstellungen, ethischen Überzeugungen oder Einstellungen zu Leben und Sterben ermittelt werden [12].

#### ► Merke

**Entscheidungen für oder gegen die Durchführung einer medizinischen Maßnahme müssen dem mutmaßlichen Willen der betroffenen Person entsprechen, und nicht den Wünschen der befragten rechtlichen Vertreter:innen.**

Ist eine Maßnahme nicht aufschiebbar, bis der (mutmaßliche) Willen in Erfahrung gebracht werden kann, oder bleibt dieser unklar, muss die Entscheidung unter dem **Rechtfertigungsgrund** der mutmaßlichen Einwilligung und/oder des **Notstands**, getroffen werden, d. h. nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ [25]. Mitnichten bedeutet dies die Pflicht, alle Maßnahmen auszureizen oder eine Maximaltherapie unreflektiert einzuleiten – auch in solchen Situationen dürfen *nur Maßnahmen durchgeführt werden, die ein realistisches Therapieziel verfolgen*.

### Gesprächsführung

Die Notaufnahme bietet kein ideales Umfeld für Gespräche zur Ermittlung des Therapieziels: Unbekannte Gesprächspartner:innen, fehlende Planbarkeit und hoher Zeitdruck erschweren **vertrauensbildende Kommunikation**. Untersuchungen konnten jedoch zeigen, dass bereits 5 bis 10 Minuten für ein solches Gespräch ausreichen können [26].

Eine gute Kommunikation über Prognose und Therapieziel verhindert sowohl Über- wie auch Untertherapie und erhöht durch eine Umsetzung der Patient:innenwünsche die Lebensqualität in der letzten Lebensphase. Zukünftige belastende Krankenhaus-einweisungen werden verhindert, und – sofern gewünscht – wird das Sterben im bevorzugten häuslichen Umfeld außerhalb des Krankenhauses ermöglicht [27].

Um Patient:innen zu identifizieren, die von einem Therapiezielgespräch profitieren würden, bietet sich im Alltag die „Surprise Question“ an: „Wäre ich überrascht, wenn ich in 6 oder 12 Monaten erfahren würde, dass diese Person verstorben ist?“ [28].

Gesprächsführung ist eine **notfallmedizinische Kernkompetenz**, die gezielt trainiert werden muss. Kleingruppentrainings verbesserten nicht nur die Kommunikation in palliativen Situationen und bei Therapiezielgesprächen, sondern auch den Teamzusammenhalt und die Arbeitszufriedenheit und senkten das Risiko für Burn-out [29, 30]. Allerdings gibt es bisher kein deutschsprachiges Schulungskonzept, und nur ein geringer Anteil von Notfallmediziner:innen wird entsprechend geschult [13]. Erfreulicherweise findet



sich im Vorschlag der DGINA zum Curriculum für den Facharzt für Notfallmedizin [31] die „Situationsgerechte ärztliche Gesprächsführung einschließlich **Shared Decision-Making** und der Beratung Angehöriger“ als zu erwerbende Handlungskompetenz.

Sofern verfügbar, können auch **Palliativdienste** im Rahmen einer multiprofessionellen palliativmedizinischen Komplexbehandlung hinzugezogen werden und insbesondere bei schwierigen Gesprächssituationen, die die zeitlichen oder strukturellen Möglichkeiten der Notaufnahme übersteigen, wertvolle Unterstützung leisten.

### Ablauf eines Therapiezielgesprächs – 4Fs

Es ist sinnvoll, das Therapiezielgespräch in 4 Phasen zu teilen: Fundament – Fragen – Fakten – Fazit. Die wichtigsten Aspekte der einzelnen Phasen finden sich in **Tab. 2**.

### Vorgehen bei Unsicherheit und unrealistischen Behandlungswünschen

Nicht in jedem Fall wird es der Notaufnahme gelingen, abschließend zu klären, ob das vereinbarte Therapieziel mit der Durchführung einer Behandlung überhaupt erreicht werden kann. Wenn die Sinnhaftigkeit oder Angemessenheit zeitkritischer Maßnahmen zwar zweifelhaft erscheint, eine Aussichtslosigkeit jedoch noch nicht sicher festgestellt werden kann, ermöglicht der *zeitlich begrenzte Therapieversuch* die Chance, die Entscheidung auf einen späteren Zeitpunkt zu vertagen, wenn mehr Sicherheit hinsichtlich der Erfolgsaussichten besteht [32]. Nach einem zuvor vereinbarten Zeitraum, indem unter Fortsetzung der lebensverlängernden Maßnahmen eine Verbesserung zu erwarten wäre, wird anhand ebenfalls direkt bei Vereinbarung festgelegter objektiver Kriterien evaluiert, inwieweit die Maßnahmen Wirkung

