

Notfall Rettungsmed
<https://doi.org/10.1007/s10049-025-01687-1>
 Eingegangen: 8. Dezember 2025
 Angenommen: 16. Dezember 2025

© The Author(s) 2026



Ethische Entscheidungsfindung im Rettungsdienst

Handlungsempfehlung der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), der Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin der DIVI und des wissenschaftlichen Boards „Präklinische Notfallmedizin“ der Deutschen Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA)

Steffen Grautoff^{1,2} · Andrej Michalsen³ · Fred Salomon⁴ · Peter Gretenkort⁵ · Guido Michels⁶ · Stefan Kleinschmidt⁷ · René Wildenauer⁸ · Sonja Vonderhagen⁹ · Gunnar Duttge¹⁰ · Tobias Weimer¹¹ · Lisa Roßmann¹ · Bernhard Gliwitzky¹² · Thomas Borgmann¹³ · Thomas Plappert^{13,14} · Martin Pin¹⁵ · Susanne Jöbges¹⁶ · Jochen Dutzmann¹⁷

¹ Abteilung Rettungsdienst, Amt für Bevölkerungsschutz, Kreis Herford, Deutschland; ² Zentrale Notaufnahme, Kreiskliniken Herford-Bünde, Standort Klinikum Herford, Herford, Deutschland; ³ Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Klinikum Konstanz, Konstanz, Deutschland; ⁴ Mobile Ethikberatung in Lippe (MELIP), Lemgo, Deutschland; ⁵ Simulations- und Notfallakademie, Helios Klinikum Krefeld, Krefeld, Deutschland; ⁶ Notfallzentrum, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, Trier, Deutschland; ⁷ Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg (Saar), Deutschland; ⁸ APE – Ambulante Intensivpflege GmbH, Sulzbach-Rosenberg, Deutschland; ⁹ Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsmedizin Essen, Essen, Deutschland; ¹⁰ Institut für Kriminalwissenschaften/Zentrum für Medizinrecht, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland; ¹¹ Kanzlei Dr. Weimer, Mülheim an der Ruhr, Deutschland; ¹² MegaMed Notfallmanagement GbR, Maikammer, Deutschland; ¹³ Malteser Hilfsdienst gGmbH, Region Hessen/Rheinland-Pfalz/Saarland, Oestrich-Winkel, Deutschland; ¹⁴ Fachdienst Gefahrenabwehr, Ärztliche Leitung Rettungsdienst, Landkreis Fulda, Fulda, Deutschland; ¹⁵ Klinik für Notfall- und Akutmedizin, Florence-Nightingale-Krankenhaus, Düsseldorf, Deutschland; ¹⁶ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin (CVK/CCM), Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; ¹⁷ Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin, Universitätsmedizin Halle (Saale), Halle (Saale), Deutschland

1. Einleitung

Wesentliche Behandlungsziele der prähospitalen Notfallmedizin sind die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung lebenswichtiger Organfunktionen der betroffenen Patienten und ihr sicherer Transport in die nächstgelegene geeignete Behandlungseinrichtung. Das Ziel der Notfallmediziner und Rettungsdienstmitarbeiter, in dieser Hinsicht möglichst rasch wirkungsvoll zu handeln, wird durch ein häufig algorithmisches und wenig individualisiertes Vorgehen erreicht. So kann die konkrete Notfallsituation zügig beherrscht und der sichere Transport in die Klinik durchge-

führt werden. Abgesehen von einer aus medizinischer Sicht effizienten Patientenversorgung ist das Team so auch wieder rasch einsatzbereit für den nächsten potenziell lebensrettenden Einsatz, solange keine Abstriche an der Sorgfalt bezüglich des aktuell Versorgten gemacht werden müssen.

Dieses Vorgehen kollidiert jedoch nicht selten mit der Notwendigkeit, bei den zu ergreifenden Therapiemaßnahmen über deren Indikation individuell zu entscheiden und sie dann auch mit dem Willen des Patienten in Einklang zu bringen. Längst nicht jede notfallmedizinische Maßnahme ist sinnvoll, nur weil sie möglich ist.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Vielmehr verlangt professionelles notfallmedizinisches Handeln in den oft hektischen Akutsituationen und mit emotional belasteten und verunsicherten Patienten und deren Zugehörigen neben fachlichem Wissen auch kommunikative Souveränität und Entscheidungskraft sowie das selbstkritische Abwägen der jeweiligen Indikationen bzw. des angemessenen Therapieziels. Dabei ist ausdrücklich auch eine palliative Zielsetzung zu bedenken. Das bedeutet, eine symptomatische Therapie in den Vordergrund zu stellen und – ggf. auch entgegen etablierten Algorithmen – keine akutmedizinische Therapie der zugrunde liegenden Erkrankung anzustreben. Dies kann vor Ort erfolgen, aber auch Behandlungsziel einer Krankenhauszuweisung sein.

Wir möchten in diesem Positionspapier darstellen und begründen, dass in der Notfallmedizin unterschiedliche Therapiezielsetzungen bei Patienten mit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen bedacht werden müssen. Selbst in Situationen mit knappen Informationen lässt sich ethisch begründet entscheiden, welcher Therapieumfang in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen medizinisch indiziert und angemessen ist.

2. Ethische Grundlagen

Medizinethische und rechtliche Grundlage jeder medizinischen Maßnahme – auch in der präklinischen Notfallmedizin – bildet das sogenannte „Zwei-Säulen-Modell“ (▣ Abb. 1): Unbedingte Voraussetzung für medizinisches Handeln ist sowohl eine medizinische Indikation als auch die informierte Zustimmung des Patienten. Die Indikation bildet die fachliche Grundlage für jedes Behandlungsangebot, das mit einer realistischen Wahrscheinlichkeit zur Erreichung eines spezifischen Therapieziels beitragen kann. Das erreichbare Therapieziel ist mit dem Willen des Patienten abzugleichen. Er ist direkt persönlich nach seinem Willen zu fragen. Bei momentaner Einwilligungsunfähigkeit muss anhand vorformulierter Behandlungswünsche die mutmaßliche Zustimmung überprüft werden [10].

