

Karin Oechsle (Hrsg.)

FAQ Palliativmedizin

Antworten – prägnant und praxisnah

2. Auflage

**F
A
Q**



LESEPROBE



Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

1 Grundlagen 1

- 1.1 Prinzipien der Palliativmedizin 1
Karin Oechsle
- 1.2 Versorgungsstrukturen 11
Alexandra Scherg
- 1.3 Der palliativ zu versorgende Mensch 20
Karin Oechsle und Alexandra Scherg
- 1.4 Angehörige 25
Karin Oechsle und Anneke Ullrich

2 Symptomkontrolle 31

- 2.1 Schmerzen 31
Axel Doll und Lukas Radbruch
- 2.2 Atemnot und andere respiratorische Symptome 68
Yvonne Eisenmann und Steffen Simon
- 2.3 Schwäche und Immobilität, Fatigue, Schlafstörungen 76
Anja Coym und Cornelia Hlawatsch
- 2.4 Obstipation, Passagestörung, Ileus 84
Jacqueline Schwartz und Cornelia Hlawatsch
- 2.5 Übelkeit und Erbrechen 91
Wiebke Hollburg und Sven Goldbach
- 2.6 Kachexie, Anorexie und Ernährung 101
David und Cornelia Hlawatsch
- 2.7 Epileptische Anfälle, Paresen, sensible Störungen, Hirndrucksymptomatik 106
Benjamin Ilse und Stefan Glahn
- 2.8 Mundtrockenheit und Schluckstörungen 112
Patrick van Caster und Norbert Krumm
- 2.9 Juckreiz und andere Hautsymptome 118
Julia Bien und Alexandra Scherg
- 2.10 Wunden und Blutungen 122
Yvonne Albert und Jens Weidmann
- 2.11 Delir und Unruhe 128
Tobias Steigleder und Tanja Treibig
- 2.12 Notfälle in der Palliativmedizin 137
Martin Neukirchen und Julia Bien
- 2.13 Gezielte Sedierung zur Leidenslinderung 144
Sven Goldbach und Jens Weidmann

3 Sterbephase 153

- 3.1 Handlungsempfehlung Sterbephase 153
Manuela Schallenburg und Alexandra Scherg
- 3.2 Symptomkontrolle bei Sterbenden 159
Maja Falckenberg und Annette Rommel
- 3.3 Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der Sterbephase 165
David Blum und Cornelia Hlawatsch

4	Trauerbegleitung	169
4.1	Umgang mit Verstorbenen	169
	<i>Cornelia Hlawatsch und Alexandra Scherg</i>	
4.2	Begleitung trauernder Angehöriger	174
	<i>Karin Oechsle und Anneke Ullrich</i>	
5	Psychische Aspekte	181
5.1	Angst und allgemeine psychische Belastung	181
	<i>Sigrun Vehling</i>	
5.2	Traurigkeit, Depression, Demoralisierung	185
	<i>Sigrun Vehling</i>	
5.3	Existenzielle Aspekte	189
	<i>Frank Schulz-Kindermann</i>	
5.4	Psychologische Interventionen	198
	<i>Anja Mehnert-Theuerkauf</i>	
5.5	Künstlerische Therapien	206
	<i>Sarah Böhmer und Cornelia Weigle</i>	
5.6	Umgang mit traumatisierten Menschen	213
	<i>Anneke Ullrich und Christina Eisenecker</i>	
6	Spirituelle und seelsorgerische Aspekte	221
6.1	Spirituelle Aspekte	221
	<i>Heike Schneidereit-Mauth</i>	
6.2	Seelsorgerische Begleitung	228
	<i>Dorothee Haart</i>	
7	Soziale Aspekte	237
7.1	Vollmachten und Verfügungen, Betreuung	237
	<i>Christoph Kofahl</i>	
7.2	Versorgungsplanung, Advance Care Planning (ACP)	248
	<i>Martin Neukirchen und Yann-Nicolas Batzler</i>	
7.3	Sozialberatung/Psychosoziale Beratung	256
	<i>Johannes Petereit</i>	
7.4	Mitbetreuung der Angehörigen	265
	<i>Karin Oechsle und Cornelia Hlawatsch</i>	
8	Ethische und rechtliche Aspekte	269
8.1	Therapiezieländerung	269
	<i>Bernd Alt-Epping</i>	
8.2	Todeswünsche	273
	<i>Raymond Voltz</i>	
8.3	Sterbehilfe	276
	<i>Alexandra Scherg und Karin Oechsle</i>	
8.4	Suizidassistenz	280
	<i>Heiner Melching und Martin Neukirchen</i>	
8.5	Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken	286
	<i>Maria Bullermann-Benend und Alexandra Scherg</i>	

9 Kommunikation 293**9.1 Überbringen schwieriger Nachrichten 293***Georgia Schilling***9.2 Umgang mit Emotionen 299***Ursula Wenzel-Meyburg***9.3 Umgang mit „schwierigen“ Menschen und Sprachbarrieren 304***Tabea Sammer***9.4 Kommunikation mit Angehörigen 313***Anneke Ullrich***10 Teamarbeit und Selbstreflexion 321****10.1 Interprofessionalität, Interdisziplinarität 321***Manuela Schallenburg***10.2 Selbst- und Teamfürsorge 328***Martina Kern***10.3 Resilienz 332***Susanne Hirmüller und Margit Schröer***11 Spezielle Krankheitsverläufe 337****11.1 Onkologisch erkrankte Menschen 337***Aneta Schieferdecker***11.2 Hämatologisch erkrankte Menschen 348***Thomas Stübig***11.3 Neurologisch erkrankte Menschen 354***Benjamin Ilse und Stefan Glahn***11.4 Kardiologisch erkrankte Menschen 361***Johannes Rosenbruch***11.5 Pneumologisch erkrankte Menschen 369***Yvonne Eisenmann und Steffen Simon***11.6 Nephrologisch erkrankte Menschen 373***Johannes Bükki***11.7 Geriatrisch erkrankte Menschen 378***Johannes Vogel***11.8 Intensivmedizinisch behandelte Menschen 389***Patrick van Caster***11.9 Notfallmedizinische Versorgung 394***Alexandra Scherg***12 Besondere Patientengruppen 403****12.1 Kinder – pädiatrische Palliativversorgung 403***Gabriele Gagnon und Mareike Danneberg***12.2 Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung 413***Anna Scheilke***12.3 Menschen mit Migrationsgeschichte 418***Johannes Bükki***12.4 LGBTQ+ 424***Axel Doll und Anne Baumann***Register 433**

Das Wichtigste zuerst – daran müssen Sie immer denken

1. Die Indikation zur Palliativversorgung besteht unabhängig von der Erkrankungsart bei Patient*innen mit hoher Symptomlast und eingeschränkter Lebensprognose.
2. Ein wichtiges Prinzip der Palliativversorgung ist, den individuell besten Weg für die Patient*innen und ihre Angehörigen im Rahmen des Machbaren zu finden.
3. Die Identifikation von Patient*innen mit palliativem Versorgungsbedarf sollte eine wichtige Aufgabe in der klinischen Tätigkeit aller Ärzt*innen in allen Versorgungsbereichen sein. Die Patient*innen können häufig auch selbst gut beurteilen, ob sie von einer Palliativversorgung profitieren könnten, wenn sie darüber informiert wurden. Daher soll möglichst allen Patient*innen frühzeitig im Verlauf einer unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung eine Beratung über eine Palliativversorgung angeboten werden.
4. Schwierige Situationen mit Patient*innen und Angehörigen auszuhalten, ist eine wichtige, aber auch herausfordernde Aufgabe in der Palliativversorgung.
5. Spüren sterbensranke Menschen Mitgefühl bei ihren Ärzt*innen, können sie auch mitfühlender mit sich selbst umgehen.
6. Ein zentraler Belastungsfaktor in der Palliativmedizin ist die fortwährend abverlangte Gratwanderung zwischen einer ausreichenden Selbstsorge und der kontinuierlichen Sorge um andere. Ein ausgewogenes Verhältnis beider „Sorgeformen“ soll stets ein Ziel sein.
7. Psychosoziale Belastungen von Patient*innen und Angehörigen sind in der palliativen Behandlungssituation sehr häufig und sollen im Versorgungsalltag aktiv beachtet werden. Am häufigsten sind Angststörungen, Anpassungsstörungen und Depressionen.
8. Die Patient*innen sind häufig selbst die wichtigste Informationsquelle dafür, wie mit ihren Belastungen umgegangen werden soll. Die meisten haben für sich Strategien für den Umgang mit belastenden Situationen entwickelt. Dies soll in der Versorgung respektiert werden.
9. Die Unterstützung von Angehörigen beginnt damit, sie neben den Patient*innen mit ihren Fragen, Problemen und Ängsten wahrzunehmen. Für viele Angehörige ist bereits dies bereits eine wertvolle Form der Unterstützung.
10. Schwierige Familiengeschichten und -dynamiken können zu einem Stolperstein werden. Es ist wichtig, eigene Handlungsspielräume und Verantwortungsbereiche realistisch einzuschätzen, um die Autonomie der Familie, die Situation in der für sie aktuell möglichen bzw. ihnen bekannten Weise zu bewältigen, zu wahren, aber auch, um selbstfürsorglich zu handeln.
11. Es ist ratsam, den Patient*innen nur die Therapien vorzustellen und anzubieten, für die man vorher auch eine ärztliche Indikation gestellt hat.
12. Ein Drittel aller Patient*innen identifizieren „Lebenszeit“ für sich als hauptsächliches Therapieziel. Viele Patient*innen wünschen sich eine maximale Therapie bis zum Lebensende, auch wenn dies mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden und eine Heilung sehr unwahrscheinlich ist. Dies gilt es auch in der Palliativversorgung zu respektieren.
13. Der Weg auf die Palliativstation ist keineswegs eine Einbahnstraße! Auch eine Rückverlegung der Patient*innen von der Palliativ- auf eine Normal- oder

Intensivstation kann erfolgen, solange sie medizinisch indiziert ist und dem Wunsch der Patient*innen entspricht.

14. Die Antizipation von möglichen Notfallsituationen in der Palliativversorgung und die gemeinsame Erarbeitung von Notfallplänen erleichtern sowohl den Patient*innen als auch den Angehörigen und den Behandelnden die Reaktion auf etwaige Krisensituationen und geben Sicherheit.
15. Die Erstellung eines „Notfallplans“ für die häusliche Versorgung gibt dem eintreffenden Rettungsdienst in einer Notfallsituation die Gelegenheit, die Vorstellungen der Patient*innen schnell zu erfassen und dann auch zu beachten.
16. Bei persistierender Atemnot oder Schmerzen unter Opioidtherapie besteht, solange man die Opioiddosierung an der Wirkung titriert, kaum die Gefahr der oft befürchteten Atemdepression.
17. Ärztlich die „Erlaubnis“ zu geben, wenig oder nichts zu essen, wirkt häufig entlastend auf schwer kranke Patient*innen. Die Fragen „Für wen ist es wichtig, dass der erkrankte Mensch isst? Für ihn selbst, für seine Angehörigen? Für das Behandlungsteam?“ können hierbei hilfreich sein.
18. Was den Umgang mit eigenem Ekel, z. B. bei exulzierenden Wunden, betrifft, so lässt sich sagen, dass die Patient*innen selbst häufig Schamgefühle entwickelt haben und ein authentischer, selbstverständlicher und offener Umgang dann hilfreich sein kann.
19. „Total Pain“: Die Therapie von Schmerzen und anderen primär körperlichen Symptomen darf sich nicht auf die Verordnung von Medikamenten beschränken, sondern sollte immer auch psychische, soziale und spirituelle Faktoren erfassen und behandeln, die zu einer Verstärkung der körperlichen Symptome beitragen.
20. Unabhängig von der Erkrankung im Einzelfall sind Schwäche und Müdigkeit am häufigsten und für die Patient*innen am belastendsten. Diese schreiten mit Progression der Erkrankung meist kontinuierlich fort und lassen sich oft nur wenig beeinflussen, bedürfen aber unserer besonderen Aufmerksamkeit.
21. Es ist sehr sinnvoll, im Einvernehmen mit den Patient*innen deren Angehörige in Gespräche zur Versorgungs- und Therapieplanung einzubeziehen, vor allem dann, wenn sie auch die Funktion der Vorsorgebevollmächtigten übernehmen sollen.
22. Eine Vorsorgevollmacht muss schriftlich aufgesetzt sein; Vollmachtgebende und Vollmachtnehmende müssen geschäftsfähig und volljährig sein und das Dokument, mit Datum versehen, unterschreiben. Eine Beglaubigung durch einen Notar ist nicht erforderlich.
23. Eine Patient*innenverfügung muss schriftlich verfasst und mit Unterschrift und Datum versehen sein. Die Unterschrift eines Zeugen kann die Gültigkeit unterstreichen. Eine Patient*innenverfügung ist für Ärzt*innen, Bevollmächtigte, Betreuende und Gerichte bindend unter der Voraussetzung, dass diese tatsächlich hinreichend konkret auf die betreffende Situation zutrifft.
24. Für alle in der Sterbephase häufigen Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, brodelnde Atmung soll ausreichend Bedarfsmedikation bereitgestellt werden.
25. In der Sterbephase sollen nur die Medikamente beibehalten werden, die zur aktuellen Symptomkontrolle notwendig sind, keine besondere Belastung bei der Verabreichung bedeuten und beim Weglassen keine weitere Zuspitzung induzieren würden.

26. Viele Symptome, die in der Sterbephase im Vordergrund stehen, wie eine erschwerte Atmung durch Überwässerung, können sich durch eine künstliche Flüssigkeitszufuhr deutlich verschlechtern.
27. Grundsätzlich haben Menschen die Fähigkeiten, auch schwierigste Situationen (Verluste, Krisen, schwere Krankheit) zu überstehen. Allerdings sind diese unterschiedlich ausgeprägt und aufgrund begleitender Umstände in einer Krisensituation eventuell nicht ausreichend einsetzbar (z.B. durch eine vorbestehende psychische Erkrankung, eine erlebte Traumatisierung oder eine schwere somatische Krankheit).
28. Meist ist nicht das Sterben an sich der belastende Faktor, sondern häufig sind es die Begleitumstände in der jeweiligen Einrichtung oder im sozialen System der Sterbenden, die eine besondere Belastung für die Begleitenden darstellen und die es auszuhalten gilt, falls sie nicht geändert werden können. Hier helfen die gemeinsame Reflexion im Team – auch retrospektiv – sowie Inter- bzw. Supervision.

1 Grundlagen

1.1	Prinzipien der Palliativmedizin	1	1.3	Der palliativ zu versorgende Mensch	20
1.2	Versorgungsstrukturen	11	1.4	Angehörige	25

1.1 Prinzipien der Palliativmedizin

Karin Oechsle

1.1.1 Wie wird „Palliativmedizin“ definiert?

Es gibt nicht *die* eine Definition von „Palliativmedizin“, sondern mehrere, die sich teilweise ergänzen, aber auch kleine Unterschiede aufweisen. Gemeinsam ist allen Definitionen die zentrale Zielsetzung, die Lebensqualität der Patient*innen zu verbessern. Inhaltlich gemeinsam ist ihnen außerdem, dass nicht nur die Patient*innen, sondern auch ihre Angehörigen im Fokus der Betreuung stehen.

