

Notfall Rettungsmed
<https://doi.org/10.1007/s10049-026-01746-1>
 Eingegangen: 13. Januar 2026
 Angenommen: 25. März 2026

© The Author(s) 2026



Die Integrierte Notfallplanung – Chancen und Grenzen in der Akut- und Notfallmedizin

Gemeinsames Positionspapier der AG Notfall- und Intensivversorgung der DGP, AG Ethik der DGINA, Sektion Ethik der DIVI, DBRD, BAND, Sektion Palliativmedizin der DGAI, AG Palliativmedizin der DGIIN

L. Böhm^{1,2,3} · E. Diehl-Wiesenecker^{2,3,4,5,6} · P. Gretenkort^{7,8} · S. Grautoff^{8,9,10} · C. Wiese^{11,12} · C. Scheltz¹³ · M. Stanley¹⁴ · J. Eggardt^{15,16} · M. Klein¹⁷ · A. Scherg^{3,18} · M. Neukirchen^{3,19,20}

¹ Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ² Arbeitsgruppe „Ethik“, Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA), Berlin, Deutschland; ³ Arbeitsgruppe „Notfall- und Intensivversorgung“, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Berlin, Deutschland; ⁴ Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Freie Universität und Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland; ⁵ Palliativmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland; ⁶ Vorstand, Advance Care Planning Deutschland e. V., Frankfurt, Deutschland; ⁷ Simulations- und Notfallakademie, Helios Klinikum Krefeld, Krefeld, Deutschland; ⁸ Wissenschaftliche Sektion Ethik, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Berlin, Deutschland; ⁹ Abteilung Rettungsdienst, Kreis Herford, Amt für Bevölkerungsschutz, Herford, Deutschland; ¹⁰ Zentrale Notaufnahme Klinikum Herford, Kreiskliniken Herford-Bünde, Herford, Deutschland; ¹¹ Anästhesie und Intensivmedizin, Herzogin-Elisabeth-Hospital Braunschweig, Braunschweig, Deutschland; ¹² Sektion „Palliativmedizin“, Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI), Nürnberg, Deutschland; ¹³ Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND), Herford, Deutschland; ¹⁴ Deutscher Berufsverband Rettungsdienst (DBRD), Lübeck, Deutschland; ¹⁵ Klinik für Nephrologie und internistische Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Freie Universität und Humboldt Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland; ¹⁶ Arbeitsgruppe „Palliativmedizin“, Deutsche Gesellschaft für internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN), Berlin, Deutschland; ¹⁷ Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation, Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland; ¹⁸ Palliativmedizin, Elbe Kliniken Stade, Stade, Deutschland; ¹⁹ Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland; ²⁰ Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland

Die Autoren L. Böhm und E. Diehl-Wiesenecker trugen in gleichem Maße bei.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hinführung zum Thema

Problem: Entscheidungsfindung im Notfall

Grundlage jeder medizinischen Maßnahme sind die *Indikation* und die *Übereinstimmung mit dem Patient:innenwillen* [1]. Nur wenn beide Voraussetzungen vorliegen, ist die Durchführung rechtlich zulässig und erfüllt nicht den Tatbestand der Körperverletzung (§ 323 Abs. 1 StGB; §§ 223 ff. StGB). In der Notfallmedizin müssen häufig weitreichende Therapieentscheidungen – wie z.B. Einleitung

oder Abbruch einer Reanimation – unter erheblichem Zeitdruck getroffen werden. Zu diesem Zeitpunkt ist die diagnostische Abklärung meist noch unvollständig, Vorinformationen sind begrenzt und die Erfolgsaussichten der Maßnahmen oft unklar.

Erschwerend ist bei nicht einwilligungsfähigen Patient:innen, besonders mit lebenslimitierenden und/oder chronischen Erkrankungen, der Wille hinsichtlich invasiver Maßnahmen oft unklar und kann in der Akutsituation nicht immer verlässlich ermittelt werden [2].