| <b>Tab. 2</b> Ablauf eines Therapiezielgesprächs |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| Phase  | Fundament   | Fragen  | Fakten   | Fazit   |
| Ziel   | Schaffung eines guten Settings als „Fundament“ des Gesprächs  | Sichtweise, Wünsche, Entscheidungsfähigkeit der Patient:innen und Angehörigen verstehen   | Medizinische Empfehlung erarbeiten und erläutern   | Gemeinsame Entscheidung treffen und dokumentieren   |
| Inhalte  | Zeitlicher Rahmen des Gesprächs (z. B. 20 min) zu Beginn klar kommunizieren   | Erfragen von <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Verständnis</b> von der Erkrankung und Wissen zum aktuellen Zustand (ermöglicht klare Kommunikation, verhindert Missverständnisse und falsche Erwartungen)</li> <li>– <b>Einschränkungen</b> durch die Erkrankung im täglichen Leben (hilft, den Erwartungshorizont abzustecken)</li> <li>– Ist der/die Patient:in selbst <b>entscheidungsfähig</b>? Falls nicht: Wer ist gesundheitsbevollmächtigt?</li> <li>– <b>Wertvorstellungen</b>, Ängste und Sorgen des/der Patient:in und der Zugehörigen (z. B. vor Pflegebedürftigkeit, Schmerzen)</li> </ul> | Basierend auf den erhaltenen Informationen wird ein realistisch erreichbares <b>Therapieziel</b> definiert <ul style="list-style-type: none"> <li>– Erläuterung der Maßnahmen, die für dessen Erreichung notwendig sind</li> <li>– Einholen der Zustimmung</li> <li>– Bei <b>Ablehnung</b> von Maßnahmen: Definition eines alternativen Therapieziels</li> </ul> | Gemeinsam getroffene Entscheidung zusammenfassen, damit keine Missverständnisse bestehen<br><br>Wenn eine Prognosestellung nicht sicher möglich ist und die Ermittlung des mutmaßlichen Willens nicht gelingt, so kann eine endgültige Therapiezielbestimmung vertagt werden. Bis dahin kann ein <i>zeitlich begrenzter Therapieversuch</i> [32] vereinbart werden. Hierbei werden bestimmte Maßnahmen für einen definierten Zeitraum (z. B. 3 Tage) durchgeführt. Danach erfolgen eine erneute Bewertung und gemeinsame Entscheidung über Fortführung, Anpassung oder Beendigung |
|  | Vorstellung aller teilnehmenden Personen, einschließlich Beziehung zum/zur Patient:in bzw. Beruf und Funktion, um Missverständnisse bezüglich Rollen zu vermeiden |   |  |   |
| Wichtige Aspekte                                 | Wahl eines ruhigen Raumes, Abgabe von Störquellen   | Nutzung von <b>offenen Fragen</b> , die zum freien Sprechen einladen  | Zugehörigen muss vermittelt werden, dass sie <b>nicht über Leben und Tod entscheiden müssen</b> , sondern helfen, dem (mutmaßlichen) Willen des/der Patient:in Geltung zu verschaffen  | Sorgfältige <b>Dokumentation</b> aller getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Therapielimitierungen, sowie der beteiligten Personen z. B. mithilfe standardisierter Formulare [33]   |
|  | Interprofessionelles Team mit ausreichend Erfahrung, um Fragen umfassend beantworten zu können, und gute Vertrautheit mit Patient:in und dem aktuellen Zustand    |   | Verwendung einer <b>positiven Sprache</b> : Fokus auf Behandlungsoptionen, die im Sinne der Patient:innen noch möglich sind – nicht darauf, was ihnen „verwehrt“ bleibt  |   |
|  | Erwartungen und Ziele des Gesprächs sollten vorher im Team definiert und abgesprochen werden  |   |  |   |

zeigen. Bleibt eine Verbesserung des Zustands aus oder tritt sogar eine Verschlechterung ein, wird das Therapieziel neu definiert, hin zu einer palliativen Versorgung. Der zeitlich begrenzte Therapieversuch kann Unsicherheiten reduzieren und verhindern, dass die unter Zeitdruck eingeleiteten maximalinvasiven Maßnahmen ohne Reflexion und Perspektive fortgeführt werden [32].

Eine andere Situation liegt vor, wenn das Behandlungsteam zu der Erkenntnis gelangt, dass invasive Maßnahmen keine Aussicht auf Verbesserung des Zustands versprechen, die **Therapiezieländerung** aber von Patient:in oder Gesundheitsbevollmächtigten abgelehnt wird. Ärzt:innen sind nicht nur berechtigt, sondern rechtlich sogar verpflichtet, medizinisch nichtindizierte Maßnahmen auch dann abzulehnen, wenn diese von Angehörigen gefordert werden.