Die meisten Definitionen sprechen von Patient*innen mit weit fortgeschrittenen und/oder fortschreitenden Erkrankungen, die zu einer eingeschränkten Lebenserwartung führen, die also primär chronisch lebensbedrohliche Erkrankungen meinen, während die WHO von „lebensbedrohlichen Erkrankungen“ insgesamt spricht und damit auch akut lebensbedrohliche Erkrankungssituationen einbezieht.

Zentrales Thema aller Definitionen ist die Berücksichtigung nicht nur der durch die Erkrankung verursachten körperlichen Symptome, sondern auch der psychischen, sozialen und spirituell-existenziellen Bedürfnisse und Probleme der Patient*innen und ihrer Angehörigen („Total Pain“-Prinzip).

Um diesem ganzheitlichen Blick auf die Bedürfnisse gerecht werden zu können, erfolgt eine Palliativversorgung *per definitionem* durch ein multiprofessionelles Team, das neben spezialisierten Ärzt*innen und Pflegefachpersonen auch Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Seelsorgende und verschiedene Therapeut*innen, wie Physio-, Ergo-, Kunst- oder Musiktherapeut*innen umfasst. Ergänzend werden Ehrenamtliche in die Versorgung der Patient*innen und ihrer Angehörigen einbezogen.

1.1.2 Was ist der Unterschied zwischen „Palliativmedizin“, „Palliative Care“ und „Palliativversorgung“?

Grundsätzlich beschreiben alle drei Begriffe exakt das Gleiche – Missverständnisse in ihrer Interpretation führen aber seit Jahren zu Diskussionen. „Palliative Care“ ist der schon von Cicely Saunders geprägte englische Originalbegriff, der mit dem Wort „care“ die ganzheitliche Fürsorge in den Vordergrund vor die medizinischen Aspekte stellt. In der deutschen Übersetzung als „Palliativmedizin“ geht diese Gewichtung scheinbar unter, sodass häufig auch in Deutschland der englische Begriff „Palliative Care“ verwendet wird. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin empfiehlt, von „Palliativversorgung“ zu sprechen, um mit einem deutschsprachigen Begriff diesem

Verständnis der ganzheitlichen Patient*innen- und Angehörigenbetreuung gerecht zu werden. Im Kontext eines anerkannten Fachgebiets der Medizin und damit als Säule der Versorgung kranker Patient*innen, unseres Gesundheitssystems, der studentischen Ausbildung, der ärztlichen Qualifikation und medizinischer Versorgungsstrukturen bleibt der Begriff „Palliativmedizin“ aber etabliert.

1.1.3 Wer war Dame Cicely Saunders?

Dame Cicely Saunders gilt als Begründerin der modernen Hospiz- und Palliativbewegung. Auf ihren Grundsätzen und Prinzipien beruht bis heute die Hospizarbeit und Palliativversorgung (► 1.1.6). Cicely Saunders war in den 1960er-Jahren Krankenschwester und Sozialarbeiterin in London und erlebte dort, wie insbesondere Menschen mit onkologischen Erkrankungen am Lebensende häufig keine gute Versorgung fanden, oft unter starken Schmerzen und einer Vielzahl anderer Probleme litten und wenig persönliche Zuwendung erhielten. Sie wurde Ärztin und gründete mit dem St. Christopher's Hospice in London eine auf die Betreuung Schwerkranker und Sterbender spezialisierte Versorgungseinrichtung: das erste Hospiz im modernen Kontext, das es bis heute gibt.

1.1.4 Was beschreibt das „Total-Pain“-Konzept?

Das „Total-Pain“-Konzept wurde ebenfalls von Cicely Saunders geprägt und beschreibt das ganzheitliche Verständnis der Bedürfnisse und Probleme von Patient*innen und ihren Angehörigen. „Pain“ steht dabei nicht für den rein körperlichen Schmerz, sondern den ganzheitlichen Schmerz bzw. das Leiden eines Menschen. Leid ist nicht eindimensional zu verstehen; es kann körperliche, psychische, soziale und spirituell-existenzielle Dimensionen gleichzeitig annehmen. Diese können sich zudem gegenseitig und untereinander beeinflussen. Zum Beispiel kann körperlicher Schmerz durch zusätzliche psychische, soziale oder spirituelle Probleme verstärkt werden und eine andere, viel bedrohlichere Qualität annehmen.

1.1.5 Wie hat sich die Palliativmedizin entwickelt?

Ausgehend von London hat sich die Hospiz- und Palliativbewegung seit Ende der 1960er-Jahre ausgebreitet – zunächst im angloamerikanischen Raum und dann allmählich über Europa und die ganze Welt. In Deutschland wurden in den 1980er-Jahren die ersten Palliativstationen und Hospize eröffnet. Erst seit 2005 wurden erste Prozedurenziffern (OPS) zur Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen im deutschen Gesundheitssystem eingerichtet. Im Jahr 2003 wurde die Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ eingerichtet und die Palliativmedizin somit zu einem Fach mit ärztlicher Qualifikationsmöglichkeit.

Die **Richtlinie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)** wurde 2007 gesetzlich verankert, und 2009 wurde die Palliativmedizin zum Pflichtfach in der ärztlichen Ausbildung. Wichtige weitere Meilensteine für die Palliativmedizin in Deutschland waren die Veröffentlichung der nationalen „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ 2010, die Erstellung der ersten Version der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ 2015 sowie das Hospiz- und Palliativgesetz 2015 (HPG) (► Tab. 1.1).

Tab. 1.1 Meilensteine der Palliativmedizin in Deutschland	
Jahr	Meilenstein
1983	Eröffnung der ersten deutschen Palliativstation in Köln
1986	Eröffnung des ersten stationären Hospizes in Aachen
1999	Einrichtung des ersten Lehrstuhls für Palliativmedizin in Bonn
2003	Einführung der Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“
2005	Aufnahme einer ersten Prozedurenziffer (OPS)
2007	Richtlinie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)
2009	Aufnahme von Palliativmedizin als Pflichtfach in die Ärztliche Approbationsordnung als „Querschnittsbereich 13“
2010	Veröffentlichung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“
2015	Veröffentlichung der ersten Version der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“
2015	Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz; HPG)

1.1.6 Was sind wichtige Grundsätze der Palliativmedizin?

Die wichtigsten Grundsätze wurden bereits in den 1960er-Jahren von Cicely Saunders formuliert und im weiteren Verlauf modifiziert:

- Die Behandlung der Patient*innen erfolgt in der Umgebung ihrer Wahl (ambulant, stationär, zu Hause, Pflegeheim etc.).
- Die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von Patient*innen, Angehörigen und Behandlungsteam werden beachtet (ganzheitlicher Ansatz).
- Es gilt der Grundsatz „High person, low technology“, d. h., das Menschliche tritt in den Vordergrund, das medizinisch mit viel technischem Aufwand Machbare in den Hintergrund. Ziel der Palliativmedizin ist die Verbesserung der Lebensqualität der Patient*innen und ihrer Angehörigen.
- Die Behandlung der Patient*innen erfolgt individuell durch ein multiprofessionelles Team.
- Offenheit und Wahrhaftigkeit sind Grundlagen des Vertrauensverhältnisses zwischen allen Beteiligten.
- Ehrenamtliche werden in die Behandlung als Begleitende integriert.
- Das Behandlungsteam wird zentral koordiniert.
- Die kontinuierliche Betreuung der Patient*innen und ihrer Angehörigen dauert über den Tod hinaus an.
- Das Leben wird bejaht, Sterben und Tod werden als Teil des Lebens akzeptiert. Der Tod wird weder beschleunigt noch hinausgezögert.
- Forschung, Dokumentation und Auswertung der Behandlungsergebnisse sind Teil der Behandlung/Versorgung.
- Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Therapeut*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Seelsorgende und Ehrenamtliche erhalten entsprechenden Unterricht und eine entsprechende Ausbildung.

1.1.7 Was sind Ziele der Palliativmedizin? Was sind Ziele der kurativen Medizin?

Oberstes Ziel der **Palliativmedizin** ist definitionsgemäß die Verbesserung der Lebensqualität der Patient*innen und ihrer Angehörigen. Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge *„geschieht dies durch Vorbeugung und Linderung des Leidens, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden, körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“* Die Palliativmedizin verfolgt diese Ziele nicht erst am Lebensende und soll auch nicht erst dann an die Stelle von Therapien mit anderen Zielrichtungen treten, sondern diese frühzeitig ergänzen. Dies wurde ebenfalls von der WHO bereits 2002 explizit definiert:

„Palliativmedizin 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.“

Der Begriff „kurative Medizin“ wird gelegentlich missverständlich genutzt. Die **„kurative Medizin“** hat eine komplette Heilung, eine „restitutio at integrum“, also die vollständige Wiederherstellung der Gesundheit der Patient*innen mit uneingeschränkter Lebenserwartung ohne Folgeeinschränkungen zum Ziel. Eine „palliative Therapie“ umfasst jede Therapieform, die zwar keine vollständige Heilung, aber eine Verbesserung des Lebens mit einer Erkrankung und/oder eine Lebensverlängerung zum Ziel hat.

Zu unterscheiden sind außerdem folgende Begriffe:

- Bei der *erkrankungsbezogenen oder krankheitsspezifischen Therapie* wird primär die Grunderkrankung therapiert – mit kurativem oder palliativem Therapieziel, z. B. durch eine Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen.
- Die *symptomorientierte Therapie* zielt nicht auf die Behandlung der Grunderkrankung, sondern primär auf die von ihr verursachten Symptomatik ab.

1.1.8 Gibt es einen Unterschied zwischen den Begriffen „palliative Therapie“ und „Palliativmedizin“?

Hier führt die inkonsequente Trennung der Begriffe im klinischen Alltag häufig zu Missverständnissen. Entsprechend den oben genannten Zielsetzungen wird der Begriff **„palliative Therapie“** z. B. in der Onkologie verwendet, dann im Kontext von onkologischen Systemtherapien, Strahlentherapien oder Operationen, die eine Lebenszeitverlängerung und/oder Symptomlinderung bei unheilbarer Erkrankungssituation zum Ziel haben. Entscheidend ist dabei, dass die nicht heilbare Erkrankung selbst in ihrem Fortschreiten und im Auslösen von Symptomen beeinflusst wird. Man spricht in diesem Kontext auch von **erkrankungsbezogener oder krankheitsspezifischer palliativer Therapie**, um Missverständnissen vorzubeugen.

Dagegen versucht die **Palliativmedizin** nicht primär die Erkrankung selbst zu beeinflussen, sondern die von ihr hervorgerufenen Symptome und Probleme im ganzheitlichen Kontext. Mit diesem Verständnis wird auch deutlich, dass palliative Therapie und Palliativmedizin sich sehr wertvoll im Sinne der Patient*innen und ihrer Angehörigen ergänzende Behandlungsansätze bei unheilbarer, fortschreitender Erkrankung darstellen.

1.1.9 Warum ist Palliativmedizin eine eigene Disziplin? Können das nicht alle Ärzt*innen?

Bereits Cicely Saunders hat formuliert, dass für die kompetente Betreuung schwerst- und sterbenskranker Menschen eine Spezialisierung und spezielle Ausbildung erforderlich sind.

Grundsätzlich ist dabei die allgemeine von der spezialisierten Palliativversorgung zu unterscheiden. Dabei spricht man von der **allgemeinen Palliativversorgung**, wenn Ärzt*innen, Pflegefachkräfte und andere Berufsgruppen aller Fachrichtungen und in allen Versorgungssystemen ohne oder nur mit einer Basisqualifikation unheilbar kranke Menschen und ihre Angehörigen nach Prinzipien der Palliativmedizin versorgen.

Spezialisierte Palliativversorgung erfolgt durch entsprechend spezialisierte Personen in hauptberuflicher Tätigkeit in speziell geschaffenen Strukturen wie Palliativstationen, Palliativdiensten im Krankenhaus oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Diese spezialisierte Versorgung richtet sich an die Patient*innen mit besonders schwerwiegenden Symptomen und komplexen psychosozialen Problemen, denen in der allgemeinen Palliativversorgung nicht ausreichend begegnet werden kann. Ein wichtiges Ziel zur Verbesserung der Palliativversorgung in Deutschland ist daher neben dem Ausbau spezialisierter Versorgungsformen und spezifisch qualifizierten Versorgenden auch der Ausbau der allgemeinen Palliativversorgung durch breite Qualifikation der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen.

1.1.10 Welche Bedeutung hat die Individualität im Rahmen der Palliativmedizin? Welche Bedeutung hat Patient*innenorientierung?

Die Individualität der Versorgung ist ein zentrales Ziel der Palliativversorgung. Schon Cicely Saunders formulierte: „*Sie sind wichtig, weil Sie Sie sind.*“ Damit ist gemeint, dass der individuelle Mensch mit seiner persönlichen Biografie, seine persönlichen Eigenschaften, Erfahrungen, Wünschen und Träumen im Vordergrund steht und nicht primär die Erkrankung und die rein medizinischen Perspektiven. Es gilt das Prinzip, dass nur der erkrankte Mensch selbst weiß, wie seine verbleibende Lebenszeit für ihn wertvoll gestaltet werden kann. Die Palliativversorgung bietet dabei den Patient*innen und ihren Angehörigen einen offenen und vertrauensvollen Austausch, eine fachkompetente Beratung und eine Begleitung, aber keine strikten Behandlungsschemata nach medizinischen oder gesellschaftlichen Vorgaben an – natürlich unter Berücksichtigung juristischer, struktureller und medizinischer Grenzen.

MERKE

Individualität in der Palliativversorgung

Gemeinsam den individuell besten Weg für den erkrankten Menschen und seine Angehörigen im Rahmen des Machbaren zu finden, ist ein entscheidendes Prinzip der Palliativversorgung.

1.1.11 Gibt es auch „Nebenwirkungen“ einer palliativmedizinischen Behandlung?

Ausgehend davon, dass in der Palliativversorgung mit interprofessioneller Beratung der bestmögliche und individuell gewünschte Weg für jeden Menschen und seine

Angehörigen im Rahmen des medizinisch, juristisch und strukturell Machbaren gegangen wird, erscheinen „Nebenwirkungen“ unrealistisch.

Im klinischen Alltag besteht aber gelegentlich die Angst, dass eine insbesondere frühzeitige Palliativversorgung zu einem früheren Versterben der Patient*innen oder zu einem „Aufgeben“ und Abbrechen vielversprechender Therapien führen könne. Mehrere Studien haben aber belegt, dass onkologische Patient*innen unter einer frühzeitigen palliativmedizinischen Mitbetreuung grundsätzlich nicht weniger onkologische Therapien erhalten. Lediglich die Fortführung nicht mehr indizierter Therapien am Lebensende wird reduziert. Auf individueller Basis kann aber sicher das Angebot der Palliativversorgung eine Alternative zu einer – eigentlich nicht mehr gewünschten – krankheitsspezifischen Therapie darstellen.

1.1.12 Welche krankheitsspezifischen Maßnahmen sind auf einer Palliativstation sinnvoll? Wird in der Palliativversorgung eine Chemo- oder Strahlentherapie eingesetzt?

Entsprechend dem oben dargestellten Verständnis, dass Palliativmedizin auch frühzeitig im Krankheitsverlauf in Verbindung mit lebensverlängernden Maßnahmen zum Einsatz kommen kann, kann grundsätzlich jede krankheitsspezifische Maßnahme integrierter Teil eines Versorgungskonzepts im Rahmen der Palliativversorgung sein. Dies beinhaltet selbstverständlich auch **palliativ intendierte Chemo- oder Strahlentherapien und andere onkologische Systemtherapien**, aber auch **Dialyse, intensivmedizinische Behandlungen**, Transfusionen, Antibiosen oder künstliche Ernährung. Entscheidend ist dabei aber immer, dass die therapeutische Zielsetzung sinnvoll, potenziell erreichbar und von den Patient*innen in ihrer individuellen Lebenssituation gewünscht ist.

Die Durchführung von krankheitsspezifischen Maßnahmen wird auf Palliativstationen in Deutschland uneinheitlich gehandhabt. Chemo- und/oder Strahlentherapien werden mancherorts als Teil eines palliativen Gesamtkonzepts auch auf Palliativstationen durchgeführt, wenn eine komplexe Symptomatik und/oder psychosoziale Problematik besteht, die eine Versorgung auf der Palliativstation erfordern. In anderen Kliniken werden Patient*innen zu krankheitsspezifischen Therapien auf onkologischen Stationen durch einen Palliativdienst im Krankenhaus mitbetreut, in Phasen der Exazerbation auf die Palliativstation aufgenommen und nach Stabilisierung wieder in die onkologische Betreuung entlassen.

1.1.13 Symptomkontrolle: Welche Symptome kann man wie kontrollieren?

Grundsätzlich sollte versucht werden, jedem Symptom oder Problem der Patient*innen und der Angehörigen zu begegnen, wenn es von den Betroffenen als belastend erlebt wird. Welche Möglichkeiten dabei für die verschiedenen Symptome bestehen, wird in den folgenden Kapiteln ausführlich dargestellt.

Der verbreitete Begriff „Symptomkontrolle“ ist dabei unglücklich, da er nicht die gesamte Bandbreite der Zielsetzung im Umgang mit Symptomen abbildet. Das höchste Ziel der Palliativversorgung ist es, Symptomen vorzubeugen. Ist dies nicht möglich, sollen Symptome gelindert werden. Dies kann ein komplettes Verschwinden der Symptome beinhalten, aber häufig geht es darum, die Stärke oder Häufigkeit der Symptome auf ein erträgliches Niveau zu reduzieren, oder um einen Weg, auch bei nicht beseitigbaren Symptomen Lebensqualität zu erleben.

1.1.14 Wann sollte man unter palliativmedizinischen Aspekten Bluttransfusionen durchführen?

1

Eine Bluttransfusion kann dann Teil eines palliativmedizinischen Therapiekonzepts sein, wenn es in der individuellen Erkrankungssituation medizinisch indiziert ist, wenn also eine Anämie Symptome wie Luftnot oder Schwäche verursacht, und wenn es dem Wunsch der Patient*innen entspricht.

Die medizinische Indikation ist neben dem Gesamtverlauf der Erkrankung auch von der Ursache der Anämie abhängig. Zum Beispiel kann bei einer unstillbaren oder rezidivierenden Tumorblutung oder bei nicht mehr onkologisch behandelbarer Erkrankung eine wiederholte Transfusion seltener indiziert sein als bei einer Anämie nach behobener Blutungsursache oder bei Chemotherapie-induzierter Anämie.

Andererseits können sich Patient*innen auch bewusst gegen weitere Transfusionen entscheiden, auch wenn sie theoretisch noch medizinisch indiziert sind, um eine fortschreitende Anämie als Sterbeursache in Anbetracht des zu befürchtenden weiteren Krankheitsverlaufs in Kauf zu nehmen. Umgekehrt kann auch eine kurzfristige Fortführung von Transfusionen, beispielsweise bis zur Vorbereitung des häuslichen Umfelds auf ein unbedingt gewünschtes Versterben zu Hause oder bis zum Eintreffen geliebter Angehöriger aus dem Ausland ein individuell gewählter Weg sein.

Insgesamt zeigen aber auch die klinische Erfahrung und Studien, dass sich bei chronischer symptomatischer Anämie am Lebensende durch eine Transfusion kaum eine Verbesserung der Symptomatik erreichen lässt. Dies liegt häufig in der multifokalen Genese von Schwäche, die zum Lebensende hin fast typischerweise auftritt. Hier kann ein einmaliger Transfusionsversuch mit Überprüfung des klinischen Nutzens erwogen werden.

1.1.15 Wann sind labormedizinische Untersuchungen in der Palliativversorgung sinnvoll?

Labormedizinische Untersuchungen sind immer dann sinnvoll, wenn ihre Ergebnisse eine therapeutische Konsequenz nach sich ziehen. Auch dies unterscheidet die Palliativmedizin nicht von anderen medizinischen Fachbereichen. Allerdings nimmt mit fortschreitendem Krankheitsverlauf die Wahrscheinlichkeit zu, dass sich aus labormedizinischen Untersuchungen keine therapeutischen Konsequenzen ableiten lassen. Zudem kann mit fortschreitender Erkrankung die therapeutische Konsequenz auch gerade die Entscheidung zum Verzicht auf weitere krankheitsspezifische Therapiemaßnahmen darstellen.

Dennoch kann die Korrektur von Elektrolytentgleisungen, Infekttherapie oder Transfusion mit dem Ziel einer Symptomlinderung bzw. Lebensqualitätsverbesserung auch sehr spät im Krankheitsverlauf noch sinnvoll sein. Entscheidet man sich z. B. für eine antibiotische Therapie, sollte man deren Erfolg auch mit weiteren labormedizinischen Untersuchungen im Verlauf überprüfen und ggf. modifizieren oder beenden.

In der Sterbephase gibt es in der Regel keinen Grund für labormedizinische Untersuchungen, da hier ein rein symptomorientiertes Vorgehen im Vordergrund steht und sich keine therapeutischen Konsequenzen daraus ergeben können (► Kap. 3.1).

1.1.16 Welchen Stellenwert hat die Vitalzeichenkontrolle in der Palliativversorgung?

Für die Vitalzeichenkontrolle gilt analog, dass sie immer nur dann durchgeführt wird, wenn sie therapeutische Konsequenzen nach sich ziehen kann.

In der Sterbephase gibt es in der Regel auch keinen Grund für eine Vitalzeichenkontrolle, da Vitalzeichen meist keine hilfreichen Informationen für das rein symptomorientierte Vorgehen liefern können. Für die Patient*innen entstehen durch die Messung nur eine zusätzliche Belastung und Unruhe (► Kap. 3.1).

Mögliche Ziele einer Vitalzeichenkontrolle in der Palliativversorgung außerhalb der Sterbephase mit therapeutischer Konsequenz können u. a. die Blutdruckkontrolle zur Anpassung einer antihypertensiven Medikation, Temperatur- und Kreislaufparameterkontrolle bei potenziell instabilen Situationen mit therapeutischer Konsequenz (z. B. neutropene Sepsis zur Klärung der Indikation einer intensivmedizinischen Behandlung) oder zum Monitoring unter intermittierender sedierender Therapie sein.

1.1.17 Gibt es palliativmedizinische Assessmentverfahren?

Ein palliativmedizinisches Basisassessment ist die – auch gesetzlich geforderte – Basis jeder Palliativversorgung. Als ein Bestandteil soll, wann immer möglich, zumindest ein Selbsterfassungsinstrument, das von den Patient*innen selbst ausgefüllt wird, einbezogen werden. Dafür steht eine Auswahl an validierten Messinstrumenten zur Verfügung. In Deutschland weitverbreitet sind z. B. der sog. **MIDOS-Fragebogen** (Minimales Dokumentationssystem), eine deutschsprachige Kurzfassung des international gebräuchlichen **ESAS-Fragebogens** (Edmonton Symptom Assessment Scale), und die **Palliative Outcome Scale (POS)**. Als Standard gilt derzeit die deutschsprachige Version der sog. **IPOS** (Integrated Palliative care Outcome Scale), die wesentliche Aspekte von MIDOS und POS kombiniert. Ergänzend kommen in Deutschland häufig auch die deutschsprachige Version des *Distress Thermometer* des National Comprehensive Cancer Network (NCCN) oder des *Brief Pain Inventory* zur Anwendung.

In den letzten Jahren haben sich zunehmend auch die sog. **Palliativen Vitalparameter** (entwickelt von Frau Prof. Dr. Bausewein und Team an der LMU München; <https://www.lmu-klinikum.de/palliativmedizin/palliative-vitalparameter/be1563e7e9286611>) als neuer Standard bei der Bedarfserfassung etabliert. Sie umfassen ein Set aus standardisierten Assessment-Instrumenten, um der Komplexität der Bedürfnisse von Menschen in der Palliativversorgung gerecht zu werden:

- Integrierte Palliative Care Outcome Skala (IPOS)
- Palliative Care Problem Severity Score (PCPSS2)
- Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS)
- Modifizierter Barthel Index
- Palliativphasen

Dabei werden jeweils für die einzelnen Messinstrumente konkrete Erfassungszeitpunkte definiert: Einsatz aller Instrumente bei Aufnahme, bei jedem Wechsel der „Palliativphase“ und bei Entlassung/Versterben sowie eine tägliche Erfassung von IPOS, PCPSS2 und Palliativphase.

Im Verständnis, dass Patient*innen und ihre Angehörigen gleichermaßen in den Fokus der Palliativversorgung gehören, bestehen auch standardisierte Assessment-Instrumente zur Bedarfserfassung bei Angehörigen. Lange bekannt sind hier das

Zarit Burden Interview (ZBI), die *Häusliche Pflegeskala (HBS)* und das *Distress Thermometer*, die alle die psychosoziale Gesamtbelastung messen. Da die Bedarfe der Angehörigen aber vielfältig sind, zum Beispiel eigene psychische Probleme und praktische Unterstützungsbedürfnisse umfassen, wird das multidimensionale Kurzscreening-Instrument *CAREPAL* heute als Standard empfohlen.

1

1.1.18 Was versteht man bei der Anwendung von Medikamenten in der Palliativmedizin unter Off-Label-Use?

Off-Label-Use bezeichnet auch in der Palliativmedizin den Einsatz eines Arzneimittels **außerhalb der Indikation**, in der das Arzneimittel von den Behörden zugelassen wurde. Aufgrund der geringen Anzahl an klinischen Studien bei Patient*innen in palliativer Erkrankungssituation sowie der großen Heterogenität der Erkrankungssituationen werden in der Palliativmedizin besonders viele Medikamente off-label eingesetzt. Viele Therapien in der Palliativmedizin beruhen auf langjähriger klinischer Erfahrung und nicht auf Zulassungsstudien speziell für diese Erkrankungssituation. Wichtig ist jedoch auch, dass jede Therapie jeweils den aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts berücksichtigen muss – unabhängig von der Frage der Zulassung, aber vor allem auch unabhängig von dem, was „schon immer so gemacht wurde“. Zudem müssen bei jeder Therapieentscheidung patient*innen-individuelle Faktoren wie Alter, Organfunktion, aber auch individuelle Wünsche Berücksichtigung finden.

Als Begründung für Anträge zum Einsatz von Medikamenten in nicht zugelassenen Indikationen kann man sich also auf aktuelle Forschungsergebnisse und patient*innen-individuelle Faktoren berufen. Von großer Bedeutung sind hier auch offizielle Therapieempfehlungen und Leitlinien (wie die S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“), da basierend auf ihren Empfehlungen Therapien off-label eingesetzt werden dürfen, auch wenn sich diese Empfehlungen nur auf Expertenmeinungen und nicht auf höhergradige Evidenz stützen.

1.1.19 Müssen Medikamente, die in der Palliativmedizin off-label genutzt werden, bei der Krankenkasse beantragt werden?

Zum Glück müssen aber nicht alle Medikamente bei den Kostenträgern beantragt werden. Im stationären Bereich dürfen in Deutschland alle Medikamente auch außerhalb der Zulassung eingesetzt werden, bei denen sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nicht explizit gegen die Verwendung ausgesprochen hat. Hierunter finden sich keine für die Palliativversorgung relevanten Arzneimittel.

In der ambulanten Versorgung sollte vorab ein **Antrag auf Kostenübernahme durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen** gestellt werden. In der Palliativmedizin kommen viele sehr kostengünstige Medikamente zur Anwendung. Hier kann von einem geringen Regressrisiko ausgegangen werden; es kann daher – außer in Fällen der §§ 2 Abs. 1a, 31 Abs. 6 SGB V – angesichts des großen Aufwands ggf. auf einen Kostenübernahmeantrag verzichtet werden. Voraussetzungen für eine Kostenübernahme sind das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung, das Fehlen einer anderen Therapieoption sowie die begründete Aussicht darauf, dass mit dem betreffenden Arzneimittel ein Behandlungserfolg erzielt werden kann. Eine Symptomlinderung kann dabei als Behandlungserfolg gewertet werden. Der erwartbare Erfolg muss aber durch Forschungsergebnisse begründet sein.

Wichtig ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting, dass die Patient*innen vor dem Einsatz des Arzneimittels über den Off-Label-Use informiert wurden und die Einwilligung dokumentiert wurde. Dokumentiert werden sollten aus haftungsrechtlichen Gründen die medizinische Begründung und die Nutzen-Risiko-Abwägung; vgl. dazu auch die Broschüre der DGP „Zum Umgang mit Off-Label-Use in der Palliativmedizin“ (Rémi und Bausewein 2020) sowie <https://www.lmu-klinikum.de/palliativmedizin/palliativpharmazie/zentralstelle-off-label-use/221c776d2daff731>.

Literatur

- Abernethy AP, et al. The Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice [ISRCTN81117481]. *BMC Palliat Care* 2005; 4(7): 1–12
- Bausewein C (Hrsg.). *Palliative Vitalparameter. Manual zur Einführung der klinischen Assessmentinstrumente*. München: LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin; https://cdn.lmu-klinikum.de/4e23227f33b59fd3/b20cf79c572b/Brosch-re-Palliative-Vitalparameter_final.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2025).
- Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Berlin; www.charta-zur-betreuung-sterbender.de (letzter Zugriff: 20.10.2025).
- DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.) (Hrsg.). *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Kurzversion 2.3. Leitlinienprogramm Onkologie, AWMF-Registernummer 128-001OL. Stand: Februar 2021 (in Überarbeitung)*; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/128-001OL> (letzter Zugriff: 20.10.2025).
- Ferrell BR, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2017; 35: 96–112.
- Gaertner J, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2017; 357: j2925.
- Gräfel E, Leutbecher M. *Häusliche-Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei pflegenden oder betreuenden Personen*. Ebersberg: Vless 1993.
- Haun MW, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6: CD011129.
- Heuschmann PU et al. Untersuchung der Reliabilität der deutschen Version des Barthel-Index sowie Entwicklung einer postalischen und telefonischen Fassung für den Einsatz bei Schlaganfall-Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005; 73(2): 74–82.
- Kühnel MB, et al. Validation of two short versions of the Zarit Burden Interview in the palliative care setting: a questionnaire to assess the burden of informal caregivers. *Support Care Cancer* 2020; 28(11): 5185–5193.
- Lehmann E, et al. Adaptation of the Australian Palliative Care Phase concept to the German palliative care context: a mixed-methods approach using cognitive interviews and cross-sectional data. *BMC Palliat Care* 2021; 20(1): 128.
- Masso M, et al. Palliative Care Problem Severity Score: reliability and acceptability in a national study. *Palliat Med* 2016; 30(5): 479–485.
- Murtagh FEM, et al. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Palliat Med* 2019; 33(8): 1045–1057.
- Radbruch L, et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe part 1 – recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care* 2009; 16: 278–289.
- Radbruch L, et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe part 2 – recommendations from the European Association for palliative Care. *Eur J Palliat Care* 2010; 17: 22–33.

