

Kardiologie 2023 · 17:252–257
<https://doi.org/10.1007/s12181-023-00621-4>
 Angenommen: 12. Mai 2023
 Online publiziert: 3. Juli 2023
 © Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. Published by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature - all rights reserved 2023



Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin

Konsensuspapier der DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGfN, DGNI, DGG, DGAI, DGINA und DGPalliativmedizin

Guido Michels¹ · Stefan John² · Uwe Janssens³ · Philip Raake⁴ · Katharina Andrea Schütt⁵ · Johann Bauersachs⁶ · Thomas Barchfeld⁷ · Bernd Schucher⁸ · Sandra Delis⁹ · Rüdiger Karpf-Wissel¹⁰ · Matthias Kochanek¹¹ · Simone von Bonin¹² · Christiane M. Erley¹³ · Susanne D. Kuhlmann¹⁴ · Wolfgang Müllges¹⁵ · Georg Gahn¹⁶ · Hans Jürgen Heppner^{17,26,27} · Christoph H. R. Wiese^{18,19} · Stefan Kluge²⁰ · Hans-Jörg Busch²¹ · Claudia Bausewein²² · Manuela Schallenburg²³ · Martin Pin²⁴ · Martin Neukirchen^{23,25}

Wolfgang Müllges ist vor der Veröffentlichung dieses Beitrags verstorben.

Anmerkung/Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit der Texte wird das generische Maskulinum als geschlechtsneutrale Form verwendet. Diese Form impliziert immer alle Geschlechter.

Dieses Konsensuspapier wurde als Kurzversion in den Zeitschriften *Die Kardiologie*, *Pneumologie*, *Die Nephrologie*, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *Die Anaesthesiologie*, *Anästhesiologie & Intensivmedizin (A&I)* sowie die *Zeitschrift für Palliativmedizin* veröffentlicht. Die Langversion erscheint ausschließlich online in der *Medizinischen Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* (<https://doi.org/10.1007/s00063-023-01016-9>).



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Weitere Informationen zu den Affiliations der Autoren befinden sich auf der letzten Artikelseite.

Zusammenfassung

Die zeitgerechte Integration der Palliativmedizin ist ein wichtiger Bestandteil in der medizinischen Behandlung von verschiedenen Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium. Während eine erweiterte S3-Leitlinie zur Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung existiert, fehlt bis dato eine Leitlinie für nicht-onkologische Patienten bzw. eine konkrete Empfehlung für Patienten, die in der Notaufnahme oder auf Intensivstation behandelt werden. Basierend auf dem vorliegenden Konsensuspapier wird auf die palliativmedizinischen Aspekte der jeweiligen Fachdisziplinen eingegangen. Durch die zeitgerechte Integration der Palliativversorgung soll eine verbesserte Lebensqualität und Symptomlinderung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin erreicht werden.

Schlüsselwörter

Akutmedizin · Intensivmedizin · Palliativmedizin · Lebensqualität · Zeitgerechte Integration

Einleitung

Die Palliativmedizin ist ein integraler Bestandteil sowohl der klinischen Akut- und Notfallmedizin als auch der Intensivmedizin. Während für inkurable onkologische Patienten die seit 2020 erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung existiert [1, 2], so fehlt eine entsprechende Empfehlung für lebenslimitiert erkrankte, nicht-onkologische Patienten. Die Palliativversorgung stellt dabei neben den akut- bzw. intensivmedizinischen Therapiezielen den Erhalt oder sogar die Steigerung der Lebensqualität der Patienten und ihrer An-

Zugehörigen ins Zentrum aller Bemühungen [3].

Nicht nur bei Symptomlinderung, Patienten- und Angehörigenkommunikation, *Advance Care Planning (ACP)*, supportiver Angehörigenbegleitung und ggf. notwendiger gezielter (früher: palliativer) Sedierung kann die Palliativmedizin unterstützen [4, 5], sondern auch zur Prävention von *Moral distress* oder bei der Umsetzung von psychosozialer und spiritueller Begleitung (*Spiritual Care*) von Patienten und deren An-/Zugehörigen [6, 7].

