

Palliativmedizin: Welche Rolle können und wollen wir in der Anästhesiologie für uns einnehmen?

Eine Umfrage unter Mitgliedern des gemeinsamen wissenschaftlichen Arbeitskreises Palliativmedizin des BDA und der DGAI

Zusammenfassung

Die Palliativmedizin wurde als fünfte Säule der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI) etabliert. Welche Rolle Anästhesist:innen im Hinblick auf die Versorgung von Patient:innen mit palliativmedizinischem Bedarf haben, ist jedoch bislang nicht klar.

Methode

Ad-hoc-Umfrage unter Mitgliedern des gemeinsamen wissenschaftlichen Arbeitskreises Palliativmedizin des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) und der DGAI per E-Mail am 22.08.2022 zur Rolle der Anästhesiologie in der Palliativmedizin. Die Rückmeldungen auf die einzige Frage „Gibt es eine Herzensangelegenheit, die Ihrer Ansicht nach hier unbedingt genannt werden sollte?“ wurden qualitativ nach Mayring [1] analysiert.

Ergebnisse

Es antworteten 11 von 39 registrierten Adressat:innen. Die drei Hauptkategorien waren (1) Selbstverständnis der beruflichen Aufgabe im Hinblick auf Palliativmedizin, (2) palliativmedizinische Qualifikation bzw. palliativmedizinische Aus- und Weiterbildung und (3) Wirksamkeit anästhesiologischer Tätigkeit mit Blick auf die Palliativmedizin. Es wurden zahlreiche Aspekte anästhesiologischer Kompetenz hinsichtlich Palliativmedizin berichtet. Auf Weiterbildungs- und Qualifizierungsbedarf von Anästhesist:innen sowie das Schaffen notwendiger politischer Strukturen wurde hingewiesen.

Palliative care: What role can we and do we want to assume for ourselves as anaesthesiologists? A survey among members of the DGAI/BDA Palliative Care Working Group

V. Peuckmann-Post^{1,2} · U. Junker³ · F. Nauck⁴ · C. Wiese⁵

► **Zitierweise:** Peuckmann-Post V, Junker U, Nauck F, Wiese C et al: Palliativmedizin: Welche Rolle können und wollen wir in der Anästhesiologie für uns einnehmen? Eine Umfrage unter Mitgliedern des gemeinsamen wissenschaftlichen Arbeitskreises Palliativmedizin des BDA und der DGAI. *Anästh Intensivmed* 2024;65:280–288. DOI: 10.19224/ai2024.280

Schlussfolgerung

Zukünftige Initiativen sollten konkrete Empfehlungen zur Rolle von Anästhesiolog:innen im Hinblick auf die Palliativmedizin im klinischen Alltag sowie in der interdisziplinären Zusammenarbeit beinhalten. Weiter- und Qualifizierungskonzepte sollten geprüft werden.

Summary

Palliative care was established as the fifth pillar of the German Society for Anaesthesiology and Intensive Care Medicine e. V. (DGAI). However, which role anaesthetists may play regarding the care of patients with palliative care needs, is not clear yet.

Method

An ad hoc email survey among members of the scientific working group “palliative medicine” of the Association of German Anaesthetists e. V. (BDA) and DGAI on Aug. 22, 2022, about the role of anaesthesiology in palliative medicine. The response to the single question “Is there a matter close to your heart that in your view should be mentioned here?” were analysed qualitatively according to Mayring [1].

Results

Eleven of 39 registered addressees responded. The three main categories were (1) self-perception of the professional task regarding palliative care (2) palliative care qualifications or palliative care training and continuing education, and (3) the effectiveness of anaesthesiology activities with regard to palliative care. Numerous aspects of anaesthesiological

- 1 Klinik für Anästhesiologie, Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University (Direktor: Prof. Dr. R. Rossaint)
- 2 Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Medizinische Fakultät, RWTH Aachen University (Direktor: Prof. Dr. T. Kraus)
- 3 EU/FH Hochschule für Gesundheit / Soziales / Pädagogik, Campus Köln (Geschäftsführende Direktorin: Prof. Dr. rer. pol. C. Kurscheid)
- 4 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen (Kommissarische Direktorin: Dr. G. Benze)
- 5 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Stiftung Herzogin Elisabeth Hospital, Braunschweig (Chefarzt: Prof. Dr. C. Wiese)

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Schlüsselwörter

Anästhesiologie – Palliativmedizin – Umfrage

Keywords

Anaesthesiology – Palliative Care – Survey

competence concerning palliative care were reported. The need for further training and qualification of anaesthesiologists as well as the creation of necessary political structures were pointed out.

