

Integrierte Notfallplanung

Mehr Handlungssicherheit in der Notfallmedizin durch Advance Care Planning

Patientenverfügungen erweisen sich in akuten Notfallsituationen regelmäßig als nicht belastbar: Dokumente sind nicht verfügbar, zu unspezifisch formuliert oder beziehen sich auf prognostisch infauste Situationen.

Die Integrierte Notfallplanung (INP) gewährleistet eine qualifizierte Vorausplanung für lebensbedrohliche Krisensituationen mit offener Prognose. Dadurch kann sie die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten stärken sowie die Handlungssicherheit für Angehörige und Gesundheitsfachpersonal erhöhen.

Grenzen klassischer Patientenverfügungen

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in medizinischen Behandlungsfragen ist im deutschen Recht umfassend verankert. Behandlungen ohne die aktuelle, zuvor erklärte oder mutmaßliche Einwilligung stellen rechtlich eine Körperverletzung dar. Für Situationen fehlender Einwilligungsfähigkeit ermöglicht die Patientenverfügung eine vorausschauende Festlegung des Behandlungswillens (§ 1827, Abs. 1 BGB).

Die meisten Patientenverfügungsformulare beschränken sich jedoch auf Extremszenarien wie das Wachkoma sowie auf gesichert todesnahe Zustände [1]. Sie können damit im Wesentlichen nur bestätigen, was aufgrund einer (nahezu) infausten Prognose ohnehin medizinisch geboten (oder naheliegend) ist.

Akute medizinische Krisen sind dagegen häufig durch prognostische Unsicherheit geprägt, etwa bei schweren Infektionen, akuten kardialen Dekompensationen oder neurologischen Notfällen.

Für solche Situationen bieten herkömmliche Patientenverfügungen meist keine konkrete Orientierung und sind daher in der Notfallmedizin nur selten handlungsleitend [2,3].

Im Zentrum steht ein qualifizierter Gesprächsprozess, in dem Patienten gemeinsam mit geschulten Gesprächsbegleitern ihre Werte, Präferenzen und Therapieziele reflektieren. Angehörige, rechtliche Vertreter und der behandelnde Arzt werden einbezogen. Die Ergebnisse werden strukturiert dokumentiert, sodass sie im medizinischen Alltag schnell verfügbar und umsetzbar sind.

Darüber hinaus umfasst ACP eine Organisationsentwicklung sowie eine regionale Implementierung, damit relevante Akteure des Gesundheitswesens wie Pflegeeinrichtungen, Rettungsdienste und Krankenhäuser den vorausverfügten Willen umsetzen können. Studien zeigen, dass ACP häufiger zu aussagekräftigen Vorausverfügungen und zu einer besseren Übereinstimmung zwischen Behandlung und Patientenwillen führt [6,7].

Die Integrierte Notfallplanung

Ein zentraler Bestandteil von ACP ist die Vorausplanung für akute lebensbedrohliche Krisensituationen. Für deren Dokumentation wurde die Integrierte Notfallplanung (INP) entwickelt. Sie verbindet eine strukturierte Therapiezielklärung

Advance Care Planning

Advance Care Planning (ACP) ist ein strukturiertes Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung mit dem Ziel, den Behandlungswillen der Betroffenen für mögliche zukünftige Behandlungssituationen mit Entscheidungsunfähigkeit systematisch zu ermitteln und seine Umsetzung im Ernstfall sicherzustellen [4,5,6].

ACP-Qualifizierung

Die Akademie der Bayerischen Landesärztekammer bietet Onlinekurse für Ärzte zur ACP-Qualifizierung an.



Weitere Informationen und Qualifizierungsangebote finden sich unter www.advancedcareplanning.de

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

Standortbestimmung zur Therapiezielklärung

Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben

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

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

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

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

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

Stempel

Datum, Unterschrift

Datum Vorname Name Handzeichen

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

Festlegung für den Notfall (FeNo)

Vorname **Alois** Name **Huber** Ggf. Einrichtungsstempel
geb. am **3.8.1942** Adresse **Am Acker 1; 81234 München** Haus Sonne
Ggf. Bevollmächtigter/Betreuer Am Acker 1
Vorname **Antonia** Name **Huber (Tochter)** Tel. **0160 123456** 81234 München

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

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung

A ●●●●● Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung

THERAPIEZIEL = Lebenserhaltung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie

B3 ●●●●● Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie

THERAPIEZIEL C = Linderung, nicht Lebenserhaltung

C ●●●●● Ausschließlich Maßnahmen mit dem Ziel der Palliation
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