Besonders, wenn eine sehr plötzlich eingetretene und einschneidende Zustandsverschlechterung vorliegt oder wenn eine ungünstige Prognose zuvor nicht bekannt war oder verdrängt wurde, kann es schwerfallen, einen tragfähigen Konsens zu erreichen. Eine vollständige Lösung dieser Konflikte ist insbesondere aufgrund der Dynamik und Akuität der Notfallversorgung nicht immer möglich, und diese Situationen können sowohl bei den Behandler:innen als auch bei den Angehörigen zu emotionaler Belastung führen. Ethische Ad-hoc-Entscheidungshilfen sowie das Hinzuholen weiterer Ressourcen und Perspektive z. B. durch einen Palliativdienst oder eine Ethikberatung können helfen [5].

### Berücksichtigung kultureller, sprachlicher und sozialer Vielfalt bei der Gesprächsführung

Da Werte, Moralvorstellungen und Haltungen zum Lebensende wesentlich durch kulturelle und soziale Prägungen beeinflusst werden, ist es naheliegend, dass diese auch Entscheidungen am Lebensende prägen – sowohl aufseiten der Patient:innen und ihrer Angehörigen als auch der Behandelnden [34]. Die unterschiedlichen Konzepte von Patient:innenwohl, Sterbevorstellungen und Entscheidungsstrukturen können zu Konflikten und Missverständnissen führen; deren vertiefte Analyse würde den Rahmen dieses CME-Beitrags übersteigen. Da selbst die Zugehörigkeit zu einer der großen Weltreligionen keine verlässlichen Rückschlüsse auf individuelle Überzeugungen zulässt, ist es entscheidend, die **persönlichen Werte** und Ansichten der Patient:innen und ihrer Zugehörigen zu erfragen und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Eine weitere potenzielle Quelle für Missverständnisse sind **Sprachbarrieren**. Sie erschweren die Aufklärung von Patient:innen und ihren Angehörigen über Diagnose, Prognose und Therapieoptionen und behindern einen offenen Gedankenaustausch [35]. Dies schließt die Betroffenen von Entscheidungsprozessen aus. Erfolgt dann statt einer differenzierten Behandlungsplanung z. B. eine Therapiezielvereinbarung mit aktivem Vorgehen, da dies einfacher zu kommunizieren ist, resultieren unangemessene Therapieentscheidungen [36]. Übernehmen Familienangehörige die Rolle von Dolmetschenden, kann dies insbesondere in herausfordernden Gesprächssituationen zusätzlich belastend sein. Zusätzliche Konflikte entstehen, wenn Diagnosen oder Fakten nicht übersetzt werden, um die Erkrankten zu „schonen“.

Therapiezielgespräche sollten, wann immer möglich, mit **professioneller Sprachmittlung** stattfinden, damit sichergestellt ist,

dass die getroffenen Entscheidungen dem Willen und den Bedürfnissen entsprechen und der Entscheidungsprozess und die Konsequenz von diesen auch verstanden wurden [35].

### Dokumentation

Wird ein Therapieziel festgelegt, muss das Ergebnis schriftlich fixiert werden und in der **Patient:innenakte** klar und verlässlich hinterlegt sein, um sicherzustellen, dass es allen an der Patient:innenversorgung beteiligten Personen und Berufsgruppen bekannt ist. So ist gewährleistet, dass nachfolgende Behandler:innen ihre Behandlungsentscheidungen auf Grundlage der getroffenen Festlegungen treffen können, sofern keine Anhaltspunkte für veränderte Entscheidungsgrundlagen vorliegen. Eine verfasste Therapieziel festlegung entbindet allerdings die Weiterbehandelnden nicht von ihrer **Sorgfaltspflicht** bei der Indikationsstellung und der Verantwortung für die getroffenen Entscheidungen.

Diesorgfältige Dokumentation des Entscheidungsprozesses und seiner Grundlagen stellt sicher, dass die Angemessenheit einer Behandlung oder eines Therapieverzichts nachträglich im Rahmen fachlicher oder ggf. auch juristischer Prüfungen nachvollziehbar bleibt. Sie bietet Schutz und **Rechtssicherheit** sowohl für die Personen, die die Festlegungen getroffen haben, als auch für jene, die danach gehandelt haben. Zur Verwendung bietet sich ein standardisiertes Formular an, wie es z. B. von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) publiziert wurde [33].

Im Fall einer Ablehnung indizierter und ggf. lebensrettender Maßnahmen durch Patient:in oder Gesundheitsbevollmächtigte ist eine Aufklärung über die gesundheitlichen Folgen zwingend erforderlich. Es empfiehlt sich, das Gespräch im Beisein von **Zeugen** durchzuführen und das Ergebnis sorgfältig zu dokumentieren. Zwar können einwilligungsfähige Patient:innen auf eine Aufklärung ganz oder teilweise verzichten, im Fall der Ablehnung indizierter Maßnahmen ist jedoch **kein „Blankoverzicht“** möglich, sondern es muss über das „schwerste in Betracht zu ziehende Risiko“ aufgeklärt werden. Gesundheitsbevollmächtigte sind nicht berechtigt, auf eine **Risikoaufklärung** zu verzichten [37].

In der Praxis bedeutet die Ablehnung lebensrettender Maßnahmen in der Mehrzahl der Fälle das sichere oder zumindest sehr wahrscheinliche Versterben. Aus der Dokumentation sollte eindeutig hervorgehen, dass diese Konsequenz allen Beteiligten bewusst war.

### Advance Care Planning aus der Notaufnahme heraus

Die Vorstellung in der Notaufnahme kann einen wichtigen Impuls zur Erstellung von Vorsorgedokumenten geben, selbst wenn aktuell keine lebensbedrohliche Krise besteht. Die erlebte Unsicherheit und die Verarbeitung des Kontakts mit dem Gesundheitssystem können als Katalysator wirken [38]. In diesen Fällen wäre es hilfreich und sinnvoll, noch aus der Notaufnahme heraus den Kontakt zu ACP-geschulten Gesprächsbegleiter:innen herzustellen, um Festlegungen für zukünftige Notfallsituationen zu treffen oder bestehende Festlegungen vor dem Hintergrund der aktuellen Erfahrung anzupassen. In den USA konnte gezeigt werden, dass in der Not-

aufnahme nicht nur Gespräche zur aktuellen Situation, sondern auch zu zukünftigen Therapiewünschen machbar sind [39].

### Fazit für die Praxis

- Medizinische Behandlungsentscheidungen basieren auf 2 Säulen: der Indikation (medizinische Sinnhaftigkeit) und dem (erklärten oder mutmaßlichen) Willen der Patient:innen.
- Therapiezielgespräche in der Notaufnahme sind wichtig und sinnvoll und verhindern Über- und Untertherapie am Lebensende.
- Die sorgfältige Dokumentation der festgelegten Therapieziele stellt sicher, dass sie auch anderen Behandler:innen bekannt sind. Die erfolgte Aufklärung über die Konsequenzen der Ablehnung indizierter Maßnahmen sollte ebenfalls nachvollziehbar festgehalten werden.
- Advance Care Planning (ACP) dient der gezielten Vorbereitung auf Krisensituationen, indem Patient:innen ihre Werte, Präferenzen und Behandlungswünsche vorausschauend und verbindlich festlegen. Die ACP-Dokumente ermöglichen eine schnelle und sichere Entscheidungsfindung im Notfall.
- Notaufnahmebehandlungen sind ein guter Impuls für Vorsorgeplanung: Das ACP und weitere Vorsorgedokumente sollten initiiert oder angepasst werden.
- Notfallmediziner:innen benötigen Basiskenntnisse zu Therapieentscheidungen, Vorsorgedokumenten und ein Training der medizinischen Gesprächsführung, um auch in komplexen Notfallsituationen qualitativ hochwertige und patient:innenzentrierte Entscheidungen treffen zu können.

### Korrespondenzadresse

**Dr. med. Lennert Böhm, MHBA**

Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine Universität

Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland

lennert.boehm@med.uni-duesseldorf.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Gemäß den Richtlinien des Springer Medizin Verlags werden Autorinnen und Autoren sowie die Wissenschaftliche Leitung im Rahmen der Manuskripterstellung und Manuskriptfreigabe aufgefordert, eine vollständige Erklärung zu ihren finanziellen und nichtfinanziellen Interessen abzugeben.

**Autoren.** **T. Tenge:** A. Finanzielle Interessen: T. Tenge gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Sprecherin der AG Intensiv- und Notfallversorgung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin | Ärztin an der Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität, | Düsseldorf. **M. Bernhard:** A. Finanzielle Interessen: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des AKTIN-Notaufnahmeregister im NUM 1.0 (2020–2021: Infrastruktur und Personal), im NUM 2.0 (2020–2025: Infrastruktur und Personal) und des Netzwerkes Universitätsmedizin (ab 2025: NUM 3.0: Infrastruktur und Personal), sowie einer Landesförderung NRW des Ministeriums für Wirtschaft, Innovation, Digitalisierung und Energie NRW (2021–2023: Personal) rekrutiert werden. DGINA e. V. (2020–2024: Studienförderung), die Björn Steiger Stiftung (2020–2021: Studienförderung) und die Binz-Stiftung (2020: IT-Ausbau). – Gesellschafter der Radio Gesundheitswelle. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Ärztlicher Leiter, Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine Universität | Mitgliedschaften: AGNNW (Fortbildungsbeauftragter, Vorstandsmitglied), DGINA (Sprecher Arbeitsgruppe Schockraum), DGAI (Stv. Sprecher Sektion Notfallmedizin