Conclusion

Future initiatives should include specific recommendations on the role of anaesthesiologists concerning palliative care in everyday clinical practice and interdisciplinary collaboration. Further training and qualification concepts should be examined.

Einleitung

Die Palliativmedizin wurde im Jahr 2023 als fünfte Säule und eigene Sektion der Anästhesiologie in der DGAI etabliert („AINSP-Konzept“). Konsensus- und Positionspapiere interdisziplinärer Fachgesellschaften sowie weitere Publikationen fordern die Integration der Palliativme-

dizin auch in die Akutmedizin, Intensivmedizin und Anästhesiologie [2–5]. In diesem Beitrag sollen die Rückmeldungen und Ergebnisse einer Kurzumfrage zur Rolle der Anästhesiologie in Bezug auf die Palliativmedizin aus dem gemeinsamen wissenschaftlichen Arbeitskreis „Palliativmedizin“ (AK Palliativmedizin) der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) präsentiert werden.

Methodik

Für den Hauptstadtkongress Anästhesiologie und Intensivmedizin (HAI 2022) wurde zur Vorbereitung auf den wissenschaftlichen Vortrag „Die Rolle der Anästhesiologie in der Palliativmedizin – Welche Rolle können und wollen wir für uns einnehmen?“ in der Hauptsitzung „Palliativmedizin goes Anästhesiologie“ eine Umfrage im AK Palliativmedizin

der DGAI und des BDA per E-Mail am 22.08.2022 durchgeführt. Teilnehmende antworteten auf die einzige Frage „Gibt es eine Herzensangelegenheit, die Ihrer Ansicht nach hier unbedingt genannt werden sollte?“ per E-Mail. Personenbezogene oder -sensible Daten wurden nicht abgefragt. Rückmeldungen per E-Mail wurden qualitativ nach Mayring [1] analysiert. Die Ethikkommission der Uniklinik RWTH Aachen University sah „keine ethischen und berufsrechtlichen Bedenken gegen das Forschungsvorhaben“ (EK-23-317).

Ergebnisse

Es antworteten 11 von 39 registrierten Adressat:innen. Wir identifizierten 3 Hauptkategorien, 8 Subkategorien und 18 Sub-Subkategorien. Die Ergebnisse, von denen eine Auswahl hier aufgeführt werden soll, sind in Tabelle 1 im Anhang gezeigt.

Die drei Hauptkategorien teilten sich wie folgt auf:

- (1) Selbstverständnis der beruflichen Aufgabe im Hinblick auf Palliativmedizin
- (2) palliativmedizinische Qualifikation bzw. palliativmedizinische Aus- und Weiterbildung
- (3) Wirksamkeit anästhesiologischer Tätigkeit mit Blick auf die Palliativmedizin.

Beim **Selbstverständnis der beruflichen Aufgaben von Anästhesist:innen im Hinblick auf Palliativmedizin** wurden verschiedene Aspekte zur **Identifizierung des Therapieziels und von ärztlichem Handeln** genannt und Handeln gemäß den Werten der Patient:innen dem Handeln aufgrund von Machbarkeit gegenübergestellt.

„Haben wir noch das „richtige“ Behandlungsziel vor uns?“ „Handeln wir gemäß den Werten bzw. dem Auftrag des Patienten?“ „Oder tun wir Dinge allein, weil wir sie tun können, seien sie sinnvoll oder nicht?“ Dabei wurde betont, ein „palliatives Behandlungsziel nicht als Niederlage oder „Aufgeben“ aufzufassen“. Als Voraussetzung wurde eine professionell-personelle Ausstattung mit **palliativer Expertise** gefordert: „Jede Anästhesieabteilung sollte MA mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und Ethikberatung haben.“

Die **palliativmedizinische Qualifikation / Aus- und Weiterbildung von Anästhesist:innen** betraf unter verschiedenen Aspekten die fünf Säulen der Anästhesiologie (AINSP). Der Gedanke, dass Anästhesist:innen „täglich mit palliativen Patienten konfrontiert“ werden, zog sich durch viele Aspekte. Dabei kamen die breite anästhesiologische Kompetenz, die die „Werkzeuge“ zur Adressierung der palliativmedizinischen Herausforderungen bietet, sowie „auch das Wissen um die Grenzen dieser Medizin“ zur Sprache.

