

Befragung zum Vorhandensein palliativmedizinischen Wissens sowie palliativmedizinischer Strukturen in deutschen Notaufnahmen

Lennert Böhm, Jacqueline Schwartz, Mark Michael, Eva Diehl-Wiesenecker, Michael Bernhard MHBA & Martin Neukirchen

Article - Version of Record



Suggested Citation:

Böhm, L., Schwartz, J., Michael, M., Diehl-Wiesenecker, E., Bernhard, M., & Neukirchen, M. (2023). Befragung zum Vorhandensein palliativmedizinischen Wissens sowie palliativmedizinischer Strukturen in deutschen Notaufnahmen. *Die Anaesthesiologie*, 72(12), 863–870.
<https://doi.org/10.1007/s00101-023-01356-3>

Wissen, wo das Wissen ist.

 UNIVERSITÄTS- UND
LANDESBIBLIOTHEK
DÜSSELDORF

This version is available at:

URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:061-20250228-124145-4>

Terms of Use:

This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License.

For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Anaesthesiologie 2023 · 72:863–870
<https://doi.org/10.1007/s00101-023-01356-3>
Eingegangen: 4. Juli 2023
Überarbeitet: 6. September 2023
Angenommen: 6. Oktober 2023
Online publiziert: 23. November 2023
© The Author(s) 2023



Befragung zum Vorhandensein palliativmedizinischen Wissens sowie palliativmedizinischer Strukturen in deutschen Notaufnahmen

Lennert Böhm^{1,2} · Jacqueline Schwartz³ · Mark Michael¹ · Eva Diehl-Wiesenecker^{2,4} · Michael Bernhard¹ · Martin Neukirchen^{3,5}

¹ Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland; ² Arbeitsgruppe „Ethik“ der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA e. V.), Berlin, Deutschland; ³ Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland; ⁴ Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Freie Universität und Humboldt Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland; ⁵ Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland

Zusammenfassung

Patienten mit lebenslimitierenden/palliativen Erkrankungen stellen eine Herausforderung für die Klinische Akut- und Notfallmedizin dar, denn trotz zunehmend ausgebauter Strukturen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) ist die Notaufnahme bei Symptomexazerbationen oder Überlastung der Angehörigen häufig erste Anlaufstelle. Da hier ebenso lebenslimitierende Erkrankungen erstdiagnostiziert und Therapieziele angepasst werden, scheint eine frühzeitige Anbindung von Notfallpatient:innen an palliativmedizinische Strukturen prognostisch günstig. Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Erhebung einer Istanalyse zur Verfügbarkeit palliativmedizinischer Basiskenntnisse sowie palliativmedizinischer Strukturen in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin. Hierzu wurde über notfallmedizinische Blogs eine Online-Befragung an in Notaufnahmen tätige Ärzt:innen adressiert. Insgesamt konnten 383 vollständig ausgefüllte Fragebogen ausgewertet werden. Es zeigte sich, dass die Befragten häufig palliative Krankheitssituationen erleben und behandeln. Ambulante und stationäre Ressourcen sind hingegen nicht flächendeckend verfügbar, und dort, wo z. B. Konsildienste verfügbar sind, herrscht Uneinigkeit darüber, wann sie in Anspruch genommen werden sollten. Strukturen für den unmittelbaren Sterbeprozess sind größtenteils vorhanden, allerdings fehlen häufig die Ressourcen Zeit und Personal. Es besteht ein Interesse an palliativmedizinischer Fort- und Weiterbildung. Fazit: Da Notaufnahmen die entscheidende Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sind, können hier durch einen interdisziplinären und ganzheitlichen Ansatz frühzeitig Weichen für die weitere Versorgung gestellt werden, von dem Patient:innen mit Palliativbedarf profitieren können.

Schlüsselwörter

Notfallmedizin · Ärzte · Fragebogen · Sterbebegleitung · Palliativkonsil

Zusatzmaterial online

Den vollständigen Fragebogen finden Sie der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s00101-023-01356-3>) beigelegt.



Zusatzmaterial online – bitte QR-Code scannen

Hintergrund und Fragestellung

In deutschen Notaufnahmen werden jährlich rund 21 Mio. Patient:innen behandelt [21]. Patient:innen mit akuten oder chronisch-progredienten lebenslimitierenden Erkrankungen, die unter einer hohen Symptomlast leiden und damit einen palliativmedizinischen Bedarf haben [2] stellen mit bis zu 10% einen relevanten Anteil dieser Behandlungen dar [14, 26, 33].

Der zunehmende Ausbau ambulanter palliativer Strukturen ermöglicht es immer mehr Patient:innen, ihr Lebensende zu Hause zu verbringen [3]. Trotzdem können akut auftretende Symptomkrisen (z.B. Schmerzexazerbationen, Atemnot, Blutungen) zu einer Rettungsdienstalarmierung führen. Patientenverfügungen, eine vorausschauend Behandlungsplanung („advance care planning“) und/oder Notfallausweise können dann helfen, Entscheidungen im Sinne der Patient:innen zu treffen, und ungewünschte Behandlungen und Krankenhauseinweisungen vermeiden. Fehlen diese Entscheidungshilfen jedoch, liegen vor Ort nichtbeherrschbare Probleme (z.B. hohe Symptomlast, überforderte Angehörige) vor, oder ist das Rettungsdienstfachpersonal palliativmedizinisch unerfahren, so wird die Behandlung dann in ein Krankenhaus verlagert [7, 30–32]. Daher werden in Notaufnahmen tätige Ärzt:innen häufig mit palliativmedizinischen Fragestellungen konfrontiert. Abhängig von der Krankenhausstruktur können sie hierbei auf innerklinische Ressourcen wie Palliativstationen oder Palliativdienste zurückgreifen. Ohne diese, und ohne Übernahmefähigkeit auf eine Normalstation, werden Symptomkontrolle und ggf. sogar die Finalphasenbegleitung in der Notaufnahme notwendig.