In solchen Fällen kommt vorausverfügbaren Festlegungen eine zentrale Bedeutung zu. Sind sie auf die aktuelle Situation anwendbar, stellen sie einen rechtsverbindlichen Ausdruck des Patient:innenwillens dar (Patientenrechtegesetz, § 630d Abs. 1 Satz 2 und 4 BGB; Patientenverfügungsgesetz, §§ 1827 f. BGB). Allerdings erweisen sich in diesen Situationen die „klassischen Patientenverfügungen“ häufig als wenig hilfreich [3], denn nur etwa jede:r vierte bis fünfte Notaufnahmepatient:in hat ein derartiges Dokument verfasst, und bei weniger als einem Fünftel davon ist es vor Ort verfügbar [4]. Zudem sind sie aufgrund komplizierter Formulierungen nicht schnell erfassbar, oft nicht an veränderte Lebensumstände angepasst und durch die häufige Fokussierung auf den unmittelbaren Sterbeprozess nur eingeschränkt auf die aktuelle Situation übertragbar [5]. Die Umsetzung wird zudem durch Unsicherheiten zur rechtlichen Verbindlichkeit für verschiedene Berufsgruppen erschwert. Dies betrifft insbesondere die Frage, inwieweit nichtärztliche Angehörige der Heilberufe rechtlich geschützt sind, wenn sie auf Grundlage einer dokumentierten Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen auf entsprechende Interventionen verzichten [6, 7]. Wenn in einer Patientenverfügung kategorisch lebensrettende Maßnahmen abgelehnt werden, so wird es auch nichtärztlichen Angehörigen der Heilberufe möglich sein, auf die Einleitung von Maßnahmen zu verzichten. Wenn nur dann auf Maßnahmen verzichtet werden soll, sobald die Aussichtslosigkeit der Intervention festgestellt wird, ist eine ergänzende ärztliche Einschätzung (z. B. auch durch Telemedizin) sicherlich äußerst hilfreich, um der gemeinsamen Entscheidung größtmöglichen Rückhalt zu geben. Ebenso besteht mitunter die Fehlvorstellung, dass ein Notruf grundsätzlich als Ausdruck eines Lebenswillens zu werten sei und zuvor getroffene Verfügungen außer Kraft setze. Eigene aktuelle Daten aus einer bundesweiten Befragung bestätigen dies: Nur 18% der $n=784$ befragten Fachkräfte hatten in der letzten relevanten Notfallsituation Zugriff auf ein vorausverfügbares Dokument, das zudem häufig unvollständig oder unklar war [8].

Die Durchführung jeder medizinischen Maßnahme braucht eine Indikation und muss vom Patient:innenwillen gedeckt sein. In Notfallsituationen stehen jedoch häufig nur unvollständige Informationen zur Verfügung, sodass insbesondere am Lebensende das Risiko einer Übertherapie besteht, wenn medizinische Maßnahmen ohne realistische Erfolgsaussichten oder gegen den mutmaßlichen Willen eingeleitet werden. Umgekehrt kann es zu einer Untertherapie kommen, wenn z. B. aufgrund einer lebenslimitierenden Erkrankung postuliert wird, dass lebenserhaltende Maßnahmen nicht mehr gewünscht würden, oder eine nicht auf die Notfallsituation zutreffende Patientenverfügung fälschlich als allgemeine Ablehnung lebenserhaltender Therapien interpretiert wird. Die Integrierte Notfallplanung als Ergebnis eines Advance-Care-Planning-Prozesses bietet eine Lösung, indem basierend auf persönlichen Wertvorstellungen und einer Therapiezielklärung Festlegungen für den Notfall getroffen werden, die eine dem Willen entsprechende Versorgung sicherstellen. Um das Konzept jedoch in die flächendeckende Versorgung zu überführen und zukunftssicher zu gestalten, ist eine Weiterentwicklung hin zu einem umfassenden Konzept aus Dokument, Schulungen und einer digitalen Anbindung an die elektronische Patient:innenakte notwendig sowie eine breite Konsentierung aller beteiligten Stakeholder. Das vorliegende Dokument formuliert hierfür entsprechende Empfehlungen.