Sorgen bereitete, ob die **Aus- und Weiterbildung von Anästhesist:innen die Anforderungen erfüllen** kann: „Geben wir unseren jungen Kollegen das nötige

Rüstzeug mit?“, fragte eine Person. Ein weiterer Kommentar bezüglich der Notwendigkeit der Übernahme von allgemeiner Palliativversorgung „an vielen Stellen“ durch die Anästhesiologie betonte konkret die notwendige Qualifizierung von Anästhesist:innen: „Dazu bedarf es einer guten, auf die Lehre im Studium aufbauenden Qualifizierung, die nicht nur in Palliativkursen wie der Kursweiterbildung Palliativmedizin erworben wird, sondern auch in der Praxis.“ Beispiele wie „Rotationen auf Palliativstationen oder in SAPV(Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung)-Teams“ wurden genannt.

Dabei wurde als wichtige Frage zur **Politik der Berufsverbände** identifiziert: „Erhalten wir die nötige Rückendeckung unserer Fachgesellschaften?“ und gefordert, „palliativmedizinische Inhalte [...] ebenso zu optimieren und „ernst zu nehmen“, wie wir es in den anderen Bereichen bereits geschafft haben“.

Im Hinblick auf die verschiedenen **Kommunikationsebenen im klinischen Alltag** wurde das eigene Team, die Kommunikation mit Patient:innen und Angehörigen sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit identifiziert. Dabei wurde u. a. „ein interprofessionelles Arbeiten auf Augenhöhe“ als wichtig erachtet und hergeleitet, dass „die Fähigkeit zu angemessener Kommunikation, die in der Palliativmedizin in der Regel selbstverständlich(er) ist“ etwas ist, „von der alle Säulen unseres Faches profitieren würden“.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation waren ebenfalls wichtige Aspekte in der Kategorie **Wirksamkeit anästhesiologischer Tätigkeit mit Blick auf die Palliativmedizin** und beleuchteten erneut auch die Bereiche der „AINS“. Skizziert wurde: „Die Anästhesie sollte zum einen eine Screeningaufgabe haben (in der Anästhesieambulanz), um einen palliativmedizinischen Beratungsbedarf (insbesondere Vorausverfügungen) festzustellen“. Auch wurde der Wunsch geäußert, die „Intensivmedizin als einen Ort der Palliativmedizin [zu] fokussieren“ sowie „eigenständig pallia-

tivmedizinische Kompetenzen (auf der Intensivstation) [zu] haben, um Therapiezielentscheidungen und Perspektivgespräche anbieten zu können“. Beispiele für Notfallmedizin beinhalteten Kompetenz „bei der Entscheidung „palliativ oder kurativ“ und „[...] in der Schmerztherapie bei palliativen Symptomkomplexen“.

Aus Versorgungsperspektive wurde die Notwendigkeit einer **Integration von Notfallmedizin und Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV)** sowie der **Zeitpunkt der Integration von Palliativmedizin in die Akutmedizin** als problematisch thematisiert. Es wurde festgestellt: „Darüber hinaus fehlen Konzepte, um zwischen SAPV und der Akutmedizin (Rettungsdienst und Notarzt) besser zu kooperieren“ und „Problematisch ist weiterhin, dass Spezialisierte Palliativversorgung von der Akutmedizin nicht oder zu spät eingebunden wird.“

Diskussion

Gemäß dem AINSP-Konzept wird die Palliativmedizin seit dem Jahr 2023 als fünfte Säule der Anästhesiologie durch die Sektionsbildung in der DGAI deutlich gestärkt. Aktuelle Konsens- und Positionspapiere interdisziplinärer Fachgesellschaften sowie weitere Publikationen fordern die Integration der Palliativmedizin auch in die Akutmedizin, Intensivmedizin und Anästhesiologie [2–5]. Die konkrete anästhesiologische Rolle in Bezug auf Palliativmedizin aus anästhesiologischer Perspektive ist jedoch bislang nicht deutlich benannt.

In dieser Umfrage, die zur Klärung beitragen sollte, wurden die palliativmedizinischen Aspekte für Anästhesist:innen deutlich: Kompetenzen und Schnittstellen wurden sowohl innerhalb der bislang klassischen Bereiche Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerzmedizin gesehen als auch in der direkten interdisziplinären Zusammenarbeit und Versorgung palliativmedizinischer Patient:innen. Gleichzeitig wurde jedoch auch Bedarf an palliativmedizinischer Aus- und Weiterbildung von Anästhesist:innen, Optimierung von

Strukturen interdisziplinärer Zusammenarbeit und die Notwendigkeit politischer Rückendeckung wahrgenommen. Die Integration der Palliativmedizin in die Akut- bzw. Notfallmedizin wurde teilweise als unzureichend geregelt wahrgenommen und das Einbeziehen der Entscheidungskompetenz von Anästhesist:innen in vielen Bereichen auf Augenhöhe gefordert.