und WAK Zentrale Notaufnahme), DSG (Mitglied), DIVI (Mitglied), AGSWN (Mitglied). **E. Diehl-Wiesenecker:** A. Finanzielle Interessen: Forschungsförderung zur persönlichen Verfügung: BIH-DHA Programm der Charité (METIS-Projekt), BMBF (PAGE-Projekt), Alnylam Germany (Akute Porphyrias Emergency Department Awareness Project). – Kostenerstattung als Referent EUSEM-, DGINA-, DGAIN-, IPNET-, DGP-Kongresse, Kostenerstattung als Referent/Teilnehmer von Inflammix Inc., Gentian Diagnostics, Alnylam Germany, Referentenhonorare (auf Drittmittelkonto) für Webinare, Vorträge und ein Interview von Alnylam Germany und Medizin PR. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Oberärztin Zentrale Notaufnahme Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin | Mitgliedschaften: DGINA, DGP, DGVS, BDI, EUSEM | Mitglied in AG Ethik der DGINA, AG Ethik der EUSEM; Sprecherin der AG Intensiv- und Notfallversorgung der DGP. **V. Weber:** A. Finanzielle Interessen: V. Weber gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Medizinstudent im PJ, Charité – Universitätsmedizin Berlin | Mitgliedschaften: DGINA, EUSEM, DIVI, DGAI, BDI. **M. Neukirchen:** A. Finanzielle Interessen: Forschungsförderung zur persönlichen Verfügung: BMBF, EU Horizon, BMG, DFG. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Angestellte:r Arzt: Universitätsklinikum Düsseldorf | Mitgliedschaft: Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin | Vorstandsmitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. **M. Schallenburg:** A. Finanzielle Interessen: M. Schallenburg gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Professorin für Pflege an der Hochschule Flensburg | Mitgliedschaften: DG Palliativmedizin, DG Pflegewissenschaft. **B. Feddersen:** A. Finanzielle Interessen: Als Referent für Advance Care Planning Kurse habe ich ein Referentenhonorar und Kostenerstattungen erhalten. – Referent für palliativmedizinische Themen und Advance Care Planning an der Christophorus Akademie der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, des LMU Klinikum München. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Oberarzt des SAPV Teams der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München | Mitgliedschaften: ACP-Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutsche Gesellschaft für Neurologie. **L. Böhm:** A. Finanzielle Interessen: L. Böhm gibt an, dass kein finanzieller Interessenkonflikt besteht. – B. Nichtfinanzielle Interessen: Leitender Oberarzt der Notaufnahme des Universitätsklinikums Düsseldorf | Sprecher der AG Ethik der Deutschen Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA) e. V.

**Wissenschaftliche Leitung.** Die vollständige Erklärung zum Interessenkonflikt der Wissenschaftlichen Leitung finden Sie am Kurs der zertifizierten Fortbildung auf [www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme).

**Der Verlag** erklärt, dass für die Publikation dieser CME-Fortbildung keine Sponsorengelder an den Verlag fließen.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

## Literatur

1. Gries A, Schrimpf MA, von Dercks N (2022) Hospital Emergency Departments—Utilization and Resource Deployment in the Hospital as a Function of the Type of Referral. Dtsch Arztebl Int 119:640–646. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0276>
2. Köstenberger M, Neuwersch S, Weixler D et al (2019) Prevalence of palliative care patients in emergency departments. Wien Klin Wochenschr 131:404–409
3. Poláková K, Brydlová H, Uhlíř M et al (2024) Calling emergency medical services for terminally ill patients: a qualitative study exploring reasons why informal caregivers make the call. Eur J Emerg Med 31:195. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000001119>