Die zentralen Therapieziele können bei Patienten mit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen unterschiedlich ausge-

Notfallmedizinisches Handeln steht unter hohem Zeitdruck bei oft fehlender Patientenkenntnis und mit unvollständiger Informationslage. Diese Rahmenbedingungen erschweren ethisch reflektierte Entscheidungen – machen sie aber nicht unmöglich. Die vorliegende Handlungsempfehlung zeigt auf, dass auch im Rettungsdienst ethisch legitimierte Entscheidungen zur Therapiebegrenzung, zum Nichttransport sowie zur palliativen Zielsetzung möglich und notwendig sind. Zentrales Fundament ist das medizinethische Zwei-Säulen-Modell aus Indikation und Patientenwille. Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit, insbesondere bei Transportverzicht oder Therapieverweigerung, erfordert ein strukturiertes Vorgehen. Rechtlich relevante Grundlagen wie Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen und das Notfallsanitätsgesetz (NotSanG) werden erläutert. Herausforderungen ergeben sich besonders bei psychischen Erkrankungen mit möglicher Unterbringungsbedürftigkeit, Reanimationsentscheidungen und Patienten mit fortgeschrittener, unheilbarer Erkrankung. Diese Handlungsempfehlung fordert ein erweitertes ethisches Bewusstsein im präklinischen Setting für das gesamte Rettungsdienstpersonal und betont die Bedeutung notärztlicher Entscheidungskompetenz in ethisch komplexen Situationen. Ziel ist es, Handlungssicherheit im Rahmen der jeweiligen medizinischen Möglichkeiten zu schaffen sowie bestmögliche prognostische Sicherheit unter den gegebenen Voraussetzungen und eine angemessene Berücksichtigung der Patientenautonomie zu gewährleisten – auch unter Einsatzbedingungen.

Schlüsselwörter

Klinische Ethik · Patientenverfügung · Palliativversorgung · Reanimation · Transportablehnung

richtet sein, z. B. Abwendung einer Lebensbedrohung und Lebensverlängerung, Heilung einer Erkrankung oder vorrangig die bestmögliche Linderung von Beschwerden, ggf. auch eine würdevolle Sterbegleitung. Diese Ziele können im konkreten Fall miteinander verzahnt sein. Je nach den Umständen und dem Patientenwillen steht das eine oder das andere im Vordergrund. Je nach Therapieziel unter Berücksichtigung der fachlichen Einschätzung des Notfallmediziners unter Einbeziehung des gesamten Teams kann es sinnvoll sein, auf (lebenserhaltende) Maßnahmen oder Krankenhausbehandlungen (einschließlich des Transports in die Notaufnahme) zu verzichten.

Realistische Therapieziele und die darauf ausgerichteten Maßnahmen sind eng mit der prognostischen Einschätzung verknüpft, also der Wahrscheinlichkeit, das gewünschte Therapieziel auch erreichen zu können. Eine ehrliche und transparente Kommunikation über Prognoseunsicherheiten, Erfolgsaussichten und mögliche Belastungen der Behandlung ermöglicht es dem Patienten, unter Berücksichtigung seiner persönlichen Wertvorstellungen und Präferenzen die konkreten Zielsetzungen in der betreffenden Situation neu mit zu beurteilen. Dies macht die Therapiezielfindung bei Rettungsdienst-

einsätzen, die regelhaft unter hohem Zeitdruck stattfinden, bei denen Patienten und Zugehörige sich häufig in einem Ausnahmezustand befinden und bei denen meist nur rudimentäre Informationen vorhanden sind, zu einer enormen Herausforderung. Gedanklich entlasten kann die Option, eine einmal begonnene Behandlung auch wieder beenden zu können, wenn zu Indikation und Patientenwille in der Folgezeit mehr belastbare Informationen vorliegen.

Man kann nicht entscheiden, denn auch der Verzicht auf die Entscheidung bedeutet, sich in diesem Moment gegen die mögliche Handlung zu entscheiden.

Dann kann auch die erste Entscheidung zur Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen insofern richtig gewesen sein, als sie aufgrund der vorhandenen Informationslage so zu treffen war; eine eventuelle zweite Entscheidung zur Beendigung dieser Maßnahmen kann dann ebenso richtig sein, wenn eine umfassendere Bewertung anhand eines präziseren Lagebilds möglich ist und einen Abbruch nahelegt.

3. Rechtliche Grundlagen

Die allgemeinen Grundsätze, insbesondere zur vorrangigen Indikationsstellung und zur Beachtung des (mutmaßlichen) Patien-



Abb. 1 ▲ Zwei-Säulen-Modell

tenwillens, gelten uneingeschränkt auch in der Notfallsituation im Rettungsdienst: Es besteht zwar bei ungeklärtem Patientenwillen („non liquet“) die generelle Vermutung zugunsten eines Überlebenswillens („in dubio pro vita“); jedoch ist auch in der Notfallsituation vorrangig der individuelle, entweder durch den Einwilligungsfähigen selbst oder durch berufene Stellvertreter erklärte oder mutmaßliche (d. h. durch substantielle Hinweise von anderen dem Patienten nahestehenden Personen tatsachenbasiert gemutmaßte) Patientenwille zu ermitteln. Selbstverständlich kann nichts Unmögliches eingefordert werden. Wenn Stellvertreter nicht vor Ort und nicht ausnahmsweise deutliche Indizien für einen autonomen Sterbewunsch erkennbar sind, muss und darf in Situationen akuter Entscheidungsnotwendigkeit nicht zugewartet werden.

Der Inhaber einer (schriftlichen) Vorsorgevollmacht hat das Recht wie die Pflicht, den mutmaßlichen Willen zu deuten (etwa anhand früherer Äußerungen, der Vorgeschichte, einer generellen Werthaltung usw., § 1827 II S. 3 BGB). Dies kann nach dem Willen des Vollmachtinhabers das Nichteinleiten bzw. den Abbruch von Rettungsmaßnahmen zur Folge haben, sofern die Vollmacht auch Therapieentscheidungen mit u. U. tödlicher Folge ausdrücklich umfasst (§ 1820 II Nr. 1 BGB; ■ Tab. 1).

Die Deutung des mutmaßlichen Patientenwillens durch einen juristischen Stellvertreter ist grundsätzlich verbindlich. Nur wenn die Stellvertreterentscheidung erhebliche, begründete Zweifel aufkommen lässt, kann sich der Notarzt oder Notfallsanitäter u. U. unter Berufung auf die allgemeine Notstandsregelung – auf eigenes Risiko – darüber hinwegsetzen. Selbst mit Berufung auf die allgemeine Notstandsregelung ist nicht zwingend mit Straffreiheit zu rechnen.

Gibt es eine Patientenverfügung, sind alle Stellvertreter von Rechts wegen verpflichtet, diese zur Grundlage ihrer Deutung des Patientenwillens zu machen. Eine Pflicht zur Suche nach einer Patientenverfügung durch das Rettungsdienstpersonal besteht nicht. In den meisten Fällen reichen Patientenverfügungen in der Notfallmedizin allein nicht aus, um auf ihrer Basis über eine Therapiezielbegrenzung entscheiden zu können [14]. Daher sollten zusätzliche Informationen (z. B. über frühere Aussagen) einbezogen werden. Gleichgültig ist, ob das betreffende Schriftstück ausdrücklich als „Patientenverfügung“ oder etwa als „Notfallpass“ o. Ä. firmiert [29]. Entscheidend ist allein der Inhalt des Verfügten (■ Tab. 2). Patientenverfügungen können allerdings auch formlos widerrufen werden.

Eine grundlegende Problematik ist, inwieweit Notfallsanitäter vor dem Eintreffen des Notarztes eigenständig handlungs- und entscheidungsfähig sind. Das NotSanG enthält eine Handlungsbefugnis in alleiniger Verantwortung nur dafür, die in der Ausbildung erlernten medizinischen Standardmaßnahmen der Erstversorgung im Notfalleinsatz auszuführen, um einer Verschlechterung der Situation bis zum Eintreffen des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen (§ 4 Abs. 2 Nr. 1c).

Eine Befugnis, unter Verweis auf den (mutmaßlichen) Patientenwillen auf indizierte Maßnahmen eigenverantwortlich zu verzichten („Sterbenlassen“), sieht das NotSanG hingegen nicht vor (vgl. §§ 2a, 4 Abs. 2 Nr. 1 NotSanG). Die Prüfung, welche ärztliche Maßnahme prognostisch im Hinblick auf den Gesamtzustand des Patienten indiziert ist, steht nach wie vor unter Arztvorbehalt (§ 1828 Abs. 1 S. 1 BGB).

Die gegenwärtige Gesetzeslage bietet für die Berufsgruppe der Notfallsanitäter keine ausreichende Handlungssicherheit in medizinischen Notfällen, in denen ein bewusster Verzicht auf Maßnahmen in Betracht gezogen werden muss. Eine gesetzliche Nachbesserung erscheint daher erforderlich.

Auch die Prüfung des Ehegattennotvertretungsrechts (§ 1358 Abs. 4 BGB) obliegt demjenigen Arzt, demgegenüber das Notvertretungsrecht ausgeübt werden soll [9]. Dort, wo bereits ein Telenotarztssystem etabliert und legitimiert ist, empfiehlt es sich, den Telenotarzt in diesen rechtlich schwierigen Fällen hinzuzuziehen. Bei bestimmten Einsatzszenarien ohne unmittelbare Vitalbedrohung kann telenotärztliche Beratung eingesetzt werden, ohne dass es zu einer Einschränkung der Diagnose- und Versorgungsqualität kommt (S2e-Leitlinie Telemedizin in der prähospitalen Notfallmedizin). Allerdings geraten telenotärztliche Möglichkeiten gerade bei sehr komplexen medizinethischen Fragestellungen an ihre Grenzen, sodass es in solchen Fällen erforderlich ist, einen Notarzt an die Einsatzstelle zu alarmieren.

Diese Aufgabe einer Versorgung erfordert Erfahrung und Einfühlungsvermögen, die oft nur durch langjährige klinische Erfahrung gesammelt werden können. Oftmals erlauben es Standardarbeitsanweisungen für Rettungsfachpersonal nicht, ein Hilfersuchen allein auf dieser Grundlage zu bearbeiten.

Ob eine generalisierte Vorabdelegation durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD), ggf. auf Basis entsprechender Mitarbeiterschulungen, vom Haftungsrisiko rechtssicher entlasten kann, ist derzeit nicht geklärt.

4. Besonderheiten im Rettungsdienst

Anders als bei innerklinischen Notfällen oder in Situationen innerklinischer medizinethischer Grenzentscheidungen weiß das Behandlungsteam zu Beginn des außerklinischen rettungsdienstlichen Einsatzes regelhaft wenig über den Patienten. Beispielsweise sind Vorerkrankungen, Medikation und insbesondere die Haltung zu Therapieumfang oder -grenzen oftmals unbekannt [11]. Diese Informationen ha-

Tab. 1 Stellvertretermodelle		
Vorsorgebevollmächtigter	Gesetzlicher Betreuer	Ehegatte/Lebenspartner
Inhaber einer schriftlichen Gesundheitsvollmacht, bei Entscheidungen mit potenziell tödlicher Folge muss diese Reichweite ausdrücklich benannt sein	Vom Betreuungsgericht zur Stellvertretung berufene Person, sofern es keinen Vorsorgebevollmächtigten gibt	Kraft Gesetz nach § 1358 BGB zur Stellvertretung berufen, sofern es keinen gesetzlichen Betreuer gibt und auch von einem Vorsorgebevollmächtigten weder Arzt noch Ehegatte Kenntnis haben

ben jedoch für eine sichere Prognostizierung, angemessene Beratung und vor diesem Hintergrund auch für die Willensbildung des Patienten bzw. Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens eine große Bedeutung [30].

An einer Einsatzstelle treffen schließlich verschiedene Professionen mit unterschiedlicher Herkunft, Aufgaben und Befugnissen aufeinander. Sich in der Notfallsituation im Team abzustimmen und einen Konsens zu finden, stellt eine zusätzliche Herausforderung dar und kann eine Entscheidungsfindung erschweren. Ist ein Notarzt vor Ort, obliegt ihm in medizinischer Hinsicht die Einsatzführung.