Um eine palliativmedizinische Versorgung 24 h/365 Tage im Jahr sicherzustellen, ist es, unabhängig von der Verfüg-

Fachgesellschaften und Zugehörigkeiten

Guido Michels, Stefan John, Uwe Janssens, Stefan Kluge und Hans-Jörg Busch: stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN e.V., *German Society of Medical Intensive Care and Emergency Medicine*), Berlin, Deutschland; Philip Raake, Katharina Andrea Schütt und Johann Bauersachs: stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK e.V., *German Society of Cardiology—Cardiovascular Research*), Düsseldorf, Deutschland; Sandra Delis und Rüdiger Karpf-Wissel: stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e.V., *German Respiratory Society*), Sektion 9 Palliativmedizin, Berlin, Deutschland; Thomas Barchfeld und Bernd Schucher: stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e.V., *German Respiratory Society*), Sektion 5 Intensiv- und Beatmungsmedizin, Berlin, Deutschland; Matthias Kochanek und Simone von Bonin: stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO e.V., *German Society of Hematology and Medical Oncology*), Arbeitskreis Intensivmedizin bzw. *Intensive Care in Hematologic and Oncologic Patients (iCHOP)*, Berlin, Deutschland;

Christiane M. Erley und Susanne D. Kuhlmann: stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN e.V., *German Society of Nephrology*), Berlin, Deutschland; Wolfgang Müllges (†) und Georg Gahn: stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI e.V., *German Society of Neuro-Intensive Care and Emergency Medicine*), Jena, Deutschland; Hans Jürgen Heppner: stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG e.V., *German Geriatric Society*), Köln, Deutschland; Christoph HR Wiese: stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI e.V., *German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine*), gemeinsamer Arbeitskreis der DGAI und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V., Nürnberg, Deutschland; Martin Pin: stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA e.V., *German Society for Interdisciplinary Emergency and Acute Medicine*), Berlin, Deutschland; Sandra Delis, Manuela Schallenburger, Claudia Bausewein und Martin Neukirchen stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP e.V., *German Association for Palliative Medicine*), Berlin, Deutschland.

barkeit der spezialisierten Palliativmedizin, notwendig, zumindest eine allgemeine palliativmedizinische Versorgung sowohl auf ärztlicher, aber auch auf pflegerischer Ebene in jeder Klinik zu gewährleisten [4]. Mitarbeitende in akutmedizinischen Kliniken sollten im Rahmen von regelmäßigen Fortbildungen eine Basisqualifikation erfahren. Palliativmedizinische Grundkenntnisse wie Symptomlinderung, Kommunikation und Sterbebegleitung sollten vermittelt und als hausinterne Standardvorgehensweise (SOP, *Standard Operating Procedure*) erarbeitet werden.

Methodik bzw. Zielsetzung des Konsensuspapiers

Das vorliegende Konsensuspapier dient der Implementierung von Evidenz- und Konsensus-basierten Empfehlungen für eine qualitativ hochwertige Umsetzung von palliativmedizinischen Aspekten in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin. Das Konsensuspapier wurde von zehn nationalen Fachgesellschaften konsentiert. Am Konsensusprozess, welcher im Jahr 2018 initiiert und im Jahr 2023 abgeschlossen wurde, waren die oben genannten Fachgesellschaften beteiligt. Die jeweiligen Fachgesellschaften haben sich

mit palliativmedizinischen Schwerpunktthemen auseinandergesetzt; abschließend fand eine fachspezifische Bewertung statt, in der Empfehlungen ausgesprochen wurden.

Die Langversion der konsentierten Empfehlungen mit detaillierten Ausführungen können in der Online-Publikation eingesehen werden (<https://doi.org/10.1007/s00063-023-01016-9>).

Ergebnisse bzw. Empfehlungen

Im Rahmen der Empfehlungen zu palliativmedizinischen Aspekten in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin wurde der Fokus auf acht fachspezifische Schwerpunkte gelegt. Insgesamt wurden 40 Empfehlungen konsentiert. In den ersten Kapiteln werden allgemeine und palliativmedizinische Grundlagen mit 10 Empfehlungen dargestellt. Anschließend wird auf spezielle palliativmedizinische Aspekte der Fachgebiete Geriatrie (2 Empfehlungen), Kardiologie (2 Empfehlungen), Pneumologie und Beatmungsmedizin (12 Empfehlungen), Neurologie (4 Empfehlungen), Nephrologie (3 Empfehlungen), Hämatologie und Onkologie (5 Empfehlungen) sowie Anästhesiologie (2 Empfehlungen) eingegangen (■ Tab. 1).