Rémi C, Bausewein C (Hrsg.). Zum Umgang mit Off-Label-Use in der Palliativmedizin. Broschüre der DGP. 2., überarb. A. Stand: Februar 2020; https://www.dgpalliativmedizin.de/images/RZ_200219_Offlabel_DS_ONLINE_aktuell_v2.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2025).

Sepúlveda C, et al. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91–96.

Ulrich A, et al. The CAREPAL-8: a short screening tool for multidimensional family caregiver burden in palliative care. *BMC Palliat Care* 2024, 23(1): 195.

WHO – World Health Organization. Definition of Palliative Care; <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care> (letzter Zugriff: 20.10.2025).

Zwahlen D, et al. Screening cancer patients' families with the distress thermometer (DT): a validation study. *Psychooncology* 2008; 17(10): 959–966.

1.2 Versorgungsstrukturen

Alexandra Scherg

1.2.1 Welche Versorgungsstrukturen bzw. Einrichtungen gibt es zur Behandlung und Begleitung von Menschen in palliativer Erkrankungssituation?

Palliativmedizinische Versorgungsangebote werden je nach Komplexität des Bedarfs unterteilt in „allgemeine“ und „spezialisierte“ Versorgungsstrukturen. Im ambulanten Setting richtet sich die **Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)** an Menschen mit geringem bismäßigem palliativmedizinischem Versorgungsbedarf; sie wird z. B. durch Hausärzt*innen und Pflegedienste mit einer Basisqualifikation in Palliativmedizin angeboten. Stationäre Einrichtungen mit dem Angebot der allgemeinen Palliativversorgung sind z. B. Krankenhausstationen und Pflegeeinrichtungen mit entsprechend qualifiziertem Personal.

Die **spezialisierte Palliativversorgung** richtet sich an Menschen mit komplexer Symptomlast und hohem palliativmedizinischem Versorgungsbedarf. Im ambulanten Setting wird sie durch Teams der „**Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung**“ (SAPV) angeboten. SAPV-Teams sind in der Lage, auch Menschen mit komplexer Symptomlast im häuslichen Umfeld 24/7 zu versorgen. Die gängigsten stationären Strukturen der spezialisierten Palliativversorgung sind Palliativstationen und stationäre Hospize (die sowohl der allgemeinen als auch der spezialisierten Versorgung zugerechnet werden) sowie Palliativdienste im Krankenhaus, die in vielen Krankenhäusern eine spezialisierte palliativmedizinische Mitbetreuung von Patient*innen in anderen Abteilungen vorsehen.

Der Bedarf an allgemeiner oder spezialisierter Palliativversorgung orientiert sich an der Komplexität der Erkrankungssituation und Symptomlast, eindeutige Zuordnungskriterien existieren jedoch nicht.

1.2.2 Wie ist ein stationäres Hospiz aufgebaut?

Ein stationäres Hospiz ist eine Einrichtung der **stationären Palliativversorgung**. Es dient Menschen mit limitierter Lebenserwartung als Domizil für die letzten Lebens-tage, -wochen oder -monate, die meisten Gäst*innen eines Hospizes versterben dort; die Entlassung oder Verlegung in ein Krankenhaus ist der Ausnahmefall. In Deutschland gab es 2024 etwa 294 stationäre Hospize für Erwachsene mit durchschnittlich

10 Betten. Ergänzt wird dieses Angebot durch 21 teilstationäre Tageshospize. Hier werden Erkrankte an einem oder mehreren Tagen in der Woche tagsüber behandelt und begleitet, sodass beispielsweise pflegende Angehörige weiterhin ihren Beruf ausüben können.

Hospize sind baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen, unabhängig von Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen. Träger sind häufig gemeinnützige Vereine oder Kirchen. Der Schwerpunkt der Versorgung in einem Hospiz liegt im palliativpflegerischen Bereich, wobei neben Pflegefachpersonen auch Sozialarbeiter*innen, Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen und andere Berufsgruppen zum Team gehören. Die medizinische Versorgung wird meistens durch niedergelassene Ärzt*innen mit palliativmedizinischer Qualifikation geleistet; es gibt aber auch Modelle einer Kooperation mit SAPV-Teams für die medizinische Versorgung.

Durch ihren wohnlichen Charakter und ein hohes Maß an Zuwendung versuchen Hospize den Betroffenen ein Zuhause für die letzte Lebensphase zu bieten. Meist gibt es Einzelzimmer, die es ermöglichen, dass auch Angehörige über Nacht bleiben können, aber auch Begegnungsräume, wie z. B. Wohnzimmer oder Küche. Die Finanzierung eines Hospizaufenthalts erfolgt zu 95 % über die Krankenkassen und zu 5 % aus Spenden, sodass den Gäst*innen keine Kosten entstehen. Eine Zuzahlung darf von Gäst*innen nicht verlangt werden.

1.2.3 Welche Indikationen gibt es für die Aufnahme in ein Hospiz? Welche organisatorischen Schritte sind erforderlich?

Hospizversorgung richtet sich an Menschen, die an den Symptomen einer lebenslimitierenden Erkrankung leiden, wenn eine Versorgung in der Häuslichkeit nicht gewährleistet oder gewünscht, eine Krankenhausbehandlung jedoch nicht erforderlich ist.

MERKE

Hospizindikation

Die Voraussetzung für die Aufnahme in ein Hospiz ist die ärztliche Begründung der Hospizindikation, die Diagnose, Symptomlast und eine maximal zu erwartende Lebenszeit von Wochen oder Monaten bescheinigt.

Die durchschnittliche Verweildauer in einem Hospiz beträgt 22 Tage. Die meisten Hospize haben mehr Anfragen als Plätze, sodass eine Warteliste besteht. Es ist daher sinnvoll, die Idee einer Hospizversorgung frühzeitig mit den Betroffenen zu kommunizieren und ggf. eine Anmeldung in mehreren Einrichtungen vorzunehmen, um zu gewährleisten, dass bei Bedarf auch ein Platz zur Verfügung steht.

1.2.4 Wie unterscheidet sich ein Hospiz von einer Palliativstation und einem Pflegeheim? Welche medizinischen Maßnahmen/Therapien können in jedem Fall weitergeführt werden?

Eine Palliativstation ist – wie andere Krankenhausstationen auch – eine Akutstation. Die Aufnahme auf eine Palliativstation erfolgt bei akut bestehenden Problemen, die eine Krankenhausbehandlung mit spezialisierter Palliativversorgung erforderlich machen.

MERKE**Aufenthalt Palliativstation**

Der Aufenthalt auf einer Palliativstation ist auf die Dauer des Vorliegens einer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit begrenzt; in der Regel sind dies einige Tage bis Wochen. Er dient der Behandlung komplexer Symptome, der Definition von Therapiezielen und einer adäquaten Versorgungsplanung für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt.

1

Durchschnittlich werden etwa 50 % der Patient*innen von einer Palliativstation entlassen, die andere Hälfte verstirbt während des Aufenthalts. Eine Entlassung erfolgt in der Regel entweder in die häusliche Umgebung – häufig mit ambulanter Palliativversorgung – oder in ein Hospiz. Seltener werden Patient*innen von einer Palliativstation in ein Pflegeheim entlassen. Die Entlassung in ein **Hospiz** setzt eine deutlich begrenzte Lebenserwartung voraus, außerdem werden Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben (tumorspezifische Therapien, Dialysebehandlung, Bluttransfusionen) in den meisten Hospizen nicht fortgesetzt. Aus diesem Grund findet gelegentlich ein Abwägen statt: Obwohl die pflegerische Versorgung in einem Hospiz besser auf die Bedürfnisse eines schwerkranken Menschen zugeschnitten ist, werden aufgrund von fortgesetzten Therapien, einer vermutlichen Lebenserwartung von vielen Monaten oder Jahren oder dem expliziten Wunsch der Betroffenen Patient*innen auch in ein **Pflegeheim** entlassen. In diesem Fall ist es möglich, die Versorgung bei hoher Symptomlast durch ein SAPV-Team zu optimieren.

Im Rahmen der Versorgungsplanung sollte man sich und den Betroffenen bewusst machen, dass die Unterbringung in einem Pflegeheim (außer im Rahmen von Kurzzeitpflege) häufig bedeutet, dass der Wechsel zu einer Hospizversorgung zwar theoretisch und gesetzlich (§ 39a Abs. 3) möglich, in der Praxis aber schwer zu realisieren ist.

1.2.5 Was ist das Ziel einer stationären Palliativversorgung?

Die Ziele der Behandlung auf einer Palliativstation sind sehr individuell und richten sich nach dem Krankheitsstadium. Allgemein lassen sich als Ziele die Linderung von Symptomen und die Bewältigung von Krisensituationen formulieren. Für Menschen am Lebensende kann das Ziel eine **würdevolle Sterbebegleitung** sein, welche die multiprofessionelle Behandlung komplexer Symptome einschließt. Das Selbstverständnis der Palliativversorgung beinhaltet aber nicht ausschließlich den Bereich der Sterbebegleitung, sondern zunehmend auch die **zeitgerechte Integration** („timely integration“) in die Begleitung von Menschen mit unheilbaren Erkrankungen. Daraus ergeben sich andere Herausforderungen und Behandlungsziele, z. B. die Optimierung der Symptomkontrolle während der krankheitsspezifischen Therapien, neue Anforderungen an eine zielgruppengerechte Versorgungsplanung, aber auch ethische Fragestellungen, z. B. in Bezug auf Therapieeskalation und Therapiezieländerungen.

1.2.6 Was macht ein Palliativdienst im Krankenhaus?

Auch bei vielen Erkrankten außerhalb der oben beschriebenen Versorgungsstrukturen besteht spezialisierter palliativmedizinischer Behandlungsbedarf. Wenn Patient*innen mit hoher Symptomlast außerhalb der Palliativstation in einem Krankenhaus behandelt werden, besteht vielerorts die Möglichkeit, einen Palliativdienst hinzuzuziehen. Ein Team von Ärzt*innen, Pflegefachpersonen und weiteren Berufsgruppen wird dann mit dem Ziel involviert, die Betroffenen und die Primärbehandelnden auf

der Ebene der Therapiezielfindung, Symptomlinderung und Versorgungsplanung bestmöglich zu unterstützen.

In vielen Fällen ist eine unterstützende Begleitung während des Aufenthalts in der primär behandelnden Abteilung ausreichend, z. B. mit dem Fokus der Schmerzeinstellung oder Therapiezielfindung. Manchmal macht jedoch die Intensität oder Komplexität der Symptome die vorübergehende Verlegung auf eine Palliativstation erforderlich. Anders als bei Konsilen anderer Fachbereiche findet nicht nur ein Patient*innenkontakt mit anschließender Therapieempfehlung statt, sondern die Betroffenen werden – solange es erforderlich ist – während des Aufenthalts durch den Palliativdienst begleitet und meist täglich visitiert.

Die Finanzierung der Palliativdienste befindet sich derzeit in der Diskussion zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und politischen Interessenvertretern und ist daher uneinheitlich geregelt. Im Klassifikationssystem (OPS 8-98h) sind die Mindestmerkmale einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung definiert.

1.2.7 Was ist ein Hospizverein bzw. ein Hospizdienst?

Ein Hospizdienst wird in erster Linie getragen durch das **Engagement Ehrenamtlicher** getragen und dient der Umsorgung schwerkranker Menschen und ihrer Angehörigen, ergänzend zu rein medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Bedürfnissen. Ehrenamtliche besuchen die Patient*innen zu Hause oder in stationären Einrichtungen, stehen für Gespräche zur Verfügung, übernehmen kleinere Botengänge und Besorgungen, unterstützen bei der Freizeitgestaltung oder übernehmen in stationären Einrichtungen z. B. organisatorische Aufgaben wie die Gartengestaltung oder die Organisation eines Angehörigen-Cafés. In Deutschland gibt es etwa 1.500 ambulante Hospizdienste, in denen sich über 120.000 Menschen – zumeist ehrenamtlich – engagieren. Ein Hospizdienst, der gewisse Qualitätsmerkmale erfüllt, kann durch die Krankenkassen eine Förderung für hauptamtliche Koordinierungskräfte und Sachkosten erhalten; darüber hinaus erfolgt die Finanzierung über Spendengelder.

1.2.8 Viele Menschen würden am liebsten zu Hause sterben. Geht das?

Während die meisten Menschen den Wunsch äußern, zu Hause zu sterben, gelingt dies nur etwa jedem/jeder fünften Betroffenen. Im Verlauf einer zum Tod führenden Erkrankung kann sich mit zunehmender Komplexität der Erkrankungssituation auch der Wunsch entwickeln, in einer „sicheren“ Umgebung (z. B. Hospiz) zu versterben. Der häufigste Sterbeort in Deutschland ist das Krankenhaus (etwa die Hälfte aller Todesfälle), gefolgt von Pflegeeinrichtungen (etwa ein Fünftel aller Todesfälle). In der Palliativversorgung spielt die Versorgungsplanung eine zentrale Rolle; in diesem Kontext werden auch Fragen nach Wunsch und Umsetzbarkeit hinsichtlich des Sterbeorts thematisiert. Durch verbesserten Zugang zu Strukturen der ambulanten Palliativversorgung ist es häufig möglich, einen Menschen trotz komplexer Symptomlast bis zum Tod in seinem gewohnten Umfeld zu betreuen. Dies setzt jedoch gewisse Rahmenbedingungen voraus: Es müssen ein tragfähiges soziales Netz und der Zugang zu allen erforderlichen Versorgungsstrukturen (z. B. AAPV, SAPV) gewährleistet sein. Die Entscheidung, im häuslichen Umfeld zu versterben, sollte von den Angehörigen mitgetragen werden. Denn zum einen kommt auf sie in der letzten Lebensphase eine große Verantwortung zu, zum anderen müssen sie in Zukunft in dem Umfeld weiterleben, in dem ein geliebter Mensch gestorben ist.

Schwierig ist diese Entscheidung vor allem dann, wenn komplexe Symptome (z. B. Luftnot, Blutungsereignisse) oder ausgeprägte Entstellung und Geruchsentwicklung (z. B. durch exulzierende Tumoren) zu erwarten sind.

INFO

Sterben in gewohnter Umgebung

Generell hat Palliativversorgung das Ziel, möglichst vielen Menschen den Wunsch zu erfüllen, in ihrer gewohnten Umgebung zu sterben. Voraussetzungen dafür sind eine offene Kommunikation potenzieller Probleme und Krisensituationen und die sorgfältige Prüfung der Rahmenbedingungen.

1.2.9 Was sind die Kriterien für die Aufnahme in eine palliative Einrichtung? Wann ist eine Behandlung auf einer Palliativstation sinnvoll und wann eine Verlegung nach Hause mit SAPV oder in ein Hospiz möglich?

Die Behandlung auf einer Palliativstation setzt, neben dem Einverständnis der Patient*innen, die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung voraus. Diese ist in der Palliativversorgung dann gegeben, wenn die Intensität oder **Komplexität der bestehenden Symptome** eine Versorgung in der Häuslichkeit, auf einer anderen Krankenhausstation oder auch in einem Hospiz oder einer Pflegeeinrichtung nicht zulässt. Auch ethische Fragestellungen, insbesondere **Entscheidungsfindungsprozesse im Hinblick auf Therapieziele**, können die vorübergehende Behandlung auf einer Palliativstation erforderlich machen.