Durch *zeitgerechte Integration* der Palliativmedizin in die Behandlung von Patient:innen mit lebenslimitierender Erkrankung können frühzeitig Weichen in der Behandlung gestellt werden, die die Lebensqualität verbessern und die Lebenszeit verlängern [23]. Hierfür ist jedoch die adäquate Identifikation dieses Bedarfs, auch durch die Ärzt:innen der Notaufnahme, notwendig. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, eine aktuelle Ist-

analyse zu palliativem Wissen und palliativer Haltung der in Notaufnahmen arbeitenden Ärzt:innen, der ihnen verfügbaren palliativmedizinischen Ressourcen und des Umgangs mit sterbenden Patient:innen in deutschen Notaufnahmen mittels einer Online-Umfrage zu erheben.

Material und Methode

Fragebogendesign und Durchführung der Befragung

Es wurde ein Fragebogen entwickelt, der Fragen zu den folgenden Themenbereichen beinhaltet: (A) Biografie der Proband:innen, (B) palliatives Wissen, (C) palliative Haltung, (D) innerklinische palliativmedizinische Ressourcen sowie Trigger für ein Hinzuziehen des Palliativdienstes, (E) außerklinische palliativmedizinische Ressourcen und (F) Versorgung sterbender Patient:innen in der Notaufnahme (Zusatzmaterial online: ESM_Fragebogen Palliativmedizin in der Notaufnahme).

Die in einer früheren Arbeit unserer Arbeitsgruppe entwickelten Trigger für ein Hinzuziehen eines Palliativdienstes auf Intensivstationen [1] wurden für die Verwendung in der Notaufnahme abgewandelt. Zustimmung zu Statements konnte anhand einer 5-stufigen Likert-Skala (5: stimme voll zu, 1: stimme gar nicht zu) erfolgen, biografische Angaben wurden gruppiert und mittels Multiple-Choice-Auswahl erfragt. Einzelne Fragen hatten die Möglichkeit einer Freitextangabe, falls keine der Antworten zutreffend war.

Aus dem finalisierten Fragebogen wurde eine Online-Befragung mittels des Umfrage-Tools LimeSurvey (Fa. LimeSurvey GmbH, Hamburg, <https://www.limesurvey.org/de/>) erstellt. Eine Einladung zur Teilnahme wurde am 02.11.2022 über die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) an die im Mitgliederregister enthaltenen ärztlichen Mitglieder per E-Mail versendet. Des Weiteren wurde auf den notfallmedizinischen Blogs www.news-papers.eu und www.nerdfallmedizin.de und über die Twitter-Kanäle aktiver Notfallmediziner:innen über die Befragung informiert und für eine Teilnahme geworben. Erinnerungen wurden 2 bis 3 Wochen nach der ini-

tialen Annoncierung erneut versendet. Eine Teilnahme war bis zum 31.12.2022 möglich.

Angesprochen wurden Ärzt:innen, die während des Befragungszeitraumes in einer Notaufnahme tätig waren; Ausschlusskriterium waren unvollständig ausgefüllte Datensätze der Online-Evaluation. Die Umfrage war freiwillig, erfolgte anonymisiert und enthielt keine finanziellen Incentives.

Ein positives Ethikvotum der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Fakultät (No.: 2022-1951) lag vor.

Datenaufbereitung und Auswertung

Die Befragungsdaten wurden zur Verarbeitung und zur Auswertung nach Excel (Fa. Microsoft, Redmond, WA, USA, Version 365) exportiert. Neben einer deskriptiven Auswertung der Antworten kamen Mittelwert $\pm$ Standardabweichung, Median und Minimal- und Maximalwerte zur Anwendung. Antworten auf offene Fragen wurden zunächst aufgelistet und anschließend in Antwortkategorien zusammengefasst.

Ergebnisse

Über das Mitgliederregister der DGINA wurden 1425 E-Mails verschickt. Die Reichweite der Aufrufe über Blogs und Twitter ließ sich nicht abschätzen. Insgesamt nahmen 640 Personen teil, $n=383$ (59,8%) der Fragebogen waren vollständig ausgefüllt und konnten ausgewertet werden. Die demografische Zusammensetzung, inkl. Alter, Geschlecht, Weiterbildung und Tätigkeitszeitraum in der Notaufnahme, wird in der Infografik zusammengefasst (■ Abb. 1).

Erfahrung, Vorwissen und Haltung der Evaluationsteilnehmer:innen

Nur 121 (31,6%) waren in Studium oder Weiterbildung über den Umgang mit sterbenden Patient:innen und ihren Angehörigen geschult worden; ein großer Anteil bildete sich aber auf eigene Initiative fort: Knapp über die Hälfte gaben an, im letzten Jahr einmal (115 [30,0%]), 2- bis 3-mal ($n=78$ [20,4%]) und mehr als 3-mal (26, [6,8%]) an palliativmedizinischen Fortbildungen zum Thema Palliativmedizin teilgenommen zu haben.