Stärken der Anästhesiologie und deren Bedeutung für die Palliativmedizin

Für die Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland wird der Anästhesiologie eine relevante Rolle zugeschrieben [6]. Zu den Stärken der Anästhesiologie im Hinblick auf die Palliativmedizin gehören u. a. die Kompetenz zur interdisziplinären Zusammenarbeit [7], eine umfassende Kompetenz zur klinischen Einschätzung von Patient:innen aufgrund der anästhesiologischen Tätigkeit in einem breiten Versorgungsspektrum sowie die Expertise im Umgang mit Analgetika, hierunter auch starken Opioiden. Diese Inhalte sind wichtige Bausteine und Kompetenzen besonders im klinischen Umgang mit Patient:innen in der Palliativmedizin.

Definition Palliativmedizin: Von welchen „Palliativpatient:innen“ sprechen wir in der Anästhesiologie?

Lange auf „End of life“-Themen reduziert, wird die Palliativmedizin entsprechend der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) inzwischen zunehmend differenzierter wahrgenommen (Infobox). Palliativmedizin bezieht sich also auch auf Patient:innen mit Erkrankungen in einem frühen Stadium. Es ist jedoch davon auszugehen, dass das Verständnis von Palliativmedizin weiterhin heterogen sein wird, wie die Publikation zu einer international konsentierten Definition von Palliativmedizin zeigte [8]. Wenn man davon ausgeht, dass Palliativmedizin entsprechend dieser Defini-

Infobox

Deutsche Übersetzung der WHO Definition „Palliativmedizin“ [1]

Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient:innen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Palliativmedizin:

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung der Patient:innen und in der Trauerzeit
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patient:innen und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen
- kommt frühzeitig* im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z. B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.

*Hinweis: „early“ wird zunehmend mit „rechtzeitig“ übersetzt.

tion sogar den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann, so könnte beispielsweise auch eine Beratung zu Therapieentscheidungen in den Bereich der Anästhesiologie fallen – beispielsweise bei der Prämedikation oder auf der Intensivstation.

Schnittstelle Prämedikation

Patient:innen, die aufgrund einer fortgeschrittenen Erkrankung palliativmedizinisch mitbetreut werden, zeigen oft fluktuierende Symptome. Daher kann eine gute klinische Einschätzung des ganzen Menschen – über die Funktion eines einzelnen Organs hinaus – entscheidend für die prognostische Einschätzung und somit weitere Therapie sein. Da auch Patient:innen mit palliativmedizinischem Bedarf im Gesundheitssystem behandelt und innerhalb der Anästhesiologie regelhaft gesehen und klinisch eingeschätzt werden, stellt beispielsweise die anästhesiologische Prämedikation ein mögliches Portal für weitere diagnostische Abklärungen weiterer Fachkliniken (Konsile) und klinische Einschätzungen dar. Palliativmedizinischer Expertise innerhalb der Anästhesiologie könnte hier eine besondere Aufgabe zukommen [3].

Schnittstelle Notfallmedizin

Wiese et al. befragten spezialisierte ambulante Palliativteams zur Versorgung palliativer Notfälle und stellten u. a. Defizite hinsichtlich der Versorgung in palliativen Notfallsituationen fest [9]. Die Autor:innen forderten eine Diskussion zu Optimierungen in der Kooperation zwischen ambulanten Palliativdiensten und Rettungsdiensten sowie in der Aus- und Weiterbildung des notfallmedizinischen Personals. Darüber hinaus sollte genauer festgelegt werden, was überhaupt ein „palliativer Notfall“ ist bzw. anhand welcher palliativmedizinischer Kriterien Notärzt:innen eine solche Situation identifizieren sollten. Eine einheitliche Dokumentation („Notfall-“ oder „Palliativausweis“) bzw. eine Integration dieser Information im Hinblick auf die Digitalisierung wäre wünschenswert.

Schnittstelle Intensivmedizin

Zur Therapiebegrenzung bzw. Therapiezieländerung und Therapieentscheidungsfindung gab es in den letzten Jahren einige Publikationen im Hinblick auf die Intensivmedizin und Relevanz

in der Anästhesie, inklusive Dokumentationshilfen [2,3,10]. Ein positives Ergebnis im Zusammenhang mit palliativmedizinischen Interventionen auf der Intensivstation konnte in einem Review nachgewiesen werden [11,12]. Das optimale Modell eines hinzugezogenen palliativmedizinischen Teams – konsultativ, integrativ oder ggf. die Kombination beider Modelle – muss allerdings noch etabliert werden. Da die Studien bislang vor allem aus Nordamerika stammen, mag eine direkte Übertragbarkeit auf unser Gesundheitssystem limitiert sein. In einer retrospektiven Analyse wurde dokumentiert, dass der palliativmedizinische Bedarf intensivmedizinischer Patient:innen die Aufnahmekapazität der Palliativstation überstieg [13]. Das bedeutet, dass die auf den Intensivstationen tätigen Ärzt:innen über palliativmedizinische Expertise verfügen sollten, um ihre Patient:innen angemessen versorgen zu können. Neben Beratung von Patient:innen und deren Familien sind hier auch Kompetenzen hinsichtlich ethischer Fragestellungen erforderlich.