4. Dasch B, Zahn PK (2021) Place of Death Trends and Utilization of Outpatient Palliative Care at the End of Life. *Dtsch Arztebl Int*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0124>
5. Michels G, Dutzmann J, Duttge G et al (2022) Ethische Ad-hoc-Entscheidungsfindung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin: Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN). *Med Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 117:85–90. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00897-y>
6. Dehina N, Neukirchen M, Diehl-Wiesenecker E et al (2023) Versorgung sterbender PatientInnen in der Notaufnahme. *Med Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 119:97–104. <https://doi.org/10.1007/s00063-023-01061-4>
7. Schumann C, Wiege S (2022) Indikation, Einwilligung und Therapielimitierung in der Akutmedizin. *Anaesthesist* 71:159–167. <https://doi.org/10.1007/s00101-021-01052-0>
8. Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J et al (2021) Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN. *Med Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 116:281–294. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00794-4>
9. Bekelman JE, Halpern SD, Blankart CR et al (2016) Comparison of Site of Death, Health Care Utilization, and Hospital Expenditures for Patients Dying With Cancer in 7 Developed Countries. *JAMA* 315:272. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18603>
10. Hoffmann F, Allers K (2021) Krankenhausaufenthalte von Pflegeheimbewohnern in der letzten Lebensphase: eine Analyse von Krankenkassenroutinedaten. *Z Gerontol Geriatr* 54:247
11. Deutsches Ärzteblatt (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/grundsatzeder-bundesaerztekammer-zur-aerztlichen-sterbebegleitung-5979d495-ec93-424e-9ad9-d06b94e73b21>. Zugegriffen: 10. Okt. 2025
12. Neitzke G (2019) Ermittlung des Patientenwillens. *Anästh Intensivmed Notfallmedizin Schmerzther* 54:474–483
13. Böhm L, Schwartz J, Michael M et al (2023) Befragung zum Vorhandensein palliativmedizinischen Wissens sowie palliativmedizinischer Strukturen in deutschen Notaufnahmen. *Anaesthesiol* 72:863–870. <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01356-3>
14. Weber V, Hübner A, Pflock S et al (2024) Advance directives in the emergency department—a systematic review of the status quo. *BMC Health Serv Res* 24:426
15. Meier S (2019) Konventionelle Patientenverfügung im Krankenhaus – ein nicht eingelöstes Versprechen. *Behandl. Im Voraus Plan. Konzept Zur Förd. Einer Patientenzentrierten Gesundheitsversorgung*
16. Nauck F, Marckmann G (2018) Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin. *Ains-anästhesiol Intensivmed Notfallmedizin Schmerzther* 53:62–70
17. Götze K, Feddersen B, in der Schmitten J, Marckmann G (2023) Advance Care Planning in Germany. *Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswes* 180:127–132. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.05.005>
18. Petri S, Zwißler B, in der Schmitten J, Feddersen B (2022) Behandlung im Voraus Planen – Weiterentwicklung der Patientenverfügung. *Internist* 63:533–544
19. Feddersen B, Petri S, Götze K et al Integrierte Notfallplanung: Mehr Sicherheit in der Notfallmedizin durch Advance Care Planning („Patientenverfügung plus“). *Notfallmedizin Up2date*
20. Götze K, Bausewein C, Feddersen B et al (2022) Effectiveness of a complex regional advance care planning intervention to improve care consistency with care preferences: study protocol for a multi-center, cluster-randomized controlled trial focusing on nursing home residents (BEVOR trial). *Trials* 23:1–23. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06576-3>
21. Tenge T, Neukirchen M (2023) Vorsorgeinstrumente für den rettungsdienstlichen Notfall. *Anaesthesiol* 72:1–5. <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01323-y>
22. Dutzmann J, Michalsen A, Duttge G et al (2023) Ehegattennotvertretungsrecht: Eine Handreichung der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI). *DMW – Dtsch Med Wochenschr* 148:499–502. <https://doi.org/10.1055/a-2017-0878>
23. Duttge G, Chabiera PJ (2023) Ausgewählte juristische Aspekte der Therapiebegrenzung. *Med Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 118:598–608. <https://doi.org/10.1007/s00063-023-01065-0>
24. Bundesärztekammer (2022) Formular Ehegattennotvertretung. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Service/Ehegattennotvertretungsrecht\\_BMJV-Formular\\_Stand\\_August\\_2022.docx](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Service/Ehegattennotvertretungsrecht_BMJV-Formular_Stand_August_2022.docx). Zugegriffen: 21. Okt. 2025
25. Schumann C, Wiege S (2022) Indikation, Einwilligung und Therapielimitierung in der Akutmedizin. *Anaesthesist* 71:159–167. <https://doi.org/10.1007/s00101-021-01052-0>
26. Hanning J, Walker KJ, Horrigan D et al (2019) Review article: Goals-of-care discussions for adult patients nearing end of life in emergency departments: A systematic review. *Emerg Med Australas* 31:525–532
27. Ouchi K, George N, Schuur JD et al Goals-of-Care Conversations for Older Adults With Serious Illness in the Emergency Department: Challenges and Opportunities. *Ann Emerg Med* 74:276–284. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.01.003>
28. Baxter R, Fromme EK, Sandgren A (2022) Patient Identification for Serious Illness Conversations: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 19:4162. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074162>
29. Grudzen CR, Emlert LL, Kuntz J et al (2016) EM Talk: communication skills training for emergency medicine patients with serious illness. *BMJ Support Palliat Care* 6:219–224. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-000993>
30. Aaronson EL, White BA, Black L et al (2019) Training to Improve Communication Quality: An Efficient Interdisciplinary Experience for Emergency Department Clinicians. *Am J Med Qual* 34:260–265. <https://doi.org/10.1177/1062860618799936>
31. Fandler M, Lorenz J, Wolff J et al (2025) Facharztweiterbildung Notfallmedizin: Entwicklung eines umfassenden Weiterbildungs-Curriculums. *Notf Rettungsmedizin*. <https://doi.org/10.1007/s10049-025-01540-5>
32. Jöbges S, Seidlein A-H, Knochel K et al (2024) Zeitlich begrenzter Therapieversuch („time-limited trial“, TLT) auf der Intensivstation. *Med Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 119:291–295. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01112-4>
33. Neitzke G, Böll B, Burchardi H et al (2017) Dokumentation der Therapiebegrenzung: Empfehlung der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN). *Med Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 112:527–530. <https://doi.org/10.1007/s00063-017-0321-x>
34. Ratliff M, Neumann J-O (2016) Entscheidungskonflikte mit Angehörigen auf der Intensivstation. *Med Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 111:638–643. <https://doi.org/10.1007/s00063-015-0109-9>
35. Jansky M, Owusu-Boakye S, Nauck F (2019) “An odyssey without receiving proper care” – experts’ views on palliative care provision for patients with migration background in Germany. *BMC Palliat Care* 18:8. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0392-y>
36. Benesch M, Kramm C, Tippelt S (2025) Palliativversorgung von Menschen mit kulturell und sprachlich diversem Hintergrund. *Monatsschr Kinderheilkd* 173:837–841. <https://doi.org/10.1007/s00112-025-02216-7>
37. Schumann C, Wiege S (2022) Arzthaftung und Strafrecht in der Akutmedizin. *Med Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 117:312–320. <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00920-w>
38. Bielinska A-M, Soosaipillai G, Riley J et al (2022) Views of advance care planning in older hospitalized patients following an emergency admission: A qualitative study. *PLoS ONE* 17:e273894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273894>
39. Pajka SE, Hasdianda MA, George N et al (2021) Feasibility of a Brief Intervention to Facilitate Advance Care Planning Conversations for Patients with Life-Limiting Illness in the Emergency Department. *J Palliat Med* 24:31–39. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0067>