Diskussion und Zusammenfassung

Das Konsensuspapier zu palliativmedizinischen Aspekten in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin soll zur Qualitätssicherung in der Akutmedizin beitragen. Die zeitgerechte Integration von Palliativversorgung kann zu einer Verkürzung der Intensiv- und Krankenhausverweildauer, einer Reduktion der Behandlungskosten, einer besseren Symptomlinderung (Lebensqualität), einer höheren Zufriedenheit von Patienten, An-/Zugehörigen und Mitarbeitern sowie zu einer Verbesserung der Qualität der medizinischen Gesamtbehandlung führen. Die Mortalität bleibt dabei jedoch unverändert [8–13] bzw. war in den Studien reduziert [14, 15]. Durch eine frühzeitige Integration der Palliativversorgung kann bereits in der Notaufnahme eine verbesserte Lebensqualität und Symptomlinderung erreicht werden [16].

Basierend auf der demographischen Entwicklung, der Zunahme von chronischen Erkrankungen und der Notarzteinsätze bei Palliativpatienten (ca. 10%) sollte sich jeder Akutmediziner mit der Palliativmedizin beschäftigen [17–19] und Grundkenntnisse in diesem Bereich erwerben.

Tab. 1 Empfehlungen zu palliativmedizinischen Aspekten in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin	
Schwerpunkte	Empfehlungen
Allgemeine Empfehlungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Palliativmedizin soll frühzeitig sowohl in die klinische Akut- und Notfallmedizin als auch in die Intensivmedizin integriert werden. 2. Ein Palliativdienst sollte idealerweise – wenn vorhanden – bei hochsymptombelasteten Notfall- und Intensivpatienten und deren An-/Zugehörigen zur palliativen Beratung und folgend zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung in potenziell lebenslimitierenden Situationen hinzugezogen werden. 3. Zur Behandlung allgemeiner Symptome und vor allem auch bei Nicht-Verfügbarkeit einer spezialisierten Palliativmedizin sollte bei Akut- und Intensivmedizinern sowie bei Pflegenden in Notaufnahmen und auf Intensivstationen eine palliativmedizinische Basisqualifikation vorliegen. 4. Palliativmedizinische Grundkenntnisse sollten im Rahmen von interdisziplinären und interprofessionellen Fortbildungen regelmäßig vermittelt und als hausinterne Standardvorgehensweise (SOP) erarbeitet werden
Bausteine der Palliativmedizin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Eruiierung der medizinischen Indikation und des Patientenwillens – als die Säulen einer patientenzentrierten Entscheidungsfindung – sollen stets unter Berücksichtigung des patientenzentrierten Therapieziels erfolgen. 2. Vor elektiven Eingriffen/Interventionen, bei welchen eine intensivmedizinische Nachbehandlung nicht ausgeschlossen ist, soll den Patienten empfohlen werden, qualitativ hochwertige Vorsorgeinstrumente (Advance Care Planing oder Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung) zu erstellen. 3. Bei einer absehbar längeren Behandlung auf einer Intensivstation (> 5 Tage) sollen mindestens 1-mal wöchentlich Gespräche mit dem Patienten und seinen An-/Zugehörigen über den aktuellen Gesundheitszustand unter Berücksichtigung palliativmedizinischer Aspekte geführt und daran angepasste Therapieziele durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung (shared decision making) vereinbart werden. 4. Ein zeitlich limitierter Therapieversuch (time-limited trial) sollte bei Unsicherheiten bezüglich des Nutzens und des Risikos der eingeschlagenen Therapie, der Ermittlung der Prognose und des patientenzentrierten Therapieziels erwogen werden. 