Herausforderungen in unzureichender Aus- und Weiterbildung und politischen Strukturen

Während Publikationen zur perioperativen Betreuung von Palliativpatient:innen in der Anästhesiologie die hohen Herausforderungen an kommunikative Fähigkeiten von Anästhesist:innen betonen [14], benennen Bundesärztekammer (BÄK) [15] und DGAI [16] palliativmedizinische Inhalte in der Weiterbildung Anästhesiologie recht spärlich: Sucht man beispielsweise nach Stichpunkten wie „Kommunikation“, „Gespräch“ oder „palliativ“, finden sich folgende Inhalte: Im „(Muster-)Logbuch“ der BÄK zur „Facharzt-Weiterbildung Anästhesiologie“ wird der „Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der ärztlichen Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen“ als zu dokumentierender Weiterbildungsinhalt genannt. Es wird jedoch nicht weiter differenziert, wie eine „Gesprächsführung“ gestaltet sein

kann, und das Wort „Kommunikation“ ist nicht zu finden. Im „Fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan für den/die Facharzt/Fachärztin für Anästhesiologie“ der DGAI hingegen lässt sich das Wort „Gespräch“ nicht finden, und die Suche nach dem Wort „Kommunikation“ findet hier lediglich unter dem Punkt „Grundlagen der Behandlung chronischer Schmerzen“ folgenden Hinweis: „die unterschiedlichen Kommunikationstechniken kennen“. Es wird nicht spezifiziert, welche Kommunikationstechniken gemeint sein sollen.

Im Klinikalltag dienen Oberärzt:innen oder erfahrene Kolleg:innen als Vorbild. Hier wäre es wünschenswert, ein konkretes Curriculum zur Ausbildung in Kommunikation von Anästhesist:innen zu entwickeln. Weitere Qualifizierungsmöglichkeiten beinhalten die „Zusatzweiterbildung Palliativmedizin“ oder Hospitationen/Rotationen auf einer Palliativstation, soweit vorhanden.

Die „Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung“ des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen kann ein Hindernis für ein Begegnen auf Augenhöhe in der Entscheidungsfindung und im weiteren klinischen Prozedere darstellen [17]. Bereits existierende interdisziplinäre „runde Tische“ wie ein Tumorboard oder auch die seit 2009 empfohlene „Surgical Safety Checklist“ der WHO [18] zeigen, dass Begegnungen auf Augenhöhe in der interdisziplinären Zusammenarbeit möglich und sinnvoll sind. So stellten die Autor:innen bei der Durchsicht von 20 Studien eine Reduktion perioperativer Letalität und Morbidität sowie Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation fest. Sie zogen das Fazit: „Es ist wichtig, diese Checkliste nicht nur als Liste von Inhalten, sondern als Instrument zur Verbesserung von Kommunikation, Teamarbeit und Sicherheitskultur im Operationssaal zu verstehen und einzusetzen“.

In der Literatur finden sich darüber hinaus differenzierte Konzepte, wie einzelne klinische Fachbereiche innerhalb des Gesundheitssystems ineinander verflochten sein sollten, damit Patient:innen

mit palliativem Bedarf möglichst von Beginn einer Erkrankung an gut im Sinne einer ausreichenden Symptomkontrolle begleitet werden können [19].

Limitationen

Terminologisch war die Unterscheidung zwischen Aus- und Weiterbildung nicht immer klar zu differenzieren. Teilweise wurden beide Begriffe in einem Satz genannt („die Aus- und Weiterbildung von Anästhesisten“). Beide Begriffe bezogen sich in der Regel auf Anästhesist:innen, nicht auf Studierende. Vermutlich war daher vor allem die fachärztliche Weiterbildung gemeint. Anzumerken bleibt jedoch, dass es auch um das Erlernen grundlegender Fertigkeiten wie der Kommunikation mit Patient:innen ging. In diesem Sinne erscheint es auch gerechtfertigt, von einer (grundlegenden) „Ausbildung“ zu sprechen, auch wenn hier Ärzt:innen und Fachärzt:innen gemeint sein könnten. In der Kategorisierung wurde daher die gemeinsame Nennung „Aus- und Weiterbildung“ gewählt.