Schlüsselwörter

Advance Care Planning · Übertherapie · Therapieziel · Lebensende · Notfallversorgung

Folgen

Werden Therapieentscheidungen auf Basis unvollständiger Informationen getroffen, besteht das Risiko, dass die gewählten Maßnahmen nicht geeignet sind, Überleben oder Lebensqualität relevant zu verbessern, und im ungünstigen Fall mehr Schaden als Nutzen verursachen. Umgekehrt kann bei bestehender medizinischer Indikation, jedoch fehlenden oder nicht anwendbaren Festlegungen, „*in dubio pro vita*“ eine maximalinvasive Therapie (z. B. Intubation oder kardiopulmonale Reanimation) erfolgen, obwohl diese abgelehnt worden wäre. Diese sog. *Übertherapie* stellt nicht nur für Patient:innen und Zugehörige eine Belastung dar [9], sondern durch inadäquate Bindung rettungsdienstlicher oder notfall- und intensivmedizinischer Ressourcen für das Gesundheitssystem als Ganzes. Für *Mitarbeitende* kann es gravierende Folgen haben, wenn ungewollte oder nicht indizierte Maßnahmen aus Sorge vor rechtlichen Konsequenzen durchgeführt werden. Schlimmstenfalls entstehen moralischer Stress, „*moral injury*“ oder Burn-out. Verlassen Fachkräfte aus diesem Grund den Beruf, verschärft dies den bestehenden Personalmangel [10].

Auf der anderen Seite besteht in Akutsituationen und unter Zeitdruck auch

das Risiko einer *Unterversorgung*. Dabei werden eigentlich indizierte Maßnahmen unterlassen, weil der mutmaßliche Patient:innenwille nicht ausreichend geklärt wurde, beispielsweise wenn eine nicht auf die Notfallsituation zutreffende Patientenverfügung fälschlich als allgemeine Ablehnung lebenserhaltender Therapien interpretiert wird.

Bedarf

Um in Notfallsituationen bei nicht einwilligungsfähigen Patient:innen allen an der Versorgung Beteiligten Handlungssicherheit zu geben, ist ein *kompaktes, standardisiertes* Instrument erforderlich, das Behandlungswünsche der betroffenen Person unabhängig von bestehenden und ggf. prognostisch relevanten Erkrankungen klar dokumentiert und zudem die Möglichkeit bietet, bei Patient:innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen angepasste Therapiestrategien festzulegen.

Lösungsansätze

Als lokale Antwort wurden bundesweit zahlreiche sog. *Notfall-* oder auch *Palliativausweise/-bögen* entwickelt. Diese enthalten meist Ankreuzoptionen zu Reanimation, Intubation, intensivmedizinischer oder stationärer Behandlung, die durch ei-

Infobox 1

Advance Care Planning (ACP)

Bei ACP werden Menschen unabhängig von Alter und Gesundheitszustand befähigt, auf der Basis eigener Werte Ziele und Präferenzen für zukünftige medizinische Behandlung und Versorgung zu definieren und mit Zugehörigen und Gesundheitsfachpersonen zu reflektieren [16–18]. Dies ist keineswegs auf Behandlungswünsche am Lebensende beschränkt, sondern als kontinuierlicher personenzentrierter Gesprächsprozess zu verstehen, dessen Ergebnisse dokumentiert und regelmäßig reevaluiert werden [19].

Die strukturierte Vorausplanung erfolgt für folgende gesundheitliche Krisensituationen:

- Akute Einwilligungsunfähigkeit im Notfall
- Einwilligungsunfähigkeit unklarer Dauer
- Dauerhafte Einwilligungsunfähigkeit

ACP erfolgt durch zertifizierte Gesprächsbegleiter:innen in mehrstufigen Gesprächen. Für Menschen in Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen können die entstehenden Kosten mit den Krankenkassen abgerechnet werden [20].

Durch ACP konnte sowohl international [21] als auch in Deutschland [22] die Zahl aussagekräftiger Patient:innenverfügungen und insbesondere Notfallbögen gesteigert werden. Hierzulande steht der Wirksamkeitsnachweis im Sinne einer reduzierten Hospitalisierungsrate allerdings noch aus, nicht zuletzt, weil die entsprechende Machbarkeitsstudie durch die COVID-19-Pandemie erheblich beeinträchtigt wurde [22].

Besonderheit und Innovation der INP gegenüber den o. g. Notfallausweisen sind die Erfassung der Werte der betreffenden Person in der „Standortbestimmung zur Therapiezielklärung“, die das Fundament für die Festlegungen bilden, sowie die Berücksichtigung der besonderen Umstände im Falle einer lebenslimitierenden Prognose. Wenn die behandelnden Ärzt:innen lebenserhaltende Maßnahmen als aussichtslos einschätzen, können sie die fehlende Indikation dokumentieren und eine rein symptomlindernde Therapie – wenn möglich ohne Krankenhausaufenthalte – festlegen [15].

Um ihre Verbreitung zu erleichtern, wird die INP in einem verkürzten ACP-Prozess erstellt [12]. Darüber hinaus ist das Formular für Ärzt:innen über DocCheck® (DocCheck AG, Köln, Deutschland) ([15], s. QR-Code) kostenfrei abrufbar, vor der Nutzung wird allerdings eine Schulung empfohlen. Andere Berufsgruppen benötigen ei-

ne Qualifikation als INP-Gesprächsbegleiter:in, um das Dokument ausstellen zu können.

Um den anwendenden Berufsgruppen Sicherheit zu bieten, wurde die Veröffentlichung um eine ausführliche rechtliche Einordnung ergänzt [12].

Kritische Würdigung

Die Autor:innen bewerten die Einführung der INP als einen bedeutsamen und überfälligen Schritt. Durch ihre einheitliche Struktur und den klar definierten Handlungsrahmen schafft sie verlässliche Orientierung und Sicherheit bei der Umsetzung des Therapieziels, insbesondere bei rein symptomlindernder Versorgung. Die Möglichkeit, das Fehlen einer Indikation für lebenserhaltende Maßnahmen festzuhalten, schließt eine von der Autor:innengruppe immer wieder adressierte Lücke.

Zusätzlich könnte die vorgegebene Struktur Ärzt:innen in der Notfallsituation helfen, im Falle fehlender Vorsorgedokumente zielgerichtet mit Zugehörigen über den mutmaßlichen Willen zu sprechen.

Herausforderungen und offene Fragen

Gleichzeitig besteht bei einigen Aspekten noch Klärungs- und Entwicklungsbedarf. Dies betrifft zunächst das Dokument selbst: Zwar bietet das DIN-A4-Format ausreichend Platz für differenzierte Angaben, ist allerdings für das Mitführen im Alltag eher ungeeignet. Deshalb sollte geprüft werden, inwieweit die Verfügbarkeit im Notfall durch eine zusätzliche kompakte Variante (z. B. DIN A6, wie in zahlreichen regionalen Konzepten etabliert) gewährleistet werden kann. Dabei muss allerdings sichergestellt werden, dass beide Dokumente jederzeit auf dem gleichen Stand sind, um Verwechslungen zu vermeiden. Weiterhin bedarf es dringend einer *digitalen Integration*, etwa über den Notfalldatensatz der elektronischen Patient:innenakte (ePA). Dabei muss in die zukünftigen Weiterentwicklungen miteinbezogen werden, dass auch Mitarbeitende des Rettungsdiensts ohne elektronischen Heilberufsausweis Zugriff benötigen. Zudem sollte das Dokument

einer sorgfältigen Prüfung unter den Gesichtspunkten *Gebrauchstauglichkeit*, *Barrierefreiheit* und *Geschlechtergerechtigkeit* unterzogen werden.

Für die *Erstellung* der INP ist zunächst entscheidend, ob sie den Patient:innenwillen dokumentiert oder eine ärztlich begründete Therapielimitierung aufgrund fehlender Erfolgsaussichten abbildet. Ersteres kann nun in Einzelfällen auch ohne vorausgehendes Gespräch zur Standortbestimmung sinnvoll sein, etwa bei Patient:innen mit weit fortgeschrittenen lebenslimitierenden Erkrankungen, die keine lebenserhaltenden Maßnahmen wünschen, ein solches Gespräch jedoch als belastend oder überfordernd empfinden könnten. Zweites ist derzeit nur für Kategorie C („Linderung, nicht Lebenserhaltung“) vorgesehen. Zukünftig wäre eine differenzierte Darstellung der Indikationsseite wünschenswert, um entweder einer gemeinsamen Entscheidung mehr Gewicht zu verleihen oder um einen Dissens zwischen Patient:innenwunsch und ärztlich als realistisch eingeschätzten Therapiezielen abbilden zu können. Dabei ist noch zu klären, wie dies formal dokumentiert und rechtlich abgesichert werden sollte: Eine Unterschrift der Patient:in bzw. gesundheitsbevollmächtigten Person stellt sicher, dass diese mit den dokumentierten Konzepten einverstanden sind. Bei Dissens ist hingegen zu erwarten, dass das Dokument im Notfall nicht vorgelegt wird und damit seine intendierte Wirkung verliert. Deshalb sollten die Betroffenen frühzeitig einbezogen werden und ein gemeinsames Verständnis hergestellt werden. Ebenfalls zu berücksichtigen ist die wachsende Zahl von Patient:innen mit implantierten *Devices* (Schrittmacher, Kardioverter-Defibrillatoren [ICD]) sowie linksventrikulären Unterstützungssystemen (LVAD). In diesen Fällen sollte auch der Wunsch zur Deaktivierung der Geräte dokumentiert werden können [23].