5. Die an der Behandlung von Akutpatienten beteiligten Berufsgruppen sollen zur Stabilisierung der Zusammenarbeit und zur Reduktion von Belastungen gemeinsam Wege zur Entscheidungsfindung vereinbaren. 6. Im gemischten Modell der interdisziplinären Zusammenarbeit erfolgt die allgemeine Palliativversorgung durch den Primärbehandler, bei komplexen Symptomgeschehen soll im stationären Setting, wenn verfügbar, ein palliativmedizinischer Dienst (PMD) der spezialisierten Palliativmedizin oder im ambulanten Setting ein Team der spezialisierten, ambulanten Palliativversorgung (SAPV) hinzugezogen werden
Geriatrische Patienten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Gebrechlichkeit hat eine große Bedeutung für das Outcome von Notfall- und Intensivpatienten und sollte regelhaft anhand der klinischen Gebrechlichkeits-Skala erhoben werden, um bei der Prognoseabschätzung zu unterstützen. 2. Sofern der Patient akutmedizinische Maßnahmen nicht grundsätzlich ablehnt, stellt das höhere Lebensalter alleine keinen Grund dar, eine akutmedizinische Behandlung in der Notaufnahme oder auf der Intensivstation zu unterlassen
Terminale Herzinsuffizienz	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Einbindung palliativmedizinischer Konzepte sollte bei Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz früh im Krankheitsprozess erfolgen (integrated palliative care). Der optimale Zeitpunkt für den Beginn einer integrierten palliativen Versorgung ist individuell sehr variabel. 2. Das Deaktivieren von unmittelbar lebenserhaltenden technischen Unterstützungssystemen ist immer eine sehr schwierige und belastende Entscheidungssituation und sollte bereits vor der Implantation im Rahmen von Advance Care Planning besprochen werden
Beatmungstherapie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Beatmungstherapie soll beendet werden, wenn das angestrebte Therapieziel realistisch nicht erreicht werden kann oder vom Patienten nicht gewünscht wird. Hier sollte transparent, empathisch und authentisch sowohl im Team als auch mit Patienten und An-/Zugehörigen kommuniziert werden. 2. Bei der Beendigung der Beatmung soll eine in der Dosis ausreichende medikamentöse Opiattherapie zur Prophylaxe von Atemnot sowie eine Benzodiazepintherapie zur Prophylaxe von Angst im Rahmen einer gezielten Sedierung durchgeführt werden. Eine eventuelle Lebenszeitverkürzung durch unvermeidbare Nebenwirkungen ist zu tolerieren. 3. Bei Anwesenheit der An-/Zugehörigen sollten diese über mögliche körperliche Reaktionen des Patienten auf die Beendigung der Beatmung aufgeklärt und entsprechend begleitet werden. 4. Die verantwortlichen Ärzte sollen die Umsetzung sowohl der sofortigen Extubation als auch die Einleitung des Compassionate Weaning persönlich vornehmen und begleiten. Diese Aufgabe sollte nicht alleinig an das Pflegepersonal übertragen werden. Die urreigenste Aufgabe von Ärzten ist ihren Patienten beim Sterben beizustehen
Fortgeschrittene nicht-onkologische Erkrankungen mit respiratorischer Insuffizienz	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bei Patienten mit fortgeschrittenen pulmonalen, kardialen oder neurologischen Erkrankungen kann die NIV eine Therapiemöglichkeit darstellen, wenn eine Intubation mit prolongiertem Intensivaufenthalt nicht indiziert oder gewünscht ist. 2. Die Anwendung der NIV soll nicht einen bereits eingesetzten Sterbeprozess verlängern