Die Umfrage war nur einem kleinen Kreis von Anästhesist:innen zugänglich, dem gemeinsamen „Arbeitskreis Palliativmedizin“ der DGAI und des BDA. Die zahlreich genannten Themen zeigen, dass die Durchführung einer solchen Umfrage in einem größeren Teilnehmerkreis sinnvoll wäre. Auch wenn einige Teilnehmende das Themenspektrum inhaltlich gesättigt sahen („eigentlich ist alles gesagt“), könnte so womöglich ein noch größeres Spektrum an Themen und Einschätzungen hinsichtlich der Rolle von Anästhesist:innen in Bezug auf die Palliativmedizin erfasst werden.

Fazit

- Diese Ad-hoc-Umfrage einer Expert:innengruppe zeigte ein großes Spektrum an Wahrnehmung verschiedener Bereiche, in denen anästhesiologische Kompetenz hinsichtlich Palliativmedizin gesehen wurde.
- Relevante Themen betrafen alle AINS-Säulen. Insbesondere die rechtzeitige Integration der

Palliativmedizin in die Akutmedizin (Notfallmedizin), die Prämedikation und die Intensivmedizin wurden genannt.

- Es wurde ein Aus- und Weiterbildungsbedarf von Anästhesist:innen hinsichtlich der Palliativmedizin gesehen. Weiterbildungs- und Qualifizierungskonzepte sollten geprüft werden.
- Als Voraussetzung für eine Umsetzung palliativmedizinischer Kompetenzen wurde das Schaffen politischer Strukturen mit einem Begegnen auf Augenhöhe in der interdisziplinären Zusammenarbeit bzw. das Schaffen von politischem Rückhalt gefordert. Zukünftige Initiativen sollten konkrete Empfehlungen zur Rolle der Anästhesiologie im klinischen Alltag sowie in der interdisziplinären Zusammenarbeit beinhalten.

Danksagung

Dank geht an die Teilnehmenden aus dem AK Palliativmedizin, die mit ihren Beiträgen die Themen zur Analyse generierten.

Literatur

1. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12. Auflage 2015
2. Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J, Rogge A, Seidlein AH, Jobges S, et al: Overtreatment in intensive care medicine: recognition, designation, and avoidance: Position paper of the Ethics Section of the DIVI and the Ethics section of the DGIIN. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2021;116(4):281–294
3. Michels G, John S, Janssens U, Raake P, Schutt KA, Bauersachs J, et al: 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. *Anaesthesiologie* 2023;72(8):590–595
4. Nauck F: Palliativmedizin in der Intensivmedizin. In: Marx G, Muhl E, Zacharowski K, Zeuzem S, editors: *Die Intensivmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer 2015;161–169
5. Nauck F, Jaspers B: Integration of palliative care into acute care medicine. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2021;116(3):267–276
6. Wiese CH, Felber S, Lassen CL, Klier TW, Meyer N, Graf BM, et al: Anesthesiology and palliative medicine. Structured results of a prospective questionnaire-based survey in German hospitals. *Schmerz* 2011;25(5):522–533
7. Erlenwein J, Petzke F, Stamer U, Meissner W, Nauck F, Pogatzki-Zahn E, et al: Role of anesthesiology in pain medicine and palliative care treatment in German hospitals: Survey of department heads of anesthesiology on treatment structures. *Anaesthesist* 2017;66(8):579–588
8. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al: Redefining Palliative Care – A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage* 2020;60(4):754–764
9. Wiese CHR, Silbereisen VMC, Graf BM, Bundscherer AC, Lassen CL: Outpatient palliative medicine: Attitudes in the care of palliative emergencies. Prospective questionnaire-based investigation. *Anaesthesist* 2018;67(3):216–224
10. Janssens U BH, Duttge G et al: Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI; 2012
11. Metaxa V, Anagnostou D, Vlachos S, Arulkumaran N, Bensemmane S, van Dusseldorp I, et al: Palliative care interventions in intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 2021;47(12):1415–1425
12. Metaxa V, Anagnostou D, Vlachos S, Arulkumaran N, Bensemmane S, van Dusseldorp I, et al: Correction to: Palliative care interventions in intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 2022;48(4):516
13. Lustig K, Elsner F, Krumm N, Klasen M, Rolke R, Peuckmann-Post V: Transition from intensive care to palliative care: A retrospective analysis of 102 consultation requests. *Anaesthesiologie* 2023;72(9):627–634
14. Lassen CL, Abel R, Eichler L, Zausig YA, Graf BM, Wiese CH: Perioperative care of palliative patients by the anesthetist: medical, psychosocial and ethical challenges. *Anaesthesist* 2013;62(8):597–608
15. Bundesärztekammer. (Muster-) Logbuch: Dokumentation der Weiterbildung gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) über die Facharztweiterbildung Anästhesiologie. In: Bundesärztekammer, editor. 2011
16. DGAI: Fachlich empfohlener Weiterbildungsplan für den/die Facharzt/ Fachärztin für Anästhesiologie. 2020
17. Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen. *Anästh Intensivmed* 1982;23:403–405
18. Fudickar A, Horle K, Wiltfang J, Bein B: The effect of the WHO Surgical Safety Checklist on complication rate and communication. *Dtsch Arztebl Int* 2012;109(42):695–701
19. Hui D, Hoge G, Bruera E: Models of supportive care in oncology. *Curr Opin Oncol* 2021;33(4):259–266.