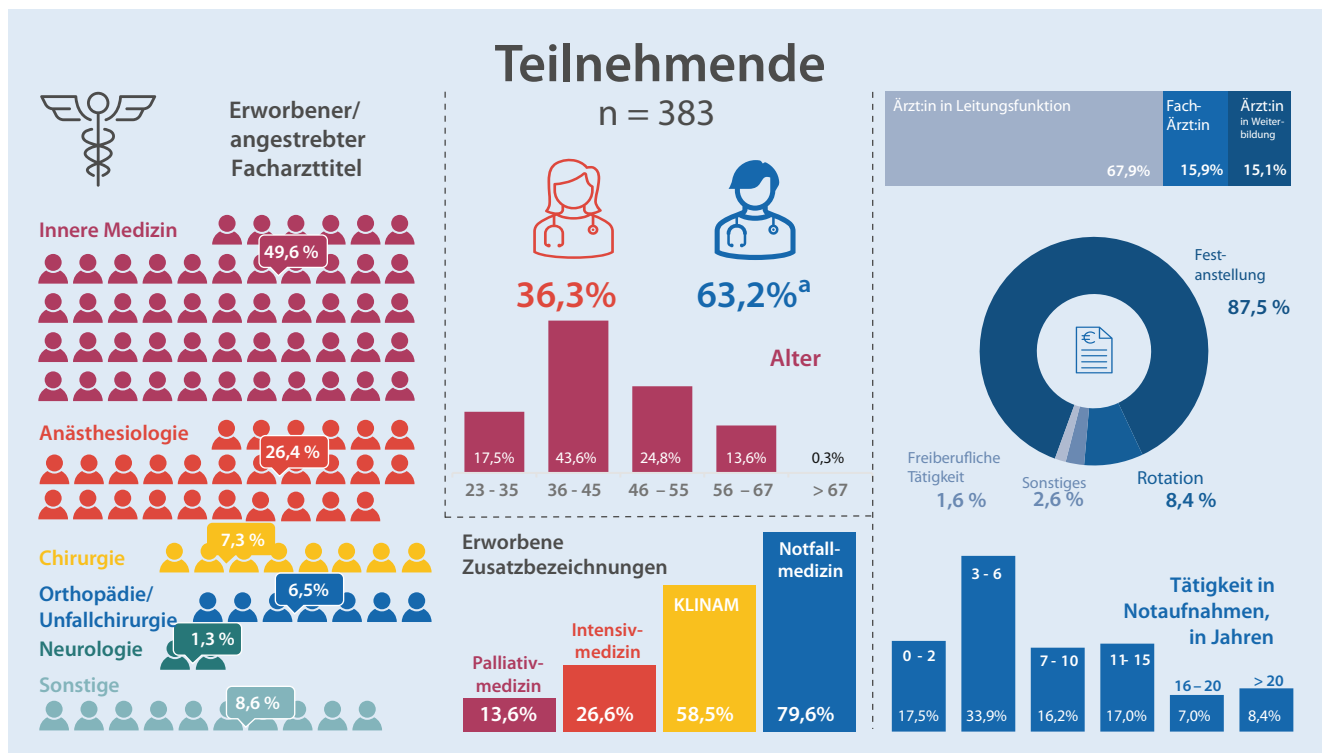


Abb. 1 ▲ Charakteristika der 383 TeilnehmerInnen der Online-Evaluation zur Istanalyse palliativmedizinischen Wissens, Haltung und Strukturen in deutschen Notaufnahmen. ^aAbweichung von 100% aufgrund fehlender Angaben. KLINAM Klinische Akut- und Notfallmedizin

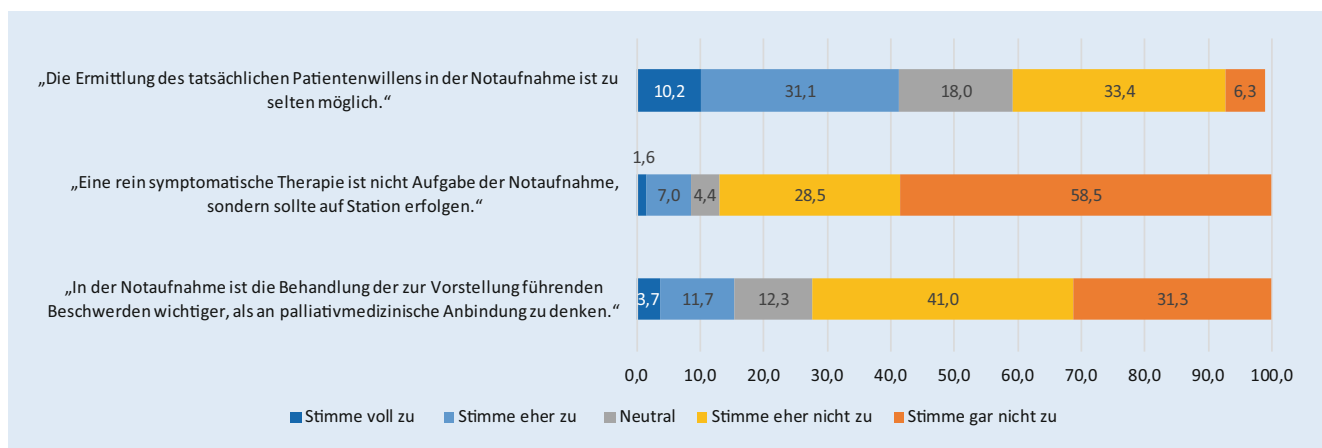


Abb. 2 ▲ Haltung der 383 Befragten zur Ermittlung des Patientenwillens und zur palliativmedizinischen Anbindung aus der Notaufnahme

Patient:innen in palliativen Krankheits-situationen behandelten 83,5% der Teilnehmer:innen „oft“. Dabei fühlten sich 289 (75,7%) „eher sicher“ oder „sehr sicher“ und gaben an, „häufig“ Maßnahmen zur Symptomlinderung auszuführen.

Die Mehrheit (333 [86,9%]) sah eine symptomatische Therapie bei Palliativpatient:innen als Aufgabe der Notaufnahme, und ebenfalls eine Mehrheit (277 [72,3%])

sah eine palliativmedizinische Anbindung von Palliativpatient:innen als wichtig an (Abb. 2).

