

# Palliativversorgung in der Intensivtherapie

Während die Intensivmedizin zum Ziel hat, das Leben von lebensbedrohlich erkrankten Patienten zu erhalten und ein Leben außerhalb der Intensivstation zu ermöglichen, zielt eine palliative Behandlung darauf ab, körperliche, psychosoziale und spirituelle Leiden, die im Zusammenhang mit der lebensbedrohlichen Erkrankung stehen, zu lindern. Heutzutage werden beide Zielsetzungen als komplementär im Sinne einer patientenzentrierten Behandlung angesehen.

## Nutzen der Palliativversorgung für Patienten, Zugehörige und das Team

Die intensivmedizinische Behandlung ermöglicht es vielen Patienten, eine kritische Erkrankung zu überleben. Als Nutzen der Behandlung gilt meist die Verringerung der Sterblichkeit. Für PatientInnen kann jedoch die individuelle Lebensqualität wichtiger sein als das reine Überleben (*Herridge MS; N Engl J Med 2023; 388:913*).

Die palliativmedizinische Mitversorgung baut auf die gemeinsame Festlegung von individuellen Therapiezielen und Behandlungsoptionen, die aus Patientensicht den höchsten Nutzen haben und lindert Symptome auf körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Ebene (*Ito K; J Intensive Care 2022; 10:20, Curtis JR; Intensive Care Med 2022; 48:939*).

Vorhandene Studien zum Nutzen der Palliativversorgung auf der Intensivstation (ITS) sind noch wenig aussagekräftig (*Ito K; J Intensive Care 2022; 10:20, Metaxa V; Intensive Care Med 2021; 47:1415*) (Tabelle). Patienten profitieren von besserer Symptomlinderung, weniger eingreifenden und kürzeren intensivmedizinischen Behandlungsmaßnahmen, verbesserter Kommunikation und der gemeinsamen Festlegung von Therapiezielen.

Tabelle: Möglicher Nutzen der palliativen Mitversorgung auf der Intensivstation	
<b>Patient</b>	Verbesserte patientenzentrierte Entscheidungen Verbesserte Kommunikation Verbesserte Lebensqualität Prävention von PICS Verkürzte Aufenthaltsdauer auf ITS ohne Verkürzung der Lebenszeit Weniger eingreifende Intensivtherapie Vermeidung von Übertherapie
<b>Zugehörige</b>	Verbesserte Zufriedenheit mit der Behandlung und der Kommunikation Verbesserte Kommunikation Reduktion von PICS-F
<b>Team</b>	Physische und moralische Entlastung des Teams

PICS (post intensive care syndrome), PICS-F (post-intensive care syndrome family)

Studien zeigen mehrheitlich eine verkürzte Verweildauer auf der Intensivstation ohne Verkürzung der Lebenszeit (*Khandelwal N; Crit Care Med 2015; 43:1102*). Durch eine kürzere und weniger eingreifende Intensivtherapie verringert sich das Risiko eines Post-Intensivstations-Syndroms (PICS). Daneben beinhaltet Palliativversorgung auch eine würdevolle Begleitung im Sterbeprozess und auch der Zugehörigen in der Trauer (*Kim J; Europ Heart J Acute Cardiovas Care 2022; 11:442*). Insgesamt kann die frühzeitige palliativmedizinische Mit-

versorgung helfen, Übertherapie zu vermeiden (*Michalsen A; Med Klin Intensivmed Notfallmed 2021; 116:281*). Zugehörige berichten über erhöhte Zufriedenheit und können weniger belastet sein (*Metaxa V; Intensive Care Med 2021; 47:1415, Davidson JE; Crit Care Med 2017; 45:103*).

Im Behandlungsteam der ITS kann ein gutes ethischen Klima mit Einbindung von palliativen Behandlungskonzepten durch strukturierte Prozesse den moralischen Stress im Team senken (*Van den Bulcke B; Inensive care Med 2020; 45:46*).

## Allgemeine und spezialisierte palliativmedizinische Versorgung

Bei der palliativmedizinischen Mitversorgung auf der Intensivstation wird zwischen allgemeiner und spezialisier-