Korrespondenz- adresse

**Dr. med. Vera
Peuckmann-Post,
PhD**



Klinik für Anästhesiologie
Uniklinik RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen, Deutschland

Tel.: 0241 80800

E-Mail: vpeuckmann@ukaachen.de

ORCID-ID: 0000-0002-1994-6483

Anhang 1

Tabelle 1

Qualitative Analyse der Antworten auf die Frage „Gibt es eine Herzensangelegenheit, die Ihrer Ansicht nach hier unbedingt genannt werden sollte?“

Haupt-kategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Ankerzitat
Selbstverständnis der beruflichen Aufgaben von Anästhesistinnen und Anästhesisten im Hinblick auf Palliativmedizin			
	Identifizierung des Therapieziels und ärztliches Handeln		„Haben wir noch das „richtige“ Behandlungsziel vor uns?“
		Handeln gemäß den Werten der Patient:innen	„Handeln wir gemäß den Werten bzw. dem Auftrag der Patientinnen und Patienten?“
		Handeln aufgrund Machbarkeit	„Oder tun wir Dinge allein, weil wir sie tun können, seien sie sinnvoll oder nicht?“
		Therapiebegrenzung als ärztliche Aufgabe	„[...] ein palliatives Behandlungsziel nicht als Niederlage oder „Aufgeben“ aufzufassen und um jeden (für den Patienten mitunter leidvollen) Preis vermeiden zu wollen, sondern auch als eine vornehme ärztliche und pflegerische Aufgabe.“
		Palliativversorgung	„[...] dass durch die Anästhesie (zumindest ärztlich und pflegerisch) mit ihren vielen Bereichen in erster Linie und an vielen Stellen die allgemeine Palliativversorgung (APV) übernommen wird oder werden muss.“
	Ausstattung mit palliativer Expertise		„Jede Anästhesieabteilung sollte MA mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und Ethikberatung haben.“
Palliativmedizinische Qualifikation / Aus- und Weiterbildung von Anästhesistinnen und Anästhesisten			
	Palliativmedizin als fünfte Säule der Anästhesie (AINSP)		„Meine Herzensangelegenheit ist es darüber hinaus, die Palliativmedizin generell als fünfte Säule der Anästhesie zu etablieren.“
		Tägliche palliativmedizinische Anforderungen anästhesiologischer Tätigkeit	„[...] werden Anästhesisten täglich mit palliativen Patienten konfrontiert: in der Anästhesie bei palliativen Eingriffen, in der Intensivmedizin bei der Frage „weiterbehandeln oder nicht“, in der Notfallmedizin und der Notfallambulanz bei der Entscheidung „palliativ oder kurativ“ und in der Schmerztherapie bei palliativen Symptomkomplexen.“
		Kompetenz zur Therapiebegrenzung/ Therapiezieländerung aufgrund von breitem Interdisziplinärem Wissen	„Anästhesie. Intensivmedizin. Notfallmedizin. Ich liebe diese Fachgebiete. Sie sind zu Recht eine Medizin des „Höher, Schneller, Weiter“. Damit haben wir die passenden Werkzeuge auch schwerstes körperliches Leid unter widrigen Umständen zu lindern. Und wir haben auch das Wissen um die Grenzen dieser Medizin: Wann es ein „nicht zu hoch, nicht zu schnell, nicht zu weit“ geben muss, damit es den schwerkranken und sterbenden Patienten besser geht. So können wir Alternativen bieten zur um sich greifenden Tötungshilfe, indem wir durch Aufklärung die Angst vor dem erbärmlichen Sterben verringern.“
	Anforderung an Aus- und Weiterbildung von Anästhesist:innen		
		Anästhesiologie	„Geben wir unseren jungen Kollegen das nötige Rüstzeug mit, um die damit verbundenen hohen Anforderungen an Ausbildung und Motivation zu erfüllen?“
		Palliativmedizinische Versorgung (APV, SPV)	„[...] dass durch die Anästhesie (zumindest ärztlich und pflegerisch) mit ihren vielen Bereichen in erster Linie und an vielen Stellen die allgemeine Palliativversorgung (APV) übernommen wird oder werden muss. Dazu bedarf es einer guten, auf die Lehre im Studium aufbauenden Qualifizierung, die nicht nur in Palliativkursen, wie der Kursweiterbildung Palliativmedizin erworben wird, sondern auch in der Praxis. Dazu sind auch Rotationen auf Palliativstationen oder in SAPV-Teams für Anästhesist*innen hilfreich. Nur einige wenige Anästhesist*innen oder Pfleger aus der Intensivmedizin wechseln dann später zum Teil ganz in die spezialisierte Palliativversorgung (SAPV).“

