

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

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.R. Wiese · S. Kluge · H.-J. Busch · C. Bausewein · M. Schallenburg · M. Pin · M. Neukirchen

Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin

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

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 der Zeitschrift für Palliativmedizin veröffentlicht. Die Langversion erscheint ausschließlich online in der Medizinischen Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin (DOI 10.1007/s00063-023-01016-9).

Interessenkonflikt

Die Autoren*innen 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.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren. Alle Patienten, die über Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts zu identifizieren sind, haben hierzu ihre schriftliche Einwilligung gegeben.

Schlüsselwörter

Akutmedizin – Intensivmedizin – Palliativmedizin – Lebensqualität – Zeitgerechte Integration

Keywords

Acute Medicine – Intensive Care – Palliative Care – Palliative Medicine – Quality of Life – Timely Integration

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.

Abstract

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 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.

Highlights

The consensus paper on palliative care aspects in clinical acute and emergency medicine and intensive care is intended to contribute to quality assurance in acute care. The early integration of palliative care can lead to a reduction in the length of stay in intensive care and hospital, a reduction in treatment costs, better symptom relief (quality of life), higher satisfaction of patients, relatives and staff, and an improvement in the quality of the overall treatment. Early integration of palliative care can lead to an improved quality of life and symptom relief in the emergency department.

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 Stunden/365 Tage im Jahr sicherzustellen, ist es, unabhängig von der Verfügbarkeit 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 (DOI: 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 demografischen Entwicklung, der Zunahme von chronischen Erkrankungen und der Notarzt-

einsätze bei Palliativpatienten (ca. 10 %) sollte sich jeder Akutmediziner mit der Palliativmedizin beschäftigen [17–19] und Grundkenntnisse in diesem Bereich erwerben.

Literatur

1. Simon ST, Pralong A, Radbruch L, et al: The Palliative Care of Patients With Incurable Cancer. *Dtsch Arztebl Int* 2020;116:108–115
2. Leitlinienprogramm Onkologie: Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung: Langversion 2.0 – August 2019. AWMF-Registernummer: 128/001-OL: Leitlinie (Langversion). Stuttgart: Kohlhammer, ISBN 978-3-17-038390-6
3. Afshar K, Geiger K, Müller-Mundt G, et al: Generalist palliative care for non-cancer patients. *Schmerz* 2021;35:161–171
4. Nauck F, Jaspers B: Integration der Palliativmedizin in die Akutmedizin (Integration of palliative care into acute care medicine). *Schmerz* 2021;35:439–448
5. Curtis JR: Three Stories About the Value of Advance Care Planning. *JAMA* 2021;326:2133–2134
6. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733–742
7. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al: Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol* 2015;33:1438–1445
8. Nelson JE, Curtis JR, Mulkerin C, et al: 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* 2013;41:2318–2327
9. Martins BDCPCC, Oliveira RA, Cataneo AJM: Palliative care for terminally ill patients in the intensive care unit: Systematic review and metaanalysis. *Palliat Support Care* 2017;15:376–383
10. Mercadante S: Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol* 2018;18:106
11. Aslakson R, Cheng J, Vollenweider D, et al: Evidence-based palliative care in the intensive care unit: a systematic review of interventions. *J Palliat Med* 2014;17:219–235

Guidelines and Recommendations

Special Articles

12. Adler K, Schlieper D, Kindgen-Milles D et al: Integration der Palliativmedizin in die Intensivmedizin: Systematische Übersichtsarbeit (Integration of palliative care into intensive care: Systematic review). *Anaesthesist* 2017;66:660–666
13. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, et al: Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff (Millwood)* 2011;30:454–463
14. Metaxa V, Anagnostou D, Vlachos S, et al: Palliative care interventions in intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 2021;47:1415–1425
15. Seow H, Barbera LC, McGrail K, et al: Effect of Early Palliative Care on End-of-Life Health Care Costs: A Population-Based, Propensity Score-Matched Cohort Study. *JCO Oncol Pract* 2022;18:e183–e192
16. Chang JC-Y, Yang C, Lai L-L, et al: 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* 2021;18:12546
17. Michels G, Nies R, Ortmann S et al: 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* 2018;113: –211
18. Wiese CH, Lassen CL, Bartels UE, et al: International recommendations for outpatient palliative care and prehospital palliative emergencies – a prospective questionnaire-based investigation. *BMC Palliat Care* 2013;12:10
19. George N, Bowman J, Aaronson E, et al: Past, present, and future of palliative care in emergency medicine in the USA. *Acute Med Surg* 2020;7:e497.