Daher ist zu fordern, dass dieser über die notfallmedizinische Zusatzqualifikation hinaus auch Grundkenntnisse im Bereich klinischer Ethik besitzt. Aber auch von anderem beteiligtem Rettungsdienstpersonal werden in verschiedensten Einsatzsituationen Einfühlungsvermögen und Entscheidungen mit ethischer Dimension abverlangt [3, 26]. Das Thema „Ethik in der Patientenversorgung“ sollte daher mehr Einzug in die Aus- und Fortbildung des Rettungsfachpersonals finden. Eine dem innerklinischen Ethikkomitee vergleichbare Struktur steht bisher nicht zur Verfügung.

Neben medizinischen Aspekten sind bei vielen Einsätzen soziale Faktoren bestimmend. Auf im Einsatz entstehende ethische und psychosoziale Herausforderungen müssen Rettungsdienste und Leitstellen vorbereitet sein und zum Beispiel Kontakte zu anderen Hilfsmöglichkeiten kennen und vermitteln.

Nach ethisch herausfordernden Einsätzen sollte – analog zu derartigen innerklinischen Situationen – eine Aufarbeitung innerhalb des Teams in Form einer Einsatznachbesprechung („debriefing“) stattfinden.

5. Prüfung der Einwilligungsfähigkeit

Die Einwilligungsfähigkeit beinhaltet die Einsichts-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit. Eine Einwilligungsfähigkeit ist regelmäßig auch schon vor der Volljährigkeit anzunehmen, sofern der Minderjährige „nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestaltung zu ermessen vermag“ (BGH). Im Rettungsdienst stellt die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit eine wesentliche Herausforderung z. B. bei Transportverweigerung dar. Dies gilt insbesondere im Rahmen der Entscheidungsfindung bei psychischen Erkrankungen. Hilfreich sind daher eine strukturierte Prüfung der Einwilligungsfähigkeit der Patienten (■ Tab. 3) sowie die „Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten“ [4]. Die Einwilligungsfähigkeit ist anders als die Geschäftsfähigkeit unabhängig vom Lebensalter zu beurteilen.

In akut lebensbedrohlichen Situationen, wie z. B. einer respiratorischen Insuffizienz, kann eine ausführliche strukturierte Abfrage mitunter nicht ohne Zustandsverschlechterung erfolgen. In diesen Fällen kann es sinnvoll sein, die Fragen so zu formulieren, dass sie nonverbal beantwortet werden können.

6. Spezielle Situationen im Rettungsdienst

a. Transportverzicht, -verweigerung und -ablehnung

Im rettungsdienstlichen Alltag werden die Begriffe Transportverzicht, Transportverweigerung und Transportablehnung oft synonym verwendet, sind aber in ihrer Bedeutung und rechtlichen Relevanz un-

terscheidbar [16]. Die Unterschiede sind in ■ Abb. 2 gezeigt.

Transportverzicht beschreibt eine informierte und freiwillige Entscheidung des Patienten, nach erfolgter Aufklärung auf den Transport in eine Klinik zu verzichten. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn zwar eine medizinische Behandlungssindikation besteht, aber eine hausärztliche Vorstellung, beispielsweise am Folgetag, ebenso ausreichend ist. Sowohl auf Ebene der medizinischen Indikation als auch auf der Ebene des Patientenwillens sind zwar formal die Voraussetzungen für einen Transport gegeben, im Rahmen eines partizipativen Entscheidungsfindungsprozesses wird sich jedoch gemeinsam gegen einen Transport ins Krankenhaus entscheiden. Der Rettungsdienst dokumentiert die Aufklärung (inkl. möglicher Risiken) sowie den Verzicht.

Transportverweigerung bezeichnet die Ablehnung eines Transports durch den Patienten trotz der bestehenden Transportindikation. Hier liegt aus juristischer Sicht ein Spannungsfeld vor: Einerseits ist der Wille eines einwilligungsfähigen Menschen zu respektieren (Patientenautonomie), andererseits trägt das Rettungsfachpersonal eine aus der Straf- und Landesrettungsdienstgesetzgebung sowie aus dem Berufsrecht ableitbare Sorgfaltspflicht mit Garantenstellung.

Entscheidend ist insbesondere, dass Patienten nur dann wirksam auf eine medizinische Maßnahme verzichten können (einschließlich eines Transports), wenn sie einwilligungsfähig sind. Der Entscheidung vorausgehen muss eine umfangreiche Risiko-, Alternativ- und Sicherungsaufklärung einschließlich aller möglichen Konsequenzen, sofern diese Aufklärung nicht ausdrücklich durch den entscheidungsfähigen Patienten abgelehnt wird. Eine Verweigerung von Behandlung oder Transport durch einen einwilligungsfähigen Patienten erfordert nicht zwingend eine Notarznachforderung. Bei Unsicherheiten über das vorliegende Krankheitsbild oder die Einwilligungsfähigkeit sowie bei Vorliegen einer Verletzung oder Erkrankung, die per se eine Notarztsindikation darstellt, empfiehlt sich jedoch das Hinzuziehen des Notarztes. Niederschwellig ist auch hier eine telenotärztliche Konsultati-

Tab. 2 Grundlage der Stellvertreterentscheidung		
Patientenverfügung	Betreuungsverfügung	Mutmaßlicher Patientenwille
Schriftliche (handschriftlich unterzeichnete) Festlegung eines Volljährigen (mind. 18 Jahre), dass er in bestimmte, zum Zeitpunkt dieser Vorausverfügung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (§ 1827 I S. 1 BGB)	(Grundsätzlich vom Gericht zu berücksichtigende) Wünsche des Betroffenen zur Auswahl der Person im Falle einer Betreuerbestellung und ggf. zur konkreten Wahrnehmung (bspw. zum Aufenthalt des Betreuten)	Konkrete, tatsachenbasierte Anhaltspunkte zum wahrscheinlichen Willen des betroffenen individuellen Patienten (z. B. aufgrund früherer mündlicher Äußerungen, ethische/religiöse Überzeugungen, persönliche Werthaltung)

Tab. 3 Kriterien zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von Patienten. (Modifiziert nach [1])			
	Vorgehen des Arztes zur Beurteilung	Aufgabe des Patienten	Beispielformulierungen
Entscheidung kommunizieren	Patienten <i>nach einer Behandlungsentscheidung fragen</i>	Bevorzugte Behandlungsoption <i>klar benennen</i>	Haben Sie sich entschieden? Können Sie mir sagen, was Ihre Entscheidung ist? <i>[Wenn keine Entscheidung:]</i> Was macht es Ihnen schwer, sich zu entscheiden?
Anmerkung: Häufige Meinungsänderungen können auf psychiatrische oder neurologische Störungen und eine eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit hinweisen			
Relevante Informationen verstehen	Patienten auffordern, <i>die Informationen zur Erkrankung und den Behandlungsoptionen mit eigenen Worten wiederzugeben</i>	Grundlegende Bedeutung der Informationen <i>verstehen</i>	Bitte schildern Sie mir in eigenen Worten, was ich Ihnen über Ihre derzeitige gesundheitliche Situation/die empfohlene Behandlung/mögliche Vor- und Nachteile der Behandlung/alternative Behandlungsmöglichkeiten/Risiken und Vorteile, wenn keine Behandlung stattfindet, erzählt habe
Würdigung der konkreten eigenen Situation und ihrer Folgen	Patienten auffordern, <i>seine Sicht</i> auf die Erkrankung, die vorgeschlagene Behandlung und mögliche Folgen <i>zu schildern</i>	Erkrankung und wahrscheinliche Konsequenzen der Therapieoptionen <i>anerkennen</i>	Was fehlt Ihnen Ihrer Meinung nach jetzt? Glauben Sie, dass Sie eine Behandlung benötigen? Was glauben Sie, wird passieren, wenn Sie nicht behandelt werden?
Anmerkung: Personen, die ihre Erkrankung nicht anerkennen („fehlende Krankheitseinsicht“), sind in Augen der Rechtsprechung meist nicht entscheidungsfähig. Häufige Ursachen: Wahnvorstellungen oder krankheitsbedingte Realitätsverzerrungen			
Gründe für die Wahl einer Behandlung abwägen	Patienten auffordern, Therapieoptionen und Konsequenzen zu vergleichen und Gründe für die Wahl zu nennen	Relevante Informationen <i>abwägen</i>	Was macht diese Behandlungsoption besser als die Alternative?
Anmerkung: Prozess der Entscheidungsfindung im Fokus, nicht die Angemessenheit des Ergebnisses – auch „unvernünftige“ Entscheidungen können im Rahmen der Autonomie zulässig sein			

on empfehlenswert, wenn diese Struktur vorhanden und etabliert ist.

Liegt keine Einwilligungsfähigkeit vor, ist eine vertretungsberechtigte Person einzubeziehen – ggf. kann eine Notfallbehandlung gegen den aktuellen Willen erfolgen (z. B. bei Eigen- oder Fremdgefährdung entsprechend der Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder). Eine lückenlose Dokumentation ist in jedem Falle unerlässlich.

Transportablehnung meint eine Entscheidung durch das Rettungsfachpersonal, auf einen Transport zu verzichten, etwa weil keine medizinische Transportindikation vorliegt. Auch dies muss äußerst sorgfältig dokumentiert und sollte durch Rücksprache mit einem (Tele-)Notarzt abgesichert werden. Nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal wird aus Gründen der Patientensicherheit sowie der strafrechtlichen

Tragweite aktuell nicht empfohlen, eine derartige möglicherweise weitreichende Entscheidung allein zu treffen [5].

b. Entscheidungsfindung bei psychischen Erkrankungen im Rettungsdienst

Die besonderen Herausforderungen psychischer Erkrankungen liegen einerseits in dem sehr heterogenen Spektrum an Krankheitsentitäten einschließlich Delir, psychischer Störungen durch psychotrope Substanzen (Intoxikation, Entzug, Abhängigkeit), Suizidalität, Psychosen und psychosozialer Krisen [22], die im präklinischen Einsatz nicht immer sofort zu erkennen sind. Hinzu kommt die häufig „fehlende Krankheitseinsicht“ des Patienten, der selbst oft keinen Behandlungsbedarf sieht. Dadurch binden derartige Einsätze nicht

selten wertvolle Ressourcen über lange Zeiträume.

In der praktischen Herangehensweise ist zunächst die akutmedizinische, das bedeutet die Notfallbehandlungsindikation zu klären. Diese besteht bei einer drohenden oder akuten Eigen- oder Fremdgefährdung einschließlich einer vitalen Bedrohung aus anderer Ursache, z. B. bei Intoxikationen, akuten Verletzungen oder anderen Komorbiditäten. Besteht eine Notfallbehandlungsindikation, ist in einem zweiten Schritt die Einwilligungsfähigkeit zum Beispiel anhand der in Abschn. 5 genannten Kriterien zu beurteilen.

Das „Ernstnehmen“ eines Patienten trotz einer möglicherweise eingeschränkten Einwilligungsfähigkeit kann ebenso wie die ernst gemeinte Suche nach Konsens im Kontakt mit einem psychisch kranken Patienten deeskalierend wirken.





	Patient wünscht Transport	Rettungsdienst befürwortet Transport
 Transport	✓	✓
 Transportverzicht	✗	✗
 Transportverweigerung	✗	✓
 Transportablehnung	✓	✗

Abb. 2 ◀ Unterschiede Transport, Transportverzicht, Transportverweigerung, Transportablehnung

Obwohl psychisch Erkrankten ein soziales Netzwerk häufig fehlt [23], sollten, wo möglich, Zugehörige integriert werden.

Ist Einwilligungsfähigkeit bei einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung nicht gegeben, kann auf Basis von § 1832 BGB nach Einwilligung des juristischen Stellvertreters und unter hohen Auflagen eine ärztliche Zwangsmaßnahme erfolgen sowie auf Basis der Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) der Länder eine klinische Unterbringung auch gegen den Willen des Patienten erfolgen.