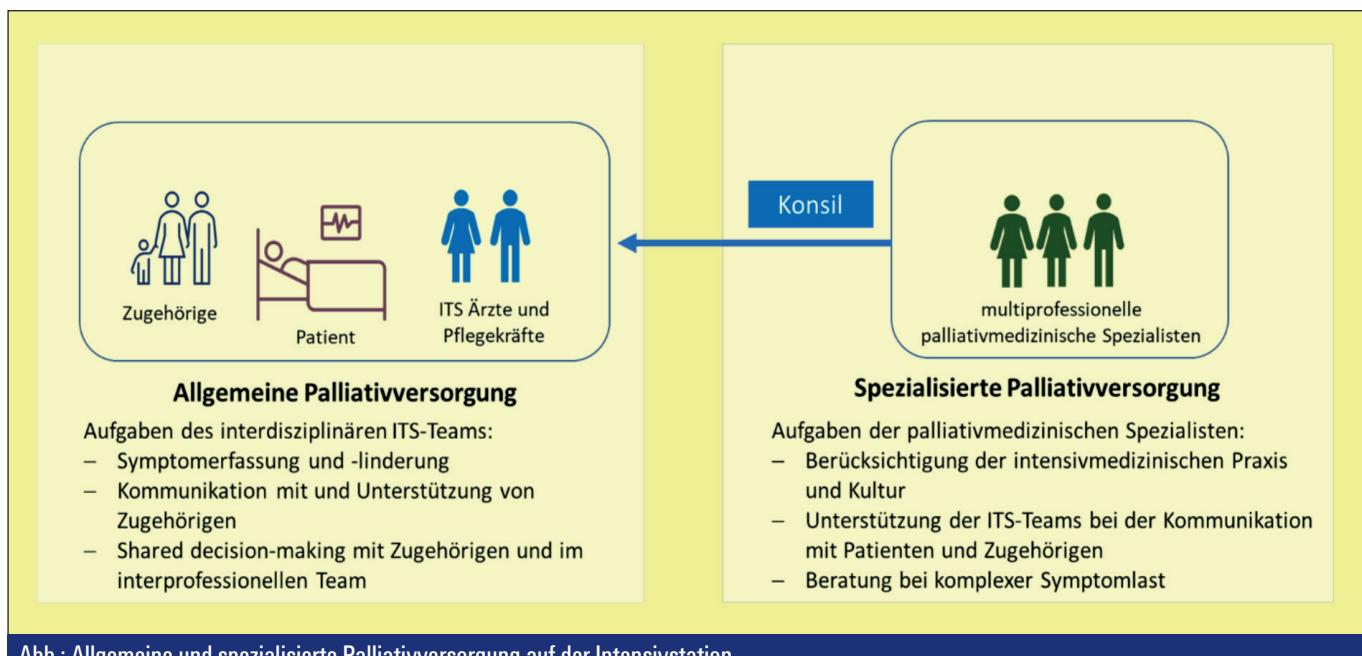


Abb.: Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung auf der Intensivstation

ter Palliativversorgung unterschieden (*Curtis JR; Intensive Care Med 2022; 48:939*) (siehe Abbildung).

Allgemeine Palliativversorgung wird von Gesundheitsfachkräften durchgeführt, die Palliativpatienten in ihrem Bereich mitversorgen, für die aber Palliativversorgung nicht Hauptfokus ihrer klinischen Arbeit ist. In der Intensivmedizin sind wichtige Kompetenzen für die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender vorhanden. Die allgemeine Palliativversorgung ist integraler Teil der intensivmedizinischen Therapie mit folgenden Kernkompetenzen:

- Leitliniengerechtes Symptommanagement, d. h., Linderung und Behandlung von Schmerz, Delir und seelisch-psychologischer Belastung.
- Effektive Kommunikation mit Patienten und Zugehörigen im Rahmen einer strukturierten Kommunikationsstrategie.
- Gemeinsame Therapiezielfindung mit Patienten und Zugehörigen sowie im interprofessionellen Team.

Allerdings gibt es Defizite bei Schmerzbehandlung und Palliative Care, die durch gezielte Weiterbildungen der intensivmedizinischen Teams überwun-

den werden müssen (*Krautheim V; BMC Palliative Care 2017; 16:57*).

Spezialisierte Palliativversorgung wird von Fachkräften durchgeführt, die ausschließlich Palliativpatienten behandeln. Experten der Palliativmedizin sollten bei komplexer Symptomlast auf den möglichen vier Ebenen hinzugezogen werden, sofern vor Ort verfügbar. In Analogie zu Experten anderer medizinischer Fachgebiete wie z. B. Neurologie oder Kardiologie bieten palliativmedizinische Fachkräfte zusätzliches Wissen und Können an, das die Qualität der intensivmedizinischen Versorgung steigert (Abbildung).

### Allgemeine palliative Versorgung ist integraler Bestandteil des intensivmedizinischen Versorgungsspektrums

Als möglicherweise größte Herausforderung bei der Palliativversorgung gilt die Frage, bei welchen Patienten und wann sie indiziert ist (*Adler K; Anaesthetist 2017; 66:660*). Immer noch wird Palliativversorgung vor allem mit der Finalphase von Patienten in Verbindung gebracht. In dieser Phase ist das einzig verbliebene Therapieziel die Sterbegleitung. Die Begleitung sterbender Intensivpatienten und ihrer Zuge-

hörigen ist primär eine Aufgabe des behandelnden intensivmedizinischen Teams. Jedoch sind hier unzweifelhaft besondere Kenntnisse und Fähigkeiten gefragt (*Cook D; N Engl J Med 2014; 370:2506*).

Des Weiteren ist frühzeitige Palliativversorgung in vielen Fällen sinnvoll (*Aslakson KS; Intensive Care Med 2014; 42:2418*). Symptommanagement, gute Kommunikation und gemeinsame patientenzentrierte Therapiezielfindung unter Berücksichtigung der Lebensqualität nach der Entlassung von der ITS gehören zu den integralen Aufgaben des intensivmedizinischen Behandlungsteams (*Mathews KS; Intensive Care Med 2017; 43:1850*). Dabei dürfen insbesondere Patienten mit nicht-malignen Grunderkrankungen, beispielsweise mit einer chronischen Herzinsuffizienz, nicht übersehen werden, da palliative Unterstützungsangebote hier bislang seltener angeboten werden als für Tumorpatienten (*Liu AY; JAMA Netw Open 2020; 3:e200020*).