Verfügbarkeit palliativmedizinischer Dienste in der Notaufnahme

Die Möglichkeit, spezialisierten palliativmedizinischen Rat (z.B. in Form eines Palliativdienstes) einzuholen, gaben 265

(69,2%) der Befragten an, und bei 61,9% der Befragten werden auch Konsile in der Notaufnahme durchgeführt. Im Mittel wurden in diesen Notaufnahmen 34 ± 41 (Min-Max: 1–300) Patient:innen/Jahr dem Palliativdienst vorgestellt. Eine Mehrheit der Befragten ohne verfügbaren Palliativdienst (88 [74,6%]) gab an, sich Unterstützung durch erfahrene Palliativ-

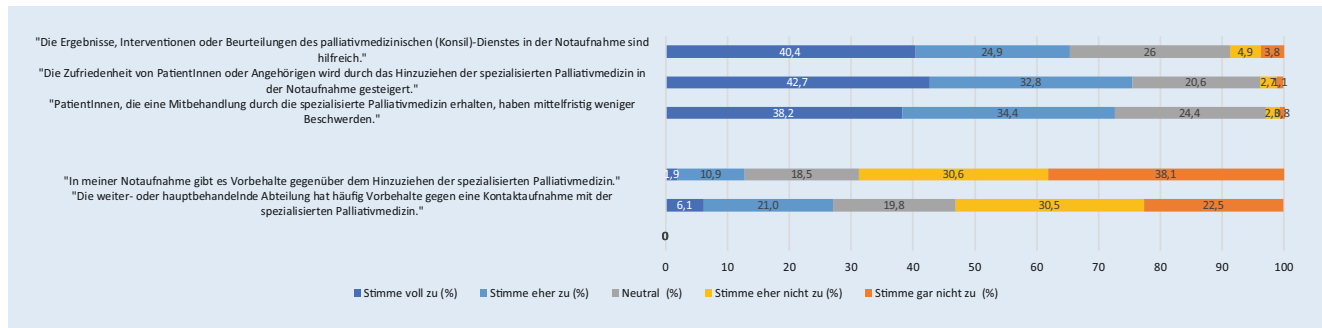


Abb. 3 ▲ Haltung der 383 Befragten zu den positiven Auswirkungen von und Vorbehalten gegenüber palliativmedizinischer Konsile aus der Notaufnahme

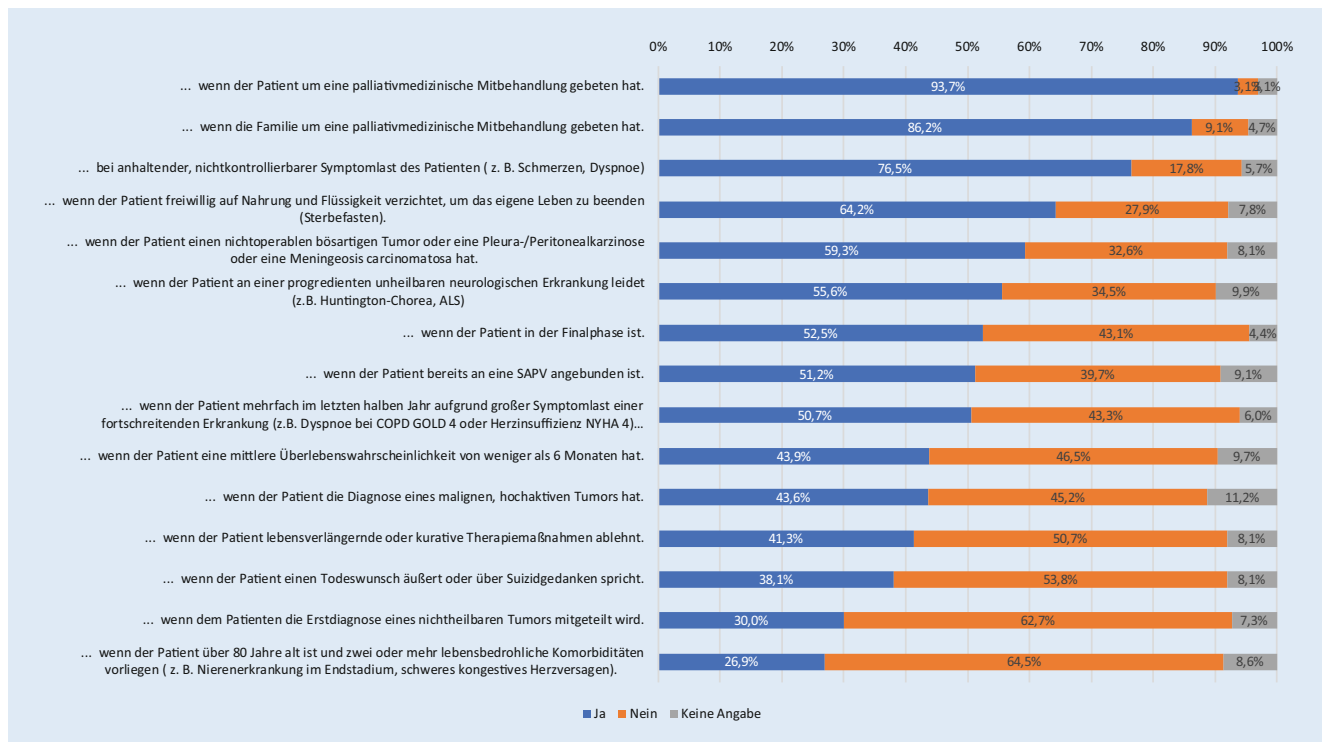


Abb. 4 ▲ Analyse der Akzeptanz der 383 Befragten zu Trigger-Faktoren für ein Hinzuziehen eines Palliativdienstes in der Notaufnahme

mediziner:innen oder einen Palliativdienst in der Notaufnahme zu wünschen.

Die Einschätzungen zu positiven Effekten des Hinzuziehens von Palliativdiensten sowie auch zu potenziellen Vorbehalten finden sich in **Abb. 3**. Dass Patient:innen oder Angehörige in der Notaufnahme das Hinzuziehen eines Palliativdienstes ablehnen, kam bei 13 Befragten (4,9%) „häufig“ und bei weiteren 55 (20,9%) Befragten „gelegentlich“ vor.