Wenn nicht durch andere Strukturen leistbar (z. B. Hausarzt, kassenärztlicher Bereitschaftsdienst), hat der Notarzt hierbei die Aufgabe, ein unabhängiges Fachgutachten zu psychiatrischen Ursachen für die fehlende Einwilligungsfähigkeit zu erstellen. Auf Basis dieses Gutachtens kann anschließend der Vertreter der jeweiligen Vollzugsbehörde (etwa ein Beamter des Ordnungsamts) die vorläufige Entscheidung über eine zwangsweise Unterbringung treffen, muss jedoch unverzüglich bis zum Ablauf des kommenden Tages eine betreuungsgerichtliche Entscheidung beantragen. Kann aufgrund somatischer Komorbiditäten die Unterbringung in einer psychiatrischen Fachklinik nicht erfolgen, ist der Patient in die für die Behandlung der somatischen Erkrankung(en) nächstgelegene geeignete Klinik zu transportieren.

c. Präklinische Reanimation

Die kardiopulmonale Wiederbelebung („cardiopulmonary resuscitation“ [CPR]) ist eine grundlegende und potenziell lebensrettende Behandlungsmöglichkeit der modernen Medizin. Ihre korrekte Durchführung gilt als eine Kernfähigkeit von Notfallmedizinischen Behandlungs-

teams. Die Bedeutung der CPR wird auch darin deutlich, dass sie eine der am strengsten formalisierten Behandlungsprozeduren darstellt [15]. Zahlreiche Kursangebote haben sich weltweit in den vergangenen Jahren mit dem Ziel etabliert, dass auch zufällig „zusammengewürfelte“ und somit nicht aufeinander eingespielte Teams die Herausforderung einer CPR bewältigen können. Obwohl in Deutschland jährlich etwa 55.000 außerklinische Reanimationen durchgeführt werden, ist jeder individuelle Mitarbeiter im Rettungsdienst geschätzt nur sehr wenige Male im Jahr an einer CPR beteiligt [12] – was sowohl ihre Durchführung an sich betrifft als auch die Entscheidungsfindung zu ihrem Beginn und ihrer Beendigung.

Wie alle anderen medizinischen Maßnahmen bedarf die Durchführung einer CPR einer individuellen Entscheidung. Trotz der zeitlichen Behandlungsdringlichkeit und der typischen angeführten rettungsdienstlichen Besonderheiten gibt es dafür keine generelle Behandlungspflicht, sondern eine an Bedingungen geknüpfte Notwendigkeit einer Therapie [25]. Zugleich ist entweder die ausdrückliche Einwilligung des Patienten erforderlich oder zumindest muss im präklinischen Setting von einem mutmaßlichen Einverständnis ausgegangen werden. Sobald ggf. eine Ablehnung einer CPR bekannt wird, muss eine bereits begonnene CPR beendet werden oder darf nicht begonnen werden – auch wenn die Indikation fortbesteht.

Ob eine Maßnahme – hier die CPR – als angemessen und sinnvoll bewertet wird, hängt von der Prognose und dem Therapieziel ab, welche die Behandlungsteams jeweils individuell bewerten müssen [13]. Als nicht sinnvoll gilt eine Therapiemaß-

nahme dann, wenn sie mehr schadet als nützt, wenn sie keinen Zugewinn an Lebensdauer oder -qualität ermöglicht oder wenn sie vom Patienten nicht akkordiert ist [19, 21]. Eine solche Bewertung kann sich auch im Laufe der CPR ändern, bedarf also gegebenenfalls der Reevaluation, z. B. mittels eines „ethischen Team-Time-outs“ [20].

Wird eine CPR bereits im Vorhinein medizinisch als aussichtslos bewertet, soll von der Durchführung abgesehen werden („withholding“) – unabhängig vom Patienten- oder Angehörigenwunsch. Sobald die Fortführung einer (ggf. durch den Rettungsdienst) bereits begonnenen CPR als nicht mehr medizinisch gerechtfertigt bewertet wird, ist sie zu beenden („withdrawing“) – ebenfalls unabhängig vom Patienten- oder Angehörigenwunsch.

„Withholding“ und „withdrawing“ unterliegen juristisch denselben Grundsätzen, auch wenn diese Gleichsetzung vereinzelt vor allem medizinethisch nicht geteilt wird [18]. Beide Limitierungsentscheidungen sollten, wenn immer möglich, im Behandlungsteam berufsgruppenübergreifend konsentiert werden.

Wichtig ist zu verinnerlichen, dass Patienten oder deren Vertreter zwar indizierte Maßnahmen ablehnen, aber nicht Maßnahmen erzwingen können, die nicht oder nicht mehr indiziert bzw. nicht oder nicht mehr angemessen sind [10, 18]. Es mag Einzelfälle geben, wo es ratsam ist, eine (inzwischen) aussichtslose CPR dennoch fortzusetzen und den Patienten in die Klinik zu transportieren, z. B. um dem Team einen sicheren Rückzug aus einer gefahrenträchtigen Notfallsituation zu ermöglichen oder Zeichen einer strafbaren Handlung Dritter am Patienten feststellen zu können. Dies müssen allerdings gut begründete Ausnahmen bleiben.

Gänzlich zu unterlassen bzw. zu unterbinden sind sogenannte „slow codes“, bei denen mit der nur scheinbaren Absicht, das Leben des Patienten zu retten, vorsätzlich ineffektive Reanimationsbemühungen unternommen werden [17]. Diese unprofessionelle Praxis entspringt entweder einer unbegründeten Furcht vor juristischen Konsequenzen bei der Limitierung nicht (mehr) indizierter Maßnahmen oder dem Unvermögen, eine solche Limitierungsnotwendigkeit zu erkennen und umzusetzen.

d. Umgang mit Patienten mit fortgeschrittener unheilbarer Erkrankung

Chronisch fortschreitende, lebensverkürzende Erkrankungen umfassen neben Tumorerkrankungen eine Vielzahl internistischer und neurologischer Krankheitsbilder. In dieser Situation der nicht heilbaren Erkrankung befinden sich Patienten meist – unabhängig von ihrer Wohnsituation – in steter ärztlicher und pflegerischer Betreuung. Patienten mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung sind häufig in eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) mit einem klaren Behandlungskonzept eingebunden, welches idealerweise im Notfall eingeschaltet werden soll [28]. Es sollte bundesweit rund um die Uhr eine SAPV-Versorgung durch den Rettungsdienst initiiert werden können. Dadurch können unerwünschte für den Patienten belastende Klinikeinweisungen und generell Überversorgung verhindert und eine angemessene symptomorientierte Versorgung gewährleistet werden.