Tab. 1 (Fortsetzung)	
Schwerpunkte	Empfehlungen
NIV zur Symptomlinderung	1. Die NIV kann als palliative Maßnahme zur Symptomlinderung bei Atemnot eingesetzt werden
Außerklinische Beatmungstherapie	1. Patienten mit außerklinischer Beatmungstherapie sollten im Rahmen ihrer häuslichen Versorgung eine ambulante Palliativversorgung erhalten. 2. Die Indikation zur Fortsetzung der Langzeitbeatmung sollte unter Würdigung der Prognose und der Lebensqualität des Patienten im Verlauf individuell, kritisch und idealerweise unabhängig geprüft werden
Terminale COPD, idiopathische Lungenfibrose, Lungenkarzinom	1. Bei Patienten mit einer fortgeschrittenen pneumologischen Grunderkrankung und schlechter Prognose soll eine palliativmedizinische Versorgung mit dem Ziel einer optimalen Symptomlinderung durch medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen erfolgen. 2. Das Gespräch über den Tod und den bevorzugten Sterbeort des Patienten sollten grundsätzlich Teil ärztlicher Beratung sein. Auch in der Akutsituation sollten diese Themen adressiert werden, sobald die Symptome soweit reduziert sind, dass der Patient dazu in der Lage ist. 3. Die Beendigung einer Beatmungstherapie unter palliativmedizinischer Betreuung sollte auf Intensivstationen ein selbstverständliches Angebot sein
Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie und Delir	1. Die Prognoseabschätzung nach hypoxisch-ischämischer Enzephalopathie (HIE) sollte unter Anwendung eines standardisierten Prognosealgorithmus erfolgen. 2. Sofern im Gefolge einer HIE epileptische Anfälle klinisch oder elektroenzephalographisch nachweisbar sind, soll eine antikonvulsive Therapie in ausreichend hoher Dosierung und über eine ausreichend lange Zeit durchgeführt werden. 3. Patienten mit persistierender Bewusstseinsstörung nach HIE sollten ebenso wie Patienten mit der Verdachtsdiagnose eines hypoaktiven Delirs eine EEG-Diagnostik erhalten, um einen potenziell behandelbaren non-convulsiven Status epilepticus differentialdiagnostisch nicht zu übersehen. 4. Die Therapie des Delirs soll grundsätzlich aus nicht-medikamentösen und medikamentösen Anteilen bestehen. Beim hyperaktiven Delir ist Haloperidol die Therapie der Wahl, für das hypoaktive Delir besteht derzeit keine medikamentöse Therapieoption
Terminale Niereninsuffizienz (Dialysepflichtigkeit)	1. Patienten im fortgeschrittenen Alter mit hoher Krankheitslast sollten grundsätzlich die Alternative einer konservativen Versorgung ohne Dialyseeinleitung angeboten werden. 2. Generell sollten alle Patienten, bei denen eine Dialyse beendet oder bei denen eine Entscheidung gegen eine Dialyse getroffen wird, eine integrierte palliativmedizinische Versorgung erhalten. 3. Patienten, bei denen aufgrund einer unsicheren Prognose zunächst ein zeitlich begrenzter Therapieversuch (Time-Limited Trial) angeboten wird, sollte eine integrierte palliativmedizinische Versorgung angeboten werden
Hämato/-onkologische Patienten	1. Grundsätzlich soll vor einer Intensivstationsaufnahme eines Patienten mit einer Krebserkrankung geklärt werden, ob eine intensivmedizinische Versorgung medizinisch indiziert und vom Patienten bzw. gesetzlichen Betreuer gewünscht ist. 2. Allen schwerkranken Krebspatienten sollte eine akutmedizinische Versorgung (ohne Einschränkung der Ressourcen) angeboten werden, wenn das dadurch angestrebte Therapieziel mit der allgemeinen Prognose der zugrundeliegenden Malignität vereinbar sein könnte. 3. Strukturen für eine Palliativversorgung von Krebspatienten sollen frühzeitig etabliert und dem Patienten bzw. Betreuer vorgestellt und angeboten werden. 4. Dem vorausverfügbaren Patientenwillen oder den Angaben eines Bevollmächtigten mus s, wenn medizinisch inhaltlich sinnvoll, Folge geleistet werden. Bei fehlender Sinnhaftigkeit soll dies offen und empathisch mit den Betroffenen unter Aufzeigen der Alternativen kommuniziert werden. 5. Um die Qualität der End of Life Versorgung bei kritisch kranken Krebspatienten zu verbessern, z. B. die Beurteilung und das Arzneimittelmanagement bei Notfällen, das Beenden der Behandlung und die Überwachung oder die Wahrung der Würde und der individuellen Wünsche, sollte eine enge Kooperation mit der spezialisierten Palliativmedizin erfolgen
Palliative Notfälle	1. Klinische Notfall- und Intensivmediziner sollen die Besonderheiten des „Palliativen Notfalls“ kennen und Grundkenntnisse in der Palliativmedizin erwerben. 2. Eine Integration von Palliativdiensten bzw. Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sollte in den Notfallmedizinischen Strukturen stattfinden
COPD chronisch obstruktive Lungenerkrankung, EEG Elektroenzephalogramm, HIE hypoxisch-ischämische Enzephalopathie, NIV nicht-invasive Beatmung, SOP Standard Operating Procedure	