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.



## Therapiezielermittlung, Vorsorgeplanung und Gesprächsführung in der Notaufnahme

Zu den Kursen dieser Zeitschrift: Scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf [www.springermedizin.de/kurse-notfall-und-rettungsmedizin](http://www.springermedizin.de/kurse-notfall-und-rettungsmedizin)

**? Wie hoch ist Anteil der in deutschen Notaufnahmen behandelten Patient:innen mit palliativmedizinischem Behandlungsbedarf?**

- ☐ 1–2 %
- ☐ 3–5 %
- ☐ Bis zu 10 %
- ☐ 15–20 %
- ☐ Über 25 %

**? Was ist Voraussetzung dafür, dass eine medizinische Maßnahme indiziert ist?**

- ☐ Die Maßnahme wurde von Angehörigen gewünscht.
- ☐ Sie entspricht dem aktuellen medizinischen Standard.
- ☐ Sie wird regelmäßig in ähnlichen Situationen angewendet.
- ☐ Sie ist geeignet, ein realistisches, patient:innenbezogenes Therapieziel zu erreichen.
- ☐ Sie wird im Krankenhaus leitliniengerecht angeboten.

**? Welche der folgenden Aussagen zur Indikationsstellung ist korrekt?**

- ☐ Eine Maßnahme ist indiziert, wenn sie geeignet ist, ein realistisches Therapieziel zu erreichen.
- ☐ Eine Maßnahme ist dann indiziert, wenn sie gewünscht wird.
- ☐ Eine Maßnahme ist immer indiziert, wenn sie leitliniengerecht ist.
- ☐ Eine Maßnahme ist indiziert, wenn sie Leben verlängert – unabhängig vom Zustand.
- ☐ Eine Maßnahme ist indiziert, wenn sie in der Notaufnahme rasch verfügbar ist.

**? Was kann, im Sinne des Beitrags, zur Überversorgung in den letzten Lebensmonaten beitragen?**

- ☐ Eine klare Dokumentation des Therapieziels
- ☐ Frühzeitige palliativmedizinische Einbindung bei lebenslimitierenden Erkrankungen
- ☐ Fehlende Vorausplanung und ungeklärter Patient:innenwille
- ☐ Verzicht auf Krankenhausaufnahme bei terminaler Erkrankung
- ☐ Einsatz von Advance Care Planning (ACP)

**? Welche der folgenden Aussagen zum Patient:innenwille ist korrekt?**

- ☐ Er ist nur dann bindend, wenn er den Empfehlungen des Behandlungsteams entspricht.
- ☐ Er darf im Notfall ignoriert werden, wenn die Zeit knapp ist.
- ☐ Auch scheinbar unvernünftige Entscheidungen einwilligungsfähiger Patient:innen sind verbindlich.
- ☐ Er gilt nur, wenn dieser schriftlich festgehalten wird.
- ☐ Angehörige dürfen bei Bewusstlosigkeit überstimmen.

**? Worin besteht ein zentraler Unterschied zwischen ACP-Dokumenten und klassischen Patient:innenverfügungen?**

- ☐ ACP-Dokumente gelten nur im Krankenhaus.
- ☐ ACP-Dokumente erfassen Behandlungswünsche für unterschiedliche klinische Situationen.
- ☐ Patient:innenverfügungen müssen notariell beglaubigt sein, ACP-Dokumente nicht.

### Informationen zur zertifizierten Fortbildung

**Ärzte:** Diese Fortbildung wurde von der Ärztekammer Nordrhein für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ gemäß § 5 ihrer Fortbildungsordnung mit 3 Punkten (Kategorie D) anerkannt und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

**Anerkennung in Österreich:** Für das Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die von deutschen Landesärztekammern anerkannten Fortbildungspunkte aufgrund der Gleichwertigkeit im gleichen Umfang als DFP-Punkte anerkannt (§ 14, Abschnitt 1, Verordnung über ärztliche Fortbildung, Österreichische Ärztekammer (ÖAK) 2013).