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

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

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“
Vorname **Andrea** Name **Begleitner** **Andrea**
Ggf. Unterschrift des Ansprechpartners/Gesprächsbeteiligten (optional)

Ärztliche Stellungnahme

„Diese Festlegung berücksichtigt die medizinische Situation der o.g. Person und wurde mit ihr erörtert. Ich bestätige ihre Einwilligungsfähigkeit und ihr Verständnis dieser Festlegung.“
 Ein Krisenplan wurde erstellt München den 1.6.25 **Dr. Leder**
Paradiesstr. 15
81234 München

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

Abbildung 1: Integrierte Notfallplanung (Therapiezielklärung und umseitig FeNo) für das Fallbeispiel.

mit einer konkreten Festlegung für den Notfall und kann damit auch herkömmliche Patientenverfügungen ergänzen. Die Vorausplanung mittels einer INP ist in medizinischen Notfällen hochwirksam und daher regelmäßig sowie aus gegebenem Anlass zu aktualisieren, um ihre Validität zu gewährleisten.

Im ersten Schritt der Erstellung einer INP sind die grundlegenden Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben zu klären. In einem strukturierten Gespräch wird erarbeitet, welche Bedeutung ein Weiterleben für

die vorausplanende Person hat, wie sie auf ein mögliches Ende ihres Lebens blickt und ob in gesundheitlichen Krisen medizinische Maßnahmen mit dem Ziel der Lebenserhaltung prinzipiell willkommen sind. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Zustände zu benennen, welche für die Person eine Grenze darstellen, ab der lebenserhaltende Maßnahmen nicht mehr gewünscht sind (Abbildung 1 a).

Auf dieser Grundlage werden konkrete notfallrelevante Behandlungspräferenzen besprochen und auf dem Formular „Festlegung für den

Notfall“ (FeNo) dokumentiert. Die FeNo dient der schnellen Orientierung in der Akutsituation und lässt unmissverständlich erkennen, welche ausgewählten Maßnahmen mit dem Ziel der Lebenserhaltung im Fall einer mit Einwilligungsfähigkeit einhergehenden gesundheitlichen Krise von der betroffenen Person kategorisch abgelehnt werden.

In der FeNo werden drei Kategorien der Behandlungspräferenz unterschieden (Abbildung 1 b). Bei Bejahung einer „uneingeschränkten Lebenserhaltung“ sollen alle medizinisch indi-

zierten Maßnahmen durchgeführt werden, was dem akutmedizinischen Standardvorgehen entspricht (FeNo A). In der Kategorie „Lebenserhaltung mit Einschränkungen“ werden das Behandlungsziel der Lebenserhaltung grundsätzlich bejaht, die dafür akzeptierten Maßnahmen jedoch explizit begrenzt (FeNo B0-B3). In der Kategorie „Linderung, nicht Lebenserhaltung“ steht die palliative Symptomkontrolle im Vordergrund (FeNo C).

Durch diese klare Struktur können Behandlungsteams im Notfall das Therapieziel rasch erkennen und entsprechend handeln [4, 9]. Die dringend empfohlenen Unterschriften von ACP-Gesprächsbegleiter, vertretungsberechtigter Person und behandelndem Arzt erhöhen die Validität und Verlässlichkeit der FeNo.

Rechtliche Bedeutung und Umsetzung im Notfall

Eine von der betroffenen Person unterschriebene FeNo ist rechtlich eine Patientenverfügung im Sinne von § 1827, Abs. 1 BGB. Für nicht mehr selbst entscheidungsfähige Personen kann der (mutmaßliche) Behandlungswille für den Fall künftiger gesundheitlicher Krisen im Rahmen eines ACP-Prozesses mit dem rechtlichen Vertreter eruiert sowie auf der FeNo dokumentiert werden und gilt dann als dessen Festlegung im Sinne der vertretenen Person gemäß § 1821, Abs. 2 und 4 BGB [7].

Liegt im Notfall eine korrekt ausgefüllte und unterschriebene FeNo vor, so ist sie unabhängig von der Berufsgruppe für alle an der Versorgung Beteiligten verbindlich, sofern keine Hinweise auf eine spätere Änderung des Patientenwillens bestehen. [4, 7, 10].

Implementierung in der Versorgung

Damit die INP ihre Wirkung entfalten kann, ist eine strukturierte Implementierung erforderlich. Dazu gehören qualifizierte ACP-Gesprächsbegleiter, institutionelle Anweisungsverfahren zur Nutzung der Dokumente sowie eine regionale Abstimmung. Die INP und speziell die FeNo sind ausschließlich für die Erstellung und Dokumentation mithilfe von spezifisch ACP-qualifiziertem Gesundheitsfachpersonal vorgesehen; andernfalls besteht ein erhebliches Risiko für Behandlungen, die aufgrund von Missverständnissen, Irrtümern oder vorschnellen Festlegungen nicht konsistent mit den wohlinformierten Behandlungspräferenzen der Person sind.

Modellprojekte zeigen, dass eine strukturierte Implementierung von ACP-Programmen die

Qualität der Vorausplanung verbessert und die Umsetzung des Patientenwillens erhöht [6, 7, 11].

Kernaussagen für die Praxis

Viele herkömmliche Patientenverfügungen beziehen sich auf Situationen mit infauster Prognose bzw. am Lebensende und bieten daher für akute Notfallsituationen mit prognostischer Unsicherheit nur begrenzte Orientierung.

Die auf dem Boden eines Advance Care Planning-Prozesses erstellte INP verbindet eine Therapiezielklärung mit einer konkreten Festlegung für den Notfall (FeNo) und ergänzt herkömmliche Patientenverfügungen um eine handlungsleitende Vorausplanung für akut lebensbedrohliche Situationen. Das Vorgehen gemäß einer korrekt ausgefüllten FeNo ist unabhängig von der Berufsgruppe rechtssicher und auch allseits rechtlich verbindlich.

Durch institutionelle und regionale Implementierung kann die INP dazu beitragen, den (mutmaßlichen) Patientenwillen im Notfall verlässlich umzusetzen, Angehörige zu entlasten und die Handlungssicherheit für Rettungsdienst, Pflegepersonal und Ärzte zu erhöhen.

Fallbeispiele

Ein 83-jähriger Bewohner einer Pflegeeinrichtung mit globaler Herzinsuffizienz (NYHA III) wird nachts mit Atemnot und Bewusstseinsintrübung aufgefunden. Eine vor 15 Jahren unterzeichnete Patientenverfügung des Bayerischen Staatsministeriums für Justiz liegt vor, enthält jedoch für die aktuelle, medizinisch potenziell reversible Krisensituation keine relevanten Festlegungen. Dementsprechend erfolgt durch den Rettungsdienst eine Notfalltherapie mit Transport ins Krankenhaus und späterer intensivmedizinischer Behandlung einschließlich Reanimation und künstlicher Beatmung, in deren Verlauf der Patient schließlich verstirbt. Die Angehörigen äußern anschließend Zweifel, ob diese Behandlung dem Willen des Patienten entsprach, und sind in der Folge psychisch belastet.

Bei einem anderen Bewohner mit gleicher Symptomatik liegt eine im Rahmen eines ACP-Prozesses erstellte und zuletzt im Vorjahr aktualisierte INP vor (Abbildung 1 a). Aus der individuellen Therapiezielklärung wird deutlich, dass die Medizin mit begrenzten Mitteln noch dazu beitragen darf, sein Leben zu erhalten. Konkret hat der Bewohner eine stationäre Einweisung mit dem Ziel der Lebenserhaltung kategorisch abgelehnt, lebenserhaltenden Maßnahmen aber zu-

gestimmt, soweit sie in der Einrichtung durchgeführt werden können (FeNo B3, Abbildung 1 b). Der Notarzt behandelt ein akutes Lungenödem medikamentös vor Ort; der Patient stabilisiert sich und kann entsprechend seinem zuvor festgelegten Willen in der Einrichtung verbleiben. Wenige Wochen später verstirbt er an einer Pneumonie, die initial mit einem Antibiotikum sowie symptomlindernd behandelt wurde.

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

Die Autoren Prof. Dr. Dr. Feddersen und Prof. Dr. in der Schmitt sind auf Honorarbasis als ACP-Gesprächsbegleiter-Trainer tätig und unterstützen Institutionen oder Regionen, die ACP einführen wollen, beim erforderlichen Change Management. Darüber hinaus erklären die Autoren, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.bayerisches-aerzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Autorin und Autoren

Prof. Dr. Dr. med. Berend Feddersen¹
Dr. med. Eva Diehl-Wiesenecker^{2,3}
Prof. Dr. jur. Stephan Rixen⁴
Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH⁵
Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitt, MPH⁶

¹ Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München

² Zentrale Notaufnahme, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Freie Universität und Humboldt Universität zu Berlin

³ Klinik für Palliativmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg

⁴ Institut für Staatsrecht und Forschungsstelle für das Recht des Gesundheitswesens der Universität zu Köln

⁵ Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, LMU München

⁶ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Essen