Trigger für ein Hinzuziehen des Palliativdienstes

Die „surprise question“ („Wären Sie überrascht, wenn Ihre Patient:in innerhalb der nächsten 12 Monate versterben würde?“) [28] wird nur von einer Minderheit der Befragten (98 [25,6%]) angewendet, um Patient:innen mit palliativem Bedarf zu identifizieren. Es wurden mehrere hypothetische Situationen abgefragt, ob diese zu einem Hinzuziehen des Palliativdienstes führen würde, oder – wo dieser fehlte – ob Unterstützung durch erfahrene Palliativmediziner:innen gewünscht wäre. Hierbei

finden sich sehr unterschiedliche Zustimmungsraten (**Abb. 4**).

Angebote der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Fast alle Befragten (355 [92,7%]) gaben an, dass in ihrer Stadt bzw. ihrem Kreis das Angebot einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) besteht. Aus der Notaufnahme heraus gaben 94 (26,5%) an, eigene Patient:innen direkt in die Versorgung der SAPV anbinden zu können. Eine große Mehrheit (247, [69,6%]) hatte dies aber „nicht“ oder „noch nicht“ versucht. Eine:n feste:n An-

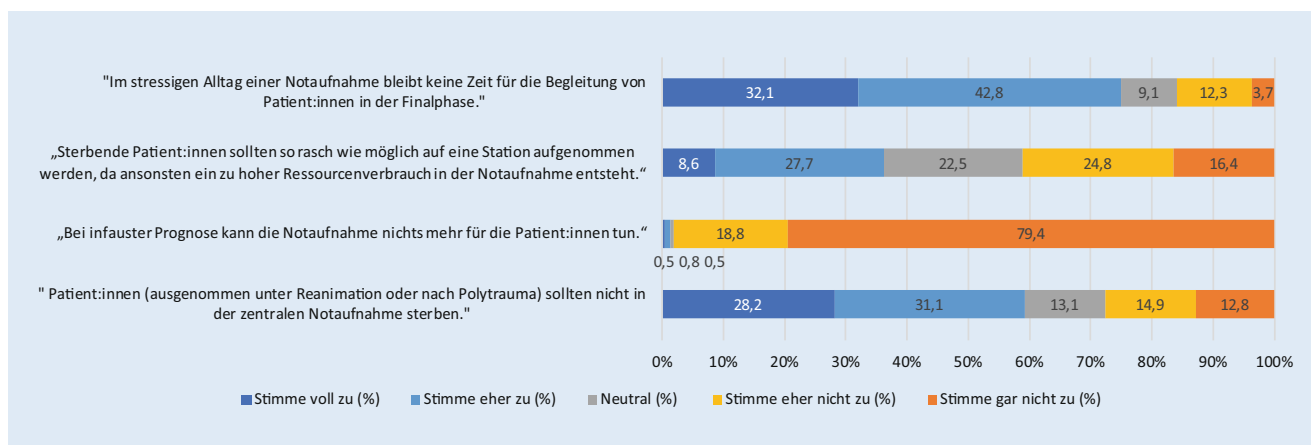


Abb. 5 ▲ Analyse der Haltung der 383 Befragten zu Häufigkeit von Todesfällen und Umgang mit Patient:innen in der Finalphase

sprechpartner:in für das SAPV-Team zur Krankenhauseinweisung bei Versorgungsproblemen haben 144 (40,7 %) benannt. Nur 62 (16,2 %) gaben an, dass im Einzugsbereich ihrer Notaufnahme standardisierte Verfügungen für den Notfall (z. B. Palliativ- oder Notfallausweise) existieren, um den Rettungsdienst über bestehende Therapielimitierungen zu informieren.

Sterben in der Notaufnahme

Ein Großteil (98,2 %) widersprach der Aussage, dass die Notaufnahmen bei infauster Prognose nichts mehr für Patient:innen tun können. Die weiteren Antworten zur Haltung der Befragten bezüglich Patient:innen, die in der Notaufnahme versterben, finden sich in **Abb. 5**.

Insgesamt 43 Befragte (11,2 %) gaben an, dass es in ihrer Notaufnahme die Möglichkeit gibt, eine Bezugspflegekraft für die Begleitung von Patient:innen in der Finalphase freizustellen. Die Räumlichkeiten, in denen diese Begleitung durchgeführt werden kann, unterschieden sich stark, und finden sich in **Tab. 1**. Keine geeigneten abgetrennten Räume gaben 46 der Befragten (12 %) an.

Angaben zur Häufigkeit von Todesfällen in der zentralen Notaufnahme sowie zur Verlegung sterbender Patient:innen finden sich in **Tab. 2**.

Die Möglichkeit, nach belastenden Situationen ein Kriseninterventionsteam oder eine/n Notfallseelsorger:in hinzuzuziehen, hatten 300 Befragte (78,3 %). Eine regelmäßige Supervision für Kolleg:innen nach belastenden Situationen gaben 81

(21,1 %) der Befragten an. Das Angebot eines Trainings für die Gesprächsführung in schwierigen medizinischen Situationen hatten nur 44 (11,5 %) absolviert.

Diskussion

Die vorliegende Online-Evaluation stellt erstmals eine Istanalyse zu palliativem Wissen und palliativer Haltung in Notaufnahmen arbeitender Ärzt:innen, verfügbaren palliativmedizinischen Ressourcen und dem Umgang mit sterbenden Patient:innen in deutschen Notaufnahmen dar.

Besonders interessant ist die hohe selbst wahrgenommene Sicherheit der 383 Befragten bei der Behandlung von Patient:innen in Palliativsituationen. Sicherlich ist dies zu einem gewissen Teil auf einen *Selection Bias* bei der Teilnahme an einer Online-Befragung zu palliativmedizinischen Themen zurückzuführen. Dass ein relevanter Anteil der sehr erfahrenen Teilnehmenden mit einem hohen Anteil in Führungspositionen angab, Palliativmedizin nicht im Studium gelehrt worden zu sein, liegt sicherlich daran, dass diese erst seit 2013 als obligates Fach im Medizinstudium gelehrt und geprüft wird. Der ebenfalls geringe Anteil, der im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung diesbezüglich geschult worden war, weist auf die bisher fehlende strukturierte Fortbildung hin, sodass die erwähnte Sicherheit vermutlich eher aus der eigenen Erfahrung und einer individuellen Auseinandersetzung mit der Thematik resultiert.