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. med. Guido Michels

Zentrum für Notaufnahme, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, Medizincampus Trier der Universitätsmedizin Mainz Nordallee 1, 54292 Trier, Deutschland
guidomichels@gmx.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. G. Michels, S. John, U. Janssens, P. Raake, K. A. Schütt, J. Bauersachs, T. Barchfeld, B. Schucher, S. Delis, R. Karpf-Wissel, M. Kochanek, S. von Bonin, C. M. Erley, S. D. Kuhlmann, W. Müllges, G. Gahn, H. J. Heppner, C. H. Wiese, S. Kluge, H.-J. Busch, C. Bausewein, M. Schallenburg, M. Pin und M. Neukirchen haben keine im Zusammenhang mit dem vorliegenden Konsensuspapier bestehenden Interessenkonflikte. Funktionen der Autoren*innen in den jeweiligen Fachgesellschaften und weitere Informationen befinden sich in der Online-Langversion.

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. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patient/-innen zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern/Vertreterinnen eine schriftliche Einwilligung vor.

Literatur

- Simon ST, Pralong A, Radbruch L, Bausewein C, Voltz R (2020) The palliative care of patients with incurable cancer. *Dtsch Arztebl Int* 116(7):108–115
- Leitlinienprogramm Onkologie (2019) Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung: Langversion 2.0. Kohlhammer, Stuttgart (AWMF-Registernummer: 128/001-OL)
- Afshar K, Geiger K, Müller-Mundt G, Bleidorn J, Schneider N (2021) Generalist palliative care for non-cancer patients. *Schmerz* 35(3):161–171
- Nauck F, Jaspers B (2021) Integration der Palliativmedizin in die Akutmedizin (Integration of palliative care into acute care medicine). *Schmerz* 35(6):439–448
- Curtis JR (2021) Three stories about the value of advance care planning. *JAMA* 326(21):2133–2134
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ (2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363(8):733–742

Palliative aspects in clinical acute and emergency medicine as well as intensive care medicine. Consensus paper of the DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGFN, DGNI, DGG, DGAI, DGINA and DGPalliativmedizin

The timely integration of palliative medicine is an important component in the treatment of various advanced diseases. While a German S-3-guideline on palliative medicine exists for patients with incurable cancer, a recommendation for non-oncological patients and especially for palliative patients presenting in the emergency department or intensive care unit is missing to date. Based on the present consensus paper, the palliative care aspects of the respective medical disciplines are addressed. The timely integration of palliative care aims to improve quality of life and symptom control in clinical acute and emergency medicine as well as intensive care.

Keywords

Acute medicine · Intensive care · Palliative care · Quality of life · Timely integration

- Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, Dionne-Odom JN, Frost J, Dragnev KH, Hegel MT, Azuero A, Ahles TA (2015) Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 33(13):1438–1445
- Nelson JE, Curtis JR, Mulkerin C, Campbell M, Lustbader DR, Mosenthal AC, Puntillo K, Ray DE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Frontera JA, Hays RM, Weissman DE (2013) Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the improving palliative care in the ICU (IPAL-ICU) advisory board. *Crit Care Med* 41(10):2318–2327
- Martins BDCPCC, Oliveira RA, Cataneo AJM (2017) Palliative care for terminally ill patients in the intensive care unit: systematic review and metaanalysis. *Palliat Support Care* 15(3):376–383
- Mercadante S (2018) Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol* 18(1):1–6
- Aslakson R, Cheng J, Vollenweider D, Galusca D, Smith TJ, Pronovost PJ (2014) Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a sys-

Affiliations

¹ Zentrum für Notaufnahme, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, Medizincampus Trier der Universitätsmedizin Mainz, Trier, Deutschland; ² Medizinische Klinik 8, Paracelsus Medizinische Privatuniversität & Universität Erlangen-Nürnberg, Klinikum Nürnberg-Süd, Nürnberg, Deutschland; ³ Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin, St.-Antonius-Hospital gGmbH, Eschweiler, Deutschland; ⁴ I. Medizinischen Klinik, Universitätsklinikum Augsburg, Herzzentrum Augsburg-Schwaben, Augsburg, Deutschland; ⁵ Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin (Medizinische Klinik I), Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Deutschland; ⁶ Klinik für Kardiologie und Angiologie, Zentrum Innere Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; ⁷ Medizinische Klinik II, Klinik für Pneumologie, Intensivmedizin und Schlafmedizin, Knappschaftskrankenhaus Dortmund, Klinikum Westfalen, Dortmund, Deutschland; ⁸ Abteilung Pneumologie, LungenClinic Grosshansdorf, Großhansdorf, Deutschland; ⁹ Helios Klinikum Emil von Behring GmbH, Berlin, Deutschland; ¹⁰ Universitätsmedizin Essen Ruhlandklinik, Westdeutsches Lungenzentrum am Universitätsklinikum Essen gGmbH, Klinik für Pneumologie, Essen, Deutschland; ¹¹ Medizinische Klinik I, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Center for Integrated Oncology (CIO) Cologne-Bonn, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; ¹² Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Dresden, Deutschland; ¹³ St. Joseph-Krankenhaus Berlin, Berlin, Deutschland; ¹⁴ MVZ Windscheidstraße, Berlin, Deutschland; ¹⁵ Neurologische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland; ¹⁶ Neurologische Klinik, Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH, Karlsruhe, Deutschland; ¹⁷ Klinik für Geriatrie und Geriatrie Tagesklinik, Klinikum Bayreuth – Medizincampus Oberfranken, Bayreuth, Deutschland; ¹⁸ Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland; ¹⁹ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, HEH Kliniken Braunschweig, Braunschweig, Deutschland; ²⁰ Klinik für Intensivmedizin, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg, Deutschland; ²¹ Zentrum für Notfall- und Rettungsmedizin, Universitäts-Notfallzentrum (UNZ), Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland; ²² Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München, München, Deutschland; ²³ Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin (IZP), Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ²⁴ Zentrale Interdisziplinäre Notaufnahme, Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ²⁵ Klinik für Anästhesiologie, Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ²⁶ Institut für Biomedizin des Alterns, Universität Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen-Nürnberg, Deutschland; ²⁷ HELIOS Klinikum Schwelm, Schwelm, Deutschland