Versorgungsnetz und Behandlungskonzepte sind bei anderen Erkrankungen (z.B. terminale Herz-, Lungen- oder Niereninsuffizienz) für den Rettungsdienst oft nicht überschaubar. Es treten regelmäßig Akutsituationen auf, in denen Hilfe beim Rettungsdienst gesucht wird, weil Hausarzt oder Palliativnetzwerk nicht zur Verfügung stehen oder momentan nicht oder nicht in ausreichendem Umfang eingreifen können. Der Rettungsdienst muss als erste Anlaufstelle in der Lage sein, ein Hilfesuchen auch in komplexen und unübersichtlichen Akutsituationen bei fortgeschrittenen Erkrankungen anzunehmen, bei denen es nicht in erster Linie auf Lebensrettung ankommt.

Die Aufgabe im Rettungsdiensteinsatz besteht zunächst darin, die Indikation für Behandlungsoptionen zu klären und den Patientenwillen zu ermitteln. Akutsituationen in fortgeschrittenen Krankheitsstadien sind durch besondere Komplexität geprägt, insbesondere durch Multimorbidität, Organinsuffizienzen, physiologische und seelische Vulnerabilität sowie Polypharmazie. Um Übertherapie zu vermeiden, muss die Indikation zu möglichen Maßnahmen behutsam gestellt werden. Die Haltung der Patienten zu einem Be-

handlungsangebot kann je nach aktueller Krankheitsphase unterschiedlich ausfallen.

Dennoch ist mindestens eine rasche Hilfe im Sinne einer Symptomlinderung bei Atemnot, Übelkeit, Unruhe und Schmerzen zu leisten. Symptome können als sehr belastend wahrgenommen werden und erfordern mitunter ein gezieltes Symptommanagement [27]. Neben der Versorgung von somatischen Symptomen sollten in der Notsituation auch die spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse von Patienten und Zugehörigen am Lebensende bedacht werden [2].

Für Notärzte besteht damit eine professionelle Verantwortung für eine medizinische und ethische Schulung über das Maß der üblichen klinischen Ausbildung hinaus. Beratung und Unterstützung der allfälligen Entscheidungen, wie sie in Behandlungsteams in der Notaufnahme oder auf der Intensivstation durch Einbeziehung weiterer ethisch geschulter Personen [20] möglich sind, sind in Rettungsdiensteinheiten häufig nicht gegeben, sodass jeder Notarzt über eine angemessene medizinische, juristische und ethische Entscheidungskompetenz sowie fundierte Kenntnisse im Symptommanagement verfügen sollte. Aber auch von einem Notfallsanitäter wird eine moralische Sensitivität in den verschiedensten Einsatzsituationen verlangt [3]. Diese Kompetenzen müssen somit in die entsprechenden Curricula für Rettungsfachpersonal und Notärzte mit aufgenommen werden und in regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen aufgefrischt und aktualisiert werden [26].

7. Zusammenfassung

Notfallmedizinisches Handeln ist häufig durch Zeitdruck, begrenzte Informationen und emotionale Ausnahmesituationen geprägt. Die vorliegende Handlungsempfehlung betont, dass auch im präklinischen Rettungsdienst ethisch begründete Entscheidungen erforderlich und möglich sind. Grundlegend sind das medizinethische Zwei-Säulen-Modell (Indikation und Einwilligung) sowie die Berücksichtigung realistischer Therapiezielbestimmungen – einschließlich palliativer Optionen.

Die Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit von Patienten spielt eine zentrale

Rolle, insbesondere bei Transportverweigerung oder Therapieablehnung. Diese muss strukturiert geprüft und dokumentiert werden. Liegt sie nicht vor, sind rechtliche Stellvertreter einzubeziehen. Psychisch erkrankte Patienten stellen oft eine besondere Herausforderung dar – hier ist zwischen Behandlungsindikation, Einwilligungsfähigkeit und Unterbringung gemäß den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder zu differenzieren. Auch die Durchführung und Nichteinleitung bzw. die Beendigung von Reanimationen muss ethisch begründet und individuell bewertet werden. Indizierte Behandlungsmaßnahmen dürfen durch Patienten bzw. rechtliche Vertreter abgelehnt, aber nichtindizierte Maßnahmen können nicht erzwungen werden.

Schließlich wird für Patienten mit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen eine zurückhaltende, symptombezogene Akutversorgung empfohlen. Der Rettungsdienst muss lernen, Hilfe zu leisten, ohne grundsätzlich auf maximale kurative Interventionen zurückzugreifen. Dazu bedarf es medizinisch-ethischer Handlungskompetenz aller daran Beteiligten.

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jochen Dutzmann
Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin, Universitätsmedizin Halle (Saale)
Ernst-Grube-Str. 40, 06120 Halle (Saale), Deutschland
jochen.dutzmann@uk-halle.de

Förderung. Die Publikationskosten werden durch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) getragen.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Grautoff, A. Michalsen, F. Salomon, P. Grentenkort, G. Michels, S. Kleinschmidt, R. Wildenauer, S. Vonderhagen, G. Duttge, T. Weimer, L. Roßmann, B. Gliwitzky, T. Borgmann, T. Plappert, M. Pin, S. Jöbges und J. Dutzmann 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 Crea-