Die geringe Nutzung der *Surprise question* („Wären Sie überrascht, wenn Ihr Patient innerhalb der nächsten 12 Monate versterben würde?“), legt nahe, dass es zahlreiche Notaufnahmepatient:innen gibt, deren Palliativbedarf unentdeckt bleibt [28]. Bei der Frage nach konkreten Situationen, in denen eine palliativmedizinische Vorstellung erfolgen würde, gab es große Unterschiede, ähnlich einer vergleichbaren Befragung unter Intensivmediziner:innen [1]: Eine hohe Zustimmung bestand bei einer früheren Palliativanbindung, wenn diese durch Patient:in und Angehörige gewünscht wurde, sowie bei hoher Symptomlast. Eine besonders hohe Ablehnung fand sich bei multimorbiden Patient:innen – obwohl diese am meisten unter einer Übertherapie in den letzten 30 Lebenstagen leiden [5, 8] – und auch gegenüber der Anbindung direkt bei Erstdiagnose eines nichtheilbaren Tumors, vielleicht aus Sorge, dass dies als „Zu-früh-Aufgeben“ wahrgenommen wird. Hier besteht offensichtlicher Aufklärungsbedarf, denn die zeitgerechte Integration der Palliativmedizin sowohl bei fortgeschrittener lebenslimitierender Erkrankung wie auch bei prognostiziertem langen Überleben, aber erwarteter oder bestehender hoher Symptomlast führt zu erhöhter Lebensqualität, ohne die Lebenszeit zu verkürzen [11, 22, 24], und beugt einer Übertherapie am Lebensende vor [18]. Aus diesem Grund sollten Ärzt:innen in Notaufnahmen im Erkennen von palliativmedizinischem Bedarf geschult werden, auch da im weiteren innerklinischen Verlauf deutlich seltener palliativmedi-

Tab. 1 Frage: Welche Räumlichkeiten halten Sie in Ihrer Notaufnahmen für sterbende und verstorbene Patient:innen vor (Mehrfachnennungen möglich)?		
Antwort	Anzahl	%
Ein eigenes Palliativzimmer für Patient:innen in der Finalphase und ihre Angehörigen	13	3,4
Es gibt einen Abschiedsraum, in dem sich trauernde Angehörige verabschieden können	44	11,5
Es gibt Einzelzimmer in der Notaufnahme, die genutzt werden können	263	68,7
Es stehen nur Untersuchungskabinen zur Verfügung	77	20,1
Freitextangaben	Notaufnahme-/Beobachtungsstation	14
	Abschiedsraum in räumlicher Nähe	2
	Notfallbett der Palliativstation	1
	Funktionsraum der Notaufnahme (Gips-, Schock-, Isolationsraum)	4

Tab. 2 Häufigkeit und Umgang mit sterbenden Patient:innen in der Notaufnahme		
Häufigkeit	Anzahl	%
<i>Frage: Wie oft sterben Patient:innen (ausgenommen Patient:innen unter Reanimation oder Polytrauma) in ihrer Notaufnahme?</i>		
Mehr als 1/Woche	26	6,8
Wöchentlich	29	7,6
Ein- bis 3-mal/Monat	121	31,6
Weniger als 1/Monat	187	48,8
Nie	7	1,8
Weiß nicht/keine Angabe	13	3,4
<i>Frage: Patient:innen in der Finalphase werden in meiner Notaufnahme auf Station verlegt</i>		
Immer	50	13,1
Häufig	200	52,2
Gelegentlich	79	20,6
Selten	44	11,5
Nie	4	1,0
Weiß nicht/keine Angabe	6	1,6

zinische Konsultationen initiiert werden [13]. Standardisierte Screening-Tools, deren Anwendung in der Notaufnahme sich in einzelnen Untersuchungen als machbar erwiesen haben [10, 20, 25] können hier helfen.

Nur ein Viertel der Befragten konnte Patient:innen direkt aus der Notaufnahme heraus an die ambulante Struktur einer SAPV anbinden, obwohl dies eine frühe Rückkehr ins häusliche Umfeld ermöglichen würde, und die Ressourcen von Krankenhaus und Rettungsdienst durch seltenere zukünftige Inanspruchnahmen mit daraus resultierenden unnötigen und belastenden Krankenhauseinweisungen [15] schonen würde. Ebenfalls verfügte weniger als die Hälfte der Befragten über einen direkten Kontakt, falls das SAPV-Team bei Versorgungsproblemen eine stationäre Einweisung indiziert sah, obwohl

dies transsektorale Schnittstellenprobleme und Übergabeverluste vermeiden könnte.

Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigt sich, dass in Akutsituationen der mutmaßliche oder tatsächliche Patientenwille häufig nur schwierig eruiert werden kann. Patientenverfügungen sind in der Notaufnahme und in Akutsituationen häufig entweder nicht verfügbar oder nicht anwendbar [6, 27]. Notfallsausweise, die einen schnellen Überblick über gewünschte oder gerade nichtgewünschte Therapien geben könnten, liegen bisher flächendeckend noch nicht vor. Hier könnten künftige Projekte zur bundesweiten Vereinheitlichung und Verfügbarmachung helfen.