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Fortsetzung von vorheriger Seite

Tabelle 1

Qualitative Analyse der Antworten auf die Frage „Gibt es eine Herzensangelegenheit, die Ihrer Ansicht nach hier unbedingt genannt werden sollte?“

Haupt-kategorie	Subkategorie	Sub-Subkategorie	Ankerzitat
	Politik der Berufsverbände		
		Gleichwertige Behandlung/mehr Unterstützung der Palliativmedizin	„[...] wenn wir es schaffen, die palliativmedizinischen Inhalte in der anästhesiologisch-notfallmedizinisch und intensivmedizinischen Aus- und Weiterbildung ebenso zu optimieren und „ernst zu nehmen“ wie wir es in den anderen Bereichen bereits geschafft haben. Also eine stärkere Unterstützung in genau diesen Bereichen...“
		Politische Rückendeckung als Aufgabe der Fachgesellschaften	„Erhalten wir die nötige Rückendeckung unserer Fachgesellschaften?“
	Kommunikation		
		Kommunikationsebenen im klinischen Alltag: - Team - Patient:innen und Angehörige - interdisziplinär	„[...] besonders den jungen Kolleg/inn/en ein besseres Rüstzeug für Kommunikation im Team, mit Patienten und Angehörigen und den Kolleg/inn/en der zuweisenden und mitbehandelnden Fächer an die Hand zu geben.“
			„Insbesondere die Fähigkeit zu angemessener Kommunikation, die in der Palliativmedizin in der Regel selbstverständlich(er) ist, ist etwas von der alle Säulen unseres Faches profitieren würden (Prämedikation, Notarzt, Akutschmerzdienst...).“
			„Ein interprofessionelles Arbeiten auf Augenhöhe, Entscheidungen bei denen das Team wirklich einbezogen wird...“
			„Bereitschaft zur kritischen Reflexion – u.a. durch Supervision“
Wirksamkeit Anästhesiologischer Tätigkeit mit Blick auf die Palliativmedizin			
	Fachbereiche		
		Anästhesie OP	„in der Anästhesie bei palliativen Eingriffen“
		Anästhesie Ambulanz / Prämedikation	„Die Anästhesie sollte zum Einen eine Screeningaufgabe haben (in der Anästhesieambulanz), um einen palliativmedizinischen Beratungsbedarf (insbesondere Voraussetzungen) festzustellen [...]“
		Intensivmedizin	„[...] ich möchte den Bereich der Intensivmedizin als einen Ort der Palliativmedizin fokussieren.“
			„[...] eigenständig palliativmedizinische Kompetenzen (auf der Intensivstation) haben, um Therapiezielentscheidungen und Perspektivgespräche anbieten zu können.“
		Notfallmedizin	„[...] in der Notfallmedizin und der Notfallambulanz bei der Entscheidung „palliativ oder kurativ“ [...]“
		Schmerztherapie	„[...] und in der Schmerztherapie bei palliativen Symptomkomplexen.“
	Interdisziplinäre Zusammenarbeit		
		Integration von Notfallmedizin und Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	„Optimierung der notfall- und palliativmedizinischen Zusammenarbeit“; „Darüber hinaus fehlen Konzepte, um zwischen SAPV und der Akutmedizin (Rettungsdienst und Notarzt) besser zu kooperieren.“
		Zeitpunkt der Integration von Palliativmedizin in die Akutmedizin	„Problematisch ist weiterhin, dass Spezialisierte Palliativversorgung von der Akutmedizin nicht, oder zu spät eingebunden wird.“