Aktuell wird für die Erstellung der INP eine *Qualifikation* nach ACP-D-Standard empfohlen. Allerdings dürfte im Falle einer bundesweiten Einführung der erhöhte Bedarf an Gesprächsbegleiter:innen nicht allein durch bestehende Schulungsstrukturen gedeckt werden. Daher sind nicht nur Qualitätsstandards und Zuständigkeiten, sondern auch Finanzierung und der

Umgang mit der Übergangsphase zu definieren. Das Potenzial einer hybriden Umsetzung des bestehenden Train-the-Trainer-Konzepts [24] für die Skalierung in die Breite sollte frühzeitig geprüft werden.

Für Ärzt:innen, die die INP auch ohne die empfohlene Online-Schulung erstellen können, sollten *Umsetzungsempfehlungen*, wie z.B. ausreichende klinische Erfahrung in einem akutmedizinischen Fach oder eine abgeschlossene Facharztausbildung, definiert werden, um ungerechtfertigte Therapielimitierungen oder den Einschluss objektiv nichtindizierter Maßnahmen aufgrund von Unerfahrenheit zu vermeiden.

Der *Schulungs- und Informationsaufwand* für die unterschiedlichen Zielgruppen – Patient:innen sowie Personal aus Rettungsdienst, Kliniken und Pflegeeinrichtungen – muss realistisch eingeschätzt werden. Es braucht an die jeweiligen Bedarfe angepasste sowie möglichst digitale und skalierbare Formate, die in bestehende Strukturen und Finanzierungen integriert werden. Wichtiger Aspekt ist, dass sie unterschiedliche kulturell und sozial geprägte Werte und Haltungen zum Lebensende bei Patient:innen, Zugehörigen, aber auch den Behandelnden berücksichtigen [25].

Die Frage der *Rechtssicherheit* und *Haftung* bedarf einer abschließenden Klärung auf Basis der bereits erfolgten rechtlichen Ausführungen [26, 27]. Insbesondere ist dabei zu klären, inwieweit auch nichtärztliche Angehörige der Gesundheitsberufe rechtssicher die Vorgaben der INP umsetzen können. Um ein möglichst hohes Maß an Sicherheit zu schaffen, sind klare Zuständigkeiten erforderlich, und ggf. eine Nachjustierung der betreffenden Vorgaben durch den Gesetzgeber. Darüber hinaus ist auch zu berücksichtigen, dass sowohl in der Akutversorgung Handelnde – insbesondere Pflegekräfte und Rettungsdienstpersonal – als auch an Beratung und Dokumentation Beteiligte rechtlichen Risiken ausgesetzt sein können, etwa bei fehlerhaft zustande gekommenen oder unzureichend informierten Festlegungen. Um Sicherheit zu schaffen, sind klare Zuständigkeiten erforderlich, und ggf. eine Nachjustierung der betreffenden Vorgaben durch den Gesetzgeber.

Schlussendlich benötigen alle, die Patient:innen in Notfallsituationen, mit chronischen potenziell lebenslimitierenden Erkrankungen oder im fortgeschrittenen Lebensalter behandeln und versorgen, *Wissen über die Grundlagen der Therapiezielermittlung und -umsetzung*. Deshalb müssen diese verbindlich in das Medizinstudium, die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung – nicht nur in der Palliativmedizin, sondern auch in der Allgemeinmedizin sowie in allen Fächern, die o.g. Patient:innen versorgen – und ebenso die Curricula der generalisierten Pflegeausbildung und der Ausbildung für Notfallsanitäter:innen eingebunden werden.

Perspektiven und nächste Schritte

Die INP eröffnet die Chance, die eingangs beschriebenen Probleme in der Notfallversorgung von nicht einwilligungsfähigen Patient:innen nachhaltig zu lösen. Die Autor:innen und beteiligten Fachgesellschaften unterstützen ihre Einführung ausdrücklich, verknüpfen diese Unterstützung jedoch mit der klaren Erwartung, dass die offenen Fragen beantwortet und verbindliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Wir schlagen daher aufbauend auf der exzellenten Vorarbeit von ACP-D die Entwicklung einer *frei verfügbaren, modularen Toolbox* vor. Diese soll neben der INP und einer zu entwickelnden Kompaktversion auch Schulungs-, Technik- und Rechtsbausteine enthalten und so eine bundesweite Skalierung ermöglichen. Wo lokal etablierte Konzepte wie o.g. Notfallausweise bereits bestehen, ist die Toolbox als Angebot gedacht, um noch nicht berücksichtigte Aspekte übernehmen zu können. Die bestehenden Strukturen und funktionierenden Lösungen hingegen sollen beibehalten werden können und nur insofern angepasst werden, als damit eine überregionale Nutzbarkeit ermöglicht wird. Dabei ist die *frühzeitige und verbindliche Einbindung aller relevanten Akteur:innen* aus Rettungsdienst, Notaufnahmen, hausärztlicher sowie Palliativversorgung und der Pflege unter Berücksichtigung der Perspektive von Patient:innenvertretungen und der Rechtswissenschaft essenziell.

Die Entwicklung würde in aufeinander aufbauenden Phasen erfolgen:

- *Bedarfsanalyse* zur Erhebung von Anforderungen, Umsetzungsbarrieren und rechtlichen Unsicherheiten
- *Entwicklung* der Komponenten der INP mit allen o.g. Akteur:innen
- *Konsentierung* und Verabschiedung in Form einer *Leitlinie*

Diese Schritte verlängern zwar den Entwicklungsprozess, gewährleisten jedoch die zukünftige Akzeptanz und Praxistauglichkeit.

Die INP kann ihr volles Potenzial jedoch nur entfalten, wenn sie konsequent in die Regelversorgung überführt wird. Dies erfordert klare *politische und strukturelle Rahmenbedingungen*, etwa durch eine Verankerung in der anstehenden Notfallreform und durch eine gesundheitspolitische Begleitung und Weiterentwicklung der INP. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Kostenträger müssen frühzeitig und verbindlich eingebunden werden, denn die angemessene Vergütung aller Beteiligten – insbesondere der Hausärzt:innen und z.B. ambulanter Pflegedienste – ist Voraussetzung, um eine breite Anwendung zu erreichen. Die bestehende Refinanzierung für Menschen in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe setzt häufig zu spät an und bleibt in ihrer Reichweite auf die genannten Einrichtungen beschränkt. So werden Chancen einer präventiven Vorausplanung für den Notfall verfehlt, denn diese betrifft nicht nur Menschen mit bestehenden Vorerkrankungen, sondern alle in mittlerem und höherem Alter. Ebenso wichtig ist die enge Vernetzung von Rettungsdienst sowie allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (AAPV und SAPV), denn an diesen Schnittstellen entscheidet sich, ob patientenorientierte Behandlungsentscheidungen im Notfall umgesetzt werden können. Die anstehende Notfallreform sollte daher genutzt werden, um diese Kooperationen strukturell und finanziell zu stärken und palliativmedizinische Expertise verbindlich in außerklinische Notfallsituationen einzubinden.

Schlussfolgerung

Die INP ist ein wertvolles Werkzeug, das bei korrekter Anwendung auch in zeitkritischen Situationen sicherstellt, dass Patient:innen genau jene Behandlung erhalten, die ihrem Gesundheitszustand und ihrer Prognose entsprechend angemessen ist und die ihrem Willen entspricht. Diese an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen ausgerichtete Versorgung vermeidet sowohl Über- wie auch Untertherapie am Lebensende.

Auch durch die patient:innenorientierte Steuerung birgt die INP bei breiter Verfügbarkeit erhebliche Chancen: Indem sie unnötige Krankenseinweisungen vermeidet und eine Versorgung im vertrauten Umfeld – beispielsweise durch AAPV und SAPV – ermöglicht, werden Rettungsdienst und Notaufnahmen entlastet.

Indem sie eine belastbare Entscheidungsgrundlage schafft, werden medizinische Fachkräfte vor der Durchführung von ungewünschten oder als sinnlos wahrgenommenen Maßnahmen geschützt, was „moral injury“ und Burn-out vorbeugt und die Arbeitskraft erhält.

Korrespondenzadresse



Dr. med. E. Diehl-Wiesenecker

Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Freie Universität und Humboldt-Universität zu Berlin
Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin, Deutschland
eva.diehl-wiesenecker@charite.de

Biografie

Dr. med. Eva Diehl-Wiesenecker, Jg. 1986, Dr. med., Fachärztin für Innere Medizin, Zusatzbezeichnung Klinische Notfall- und Akutmedizin, Palliativmedizin, Notfallmedizin; Sprecherin der AG Notfall- und Intensivmedizin der deut-

schon Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Mitglied in den Ethik-Arbeitsgruppen der EU-SEM und DGINA und Vorstandsmitglied von ACP Deutschland.

Förderung. Keine.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L. Böhm, E. Diehl-Wiesenecker, P. Gretenkort, S. Grautoff, C. Wiese, C. Scheltz, M. Stanley, J. Eggardt, M. Klein, A. Scherg und M. Neukirchen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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. Schumann C, Wiege S (2022) Indikation, Einwilligung und Therapielimitierung in der Akutmedizin. *Notf Rettungsmedizin* 25:437–447. <https://doi.org/10.1007/s10049-022-01062-4>
2. Böhm L, Schwartz J, Michael M et al (2023) Befragung zum Vorhandensein palliativmedizinischer Strukturen sowie palliativmedizinischer Strukturen in deutschen Notaufnahmen. *Anaesthesiol* 72:863–870. <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01356-3>
3. Grautoff S (2022) Advance directives for health care as a resource for assessing treatment goals in the Emergency Department. *Am J Emerg Med* 55:217–218. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.06.056>
4. 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. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10819-1>
5. Tenge T, Neukirchen M (2023) Vorsorgeinstrumente für den rettungsdienstlichen Notfall. *Anaesthesiol* 72:1–5. <https://doi.org/10.1007/s00101-023-01323-y>

6. In Der Schmitt J, Marckmann G, Diehl-Wiesenecker E, Rixen S (2026) Patientenverfügungen: auch im Notfall rechtssicher. *Notf Rettungsmedizin*. <https://doi.org/10.1007/s10049-026-01717-6>
7. Duttge G, Weimer T, Grautoff S et al (2026) Patientenverfügungen: zwischen Wunsch und Rechts(un)sicherheit! *Notf Rettungsmedizin*. <https://doi.org/10.1007/s10049-026-01718-5>
8. Weber V (2025) Projekt Deutschlandweiter Notfallausweis (-DNA) – wie ist der Bedarf unter Patient:innen und Anwender:innen? (vorläufige Ergebnisse) in: Abstracts der 20. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. *Notf Rettungsmedizin* 28:217–279. <https://doi.org/10.1007/s10049-025-01525-4>
9. 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>
10. 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>
11. Batzler YN, Wetzlar J, Wildner D et al (2025) The role of specialized outpatient palliative care in emergency advance directives: fewer hospitalizations, greater alignment with patient wishes. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 33:147. <https://doi.org/10.1186/s13049-025-01468-2>
12. Feddersen B, Feddersen E, Petri S et al (2025) Advance Care Planning („Patientenverfügung plus“). *Z Für Palliativmedizin* 26:321–338. <https://doi.org/10.1055/a-2732-7182>
13. In der Schmitt J, Rothärmel S, Rixen S et al (2011) Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 2): Neue Perspektiven durch Advance Care Planning und die „Hausärztliche Anordnung für den Notfall“. *Notf Rettungsmedizin* 14:465–474. <https://doi.org/10.1007/s10049-011-1429-9>
14. Alsheimer M, Beier M, Bergmann D et al. Anlagen zum Bayrischen Rahmenkonzept zur Hospiz und Palliativversorgung. Positionspapier AG 1. Version 1.1. https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2025/01/expertenkreis_positonspapier_ag-1.pdf. Aufgerufen am 12.01.2026.
15. Advance Care Planning (ACP) Deutschland (2025) Notfallplanung (INP). <https://www.advancereplanning.de/infos-ressourcen/integrierte-notfallplanung/>. Accessed 12.1.2026
16. Nauck F, Marckmann G, In der Schmitt J (2018) Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin. *AINS - Anästhesiol · Intensivmed · Notfallmedizin · Schmerzther* 53:62–70. <https://doi.org/10.1055/s-0042-118690>
17. Petri S, Zwißler B, In der Schmitt J, Feddersen B (2022) Behandlung im Voraus Planen – Weiterentwicklung der Patientenverfügung: Was die Internistin/der Internist dazu wissen muss. *Internist* 63:533–544. <https://doi.org/10.1007/s00108-022-01333-9>
18. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M et al (2017) Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported

- by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 18:e543–e551. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X)
19. van der Steen JT, de Wit EJ, Visser M et al (2024) How international experts would define advance care planning: a content analysis. *Ann Palliat Med* 13:1409419–1401419. <https://doi.org/10.21037/apm-24-57>
 20. Götzke K, Feddersen B, in der Schmitt J, Marckmann G (2023) Advance Care Planning in Germany. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* 180:127–132. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.05.005>
 21. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ et al (2014) Efficacy of Advance Care Planning: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc* 15:477–489. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.01.008>
 22. Götzke K, Bausewein C, Chernyak N et al (2025) Care consistency with care preferences in nursing homes: A cluster-randomized study of the effects of an advance care planning program (BEVOR). *Dtsch Arztebl Int*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0077>
 23. Michels G, John S, Janssens U et al (2023) Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin: Konsensuspapier der DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGFN, DGNI, DGG, DGAI, DGINA und DG Palliativmedizin. *Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin* 118:14–38. <https://doi.org/10.1007/s00063-023-01016-9>
 24. Götzke K, Feddersen B, Karzig-Roduner I et al (2025) Kap. 41: Mustercurriculum für die Qualifizierung von Trainer*innen für ACP-Gesprächsbegleiter*innen. In: Jox RJ, Krones T, Marckmann G, in der Schmitt J (eds) *Praxisbuch Advance Care Planning: Behandlungsentscheidungen gemeinsam vorausplanen*. Kohlhammer Verlag, pp 443–448
 25. Ratliff M, Neumann JO (2016) Entscheidungskonflikte mit Angehörigen auf der Intensivstation. *Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin* 111:638–643. <https://doi.org/10.1007/s00063-015-0109-9>
 26. in der Schmitt J, Günther A, Rixen S, Marckmann G (2025) Kap. 36: Die Berücksichtigung der „Festlegung für den Notfall“ (FeNo) im Rettungsdienst sowie in der Notfall- und Intensivmedizin. In: Jox RJ, Krones T, Marckmann G, in der Schmitt J (eds) *Praxisbuch Advance Care Planning: Behandlungsentscheidungen gemeinsam vorausplanen*. Kohlhammer Verlag, pp 378–388
 27. Petri S, Prütting J (2021) Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Vorausplanung für zukünftige Behandlungssituationen für nicht einwilligungsfähige Erwachsene – Teil 1: Die Erstellung. *Kranken- und Pflegeversicherung* 05:173–184. <https://doi.org/10.37307/j.2193-5661.2021.06.06>

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

Integrated emergency planning—opportunities and limits in acute and emergency medicine. Joint position paper from the DGP emergency and intensive care working group (WG), DGINA ethics WG, DIVI ethics section, DBRD, BAND, DGAI palliative medicine section, DGIIN palliative medicine WG

Any medical intervention requires a clear clinical indication and must align with the patient's wishes. In emergency situations, however, information is often incomplete, which may lead to overtreatment, when interventions are initiated, which either have little chance of improving outcome or are not consistent with patient's wishes, particularly at the end of life. Integrated emergency planning as a result of an advance care planning process, offers a potential solution by allowing patients to record emergency-specific treatment preferences based on their personal values, thereby supporting care that respects patient autonomy. To implement this concept on a broad scale and ensure its long-term viability, further development is needed toward a comprehensive framework that includes standardized documentation, structured training, and digital integration with the electronic health record, alongside broad stakeholder consensus. This paper provides corresponding recommendations.

Keywords

Advance care planning · Overtreatment · Treatment goals · End of life · Emergency care