Des Weiteren kann die **Überforderung des häuslichen Umfelds**, manchmal trotz SAPV-Unterstützung, ein Aufnahmegrund sein. Überforderung kann an dieser Stelle viele Facetten haben: von der emotionalen Belastung durch den nahenden Verlust bis hin zu intensivem pflegerischem und medizinischem Versorgungsbedarf, der durch Angehörige trotz Unterstützung nicht unbegrenzt leistbar ist. Bereits bei Aufnahme auf eine Palliativstation sollten – optimalerweise im Rahmen eines Familiengesprächs – erste Überlegungen bezüglich der weiteren Versorgung angestellt werden. So ist gewährleistet, dass nach Abschluss der stationären Krankenhausbehandlung eine Überleitung in ein Hospiz oder eine SAPV-Versorgung stattfinden kann.

1.2.10 Ist es irgendwann zu spät für die Aufnahme auf eine Palliativstation?

Prinzipiell ist es nie zu spät für die Aufnahme auf eine Palliativstation, solange ein Mensch lebt. Ist jedoch der Tod bereits so nah, dass von einem Versterben in den kommenden Stunden oder in wenigen Tagen auszugehen ist, so sollte im Team kritisch diskutiert werden, ob eine Verlegung zumutbar und sinnvoll erscheint, da diese immer mit einem – mehr oder weniger belastenden – Transport verbunden ist. Darüber hinaus schafft man für Patient*innen und Angehörige eine vollkommen neue Umgebung mit neuen Bezugspersonen, an die sie sich in der Kürze der Zeit kaum noch gewöhnen können. Aus diesen Gründen versucht man in der Regel, eine Aufnahme auf die Palliativstation in der Sterbephase zu vermeiden.

Es gibt jedoch Ausnahmen: Sind Patient*innen z. B. ambulant oder auf einer anderen Krankenhausstation so unzureichend versorgt, dass ein würdevolles Sterben nicht

3 Sterbephase

3.1 Handlungsempfehlung Sterbephase	153	3.3 Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der Sterbephase	165
3.2 Symptomkontrolle bei Sterbenden	159		

3.1 Handlungsempfehlung Sterbephase

Manuela Schallenburger und Alexandra Scherg

3.1.1 Ab wann wird eine Behandlung zur Sterbebegleitung?

Diese Frage kann man weniger an einer Zeitspanne als vielmehr an der Überlegung festmachen, welche Therapieziele aktuell jeweils bestehen (können). Therapieziele sollten vom Behandlungsteam und den Patient*innen und/oder ihren Angehörigen gemeinsam festgelegt und im Verlauf auch neu diskutiert und bei Bedarf angepasst werden. Auch bevor der unmittelbare Sterbeprozess eingesetzt hat, kann ein Therapieziel z. B. eine würdevolle Sterbebegleitung sein.

3.1.2 Was ist Sterbebegleitung?

Der Begriff „Sterbebegleitung“ wurde von der Hospizbewegung geprägt und meint die würdevolle Begleitung eines schwerkranken Menschen in seiner letzten Lebensphase unter Berücksichtigung physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse. Die Betroffenen haben das Recht auf einen würdevollen und symptomarmen Tod. Bei der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse ist u. a. die **Kommunikation** im verbalen und nonverbalen Sinne sehr wichtig, auch wenn nicht immer eine Rückreaktion erfolgt. Die Begleitung kann durch haupt- oder ehrenamtliche Akteur*innen, aber auch durch die Angehörigen und das soziale Umfeld der Betroffenen erfolgen. In dieser sehr intimen Phase des Lebens kann eine Vertrauensbasis von großer Relevanz sein, weshalb konstante Bezugspersonen vorteilhaft sein können.

3.1.3 Gibt es eine „Leitlinie“ zur Behandlung Sterbender?

Die „Handlungsempfehlung Sterbephase“ (HES) ist aus dem *Liverpool Care Pathway* (LCP) heraus entstanden, der von den Teams der Royal University Liverpool und dem Marie Curie Institute Liverpool unter Professor Dr. John Ellershaw entwickelt wurde. Die Übersetzung und Übernahme in den deutschsprachigen Raum hat das Kantonsspital St. Gallen übernommen. Die HES stellt ein umfassendes Betreuungskonzept für die individuelle Begleitung sterbender Menschen dar. Sie soll in den letzten Lebenstagen und -stunden darin unterstützen, eine bestmögliche Versorgung für den sterbenden Menschen und seine Angehörigen zu schaffen. Sie soll als Kommunikationsinstrument für das Team dienen und erinnert an Gegebenheiten, die beim Eintritt in die Sterbephase bedacht werden sollen, um sowohl einer Über- als auch einer Unter- oder Fehlversorgung vorzubeugen.

Entsteht im Team der Eindruck, dass der Tod bei einem Menschen naht, kann die HES genutzt werden. Zur Unterstützung beim Diagnostizieren des Sterbens können Leitfragen helfen, die sich auf Anzeichen des nahenden Todes beziehen, zum Beispiel die Frage, ob es die Teammitglieder wundern würde, wenn dieser Mensch in den nächsten Stunden oder Tagen versterben würde.

Die HES ist in drei Abschnitte gegliedert:

1. Initiales Assessment und Planung der Betreuung → Ersteinschätzung
2. Verlaufseinschätzung → fortlaufend
3. Betreuung der verstorbenen Person und der Angehörigen nach dem Versterben

In jedem Abschnitt sind Ziele formuliert, die entweder unmittelbar oder schrittweise (über sog. Varianten) erreicht werden sollen. Die Ziele der Abschnitte 1 und 3 beinhalten u. a. Fragen nach Spiritualität, dazu, was den Betroffenen in dieser Situation wichtig ist, und Hinweise zur Symptomkontrolle. Abschnitt 2 soll sicherstellen, dass Patient*innen und ihre Angehörigen angemessen betreut und mit ihren Belastungen wahrgenommen werden. Auch hier beschreibt eine Variante nicht das Scheitern einer guten Betreuung, sondern weist auf notwendige Maßnahmen zur Symptomlinderung hin.

INFO

„Handlungsempfehlung Sterbephase“ (HES)

Zusammengefasst ist die *Handlungsempfehlung Sterbephase* ein Kommunikationsinstrument, das durch Hinweise auf relevante Versorgungspunkte eine umfassende Betreuung in der Finalphase unterstützen kann.

In Deutschland wird vorwiegend auf Palliativstationen mit der HES gearbeitet, wobei sie besonders weniger erfahrene, periphere Stationen in der Betreuung Sterbender unterstützen könnte. Für die Nutzung dort kann sie an die jeweiligen Gegebenheiten und Möglichkeiten angepasst werden. Die Arbeit mit der HES erfordert eine gute Schulung und Ausbildung von Multiplikator*innen.

3.1.4 Woran erkennt man, dass ein Mensch stirbt?

Die letzte Lebensphase verläuft sehr individuell. In der Literatur werden in der Regel die letzten 3–7 Tage des Lebens als Finalphase beschrieben. Es gibt typische Anzeichen, die für ein mögliches Nahen des Todes sprechen. Viele Menschen ziehen sich zurück, äußern ein vermehrtes Ruhebedürfnis und schränken soziale Kontakte stark ein. Häufig kommt es in der Sterbephase zu einer Veränderung des Bewusstseins mit Minderung der Vigilanz, sodass Kommunikation nur sehr eingeschränkt möglich ist. Es gibt aber auch Menschen, die bis zu ihrem Tod wach und klar bei Bewusstsein sind. Die Sterbephase kann mit starker Unruhe (Entwicklung eines terminalen Delirs) einhergehen, was häufig eine sehr intensive Begleitung und Symptomkontrolle erfordert, da die Situation für alle Beteiligten eine große Belastung darstellt.

Häufig wandeln sich in der Sterbephase die Bedürfnisse der Betroffenen: Während Hunger und Durst in den Hintergrund treten, nimmt das Bedürfnis nach Schlaf und Ruhe zu. Im Verlauf des Sterbeprozesses kommt es häufig zu einer Veränderung des Atemmusters mit zunehmenden Atempausen (**Cheyne-Stokes-Atmung**), die auf eine zentrale Verminderung des Atemantriebs zurückzuführen ist. Darüber hinaus kann eine **Rasselatmung** einsetzen, die durch Sekretansammlung in den Atemwegen entsteht, wenn der Sterbende nicht mehr in der Lage ist, adäquat zu schlucken oder

zu husten. Bei unerwartetem Auftreten der beschriebenen Veränderungen sollten zunächst akut reversible Ursachen (z. B. eine Opioidüberdosierung) ausgeschlossen werden.

Die Finalphase gestaltet sich also sehr individuell. Das Wahrnehmen von Zustands- oder Verhaltensänderungen ist daher von Relevanz. Angehörige können nach ihrer Wahrnehmung von Veränderungen gefragt und in die Beobachtung eingebunden werden.

Bei der Einschätzung, ob sich ein Mensch in der Finalphase befindet, kann zudem eine **gemeinsame Kommunikation** im multiprofessionellen Team unterstützen. Merkmale wie die zuvor beschriebenen können jedem im Team auffallen. Das Zusammentragen dieser Merkmale oder auch gemeinsame Überlegungen zu den reversiblen Ursachen der beobachteten Symptome können bei der Einschätzung der Situation unterstützen.

3.1.5 Sollten die Angehörigen dabei sein?

Inwieweit Angehörige in die Sterbebegleitung involviert sein sollten, ist eine sehr individuell zu treffende Entscheidung. Zunächst ist hier der Wunsch des Sterbenden maßgeblich. Die meisten Menschen wünschen sich eine Begleitung durch ihre geliebten Menschen und auch ein Sterben zu Hause in gewohnter Umgebung, wobei Letzteres häufig nicht gelingt. In Deutschland verstirbt der größte Teil der Menschen – ungefähr zwei Drittel – immer noch in Krankenhäusern und Pflegeheimen (► Kap 1.2).

Neben dem Wunsch des Sterbenden sind natürlich auch die Bedürfnisse und Grenzen der Angehörigen zu berücksichtigen. Die Begleitung eines schwerkranken Menschen ist eine große Herausforderung und häufig für die Angehörigen mit Ängsten, Sorgen und tiefer Trauer verbunden. (Spezialisierte) Ambulante Palliativversorgung, kann hier die Angehörigen in der Versorgung unterstützen. Insbesondere die **24-stündige Erreichbarkeit** bei akuten Problemen gibt den Betroffenen Sicherheit.

Der Patient*innenwunsch ist auch im stationären Bereich ausschlaggebend. Trotz Betreuung und Begleitung durch das professionelle Versorgungsteam bleiben aber die nahen Angehörigen die Vertrauenspersonen und sollten auf Wunsch einbezogen werden.

In der Palliativversorgung gilt die Aufmerksamkeit des Behandlungsteams neben den Patient*innen auch deren Umfeld. Den Angehörigen werden ebenfalls Angebote durch das multiprofessionelle Team gemacht, um sie bei der Bewältigung der Situation zu unterstützen. Manche Angehörige kommen dennoch zu der Erkenntnis, dass sie den Augenblick des Todes oder auch die letzten Stunden und Tage nicht miterleben wollen oder können. Diesen Wunsch muss das Team unbedingt respektieren. Gespräche darüber, wer wann informiert werden soll und kann, sind daher unerlässlich.

Es kann auch zu der Situation kommen, dass Angehörige in der Sterbephase anwesend sein möchten, die Patient*innen aber genau in dem Moment versterben, in dem die Angehörigen auch nur kurz das Zimmer verlassen. Hier ist es wichtig, sie mit supportiven Gesprächen zu unterstützen, um Schuldgefühle zu vermeiden.

3.1.6 Sollte man die Einschätzung, dass die Sterbephase eingetreten ist, den Angehörigen und Sterbenden selbst (wenn möglich) kommunizieren?

Die Einschätzung, dass der unmittelbare Sterbeprozess eingetreten ist, geschieht in der Palliativversorgung im multiprofessionellen Team. Wenn das Team zu der Einschätzung

gelangt, dass die Lebenszeit eines Menschen vermutlich nur noch wenige Tage oder Stunden umfasst, sollte dies unbedingt kommuniziert werden. Aufgrund von häufig bereits bestehender Bewusstseinsstrübung ist eine Kommunikation mit den Sterbenden selbst oft nicht möglich. Falls doch, sollte ihnen ein Gespräch über die Prognose angeboten werden und sie sollten selbst entscheiden dürfen, ob ihre Angehörigen ebenfalls informiert werden sollen. Diese Gespräche können für beide Seiten sehr schwierig sein, insbesondere wenn Sterbende die Einschätzung des nahenden Todes nicht teilen können. Wünschen Patient*innen kein Gespräch über den nahenden Tod, so ist diese Entscheidung zu respektieren. In der Mehrzahl der Fälle ist in dieser Situation ein Gespräch mit den Patient*innen selbst nicht mehr möglich. Wenn im Voraus nicht explizit verfügt wurde, dass eine Information der Angehörigen nicht gewünscht ist, werden diese kontaktiert und nach Möglichkeit in einem persönlichen Gespräch über die Situation informiert. Bei dieser Gelegenheit sollten noch einmal Angebote der seelsorgerischen und psychologischen Begleitung gemacht und, falls nicht im Vorfeld geschehen, mögliche Wünsche nach Ritualen erfragt werden.

3.1.7 Wie lange dauert die Sterbephase?

Die unmittelbare Sterbephase oder auch Finalphase wird definiert als die letzten Stunden bis 3–7 Tage des Lebens. Der Fokus der Behandlung sollte in dieser Zeit ausschließlich auf Symptomlinderung liegen (► 3.1.8). Da die Definition der Finalphase jedoch ausschließlich auf einer klinischen Einschätzung beruht, kommt es nicht selten vor, dass ein Mensch, der als sterbend erachtet wird, sich (auf niedrigem Niveau) auch über diesen Zeitraum hinaus stabil hält oder sich sogar noch einmal erholt.

3.1.8 Welche Maßnahmen sollten in der Sterbephase ergriffen oder zwingend unterlassen werden?

Der Fokus der Behandlung in der Sterbephase sollte auf **Symptomlinderung** gerichtet sein. Der Sterbeprozess sollte als Teil des Lebens anerkannt und weder beschleunigt noch hinausgezögert werden. Entscheidend sind die Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen, sofern diese medizinisch und pflegerisch vertretbar sind. Neben dem Angebot einer seelsorgerischen und psychologischen Begleitung sollten alle Mitglieder des behandelnden Teams für Gespräche zur Verfügung stehen, gleichzeitig sollten sie aber auch den Wunsch nach Ruhe und Intimität respektieren. Weitere Behandelnde (z. B. Haus- oder behandelnde Facharzt*innen) sollten über die Situation informiert werden. Künstliche Ernährung oder Flüssigkeitsgabe sollte beendet werden, um quälende Symptome wie Rasselatmung und Ödembildung zu vermeiden. Angehörige äußern häufig die Sorge, dass Sterbende das Gefühl haben könnten zu verdursten. Gegen ein Durstgefühl hilft vor allem eine gute und regelmäßige Mundpflege zur Befeuchtung der Mundschleimhaut und der Lippen. Die Angehörigen können dazu angeleitet werden und bekommen so auch das Gefühl, dem sterbenden Menschen etwas Gutes zu tun.