Gerade in Fällen mit schwer abschätzbarer Prognose sind Gespräche zur Therapiezielfindung im Team und mit Zugehörigen ein wichtiges Element zur Entscheidungsfindung (*Kim J; Europ Heart J Acute Cardiovasc Care 2022; 11:442*). Diese Gespräche müssen sich

an erreichbaren Therapiezielen und den individuellen Patientenpräferenzen orientieren, wobei die Option einer palliativen Behandlung immer mit dargestellt werden sollte (*Chatterjee S; ATS Sch 2022; 3:449*).

Häufig wird jedoch ein palliatives Therapieziel bei Therapiezielgesprächen nicht berücksichtigt (*Schenker Y; Intensive Care Med 2012; 38:1607*) und es bleibt bei einer Erläuterung möglicher Maßnahmen, ohne über die Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die möglichen Therapieziele zu sprechen (*Batten JN; Crit Care Med 2019; 47:369*).

Palliative Versorgungsangebote sollten deshalb nicht als ein – möglicherweise sogar persönlich empfundenes – Versagen der intensivmedizinischen Therapiebemühungen, sondern als Erweiterung des Therapiespektrums gesehen werden (*Meier S; Zeitschr Palliativmed 2023; 24:121*).

## Der spezialisierte Palliativdienst auf der Intensivstation: Luxus oder Notwendigkeit?

Palliativdienste der spezialisierten Palliativversorgung bestehen idealerweise aus ÄrztInnen, Pflegenden, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen und MasseurInnen, KreativtherapeutInnen, SozialarbeiterInnen und SeelsorgerInnen. Sie ergänzen die primärversorrenden Intensivteams, lindern Leid und stehen Sterbenden bei.

Der Nutzen der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung wurde wäh-

rend der Covid-19-Pandemie besonders deutlich: Es zeigte sich eine signifikante Symptomlinderung (*Tenge T; J Clin Med 2022; 11:5925*); die Intensivteams profitierten vom fachlichen Wissen und fühlten sich physisch und moralisch entlastet (*Schwartz J; J Environ Res Public Health 2022; 19:19*). Welche Intensivpatienten von einer Mitbehandlung durch einen Palliativdienst profitieren, ist Gegenstand aktueller Forschung und unterscheidet sich auch je nach Sichtweise der dazu befragten Berufsgruppe (*Adler K; Intensive Care Med 2019; 45:125*).

Falls vorhanden, kann eine gemeinsame multiprofessionelle und interdisziplinäre Visite von Mitgliedern des ITS-Behandlungsteams und des Palliativdienstes einen wertvollen Beitrag leisten, Patienten zu identifizieren, die von einer palliativmedizinischen Mitbehandlung profitieren können. Aus den genannten Gründen handelt es sich bei der Tätigkeit eines Palliativdienstes im Sinne einer spezialisierten Palliativversorgung keineswegs um Luxus, sondern um eine unverzichtbare Notwendigkeit. Jedoch ist dies vielerorts noch nicht möglich. Deshalb stellt die breite Verfügbarkeit von spezialisierten Palliativdiensten eines der wichtigsten Ziele beim Ausbau der Ressourcen der spezialisierten Palliativversorgung dar (*Berendt J; Med Klin Intensivmed Notfallmed 2021; 116:586*). Verbindliche Kriterien für eine Refinanzierung von Palliativdiensten liegen mit den aktuellen Operationen und Prozedurenschlüsseln (OPS 8.98h mit

Zusatzentgelt, 133) vor. Eine darüberhinausgehende Strukturfinanzierung in Form einer erlösunabhängigen Vorhaltepauschale würde als wichtige ökonomische Grundlage eine effiziente und verantwortungsvolle Ausgestaltung des politisch gewollten Auf- und Ausbaus von Palliativdiensten im Krankenhaus entsprechend der lokalen Anforderungen und Gegebenheiten unterstützen (*Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Entwicklung der Palliativdienste im Krankenhaus. [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/221123\\_DGP\\_Positionspapier\\_Palliativdienste.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/221123_DGP_Positionspapier_Palliativdienste.pdf)*).

Interessenkonflikte: Keine

**Dr. Susanne Jörges<sup>1</sup>**

**Dr. Stefan Meier<sup>2</sup>**

**PD Dr. Martin Neukirchen<sup>2,3</sup>**

**Prof. Dr. Christiane Hartog<sup>1,4</sup>**

<sup>1</sup> Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Campus Charité Mitte & Campus Virchow – Klinikum, Berlin

<sup>2</sup> Klinik für Anästhesiologie Universitätsklinikum Düsseldorf Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

<sup>3</sup> Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin Universitätsklinikum Düsseldorf

<sup>4</sup> Klinik Bavaria Kreischa  
[christiane.hartog@charite.de](mailto:christiane.hartog@charite.de)