- tematic review of interventions. *J Palliat Med* 17(2):219–235
12. Adler K, Schlieper D, Kindgen-Milles D, Meier S, Schwartz J, van Caster P, Schaefer MS, Neukirchen M (2017) Integration der Palliativmedizin in die Intensivmedizin: Systematische Übersichtsarbeit (integration of palliative care into intensive care: systematic review). *Anaesthesist* 66(9):660–666
 13. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, Quill T, Sacco J, Tangeman J, Meier DE (2011) Palliative care consultation teams cut hospital costs for medicaid beneficiaries. *Health Aff* 30(3):454–463
 14. Metaxa V, Anagnostou D, Vlachos S, Arulkumar N, Bensemmane S, van Dusseldorp I, Aslakson RA, Davidson JE, Gerritsen RT, Hartog C, Curtis JR (2021) Palliative care interventions in intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 47(12):1415–1425
 15. Seow H, Barbera LC, McGrail K, Burge F, Guthrie DM, Lawson B, Chan KKW, Peacock SJ, Sutradhar R (2022) Effect of early palliative care on end-of-life health care costs: a population-based, propensity score-matched cohort study. *JCO Oncol Pract* 18(1):e183–e192
 16. Chang JC-Y, Yang C, Lai L-L, Huang H-H, Tsai S-H, Hsu T-F, Yen DH-T (2021) Differences in characteristics, hospital care, and outcomes between acute critically ill emergency department patients receiving palliative care and usual care. *Int J Environ Res Public Health* 18(23):12546
 17. Michels G, Nies R, Ortmann S, Pfister R, Salomon F (2018) Management eines älteren Patienten in der Notaufnahme am Lebensende: Eine medizinethische Herausforderung [Management of an elderly patient in the emergency room at the end of life: A medical ethics challenge]. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 113(3):208–211
 18. Wiese CH, Lassen CL, Bartels UE, Taghavi M, Elhabash S, Graf BM, Hanekop GG (2013) International recommendations for outpatient palliative care and prehospital palliative emergencies – a prospective questionnaire-based investigation. *BMC Palliat Care* 12:10
 19. George N, Bowman J, Aaronson E, Ouchi K (2020) Past, present, and future of palliative care in emergency medicine in the USA. *Acute Med Surg* 7(1):e497

Leitlinien im Pocketcard-Format

Das kostenlose Angebot von medbee

Die digitalen Pocketcards von medbee bündeln die wichtigsten Informationen aus Leitlinien und anderen validierten Quellen.

Ideal für einen schnellen Überblick und essentiell im hektischen Arbeitsalltag, wenn es gilt, rasch die richtige Entscheidung zu treffen.

So unterstützt Sie medbee:

- Schnell greifbar: aktuelle Leitlinien kurz und prägnant zusammengefasst
- Verlässlichkeit, wenn es zählt: sichere Entscheidungshilfe am Point of Care
- Zweitmeinung: Fachaustausch im professionellen Netzwerk
- Alles an einem Ort: die wichtigsten Information immer dabei haben

Um zugreifen zu können, einfach auf **medbee.org** registrieren und sofort Bescheid wissen.

Jetzt Pocketcards abrufen!