Von besonderer Bedeutung ist das Anpassen der Medikation.

MERKE

Alle Medikamente, die nicht unmittelbar der Symptomlinderung dienen, sollten abgesetzt werden. Für mögliche Symptome (Schmerz, Dyspnoe, Angst, Übelkeit, Rasselatmung und ggf. weitere Symptome) sollte eine Bedarfsmedikation angeordnet werden.

3.1.9 Was gilt es bei Sterbenden zu vermeiden (Futility)?

Wird ein Mensch als sterbend erachtet, so gilt es, die bisherigen Therapieziele zu überdenken und anzupassen. Hierbei ist es besonders wichtig, sich die Indikation für die durchgeführten medizinischen Maßnahmen bewusst zu machen und zu hinterfragen, ob die bisherigen Therapieziele weiterhin realistisch erscheinen. Da der begonnene Sterbeprozess nicht hinausgezögert werden sollte, sind alle lebensverlängernden Maßnahmen in dieser Situation nicht mehr indiziert. Hierzu zählen künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe, diagnostische Maßnahmen (Blutentnahmen, bildgebende Verfahren etc.), Gabe von Medikamenten, die nicht unmittelbar der Symptomlinderung dienen, Transfusionen. In Einzelfällen kann die Fortsetzung einer antibiotischen Therapie mit dem Ziel der Symptomlinderung (Fieber, Algurie etc.) diskutiert werden.

3.1.10 Auf welche medizinischen Maßnahmen sollte man bei Sterbenden keinesfalls verzichten?

MERKE

Im Fokus jeder Maßnahme in der Finalphase sollte die Symptomlinderung stehen. Insbesondere die medikamentöse Therapie hat hier von medizinischer Seite einen hohen Stellenwert. Medikamente, die der Linderung von Symptomen dienen, sollten unbedingt beibehalten werden.

Aufgrund von Vigilanzminderung ist häufig ein Wechsel der Applikationsform erforderlich, da eine orale Medikamenteneinnahme nicht mehr möglich ist. Es ist daher wichtig, bei der Anordnung von Medikamenten auch vorausschauend eine parenterale, meist intravenöse oder subkutane Applikation vorzusehen, um sicherzustellen, dass die kontinuierliche medikamentöse Symptomkontrolle gewährleistet ist. Abgestimmt auf die Dauermedikation sollte bei jedem Sterbenden eine Bedarfsmedikation bei Schmerzen, Dyspnoe, Rasselatmung, Angst/Unruhe und Übelkeit angeordnet werden, darüber hinaus ist ggf. eine situationsspezifische Bedarfsmedikation (z. B. bei Gefahr von Krampfanfällen oder Blutungsereignissen) erforderlich.

3.1.11 Kann es sein, dass sich Menschen in der Sterbephase erholen und doch nicht sterben?

Die Vermutung, dass sich ein Mensch in der Sterbephase befindet, beruht auf der subjektiven Einschätzung des Behandlungsteams. Obwohl es klinische Anhaltspunkte für den nahenden Tod gibt, verläuft der Sterbeprozess sehr individuell, und es gibt keine klaren Kriterien zur Festlegung des baldigen Todes. Es kommt immer wieder vor, dass Menschen als sterbend eingeschätzt werden, aber in der Folge in einem stark reduzierten Allgemeinzustand stabil bleiben oder sich sogar wieder erholen. Aus diesem Grund muss die Einschätzung, ob ein Mensch als sterbend erachtet wird, im Team immer wieder reevaluiert werden, um sicherzustellen, dass man den Bedürfnissen der betroffenen Person gerecht wird und ihr keine Maßnahmen vorenthält.

Die Handlungsempfehlung Sterbephase (► 3.1.3) sieht nach spätestens 72 Stunden eine interprofessionelle Reevaluation vor, deren Ergebnis schriftlich festgehalten werden sollte. Auch innerhalb der 72 Stunden sollten Zustandsveränderungen wahrgenommen und die Betreuung bzw. Behandlung angepasst werden. Therapieziele können sich in dieser Phase ebenfalls wieder ändern und sollten immer aktuell bedacht werden.

3.1.12 Kann Sterben als „gut“ bezeichnet werden bzw. welche Merkmale beschreiben ein gutes Sterben?

Die Sterbephase ist die letzte Phase im Leben eines Menschen, die im Tod endet. Der Tod beendet die Existenz eines jeden Menschen, weshalb das Sterben häufig mit Gefühlen wie Trauer und Ängsten assoziiert ist. Dennoch sollte das Sterben eines schwer erkrankten Menschen von allen an der Behandlung Beteiligten als ein **natürlicher Teil des Lebens** anerkannt werden. Der Sterbeprozess kann individuell sehr unterschiedlich sein und daher auch als „gut“ oder „nicht gut“ bezeichnet werden.

MERKE

Aufgrund der Individualität des Sterbens sollten Sterbende und ihre Angehörigen unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Bedarfe auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene im Mittelpunkt der Begleitung stehen.

Auch wenn die Versorgung in dieser Lebensphase möglichst individuell angepasst sein sollte, gibt es Merkmale, die eine gute Sterbephase beschreiben können. Dazu gehört u. a., dass belastende Symptome suffizient behandelt werden und die Patient*innen so lange wie möglich an Entscheidungen teilhaben können. Auch die Angehörigen sollten einbezogen werden. Die Betroffenen sollten die Möglichkeit haben, Konflikte zu lösen bzw. das Gefühl bekommen können, alles erledigt und gesagt zu haben. Sie sollen weiterhin als ganzer Mensch mit persönlichen Wertvorstellungen wahrgenommen werden.

3.1.13 Welche Aufgaben hat das multiprofessionelle Team in der Sterbephase eines Patienten?

Für die umfassende Betreuung von Menschen in der Sterbephase sollte das multiprofessionelle Team zusammenarbeiten. Sicherlich hat jede Person, angepasst an die eigene Profession, im Team ihre Aufgaben, über die ein gemeinsamer Austausch stattfinden sollte. Diese Aufgaben können sich aber auch überschneiden bzw. es können für eine umfassende Begleitung auch mehrere Professionen gemeinsam notwendig sein.

Zusammengefasst lassen sich für das Team als Ganzes folgende Aufgaben in der Sterbephase benennen:

- Sterben diagnostizieren und realisieren
- Symptome lindern
- Medizinische und pflegerische Interventionen und Maßnahmen auf ihre Relevanz hin evaluieren und ggf. reduzieren

Literatur

- Borasio G. Über das Sterben. München: C. H. Beck 2012.
- Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Berlin; www.charta-zur-betreuung-sterbender.de (letzter Zugriff: 20.10.2025).
- DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.) (Hrsg.). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Kurzversion 2.3. Leitlinienprogramm Onkologie, AWMF-Registernummer 128-001OL. Stand: Februar 2021 (in Überarbeitung); <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/128-001OL> (letzter Zugriff: 20.10.2025).

- Domeisen Benedetti F, et al. International palliative care experts' view on phenomena indicating the last hours and days of life. *Support Care Cancer* 2013; 21(6): 1509–1517.
- Eychmüller S, et al. "Diagnosing dying" in cancer patients – a systematic literature review. *Eur J Palliat Care* 2013; 20(6): 292–296.
- Handlungsempfehlung Sterbephase Version 2.3. Stand: Januar 2022; https://www.dgpalliativmedizin.de/images/221213_HES_Version_2.3_Januar2022_Komplett.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2025).
- Handlungsempfehlung Sterbephase (HES). Symptomlinderung – Kommunikations-hilfen. 2. A. Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin. Universitätsmedizin Mainz; https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Pocket_Card_A6_hoch_Palliativ_010724.pdf (letzter Zugriff: 20.10.2025).
- Krumm N et al. Vergleich durststillender Interventionen in einem humanen Surrogat Modell von Xerostomie. *Z Palliativmed* 2016; 17(05): 1–59.

3.2 Symptomkontrolle bei Sterbenden

Maja Falckenberg und Annette Rommel

3.2.1 Wie kann man feststellen, ob ein sterbender Mensch, der nicht mehr kontaktierbar ist, leidet?

Die sorgfältige Beobachtung der Körperhaltung, des Gesichtsausdrucks, etwaiges Schwitzen und Veränderungen der Atmung und der Herzfrequenz können Anhalt geben. Zudem können Reaktionen beim Lagern wie Abwehrbewegungen und Stöhnen Hinweise sein. Das Gespräch mit den Angehörigen und deren Eindruck können das Bild ergänzen.

3.2.2 Welche Maßnahmen können ergriffen werden, wenn das Team sich diesbezüglich nicht einig ist?

In einem Teamgespräch sollte man sich einen gemeinsamen Eindruck bilden können. Das Gespräch könnte zur versuchsweisen Gabe eines Bedarfsmedikaments führen. Der beobachtete Effekt führt dann zu einer weiteren ärztlichen Therapieentscheidung.

3.2.3 Was tut man, wenn ein sterbender Mensch seine orale Medikation nicht mehr nehmen kann?

In der Sterbephase werden im Medikationsplan nur die Medikamente belassen, die zur Symptomkontrolle absolut notwendig sind bzw. deren Weglassen kurzfristig zu zusätzlicher Symptomlast führen würde. Dazu zählen insbesondere Opioide, deren Absetzen zu heftigen Entzugssymptomen führen kann.

Fast alle Medikamente lassen sich auch **subkutan** verabreichen. Um unnötige Punktionen zu vermeiden, ist die Anlage einer s.c. Dauernadel oder kleinlumigen Venenverweilkannüle im s.c. Fettgewebe zu empfehlen. Die s.c. Nadel (z. B. 25G) sollte am Unterbauch, am Oberschenkel oder ggf. am Oberarm positioniert werden. Die Einstichstelle muss nach der Fixierung durch einen durchsichtigen Wundverband gut sichtbar sein, um rechtzeitig auf etwaige Infektionen reagieren zu können. Die Liegezeit der Kanüle richtet sich nach Häufigkeit der Nutzung und sollte 7 Tage nicht überschreiten. Eine alternative Möglichkeit ist die **rektale Gabe**. Viele Medikamente lassen sich nach Mörsern und Abfüllung in Kapseln rektal verabreichen.

Schmerzen und Unruhe lassen sich durch vorausschauende Planung der evtl. notwendigen Opioidumstellung vermeiden. Opioide müssen bei Substanzwechsel sorgfältig umgerechnet werden (► Kap. 2.1).

3.2.4 Welche Vormedikation eines sterbenden Menschen sollte – bei Therapiezieländerung auf reine Sterbebegleitung – beibehalten, welche sollte abgesetzt werden?

Prophylaktisch langfristig wirkende Arzneimittel, dazu gehören z. B. Antidepressiva, Antihypertensiva, orale Antidiabetika, Antikoagulanzen, Laxanzien und Statine, können bei sterbenden Menschen abgesetzt werden.

MERKE

Medikamente in der Finalphase

Mit dem Ziel bestmöglicher Lebensqualität sollen alle Medikamente beibehalten werden, die zur aktuellen Symptomkontrolle notwendig sind, die bei der Verabreichung keine besondere Belastung bedeuten und die beim Weglassen möglicherweise kurzfristig weitere krisenhafte Zuspitzungen (z. B. Antikonvulsiva) induzieren würden.

Eine sichere Aussage über die verbleibende Zeit bis zum Tod ist häufig nicht möglich. Ein bedachtames Vorgehen ist deswegen z. B. bei Medikationen für Morbus Parkinson, chronische Herzerkrankungen und Diabetes mellitus notwendig.

- Bei **Parkinson-Krankheit** kann besonders die Rigidität am Lebensende ein führendes quälendes Symptom sein. Zur Vermeidung ist eine zeitgerechte Verabreichung dringlich zu empfehlen; alternativ können unter neurologischer Unterstützung Rotigotin-Pflaster angewandt werden (cave: Delir!). Meist wird dann zur Behandlung einer Übelkeit zusätzlich Domperidon benötigt.
- Die krankheitsspezifische Behandlung einer **Herzinsuffizienz** ist zur Symptomkontrolle in der Regel auch in der Sterbephase unerlässlich. Viele dieser kardialen Medikamente verlängern aber auch die Lebenszeit. Dies sollte individuell gut abgewogen werden.
- Bei **Diabetes mellitus** können kurzwirksame Insuline meist abgesetzt und langwirksame reduziert werden. Bei Bewusstseinsverlust kann es angemessen sein, die Insulingabe vollständig zu beenden.

Bei mehrtägigem Sterbeverlauf erfordern Nierenfunktionsstörungen möglicherweise noch weitere Anpassungen der Dosierungen.

Bei sterbenden Menschen, die in der Lage sind zu kommunizieren, können weitere Medikationsänderungen Ängste auslösen und müssen daher gut erklärt und mit den Betroffenen besprochen werden. Rechtlich muss bei jeder medizinisch indizierten Medikationsänderung immer das Einverständnis der Patient*innen oder ihrer Bevollmächtigten vorliegen.

3.2.5 Was kann man medikamentös zur Linderung von Symptomen in der Sterbephase tun?

Luftnot, Schmerzen und delirante Symptome, die häufig vorkommen, sollen mit den üblichen Medikamenten behandelt werden. Sie werden vorbeugend als Bedarfsmedikation angesetzt, damit sie im Notfall rasch einsetzbar sind:

- **Luftnot** wird häufig von Erstickenangsangst begleitet und ist damit ein besonders schweres und belastendes Symptom, das sich medikamentös aber erfolgreich behandeln lässt. Kein Mensch sollte unter Atemnot leidend sterben. Nachts nimmt Atemnot im Liegen häufig noch zu und begünstigt die Erschöpfung der Patient*innen. Eingesetzt wird ein rasch wirksames Opioid, z. B. Morphin (bei opioidnaiven Patient*innen titrierende Eindosierung mit 2,5 mg s. c.) und evtl. ein sedierendes Anxiolytikum (z. B. Midazolam 2,5 mg s. c.). Je nach Verlauf kann die kontinuierliche Applikation von Morphin und/oder Midazolam zur suffizienten Linderung von Luftnot erforderlich sein.
- **Schmerzkrisen** werden mit einer schnell freisetzenden Bedarfsdosis von 10 % der vorbestehenden Opioid-Gesamttagesdosis behandelt.
- **Delirante Symptome** sind bei Sterbenden sehr häufig und am Beginn des Sterbeprozesses nicht leicht zu erkennen. Bei einem hyperaktiven Delir wird z. B. Haloperidol (1–2,5 mg s. c.) oder Levomepromazin, evtl. in Kombination mit einem Benzodiazepin, eingesetzt (► Kap. 2.11).

3.2.6 Was ist das terminale Rasseln, und was kann man dagegen tun?

Wenn ein Mensch nicht mehr husten kann, sammelt sich Trachealsekret in der Luftröhre, das sich durch die Atmung hin und her bewegt. Solche trachealen Sekretansammlungen nehmen in der Sterbephase häufig zu. Bei einzelnen Patient*innen entwickelt sich auch eitriges Sputum im Rahmen eines Atemwegsinfekts; auch Reflux kommt als Auslöser infrage.

Das Rasseln hört sich häufig besonders für die Angehörigen bedrohlich an. Sie benötigen daher entsprechende persönliche Aufklärung und Unterstützung. In Abhängigkeit von der vermuteten Ursache (Lungenödem/Infekt, aufrechte Lagerung) kann meist eine Seitenlagerung den Sekretabfluss unterstützen. Absauginterventionen sind extrem belastend und werden nur bei Sekretansammlung in der Mundhöhle empfohlen.