Der (sicherlich plakativen) Aussage, dass die Notaufnahme bei infauster Prognose nichts mehr tun könne, widerspra-

chen die Befragten nahezu einstimmig. Allerdings herrschen große Unterschiede bei den verfügbaren örtlichen und personellen Ressourcen: Über eigene Räume (z. B. Palliativzimmer, Abschiedsräume) oder die personelle Ressource, eine Bezugspflegekraft für die alleinige Finalphasenbegleitung freizustellen, verfügten nur wenige. Hier besteht deutlicher Verbesserungsbedarf, und während dieser in Neubauten umgesetzt werden könnte, könnten bis dahin möglicherweise auch durch flexibel einsetzbare Palliativsets (z. B. farblich angepasster Paravent zur Abtrennung und dimmbare indirekte Lichtquellen) würdigere Bedingungen geschaffen werden. Während es eine europäische Leitlinie mit klaren Empfehlungen für die Versorgung dieser Patient:innen gibt [9] und kürzlich auch ein Konsensuspapier zu palliativmedizinischen Aspekten in der Akut- und Notfallmedizin [16] veröffentlicht wurde, fehlt eine nationale Leitlinie zur Versorgung von Patient:innen am Lebensende in Notaufnahmen bisher.

Eine strukturierte Nachbereitung oder Supervision war in den wenigsten Notaufnahmen vorhanden, obwohl der Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Patient:innen, inkl. Entscheidungen zur Therapiezieländerung, zu Erschöpfung, Beziehungsmüdigkeit, persönlicher Unzufriedenheit und im schlimmsten Fall zum Burn-out führen kann [12] und besonders im hektischen Umfeld einer Notaufnahme ohne Pausen und Möglichkeit zum Innehalten droht [17, 19]. Hier ist ein strukturiertes Umdenken erforderlich, da ärztliches Wohlbefinden das Wohlbefinden der Patient:innen bedingt [4, 29]. Sowohl das Notaufnahmepersonal als auch die ihnen anvertrauten Patient:innen würden daher von etablierten regelmäßigen ethischen Fallbesprechungen und Supervisionen profitieren.

Limitationen der vorliegenden Online-Befragung sind die fehlende Information darüber, wie viele Personen durch den initialen Aufruf erreicht wurden, sodass keine Rückschlüsse auf die Rücklaufquote möglich sind, sowie die fehlende Validiertheit des Fragebogens. Durch die Freiwilligkeit könnte ggf. ein Selection Bias aufgrund besonders motivierter und palliativmedizinisch orientierter Ärzt:innen vorliegen. Aufgrund des identifizierten Bedarfs an

palliativmedizinischer Fort- und Weiterbildung ergibt sich die Notwendigkeit der Reevaluation und erneuten Überprüfung in einem gegebenen Zeitintervall. Ebenfalls wäre eine vergleichbare Untersuchung unter dem Pflegepersonal in Notaufnahmen interessant, um auch hier die Haltung und evtl. bestehenden Schulungsbedarf erfassen zu können.

Fazit für die Praxis

- Palliativmedizinische Aspekte haben eine hohe Relevanz für die Klinische Akut- und Notfallmedizin, da häufig palliativmedizinische Patient:innen in Notaufnahmen versorgt werden.
- Standardisierte Screeningtools sollten angewendet werden, um Patient:innen mit palliativmedizinischem Bedarf identifizieren.
- Es besteht Bedarf an strukturierten Schulungs- und Fortbildungsangeboten.
- Gute transsektorale Kommunikation verbessert die Versorgung von Palliativpatient:innen.
- Zukünftig sollten Neubauten von Notaufnahmen angemessene räumliche Ressourcen zur Versorgung sterbender Patient:innen wie z.B. Abschiedszimmer beinhalten. Bis zu deren Verfügbarkeit können flexibel einsetzbare Palliativsets Abhilfe schaffen.
- Flächendeckend ist die Einführung eines bundeseinheitlichen Notfallausweises zu fordern.
- Eine strukturierte, ethische Nachbereitung herausfordernder Fälle mit dem gesamten Notfallteam sollte in Notaufnahmen als regelmäßiger Termin etabliert werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Michael Bernhard, MHBA
Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum
Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf,
Deutschland
Michael.Bernhard@med.uni-duesseldorf.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L. Böhm, J. Schwartz, M. Michael, E. Diehl-Wiesenecker, M. Bernhard und M. Neukirchen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Alle Teilnehmer:innen der Befragung hatten vor Teilnahme zugestimmt. Eine Zustimmung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Fakultät lag vor (No. 2022-1951).

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Adler K, Schlieper D, Kindgen-Milles D et al (2019) Will your patient benefit from palliative care? A multicenter exploratory survey about the acceptance of trigger factors for palliative care consultations among ICU physicians. *Intensive Care Med* 45:125–127
2. AWMF (2019) S3-Leitlinie: Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung
3. Bertelsmann Stiftung (2015) Spotlight Gesundheit: Palliativversorgung
4. Brenner JM, Kraus C, Goett RR et al (2023) Emergency physician professionalism versus wellness: a conceptual model. *J Am Coll Emerg Physicians Open* 4:e12918
5. Brighton LJ, Bone AE, Maddocks M (2020) Supportive and palliative care for people with chronic respiratory disease and frailty. *Curr Opin Support Palliat Care* 14:206–212
6. Christ M, Liebeton J, Breker IM et al (2015) Verfügbarkeit von Patientenverfügungen in einer interdisziplinären Notaufnahme. *Dtsch Med Wochenschr* 140:e231–e236
7. Chwallek D, Schweda A, Neukirchen M et al (2022) PARPACT: paramedic palliative care test: validation of a questionnaire to assess palliative care knowledge and self-efficacy expectations of paramedics. *Schmerz* 36:333–341
8. Degroot L, Pavlovic N, Perrin N et al (2023) Palliative care needs of physically frail community-dwelling older adults with heart failure. *J Pain Symptom Manage* 65:500–509
9. Eusem (2017) European recommendations for end-of-life care for adults in departments of emergency. *Medicine*
10. George N, Barrett N, McPeake L et al (2015) Content validation of a novel screening tool to identify