ve 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. Appelbaum PS (2007) Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 357:1834–1840
2. Batsstone E, Bailey C, Hallett N (2020) Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *J Clin Nurs* 29(19–20):3609–3624
3. Bruun H, Milling L, Mikkelsen S et al (2022) Ethical challenges experienced by prehospital emergency personnel: a practice-based model of analysis. *BMC Med Ethics* 23(1)
4. Bundesärztekammer (2019) Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten. *Dtsch Arztebl* 116:A1133–A1134
5. (2015) Bundesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland. „Umgang mit Alarmierungen des Rettungsdienstes zu banalen Erkrankungen und Verletzungen“. https://www.bv-aelrd.de/pluginfile.php/97/mod_resource/content/0/20150421_STN-BV-AELRD_Transportverweigerung.pdf. Zugriffen: 18. Aug. 2025
6. DGIIN et al (2024) Curriculum Klinische Akut- und Notfallmedizin – Schwerpunkt Innere Medizin: Empfehlung zu Weiterbildungsinhalten der Inneren Medizin in der Notaufnahme“ Medizinische Klinik. *Intensivmed* 119(1):1–50. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01113-3>
7. (2023) Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) Katastrophenmedizinische prähospitalen Behandlungsleitlinien, Langversion (S2k, AWMF Register Nr. 001-043). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-043>. Zugriffen: 27. Aug. 2025
8. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI): S2e-Leitlinie Telemedizin in der prähospitalen Notfallmedizin (AWMF Registernummer 001-037), Version 2.0 (04.07.2025), verfügbar unter. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-037>. Zugriffen: 27. Aug. 2025
9. Dutzmann J, Michalsen A, Duttge G et al (2023) Ehegattennotvertretungsrecht. Eine Handreichung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung

Ethical decision-making in preclinical emergency medicine. Recommendations from the Ethics Section of the German Interdisciplinary Association for Intensive and Emergency Medicine (DIVI), the Emergency and Disaster Medicine Section of the DIVI, and the Preclinical Emergency Medicine Scientific Board of the German Association for Emergency Medicine (DGINA)

Out-of-hospital emergency medicine is characterized by time pressure, limited patient information, and emotionally charged situations. Despite these challenges, ethically sound decision-making is not only possible but essential in the prehospital setting. This position paper outlines that treatment limitations, forgoing patient transport to a hospital, and palliative goals can be ethically justified and are necessary parts of emergency care. Prehospital emergency medicine is based on the ethical “two-pillar model” of medical indication and informed patient consent. Assessing decision-making capacity—especially in the context of treatment refusal or forgoing transport—requires a structured approach. Relevant legal frameworks, including advance directives, health care proxies, and the German Paramedics Act (NotSanG) are discussed. Specific challenges arise in cases involving psychiatric illnesses, cardiopulmonary resuscitation, and patients with advanced incurable conditions. This paper advocates for greater ethical awareness in prehospital emergency medicine and increased competence among emergency physicians. It also emphasizes the need for adequate ethical decision-making. Its goal is to strengthen clinical confidence in navigating between what is medically possible and what is achievable with respect to the patients' autonomy—even under challenging conditions of prehospital emergency care.

Keywords

Biomedical ethics · Emergency medical services · Advance directives · Palliative care · Resuscitation · Transport refusal

- für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). *Dtsch Med Wochenschr* 148:499–502. <https://doi.org/10.1055/a-2017-0878> (Epub 2023 Mar 20. PMID: 36940709; PMCID: PMC10060051.)
10. Dutzmann J, Duttge G, Michalsen A et al (2025) Indikation als unverzichtbare Grundlage ärztlichen Handelns. *MedR* 43:253–257
11. Evans K, Warner J, Jackson E (2007) How much do emergency healthcare workers know about capacity and consent? *Emerg Med J* 24:391–393
12. Fischer M, Wnent J, Gräsner J et al (2024) Jahresbericht der Deutschen Reanimationsregisters. *Anästh Intensivmed* 65:V101–V110
13. Gliwitsky B, Prückner S, Brokmann J et al (2025) Gemeinsame Stellungnahme zu Reanimationsabbruch und -verzicht. *Notfall Rettungsmed*. <https://doi.org/10.1007/s10049-025-01657-7>
14. 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
15. Greif R, Lauridsen KG, Djärv T et al (2025) European Resuscitation Guidelines 2025. *Exec Summ Resusc* 215(1):110770
16. Häske D, Sarangi F, Casu S (2021) Transportverweigerung und Transportverzicht im Rettungsdienst. *Notfall Rettungsmed* 24:929–935
17. Mentzelopoulos SD, Couper K, Van de Voorde P et al (2021) Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. *Notfall Rettungsmed* 24:720–749
18. Michalsen A, Bakker J, Sprung CL et al (2023) Principles and practice of limiting life-sustaining therapies. In: Michalsen A, Sadovnikoff N, Kescioglu J (Hrsg) *Ethics in intensive care medicine*. Springer, Berlin, S81–94
19. 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 Notfmed* 116:281–294
20. 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 Notfmed* 117:85–90
21. Neitzke G, Burchardi H, Duttge G et al (2016) Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 111:486–492
22. Pajonk FG, Messer T, Berzewski H (2019) S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. AWMF-Registernummer: 038-023
23. Peralta V, de Jalón EG, Moreno-Izco L et al (2025) Social exclusion as a major outcome domain of psychotic disorders: early predictors, and associations with non-recovery and clinical staging 21 years after a first episode of psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 60:399–411

24. Perkins DG, Gräsner J, Semerano F et al (2021) Kurzfassung. Leitlinien des European Resuscitation Council 2021. Notfall Rettungsmed 24:274–345
25. Raffay V, Wittig J, Bossaert L et al (2025) European Resuscitation Council Guidelines 2025. Ethics Resusc Resusc 215(1):110734
26. Salomon F (Hrsg) (2016) Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin – Orientierungshilfen für kritische Entscheidungen. Med Wissenschaftl Verlagsgesell, Berlin
27. Siegel M, Bigelow S (2018) Palliative care symptom management in the emergency department: The ABC's of symptom management for the emergency physician. J Emerg Med 54:25–32
28. Wang DH, Breyer AM, Broton JK et al (2023) Top ten tips palliative care clinicians should know about improving partnerships with emergency medical services. J Palliat Med 26:704–710
29. Wiese CHR, Bartels U, Geyer A et al (2008) Göttinger Palliativkrisenbogen: Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung von ambulanten Palliativpatienten. Die „Gelbe Karte für den Rettungsdienst“. Dtsch Med Wochenschr 133:972–976
30. Zorab O, Robinson M, Endacott R (2015) Are prehospital treatment or conveyance decisions affected by an ambulance crew's ability to access a patient's health information? BMC Emerg Med 15:26

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