Wirksam sind meist Anticholinergika, z. B. Butylscopolamin (Tagesdosis 20–120 mg), Scopolamin (400–2.000 µg, auch als Pflaster), Glycopyrronium (200–1.200 µg) oder Atropin (400–2.000 µg). Ergänzend könnte Midazolam gegeben werden, um Ängste der Patient*innen sicher zu verringern.

3.2.7 Leidet ein Mensch mit Rasselatmung an Luftnot?

Man geht davon aus, dass sterbende Menschen die Rasselatmung meist nicht als unangenehm erleben. Für die Angehörigen sind die Geräusche dagegen oft schwer auszuhalten; sie sind diesbezüglich aufzuklären.

3.2.8 Was macht man, wenn der Venenzugang für den Opioidperfusor para ist und man keinen neuen Zugang gelegt bekommt?

MERKE

Ein Venenzugang ist in der Sterbephase in der Regel nicht notwendig.

Alle in der Sterbephase notwendigen Medikamente können subkutan verabreicht werden. Um mehrfaches Stechen zu vermeiden, kann dazu z. B. ein Butterfly oder eine kleinumige Venenverweilkanüle für s. c. Injektionen, sofern keine s. c. Dauer-

nadel zur Verfügung steht, oder auch für Dauerinfusionen genutzt werden: Auch die kontinuierliche Gabe von Opioiden oder Benzodiazepinen über einen Perfusor ist als subkutane Applikation möglich.

3.2.9 Ein sterbender Mensch atmet schwer. Ist eine Sauerstoffgabe sinnvoll?

Bei hypoxämischen Störungen kann eine Sauerstoffgabe lindernd erlebt werden. Da Luftnot durch verschiedene Mechanorezeptoren im Hals-Gesichts-Bereich beeinflusst werden kann, können auch ein offenes Fenster, ein Ventilator o. Ä. das Symptom lindern. Besonders in der Finalphase ist jedoch bei Dyspnoe das Mittel der ersten Wahl eine symptomadaptierte Opioidgabe, ggf. auch in Kombination mit einem Benzodiazepin. Eine (häufig kontinuierlich durchgeführte) Sauerstoffgabe führt zu Mundtrockenheit und damit zu zusätzlicher Symptomlast.

3.2.10 Was können Angehörige in der Sterbephase tun?

Die Anwesenheit von vertrauten Personen, Gerüchen und Geräuschen kann für den sterbenden Menschen in der letzten Lebensphase sehr beruhigend und für den Verlauf des Sterbens entscheidend sein. Hierbei ist nicht zu vergessen, dass auch Angehörige eine sensible Unterstützung und Anleitung durch das therapeutische Team benötigen. Häufig müssen Schwellenängste überwunden werden. Durch die Einbeziehung von Angehörigen in pflegerische Maßnahmen oder therapeutische Entscheidungen erreicht man eine entspannte Atmosphäre, die den Sterbeprozess positiv beeinflusst und den Angehörigen nach dem Versterben des erkrankten Menschen bei der Verarbeitung des Erlebten helfen kann. Die Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige sind vielfältig und müssen an die jeweilige Situation, Bedürfnisse und Personen angepasst werden. So können Angehörige bei der Lagerung der Patient*innen eingebunden werden, die Mundpflege übernehmen oder Hand- und Fußmassagen mit entspannenden Aromadüften durchführen. Durch eine sorgfältige Anleitung bei der Verabreichung der Bedarfsmedikation im häuslichen Umfeld kann man Angehörige sehr gut in die Versorgung einbinden. Auch Gespräche mit dem sterbenden Menschen, das Vorlesen von bekannten Texten oder das Hören bekannter Melodien können sehr entspannend wirken. Hierbei muss gut beobachtet werden, ob die sterbende Person diese Maßnahmen als wohltuend verspürt. Manchmal wird ein Zuviel an körperlicher Zuwendung und Nähe auch als störend empfunden. Wenn dies beobachtet wird, bedarf es einer sensiblen Aufklärung der Angehörigen über die evtl. empfundene Ablehnung.

3.2.11 Worüber kann man die Angehörigen informieren?

Angehörige sollten über alle wahrnehmbaren Veränderungen und vorgenommenen Handlungen informiert werden. Ein sehr wichtiges Thema ist die Aufklärung über das im Sterbeprozess meist **fehlende Hunger- und Durstgefühl**. Das Wissen über die Natürlichkeit dieses Prozesses kann Angehörige sehr entlasten. Zur Unterstützung kann man hier wieder auf die Anleitung zur Befeuchtung der Mundschleimhaut (► Kap. 2.8) zurückgreifen. Bei vielen Patient*innen kommt es im Sterbeprozess zu deliranten Zuständen und großer Unruhe. Diese Symptome machen Angst und belasten die Angehörigen sehr, da sie häufig auch mit einer Störung der Nachtruhe einhergehen. Die Aufklärung der Angehörigen und die Anpassung der Medikation sorgen häufig für Entlastung.

Falls die Gabe von opioidhaltigen Medikamenten zur Symptomkontrolle notwendig ist, müssen Angehörige genau über die Wirkungsweise aufgeklärt werden. Hierbei sollte auch sehr sensibel angesprochen werden, dass nach der Verabreichung ein rasches Versterben eintreten kann, dies aber nicht mit einer Überdosierung oder falschen Verabreichung in Zusammenhang steht.

Wenn ein Mensch in der Häuslichkeit verstirbt, ist es sehr wichtig, mit den Angehörigen über den Ablauf nach dem Versterben zu sprechen. Solche Handlungsanweisungen sind z. B.:

- Aushändigen von Notfallnummern
- Erste Handlungsanweisungen für die Zeit nach dem Versterben
- Ermutigung zur Einbindung von Freunden und Familie zur Unterstützung
- Bereitlegen des Personalausweises für die Ausstellung der Todesbescheinigung
- Auswahl eines Bestattungsunternehmens
- Nutzung des palliativen und hospizlichen Netzwerks

3.2.12 Wie behandelt man Schmerzen bei Sterbenden?

Abhängig von der Vormedikation werden Schmerzen in der Sterbephase mit dosisadaptierter Bedarfsgabe eines nicht retardierten Opioids behandelt (bei opioidnaiven Patient*innen z. B. 2,5 mg Morphin s. c., ansonsten ca. 10 % der Tagesdosis in unretardierter Form). Im Regelfall gelingt eine gute Schmerzkontrolle mit der Weiterführung der vorbestehenden Opioidmedikation. Dabei ist es häufig notwendig, die Applikationsform zu ändern, sobald die orale Medikationsaufnahme nicht mehr möglich ist. Eine Entzugssituation ist dabei unbedingt zu vermeiden. Auch mögliche Symptome einer Überdosierung durch verringerten Abbau oder Ansammlung von Metaboliten bei reduzierter Nierenfunktion sollten Beachtung finden; Myokloni können darauf hinweisen. Um einen Durchbruchschmerz zu verhindern, sollte vor jeder Manipulation am sterbenden Menschen, die möglicherweise Schmerzen verursachen könnte (Lagerung, Verbandwechsel, Grundpflege), die Gabe eines Bedarfsopioids erwogen werden.

3.2.13 Wie behandelt man Luftnot bei Sterbenden?

Etwa 80 % der Sterbenden verspüren Luftnot. Behandlungsansätze, die in früheren Phasen der Erkrankung wirkungsvoll waren, können jetzt nicht mehr umgesetzt werden. Die Zufuhr strömender kalter Luft lindert die Luftnot subjektiv. Hierbei spielt die mechanische Aktivierung der nasalen Rezeptoren eine Rolle und meist nicht eine Veränderung des Sauerstoffpartialdrucks. Medikamentöse Linderung verschafft die symptomatische Therapie mit Opioiden. Abhängig von der Dynamik der Symptomatik kann es dabei notwendig sein, die Gaben häufig zu wiederholen oder kontinuierlich über einen Perfusor zu verabreichen. Als besonders schnelles, kurzwirksames Opioid kann auch trans mukosales Fentanyl zur Anwendung kommen. Als orales Benzodiazepin kann Lorazepam s. l. eingesetzt werden, um die häufig mit Atemnot einhergehende Angst zu lindern; alternativ kommt die Gabe von Midazolam s. c./i. v. in Betracht. Bei extremer Luftnot kann eine rasche Sedierung mit einer Kombination aus Morphin und Midazolam erforderlich sein.

3.2.14 Wie kann man unterscheiden, ob ein sterbender Mensch unruhig ist oder Schmerzen hat?

Ein ruhiger Moment der Beobachtung gibt manchmal Anhaltspunkte. Auch eine sorgfältige Anamnese durch Befragung der Angehörigen zu den vergangenen Tagen und eine vorsichtige symptomorientierte körperliche Untersuchung sind hilfreich.

Ist ein neuer Grund für Schmerzen aufgetreten? Besteht ein Harnverhalt? Wie ist die Darmsituation? Sofern es keinen anderen Lösungsansatz gibt, wird eine den wahrscheinlichsten Symptomen angemessene Bedarfsmedikation eingesetzt und der Effekt beobachtet.

MERKE

Häufige Ursachen für Schmerzen in der Sterbephase

- Harnverhalt
- Obstipation
- Druckschmerz durch unbequeme Lagerung
- Unerkannte Frakturen

3.2.15 Welche äußeren Umstände können in der Sterbesituation hilfreich sein?

Das Umfeld sollte **stressfrei und friedlich** sein, wobei vertraute Geräusche, eine bequeme Lagerung und wenig Manipulationen hilfreich sein können. Körperpflege und Abführmaßnahmen sind auf das absolut Notwendigste zu begrenzen. Hierbei spielt die einfühlsame Wahrnehmung der Atmosphäre eine große Rolle, um evtl. vorsichtig Einfluss auszuüben.

3.2.16 Wann und wie informiert man Angehörige? Auch am Telefon?

Bei einer entsprechenden Zustandsveränderung sollten Angehörige zeitnah, auch telefonisch, über den Beginn des Sterbens informiert werden, damit sie entscheiden können, ob sie kommen möchten. Gut ist es, wenn schon vorher das kommende Einsetzen dieser Phase besprochen wurde, aber auch die Möglichkeit eines raschen Todes. Falls Angehörige sich auf den Weg machen, sollte man sie anregen, sich Beistand zu suchen, der sie bestenfalls auch in die Klinik fahren kann.

3.2.17 Können Opiode auch am Lebensende zu Nebenwirkungen führen?

In der Sterbephase entsteht häufig eine Niereninsuffizienz, die auch noch symptomatisch werden kann. Eine Niereninsuffizienz hat entscheidenden Einfluss sowohl auf pharmakokinetische als auch auf pharmakodynamische Eigenschaften vieler Arzneimittel.

Durch eine verlängerte Halbwertszeit kommt es zur Akkumulation von Arzneistoffen und/oder Metaboliten. Ein mögliches Anzeichen hierfür ist ein Myoklonus. Als Reaktion sollten Opiode und/oder Antiepileptika behutsam nach klinischem Eindruck von der Wirkung und möglicherweise akkumulierenden Nebenwirkungen angepasst werden.

Literatur

- DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.) (Hrsg.). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Kurzversion 2.3. Leitlinienprogramm Onkologie, AWMF-Registernummer 128-001OL. Stand: Februar 2021 (in Überarbeitung); <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/128-001OL> (letzter Zugriff: 20.10.2025).
- Ellershaw JO, et al. Standards of Care. In: Walsh D (ed.), Palliative Medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders 2009; 978–982.
- Müller-Busch CH, Jeser TH. Death rattle. In: Walsh D (ed.), Palliative Medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders 2009; 956–961.
- Payne MA, Oliviere DA. The interdisciplinary team. In: Walsh D (ed.), Palliative Medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders 2009; 253–258.
- Twomey MA. Routes of administration. In: Walsh D (ed.), Palliative Medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders 2009; 706–710.
- Wee B, Hillier R. Intervention for noisy breathing inpatients near to death. Cochrane Database Syst Rev 2008; 1: CD 005177.

3.3 Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der Sterbephase

David Blum und Cornelia Hlawatsch

3.3.1 Wie kann die Flüssigkeitsgabe am Lebensende betrachtet werden?

Eine intravenöse Flüssigkeitsgabe erfordert eine klare medizinische Indikation. Es muss überlegt werden, was mit der Flüssigkeitsgabe behandelt oder welche Symptome gelindert werden sollen und ob es evtl. eine alternative Möglichkeit zur Symptomlinderung gibt. Es sollte also keinesfalls eine unreflektierte, nicht indizierte Flüssigkeitsgabe über das hinaus, was die Patient*innen selbstständig zu sich nehmen, erfolgen – sei es aus Routine, Konvention oder Verlegenheit, um irgendetwas zu tun.

3.3.2 Was ist bei Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der Sterbephase zu beachten?

Während die Infusionstherapie außerhalb der Sterbephase eine wichtige Maßnahme zur Aufrechterhaltung der Organperfusion ist, verhält sich dies bei sterbenden Menschen gerade umgekehrt. Eine künstliche Ernährung ist in der Sterbephase nicht mehr angezeigt, da der Körper die ihm zugeführten Nährstoffe nicht mehr verarbeiten kann.

MERKE

Symptome am Lebensende

Symptome, die in der Sterbephase im Vordergrund stehen, wie z. B. erschwerte Atmung durch Überwässerung oder Wundliegen, können sich durch eine Infusionstherapie deutlich verschlechtern.

3.3.3 Gibt es Vorteile der Dehydratation?

Es gibt Hinweise, dass durch verringerte Flüssigkeitszufuhr bzw. tolerierte Dehydrierung körpereigene sedierende bis euphorisierende Stoffe ausgeschüttet werden, die

zu einer Symptomkontrolle beitragen. Sieht man Sterben als natürlichen Vorgang an, scheint ein Eingreifen im Sinne einer artifiziellen Flüssigkeits- oder Ernährungsgabe diesen Vorgang eher zu stören. Zudem kann durch eine moderate Dehydratation eine Vielzahl von belastenden Symptomen eher verhindert werden. Vor allem ist nicht bewiesen, dass eine Flüssigkeitsgabe am Lebensende das Leben verlängert bzw. ein Verzicht auf Flüssigkeit es verkürzt.

3

3.3.4 Wie viel Flüssigkeit benötigt ein sterbender Mensch?

Da der Flüssigkeitsbedarf bei eingeschränkter Nierenfunktion am Lebensende deutlich reduziert ist und der Fettabbau durch die Oxidation selbst zur Wasserbildung beiträgt, wird der Bedarf auf etwa 250–500 ml pro Tag geschätzt – je nach Allgemeinzustand, Organfunktion und Umgebungstemperatur.

3.3.5 Bekommt die Person nicht Durst, wenn man am Lebensende keine Flüssigkeit mehr gibt?

Wie die Organfunktion nehmen auch Hunger und Durst am Lebensende stark ab. Wichtig ist, dass man Durst nicht mit Mundtrockenheit verwechselt.

INFO

Die Bedeutung von Mundpflege

Die Korrelation zwischen intravasalem Volumen und Durstgefühl ist bei Sterbenden relativ gering. Das sehr unangenehme Durstgefühl scheint vielmehr durch eine Mundtrockenheit ausgelöst zu werden. Deshalb ist die Befeuchtung der Mundschleimhaut bzw. eine gute Mundpflege am Lebensende viel wichtiger als die Infusionstherapie.

3.3.6 Wann setzt man die parenterale Ernährung ab?

Eine parenterale Ernährung kann zu dem Zeitpunkt abgesetzt werden, zu dem die Krankheit limitierender ist als der Ernährungszustand. Dies ist oft der Fall, wenn eine hohe Tumordynamik auftritt, z. B. wenn antitumoröse Behandlungen nicht mehr greifen. Auch wenn ein Mensch komplett bettlägerig ist und sich nicht mehr selbstständig bewegen kann oder mag, kann die parenterale Ernährung abgesetzt werden (außer wenn es eine klare und leicht zu behebbende Ursache für die Bettlägerigkeit gibt). Dafür spricht außerdem, wenn der Mensch selbst mit seinem Leben abzuschließen beginnt und direkt oder indirekt signalisiert, dass seine Sterbephase beginnt.

MERKE

Bei einer geschätzten Lebenserwartung von weniger als einem Monat ist eine parenterale Ernährung nicht indiziert.

3.3.7 Der sterbende Mensch würde gerne ein Glas Rotwein trinken. Darf das behandelnde Palliativteam das zulassen?

Alkoholkonsum als Beitrag zur Lebensqualität darf toleriert werden, wenn moderat konsumiert wird. Interaktionen mit anderen Medikamenten, insbesondere zentralnervös wirksamen Sedativa, sind zu beachten. Manchmal wird Alkohol von Patient*innen zur Symptomkontrolle quasi als Selbstmedikation eingesetzt. Hier

gilt es natürlich abzuwägen, ob es nicht sinnvollere Methoden, wie z. B. Opioide zur Schmerzbehandlung oder Benzodiazepine zur Angstlösung, gibt. Aber gerade der gesellschaftlich-verbindende Aspekt von Alkoholkonsum gemeinsam mit Familie oder Freund*innen oder durch Alkoholgeruch und -geschmack getriggerte Erinnerungen können sehr zur Lebensqualität beitragen.

3.3.8 Wie kann man bei Sterbenden Flüssigkeit applizieren, wenn kein peripherer Venenzugang mehr gelegt werden kann?

3

Die zur Bedarfsdeckung nötige Flüssigkeitsmenge kann problemlos auch über einen **Subkutanzugang** verabreicht werden. Die Anlage ist wenig belastend und kaum schmerzhaft. Über z. B. spezielle Subkutannadeln, eine Butterflynadel oder kleine Venenverweillkanülen im Unterhautfettgewebe können bis zu 1.500 ml kristalline Flüssigkeit pro Tag oder Medikamente infundiert werden. Auch viele wichtige Medikamente, die in der Finalphase benötigt werden, sind auf diese Weise applizierbar.

3.3.9 Wie erklärt man Sterbenden, dass sie keine Flüssigkeit oder parenterale Ernährung mehr erhalten? Und wie den Angehörigen?

Wird eine Ernährungs- oder Flüssigkeitstherapie gestoppt, muss den Patient*innen und den Angehörigen dieser Schritt begründend erklärt werden. Insbesondere muss ihnen vermittelt werden, dass dies nicht bedeutet, dass nun „nichts mehr getan“, sondern lediglich auf eine nicht mehr hilfreiche und potenziell schädliche Maßnahme verzichtet wird. Hingegen muss alles getan werden, um evtl. auftretende Symptome zu lindern.

Häufig müssen diese Gespräche mehrfach geführt werden, da insbesondere bei den Angehörigen die Angst vor dem Verhungern und Verdursten der Patient*innen meist groß ist. Wichtig ist hier, dass das gesamte Team die gleichen Inhalte vermittelt, um Patient*innen und Angehörige nicht zu verunsichern. Hilfreich kann es sein, den Angehörigen eine Broschüre zum Thema auszuhändigen.

3.3.10 Was kann man tun, wenn Angehörige das nicht akzeptieren?

Wenn trotz Aufklärung ein großer Wunsch nach Flüssigkeitsgabe besteht oder Angehörige die Reduktion absolut nicht akzeptieren können, kann eine Weiterbehandlung erfolgen oder ein Behandlungsversuch mit Infusionsgabe unter sorgsamer Beobachtung der Symptomatik unternommen werden. Eine moderate Flüssigkeitsgabe ist nicht zwingend kontraindiziert; die Datenlage dazu ist nicht eindeutig. Es ist dann aber wichtig, die ggf. durch eine Überwässerung ausgelösten Symptome zu erfassen und zu behandeln bzw. in diesem Fall erneut die Maßnahme gemeinsam zu evaluieren.

Wenn also die Gesamtsituation so eingeschätzt wird, dass das System aus Patient*in und Angehörigen durch das Nicht-Geben von Flüssigkeit mehr Belastung erfährt als durch eine moderate Gabe von Flüssigkeit, kann diese weitergegeben werden. Wichtig ist jedoch, dass eine klare Aufklärung über potenzielle Nebenwirkungen stattgefunden hat.

.....

Literatur

- Fearon K, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol* 2011; 12(5): 489–495.
- Good P, et al. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 4: CD006273.
- Good P, et al. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 4: CD006274.
- Hui D, et al. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care* 2015; 9(4): 346–354.
- Koretz RL, et al. American Gastroenterological Association. AGA technical review on parenteral nutrition. *Gastroenterology* 2001; 121(4): 970–1001.
- Mücke M, et al. Cannabinoids in palliative care: systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety. *Schmerz* 2016; 30(1): 25–36.
- Omlin A. Nutrition impact symptoms in advanced cancer patients: frequency and specific interventions, a case-control study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2013; 4(1): 55–61.
- Pasman H, et al. Predictors of survival in nursing home patients with severe dementia in whom artificial nutrition and hydration are [corrected] forgone. *Int Psychogeriatr* 2006; 18(2): 227–240.
- Radbruch L, Schäfer M. Cannabis as a therapeutic agent: focal topic. *Schmerz* 2016; 30(1): 1–2.

4 Trauerbegleitung

4.1	Umgang mit Verstorbenen	169	4.2	Begleitung trauernder Angehöriger	174
-----	-------------------------	-----	-----	-----------------------------------	-----

4.1 Umgang mit Verstorbenen

Cornelia Hlawatsch und Alexandra Scherg

4.1.1 Wann ist ein Mensch tot?

Den Tod eines Menschen mit Sicherheit feststellen kann man erst mit dem Eintreten **sicherer Todeszeichen** (in der Palliativversorgung in der Regel Totenflecken, Totenstarre). In der Praxis wird jedoch häufig schon vom Tod eines Menschen ausgegangen, wenn über einige Minuten keine Atembewegungen mehr erkennbar sind und kein Puls tastbar ist. Man sollte sich an dieser Stelle bewusst machen, dass Atempausen im Rahmen des Sterbeprozesses kurz vor dem Todeseintritt bis zu Minuten andauern können. Da der „erwartete“ Tod eines Menschen in palliativer Situation keine unmittelbare Konsequenz im Sinne notfallmedizinischer Maßnahmen wie kardiopulmonaler Reanimation o. Ä. hat, verliert der genaue Zeitpunkt des Todes (außer zu Zwecken der Dokumentation) ein wenig an Bedeutung. Während des Sterbens und auch über den Moment des Todeseintritts hinaus sollte den Angehörigen die Möglichkeit gegeben werden, sich zu verabschieden. Die meisten Angehörigen informieren das Behandlungsteam, sobald sie der Meinung sind, dass der Tod eingetreten ist. Manche nehmen sich auch erst Zeit zur Verabschiedung und bitten die Ärzt*innen oder Pflegefachpersonen erst im Verlauf hinzu. Eine erste Totenruhe direkt nach dem Versterben wahrt die Würde und dient dem Innehalten und dem achtsamen Umgang mit dem Leichnam.

4.1.2 Welches sind die häufigsten Todesursachen in der Palliativmedizin?

Häufig ist es nicht möglich, die unmittelbare Todesursache eines Menschen durch klinische Einschätzung mit Sicherheit zu benennen. Eine Obduktion kann hier hilfreich sein, liefert jedoch z. B. bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen nicht immer einen über die Grunderkrankung hinausgehenden Befund. Ob eine Obduktion erwünscht ist, sollte immer mit den Angehörigen oder bereits vor dem Versterben mit den Patient*innen selbst geklärt werden. Unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung ist der Tod als „*Zusammenbruch der koordinierten Tätigkeit der lebenswichtigen Körperorgane*“ (Borasio) zu betrachten, sodass der Tod eines Organismus immer auf das Versagen eines oder mehrerer lebenswichtiger Organsysteme zurückzuführen ist, nämlich Herz, Lunge, Leber, Nieren und Gehirn. Menschen in palliativer Erkrankungssituation leiden z. B. durch pulmonale Malignome, Pneumonien oder Pleuraergüsse häufig unter einer Einschränkung der Lungenfunktion, die durch progrediente respiratorische Insuffizienz zum Tod

durch Asphyxie führt. Eine weitere häufige Todesursache in der Palliativmedizin ist das Versagen der Leber- und/oder Nierenfunktion mit hepatischer oder urämischer Enzephalopathie und ggf. der Gefahr letaler Herzrhythmusstörungen, bedingt durch Elektrolytentgleisungen. Bei Menschen mit zerebralen Raumforderungen kann es unter zunehmendem Hirndruck zum Tod durch Herniation („Einklemmung“) kommen. Auch fortschreitende Hirnabbauprozesse, etwa im Rahmen einer Demenzerkrankung, haben, z. B. durch den Verlust der Fähigkeit zu essen und zu trinken, den Tod durch Kachexie oder Exsikkose zur Folge. In diesem Zusammenhang ist es von großer Bedeutung, sich bewusst zu machen, woran ein Mensch verstirbt, um den Angehörigen diesen Prozess in verständlichen Worten erklären und auf mögliche Symptome und deren Behandlung eingehen zu können.

4.1.3 Gelten in der Palliativversorgung für die Todesbescheinigung andere Maßgaben (z. B. in Bezug auf „Todesart“, „Epikrise“)?

Die Richtlinien für die Erstellung einer Todesbescheinigung für Patient*innen in der Palliativversorgung unterscheiden sich nicht von denen für andere Verstorbene. Auch hier ist die entscheidende Frage, ob sich hinsichtlich der Todesursache eine sinnvolle und nachvollziehbare Kausalkette bis hin zu einem Tod aus innerer Ursache erstellen lässt oder ob es Hinweise für einen nicht natürlichen Tod gibt bzw. die Todesart unklar ist. Häufig ist es hilfreich, die Umstände des Todes oder die Erkrankungssituation im Feld „Epikrise“ näher zu beschreiben und damit die aufgeführte Kausalkette auch für (häufig unbeteiligte) Durchführende einer zweiten Leichenschau greifbarer zu machen. Dies gilt insbesondere dann, wenn auf Wunsch der verstorbenen Person oder aufgrund einer fehlenden medizinischen Indikation auf Maßnahmen verzichtet wurde (z. B. „Tod im Rahmen einer respiratorischen Insuffizienz, gemäß Patient*innenwunsch Verzicht auf Beatmungstherapie“).

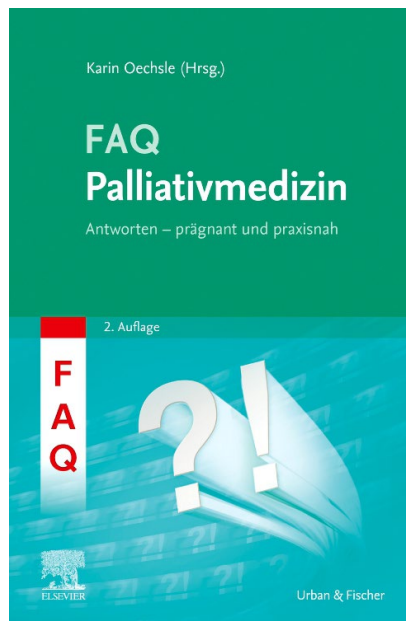
Kontrovers diskutiert wird die Frage nach der **Bescheinigung einer „natürlichen Todesart“**, wenn der Tod im Rahmen einer gezielten Sedierung eintritt. Hier hat es sich in der Praxis bewährt, bei einer *lege artis* durchgeführten gezielten Sedierung das Feld „Epikrise“ zu nutzen, um deutlich zu machen, dass die Maßnahme symptomadaptiert durchgeführt wurde und dass der Tod als Folge der Grunderkrankung eingetreten ist. Immer dann, wenn eine natürliche Todesart nicht zweifellos bescheinigt werden kann, muss die Polizei unterrichtet werden. In der Palliativversorgung tritt dieser Fall z. B. dann ein, wenn ein (unter Umständen schon länger zurückliegendes) Trauma (z. B. Sturz mit intrakranieller Blutung, im Verlauf Verschlechterung des Zustands mit Immobilität, Pneumonie und respiratorischer Insuffizienz) oder ein Suizidversuch am Anfang der zum Tode führenden Kausalkette steht. Auch können außergewöhnliche Umstände wie z. B. Anhalt für einen potenziell todesursächlichen Medikationsfehler Anlass für die Bescheinigung einer nicht natürlichen oder ungeklärten Todesart geben. Wird eine nicht natürliche oder ungeklärte Todesart bescheinigt, ist in jedem Falle unverzüglich die Polizei von dem Sterbefall in Kenntnis zu setzen.

Die Leichenschau sollte grundsätzlich sorgfältig durchgeführt und die Frage nach der Todesart kritisch reflektiert werden, besonders vor dem Hintergrund, dass zahlreiche Tötungsserien der jüngeren Vergangenheit sich im medizinischen Kontext abgespielt haben.

FAQ Palliativmedizin

Antworten - prägnant und praxisnah

Karin Oechsle (Hrsg.)



Das kompakte Wissen der Palliativmedizin in einem klar strukturierten Frage-Antwort-Format, um Patientinnen und Patienten sowie Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung kompetent zu begleiten.

Palliativmedizinische Themen werden aus vielfältigen Perspektiven beschrieben - von Angehörigen über Patienten bis hin zu den beteiligten Berufsgruppen im multiprofessionellen Team. Über 1000 Fragen aus dem unmittelbaren sowie weiteren Umfeld der Palliativmedizin werden fundiert und verständlich beantwortet. Neben der Vermittlung von reinen Fakten fördert das Buch auch die reflexive Auseinandersetzung mit komplexen Themen wie beispielsweise:

- Versorgungsstrukturen
- Schmerzen und weitere beeinträchtigende Symptome
- Sterbephasen und Trauerbegleitung
- Psychische, soziale, spirituelle, ethische und rechtliche Aspekte
- Kommunikation, Teamarbeit und Selbstreflexion

2. Auflage geplant für: 2026.
444 Seiten, 15 farb. Abb., Gebunden
ISBN 9783437213434

Neu in der zweiten Auflage:

- Umgang mit Suizidwunsch
- Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET)
- Palliativversorgung bei onkologischen und hämatologischen Erkrankungen
- Notfallmedizinische Aspekte
- LGBTQ+-spezifische Fragestellungen

Stand: Feb.-26. Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.
€-Preise gültig in Deutschland inkl. MwSt., ggf. zzgl. Versandkosten.



ELSEVIER

elsevier.de

Bestellen Sie jetzt

shop.elsevier.de

E-Mail: bestellung@elsevier.com