Korrespondenzadresse**Prof. Dr. med. Guido Michels**

Zentrum für Notaufnahme
Krankenhaus der Barmherzigen
Brüder Trier
Medizincampus der Universitäts-
medizin Mainz
Nordallee 1
54292 Trier, Deutschland
E-Mail: guidomichels@gmx.de
ORCID-ID: 0000-0002-5063-5157

Tabelle 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 ureigenste 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.

COPD: chronisch obstruktive Lungenerkrankung; EEG: Elektroenzephalogramm; HIE: hypoxisch-ischämische Enzephalopathie; NIV: nicht-invasive Beatmung; SOP: Standard Operating Procedure.

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 1 – Fortsetzung

Empfehlungen zu palliativmedizinischen Aspekten in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin.

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 sollte 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 sollte grundsätzlich die Alternative einer konservativen Versorgung ohne Dialyseinleitung 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 vorausverfügten Patientenwillen oder den Angaben eines Bevollmächtigten muss , 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.

Fachgesellschaften und Zugehörigkeiten

G. Michels, S. John, U. Janssens, S. Kluge, H.-J. Busch:

stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN e. V., German Society of Medical Intensive Care and Emergency Medicine), Berlin

P. Raake, K.A. Schütt, J. Bauersachs:

stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauforschung (DGK e. V., German Society of Cardiology – Cardiovascular Research), Düsseldorf

S. Delis, R. Karpf-Wissel:

stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e. V., German Respiratory Society), Sektion 9 Palliativmedizin, Berlin

T. Barchfeld, B. Schucher:

stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e. V., German Respiratory Society), Sektion 5 Intensiv- und Beatmungsmedizin, Berlin

M. Kochanek, S. 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

C.M. Erley, S.D. Kuhlmann:

stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN e. V., German Society of Nephrology), Berlin

W. Müllges (†), G. Gahn:

stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI e. V., German Society of Neuro-Intensive Care and Emergency Medicine), Jena

H.J. Heppner:

stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG e. V., German Geriatric Society), Köln

C.H.R. 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

M. Pin:

stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA e. V., German Society for Interdisciplinary Emergency and Acute Medicine), Berlin

S. Delis, M. Schallenburg, C. Bausewein, M. Neukirchen:

stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP e. V., German Association for Palliative Medicine), Berlin

An der Erstellung des Beitrags „Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin: Konsensuspapier der DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGfN, DGNI, DGG, DGAI, DGINA und DGPalliativmedizin“ haben maßgeblich mitgewirkt:

G. Michels

Zentrum für Notaufnahme, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, Medizincampus der Universitätsmedizin Mainz, Trier

S. John

Medizinische Klinik 8, Paracelsus Medizinische Privatuniversität & Universität Erlangen-Nürnberg, Klinikum Nürnberg-Süd, Nürnberg

U. Janssens

Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin, St.-Antonius-Hospital gGmbH, Eschweiler

P. Raake

Medizinischen Klinik, Universitätsklinikum Augsburg, Herzzentrum Augsburg-Schwaben, Augsburg

K.A. Schütt

Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin (Medizinische Klinik I), Uniklinik RWTH Aachen, Aachen

J. Bauersachs

Klinik für Kardiologie und Angiologie, Zentrum Innere Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover

T. Barchfeld

Medizinische Klinik II, Klinik für Pneumologie, Intensivmedizin und Schlafmedizin, Knappschafts-Krankenhaus Dortmund, Klinikum Westfalen

B. Schucher

Abteilung Pneumologie, LungenClinic Grosshansdorf, Großhansdorf

S. Delis

Helios Klinikum Emil von Behring GmbH, Berlin

R. Karpf-Wissel

Westdeutsches Lungenzentrum am Universitätsklinikum Essen gGmbH, Klinik für Pneumologie, Universitätsmedizin Essen Ruhrlandklinik, Essen

M. Kochanek

Medizinische Klinik I, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Center for Integrated Oncology (CIO) Cologne-Bonn, Uniklinik Köln

S. von Bonin

Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

C.M. Erley

St. Joseph-Krankenhaus Berlin

S.D. Kuhlmann

MVZ Windscheidstraße, Berlin

W. Müllges †

Neurologische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Würzburg

G. Gahn

Neurologische Klinik, Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH, Karlsruhe

H.J. Heppner

Klinik für Geriatrie und Geriatriische Tagesklinik, Klinikum Bayreuth – Medizincampus Oberfranken, Bayreuth

C.H.R. Wiese

Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Regensburg; Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, HEH Kliniken Braunschweig

S. Kluge

Klinik für Intensivmedizin, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg

H.-J. Busch

Universitätsklinikum, Universitäts-Notfallzentrum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

C. Bausewein

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München

M. Schallenburg

Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin (IZP), Heinrich-Heine- Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf

M. Pin

Zentrale Interdisziplinäre Notaufnahme, Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf

M. Neukirchen

Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin (IZP), Heinrich-Heine- Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf; Klinik für Anästhesiologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf