#palliamedic

Palliativmedizinische Notfallsituationen in der außerklinischen Versorgung

Scherg[1,14] | Diehl-Wiesenecker[2, 3, 15] | Tenge[4,14] | Stützer[2] | Nehls[5,14] | Janssens[6,16] | Busch[7,16] | Kitz[8,16] | Zernikow[9,10, 11, 14] | Neukirchen[4, 12, 14] | Böhm[13, 15]
[1] Palliativmedizin Ankerlicht Elbe Klinikum Stade | OsteMed Klinikum Bremervörde
[2] Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Freie Universität und Humboldt-Universität zu Berlin
[3] Palliativmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg
[4] Klinik für Anästhesiologie, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
[5] Klinik für Palliativmedizin und Geriatrie, Helios Klinikum Emil von Behring, Berlin
[6] Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin, St.-Antonius Hospital Eschweiler
[7] Zentrum für Notfall- und Rettungsmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
[8] Intensivstation und Team Pflegewissenschaft und -fortschritt, Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg
[9] Abteilung für Kinderschmerztherapie, Psychosomatik und Palliativmedizin; Vestische Kinder- und Jugendklinik– Universität Witten/Herdecke; Datteln
[10] Lehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin
[11] PedScience – Vestische Forschungs-GmbH, Datteln, Deutschland
[12] Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf
[13] Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
[14] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) e.V.
[15] Arbeitsgruppe "Ethik" der Deutschen Gesellschaft für Notfallmedizin (DGINA) e.V.
[16] Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

Hintergrund: Akute Gesundheitskrisen bei Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen führen häufig zur Inanspruchnahme des Rettungsdienstes, Ursachen sind unter anderem unzureichende Versorgungsalternativen und fehlende Vorausplanung. Mitarbeitende der außerklinischen Notfallversorgung sind daher regelmäßig mit palliativmedizinisch relevanten Problemen konfrontiert (1). Die zeitgerechte Integration von Palliativmedizin in akutmedizinische Strukturen kann helfen, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, moral distress in den Primärbehandlungsteams zu reduzieren und Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden (2). Das Projekt **#palliamedic** hat das Ziel, die Erfahrung Notfallversorgender mit palliativen Krisensituationen zu erfassen und daraus Verbesserungsbedarfe abzuleiten.

1. Hat der/die Patient/-in eine lebenslimitierende Erkrankung?
(kreuzen Sie alle zutreffenden Punkte an)

- ☐ Fortgeschrittene Demenz oder Erkrankung des ZNS (z. B. Vorgeschichte mit Schlaganfall, ALS, Parkinson):
  Benötigt Unterstützung bei der Selbstversorgung (z. B. Gehen, Toilettengang) und/oder ist die verbale Ausdrucksfähigkeit reduziert.
- ☐ Fortgeschrittener Krebs:
  Metastasierende oder lokal aggressive Erkrankung.
- ☐ Nierenversagen:
  Dialysepflichtig oder Kreatinin > 6.
- ☐ Fortgeschrittene COPD:
  Kontinuierliche O2-Versorgung zuhause oder chronische Ruhedyspnoe.
- ☐ Fortgeschrittene Herzinsuffizienz:
  Chronische Dyspnoe, Thoraxschmerzen oder Erschöpfung bei minimaler Belastung oder im Ruhezustand.
- ☐ Lebererkrankung im Endstadium:
  Vorgeschichte mit rezidivierendem Aszites, gastrointestinaler Blutung oder hepatischer Enzephalopathie.
- ☐ Septischer Schock (z. B. mit Anzeichen von Organversagen aufgrund einer Infektion):
  Benötigt intensivmedizinische Behandlung und hat eine signifikante komorbide Erkrankung.
- ☐ Subjektive Einschätzung des Befragers – Erhöhtes Risiko eines vorzeitigen Versterbens:
  Beispiele: Hüftfraktur > Alter von 80; schwerwiegende Traumata bei Senioren (multiple Rippenfrakturen, intrakranielle Blutungen), fortgeschrittenes AIDS, etc.

Keinen Punkt angekreuzt? STOP! Screening ist abgeschlossen	**EINEN oder mehrere Punkte angekreuzt? Screening FORTFÜHREN!**

2. Hat der/die Patient/-in ZWEI oder mehr unerfüllte palliativmedizinische Bedürfnisse?
(kreuzen Sie alle zutreffenden Punkte an)

- ☐ Häufige Krankenhausaufenthalte:
  2 oder mehr Besuche in der Notaufnahme oder Krankenhauseinweisungen in den letzten 6 Monaten.
- ☐ Unzureichend eingestellte Symptome (welche nicht durch die Therapie selbst bedingt sind z.B. Übelkeit bei Chemotherapie):
  Krankenhauseinweisungen aufgrund von Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit, Depression, Müdigkeit, etc.
- ☐ AZ-Verschlechterung:
  z. B. Mobilitätsverlust, häufiges Stürzen, reduzierte Nahrungsaufnahme, Hautläsionen, Kachexie, ...
- ☐ Unsicherheit über Behandlungsziele und/oder Belastung der Zu-/Angehörigen:
  Unsicherheit/ Überforderung durch Versorgungsbedarfe; Der Zu-/Angehörige kann die Bedürfnisse nicht erfüllen.
- ☐ Überraschungsfrage /Surprise Question:
  Sie wären nicht überrascht, wenn der/die Patient/-in innerhalb des nächsten Jahres versterben würde.

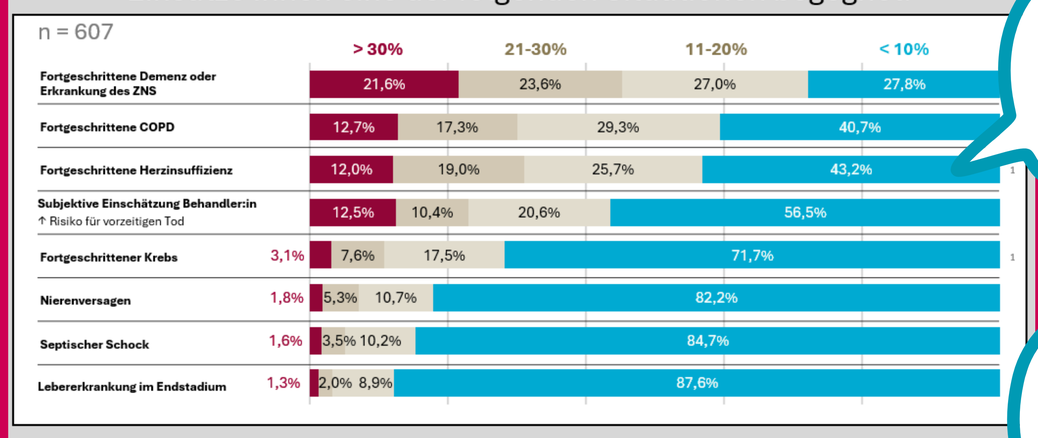
Weniger als ZWEI Punkte angekreuzt? STOP! Screening ist negativ	**ZWEI oder mehr Punkte angekreuzt? Palliativmedizinischer Dienst-Konsil wird empfohlen!**

Methodik: Bundesweite, anonyme Online-Befragung (07/2025–10/2025) von Mitarbeitenden des Rettungsdienstes und des kassenärztlichen Notdienstes auf Grundlage des Palliative Care and Rapid Emergency Screening (P-CaRES)-Tools (3) .

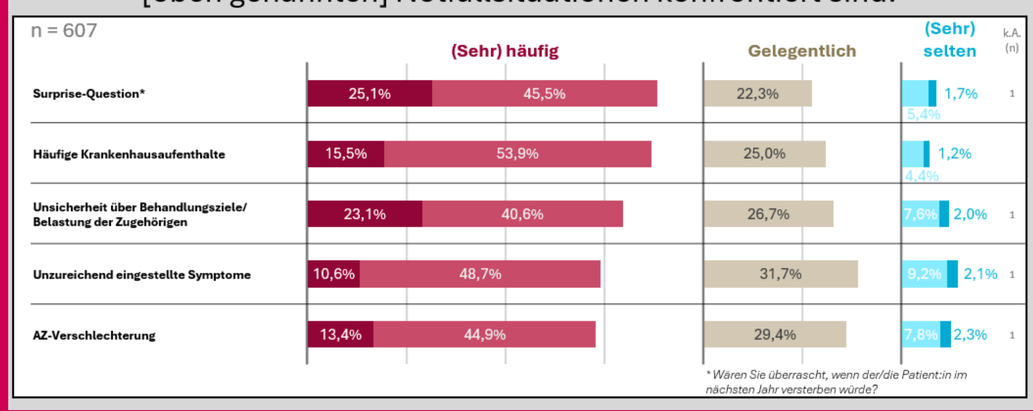
Die Auswertung erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse: Es konnten Fragebögen von 607 Teilnehmenden ausgewertet werden. Die meisten Teilnehmenden (593, 97,7%) gaben an im Rettungsdienst tätig zu sein, 14 (2,3%) waren im kassenärztlichen Notdienst tätig. 236 (38,9%) der Teilnehmenden waren Ärzt:innen, 371 (61,1%) Notfallsanitäter:innen, Rettungsassistent:innen und Rettungssanitäter:innen mit überwiegend viel Berufserfahrung aus allen deutschen Bundesländern.

Bitte treffen Sie eine spontane Einschätzung, in wieviel Prozent Ihrer Einsätze Ihnen eine der folgenden Situationen begegnet:

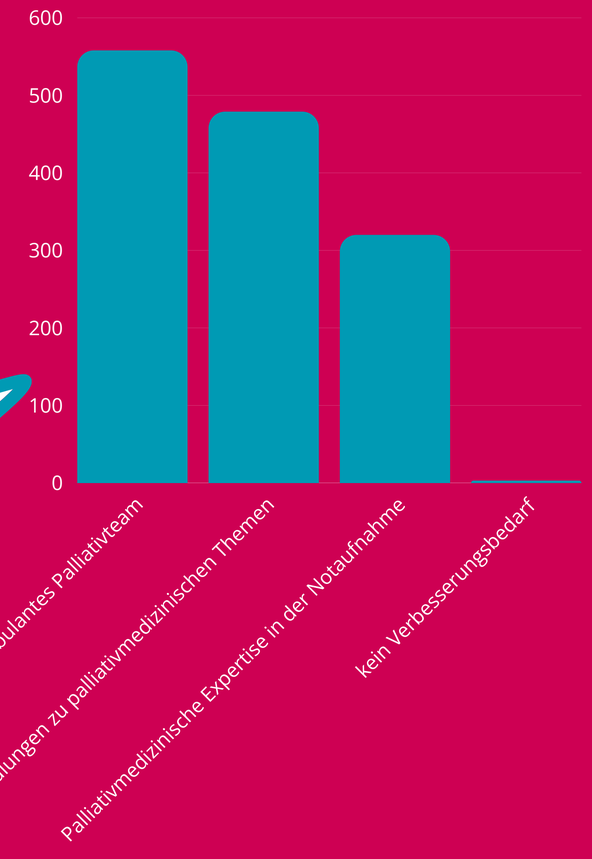


Bitte treffen Sie eine Einschätzung, mit welchen Problemen Sie in [oben genannten] Notfallsituationen konfrontiert sind:



Palliativmedizinische Notfälle sind regelmäßiger Bestandteil des rettungsdienstlichen Alltags...

Hilfreich im Umgang mit diesen herausfordernden Situationen wäre...



Die berichtete Sicherheit im Umgang mit palliativmedizinischen und ethisch herausfordernden Situationen lag bei Ärzt:innen insgesamt höher. Sie nahm in allen Berufsgruppen mit zunehmender Berufserfahrung deutlich zu.

Diskussion: Palliativmedizinische Notfälle sind ein häufiges Szenario in der außerklinischen Notfallmedizin (1). Demenz- und andere neurologische Erkrankungen, sowie chronisches Versagen von Herz oder Lunge mit akuten Dekompensationen sind in diesem Kontext die häufigsten Krankheitsbilder und überwiegen den Anteil der Menschen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen deutlich (4). Angesichts der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass in vielen Fällen auch eine Kombination der verschiedenen Krankheitsverläufe auftritt. Daraus resultieren medizinisch und ethisch herausfordernde Therapieentscheidungen (5). Insbesondere Rettungsdienstfachpersonen, aber auch Ärzt:innen gaben Unsicherheit in der Therapiezielfindung bei Schwerkranken an, diese nahm mit zunehmender Berufserfahrung ab. Als hilfreiche Faktoren wurden ein sofort verfügbares ambulantes Palliativteam und Schulungen zu palliativmedizinischen Themen identifiziert. Eine palliativmedizinische Basisqualifikation ist bisher nicht regelhaft in die notfallmedizinische Aus- und Weiterbildung integriert, entsprechende Empfehlungen werden derzeit durch die Task Force "Palliative Care & Emergency Medical Services" der EAPC erarbeitet (6). Die derzeit in Deutschland etablierten Strukturen der ambulanten Palliativversorgung sind nicht auf die Anforderungen einer Notfallpalliativversorgung ausgerichtet. Die DGP bemüht sich um die Verankerung einer "Kurzzeitigen Notfallpalliativversorgung" im SGB V , um diese Versorgungslücke zu schließen und damit nicht indizierter und nicht gewünschter Über- und Fehltherapie am Lebensende entgegenzuwirken und den Rettungsdienst zu entlasten (7,8).

(1) Roessler M, Eulitz N (2018) Notarzt und Palliativmedizin. Roessler M Eulitz N Notarzt Palliativmedizin:430–438. https://doi.org/10.19224/ai2018.430
(2) Michels G, John S, Janssens U et al (2023) Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin: Konsensuspapier der DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGfN, DGNI, DGG, DGAI, DGINA und DG Palliativmedizin. Med Klin - Intensivmed Notfallmedizin 118:14–38. https://doi.org/10.1007/s00063-023-01016-9
(3) Schmitz J, Tewes M, Mathew B et al (2025) Validation of the Palliative Care and Rapid Emergency Screening (P-CaRES) Tool in Germany. J Clin Med 14:2191. https://doi.org/10.3390/jcm14072191
(4) Slotina E, Ditscheid B, Meissner F et al (2025) Quality of Palliative Care in Nursing Homes and Community Care in Deceased with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Dementia, Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), and Cancer: A Retrospective Analysis of Claims Data (2016-2019). J Palliat Care. https://doi.org/10.1177/08258597251353315
(5) Oechsle K (2026) FAQ Palliativmedizin, 2. Auflage, Elsevier, Kapitel 11.9
(6) https://eapcnet.eu/task-forces/palliative-care-emergency-medical-services
(7) https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/260811%20SN%20kurzzeitige%20Notfall-Palliativversorgung.pdf
(8) Scherg A, Neukirchen M, Kremeike K, Maier BO, Alt-Epping B, Melching M, Bausewein C, Zernikow B: Übertherapie am Lebensende - Handlungsempfehlungen für die Bereiche Notfallmedizin, Intensivmedizin und Onkologie. https://www.kas.de/documents/252038/40211523/%C3%9Cbertherapie+am+Lebensende.pdf/d2a1e192-8930-cd8a-903a-fdf83ccb21a0?version=1.0&t=1779114117146

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN
DGIIN Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
UKD Universitätsklinikum Düsseldorf