**Rettungsdienstfachpersonal:** Die Fortbildung für das Rettungsdienstfachpersonal wird durch das jeweils zuständige Landesrettungsdienstgesetz geregelt, wonach die Anerkennung den jeweils zuständigen Ausbildungsstätten obliegt. Die Teilnahmebescheinigung dieser Fortbildung ist dem Arbeitgeber zur Prüfung der Anerkennung vorzulegen.

*Es gelten folgende Anerkennungen:*

- Der Malteser Hilfsdienst erkennt 1,5 Fortbildungsstunden bei erfolgreichem Abschluss dieser Fortbildung an. Es wird ein Umfang von max. 10 Fortbildungsstunden jährlich für dieses Fortbildungsformat anerkannt.

- Die Akademie für Rettungsdienst und Gefahrenabwehr der Landesfeuerwehrschule erkennt 3 Fortbildungsstunden pro erfolgreichem Abschluss einer Fortbildung an.
- Die Feuerwehr München/Branddirektion erkennt 3 Fortbildungsstunden pro erfolgreichem Abschluss einer Fortbildung an.

**Hinweise zur Teilnahme:**

- Die Teilnahme an dem zertifizierten Kurs ist nur online auf [www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme) möglich.
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate. Den Teilnahmeschluss finden Sie online beim Kurs.
- Die Fragen und ihre zugehörigen Antwortmöglichkeiten werden online in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.
- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden.
- Teilnehmen können Abonnenten dieser Fachzeitschrift und e.Med- und e.Dent

- Klassische Patient:innenverfügungen werden ausschließlich von Angehörigen ausgefüllt.
- ACP-Dokumente sind ausschließlich für onkologische Erkrankungen vorgesehen.

**? Welche Aussage zum Anwendungsbereich des Ehegattennotvertretungsrechts ist falsch?**

- Es gilt in gesundheitlichen Angelegenheiten.
- Es kann für maximal 6 Monate ausgeübt werden.
- Das Behandlungsteam muss vor der Anwendung überprüfen, dass alle notwendigen juristischen Voraussetzungen erfüllt sind.
- Es greift bei akuter Einwilligungsunfähigkeit, wenn keine Vorsorgeinstrumente bestehen oder Gesundheitsbevollmächtigte benannt sind.
- Es erfordert die ärztliche Bestätigung auf einem speziellen Formular.

**? Wie muss bei einem bewusstlosen 65-jährigen Patienten mit einer metastasierten malignen Erkrankung (Prostatakarzinom mit Wirbeläulenmetastasen) und einer akuten Lungenentzündung bei der Therapieentscheidung vorgegangen werden, wenn der Patient:innenwille nicht ermittelt werden kann?**

- Alle verfügbaren medizinischen Möglichkeiten müssen ausgeschöpft werden.
- Es ist automatisch eine Maximaltherapie durchzuführen.
- Alle medizinisch indizierten, verhältnismäßigen und zumutbaren Maßnahmen sollen durchgeführt werden.
- Die Entscheidung wird vertagt, bis gerichtlich ein:e Betreuer:in benannt wird.
- Die Angehörigen treffen die Entscheidung eigenständig.

**? Sie behandeln eine 85-jährige Patientin mit beginnender demenzieller Erkrankung, die wegen einer Lungenentzündung zur Einleitung einer Beatmungstherapie auf eine Intensivstation aufgenommen werden müsste. Welche der folgenden Vorgehensweisen sind für ein gutes Therapiezielgespräch mit den Angehörigen am wenigsten geeignet?**

- Das Gespräch sollte in einem störungsfreien Raum abgehalten werden, um eine konzentrierte und vertrauensvolle Atmosphäre zu ermöglichen.
- Vor Beginn des Gesprächs sollten Pieper und Telefone abgegeben oder stumm geschaltet werden, um Unterbrechungen zu vermeiden.
- Zu Beginn des Gesprächs sollten sich alle Anwesenden vorstellen und ihre Funktion bzw. Beziehung zur Patient:in benennen.
- Das Gespräch sollte mit einer konkreten Therapievorgabe eröffnet werden.
- Es sollte ein klarer zeitlicher Rahmen für das Gespräch benannt werden, um Orientierung zu geben und Erwartungen zu klären.

**? Wie sollte vorgegangen werden, wenn zum Zeitpunkt des Therapiezielgesprächs noch keine klare Prognose gestellt werden kann und keine Ermittlung des mutmaßlichen Willens hinsichtlich akut indizierter Maßnahmen gelingt?**

- Eskalation der Entscheidung auf die Klinikleitung
- Dokumentation der ärztlichen Empfehlung mit dem Vermerk, dass diese ohne Zustimmung der Zugehörigen durchgeführt wird
- Durchführung aller Maßnahmen ohne Einschränkung
- Vereinbarung eines zeitlich begrenzten Therapieversuchs
- Abbruch der Behandlung und Entlassung der/des Patient:in in die ambulante Versorgung