- emergency department patients with significant palliative care needs. *Acad Emerg Med* 22:823–837
11. Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN et al (2016) Emergency department-initiated palliative care in advanced cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol* 2:591–598
12. Kearney MK, Weininger RB, Vachon ML et al (2009) Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "being connected... a key to my survival". *JAMA* 301:1155–1164
13. Kistler EA, Sean Morrison R, Richardson LD et al (2015) Emergency department-triggered palliative care in advanced cancer: proof of concept. *Acad Emerg Med* 22:237–239
14. Köstenberger M, Neuwersch S, Weixler D et al (2019) Prevalence of palliative care patients in emergency departments. *Wien Klin Wochenschr* 131:404–409
15. Mcnamara BA, Rosenwax LK, Murray K et al (2013) Early admission to community-based palliative care reduces use of emergency departments in the ninety days before death. *J Palliat Med* 16:774–779
16. Michels G, John S, Janssens U et al (2023) Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin. *Medizinische Klin Notfallmedizin* (1–25)
17. Moukarzel A, Michelet P, Durand AC et al (2019) Burnout syndrome among emergency department staff: prevalence and associated factors. *Biomed Res Int* 2019:6462472
18. Nieder C, Tolläli T, Haukland E et al (2016) Impact of early palliative interventions on the outcomes of care for patients with non-small cell lung cancer. *Support Care Cancer* 24:4385–4391
19. O'shea J, Vu S, Siegelman J et al (2020) "Breaking" the emergency department: does the culture of emergency medicine present a barrier to self-care? *West J Emerg Med* 21:313–321
20. Reuter Q, Marshall A, Zaidi H et al (2019) Emergency department-based palliative interventions: a novel approach to palliative care in the emergency department. *J Palliat Med* 22:649–655
21. Riessen R, Gries A, Seekamp A et al (2015) Positionspapier für eine reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. *Notfall Rettungsmed* 18:174–185
22. Spickermann M, Lenz P (2018) (Early) palliative care in Rettungsdienst und Notaufnahme. *Dtsch Med Wochenschr* 143:551–557
23. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al (2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363:733–742
24. Thoensen B, Groot M, Engels Y (2011) Early identification of and proactive palliative care for patients in general practice, incentive and methods of a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 12:123
25. Tiernan E, Ryan J, Casey M et al (2019) A quasi-experimental evaluation of an intervention to increase palliative medicine referral in the emergency department. *J Health Serv Res Policy* 24:155–163
26. Tiesmeier J, Lehning B, Jakob T et al (2018) Palliativmedizinische Notfallpatienten Teil 1 – Handlungsoptionen und Symptomkontrolle. *retten!* 7:25–36
27. Van Oorschot B, Mücke K, Cirak A et al (2019) Gewünschter Sterbeort, Patientenverfügungen und Versorgungswünsche am Lebensende: erste Ergebnisse einer Befragung von Pflegeheimbewohnern. *Z Gerontol Geriatr* (52)
28. Verhoef M-J, De Nijs EJ, Fiocco M et al (2020) Surprise question and performance status indicate urgency of palliative care needs in patients with

- advanced cancer at the emergency department: an observational cohort study. *J Palliat Med* 23:801–808
29. West CP, Shanafelt TD (2007) Physician well-being and professionalism. *Minn Med* 90:44–46
30. Wiese C, Bartels UE, Marczyńska K et al (2009) Quality of out-of-hospital palliative emergency care depends on the expertise of the emergency medical team—a prospective multi-centre analysis. *Support Care Cancer* 17:1499–1506
31. Wiese C, Graf B, Hanekop G (2009) Notärztliche Versorgung von Palliativpatienten. *Notarzt* 25:49–54
32. Wiese C, Ittner K-P, Graf B et al (2011) Palliative Notfälle—Definition, Besonderheiten und therapeutische Entscheidungen. *Notarzt* 27:223–236
33. Wiese C, Vagts D, Kampa U et al (2011) Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in notfallsituationen. *Anaesthesist* 60:161–171

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

Survey on the presence of palliative care knowledge and palliative care structures in German emergency departments

Patients with life-limiting or palliative illnesses represent a challenge for emergency departments because, despite the growing availability of specialized outpatient palliative care resources at home, patients often present during symptom exacerbations or when family caregivers become overwhelmed. Also, as life-limiting illnesses are frequently first diagnosed there and treatment goals are adjusted, it appears advantageous to establish early connections between emergency patients with palliative needs and palliative care resources. The objective of this study was to conduct a survey evaluating the availability of fundamental palliative care knowledge and palliative care structures in clinical acute and emergency medicine. For this purpose, an online survey was distributed via emergency medicine blogs, targeting physicians working in emergency departments. In total, 383 fully completed questionnaires were analyzed. It was found that the respondents often encounter patients with palliative needs. However, both outpatient and inpatient palliative resources are not universally accessible, and where, for instance, consultation services are available, there is a lack of consensus regarding the appropriate timing for their utilization. Structures for end of life care are largely in place, although time and personnel are often insufficiently available. There is an expressed interest in further education and training in palliative care. In conclusion, as emergency departments serve as the interface between outpatient and inpatient care, an interdisciplinary and holistic approach can be employed to lay the groundwork for ongoing palliative care, benefiting patients with palliative needs.

Keywords

Emergency medicine · Physicians · Survey · Terminal care · Palliative care



Welches Thema interessiert Sie?

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Herausgeber*innen und Verlag bemühen sich in regelmäßigen Konferenzen die wichtigsten Themen der Anästhesiologie abzudecken. Wichtig ist jedoch auch Ihre Stimme: **Welche Inhalte wünschen Sie sich in der Zeitschrift?**

Zu welchem speziellen Thema würden Sie gern in einem CME-Beitrag Punkte sammeln? Was kam Ihrer Meinung nach in letzter Zeit zu kurz? Haben Sie Themenvorschläge für die Rubriken „Intensivmedizin“, „Allgemeinanästhesie“ oder eine der anderen Rubriken? Gibt es evnetuell eine medizinrechtliche Fragestellung zu der Sie eine fachkundige Einschätzung wünschen?

Wir freuen uns auf Ihre Themenwünsche und Anregungen per E-Mail an ines.wolff@springer.com

>> QR-Code einscannen und direkt Mail verschicken:

