



Wie arbeitet und wirkt Palliativmedizin?

Grundlagen

Katrin Wiens, PPM Palliative Care
Evangelische Lungenklinik Berlin Buch

23.06.2026

Inhalt

- Definition
- Begriffserläuterung
- APV/ SPV
- Palliativentwicklung



Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Palliativversorgung ist ein Ansatz, der die **Lebensqualität** von Patienten und deren Familien **verbessert**, die mit den **Problemen** im Zusammenhang einer **lebensbedrohlichen Erkrankung** konfrontiert sind, dies mittels **Prävention und Linderung** von Leiden durch **frühzeitiges Erkennen und umfassende Erfassung** sowie durch die Behandlung von Schmerz und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen.

Begriffsklärung Palliativ(Medizin)

Was?

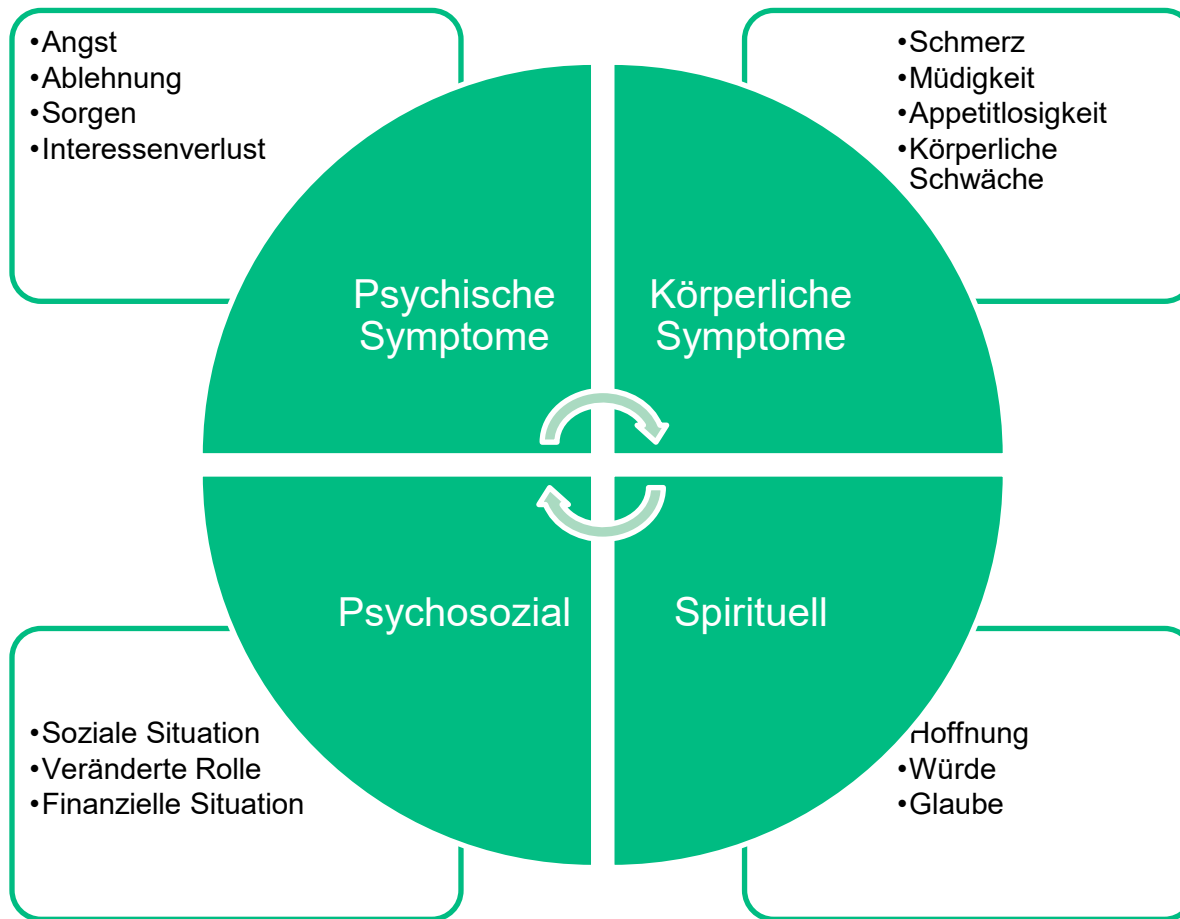
- **palliativ** ist ganzheitliche Behandlung und Begleitung von schwerkranken Menschen und ihren Nahestehenden.
- **palliativ** hilft, das Leben im Rahmen der Erkrankung bestmöglich nach den eigenen Vorstellungen zu leben
- zugewandt und menschlich nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung.

Begriffsklärung Palliativ(Medizin)

Für Wen?

- **palliativ** ist **für alle da**, die lebensbegrenzend erkranken.
- **palliativ** ist **für Angehörige und Nahestehende**.
- **palliativ** heißt, dass sich ein professionelles Team Zeit nimmt, Belastungen und Beschwerden lindert, umsorgt, berät und unterstützt,

zu unterstützende Bedarfe eines Palliativpatienten



Zu unterstützende Bedarfe eines Palliativpatienten

- Sind immer individuell

- Ändern sich und sind veränderbar
 - Symptomerfassung und Kontrolle
 - Krankheitsphase
 - Änderung der Lebensumstände

Begriffsklärung Palliativ(Medizin)

Wie?

- **palliativ** findet auch in schwierigen Situationen kreative und individuelle Lösungen und ist geleitet durch **die Überzeugungen, Vorstellungen und Werte der Betroffenen**
- **palliativ** ist **achtsame und würdevolle Fürsorge**, gemeinsam mit dem Betroffenen werden Strategien erarbeitet, die ihm helfen, dass im veränderten Alltag **mehr Platz für das Leben** ist.

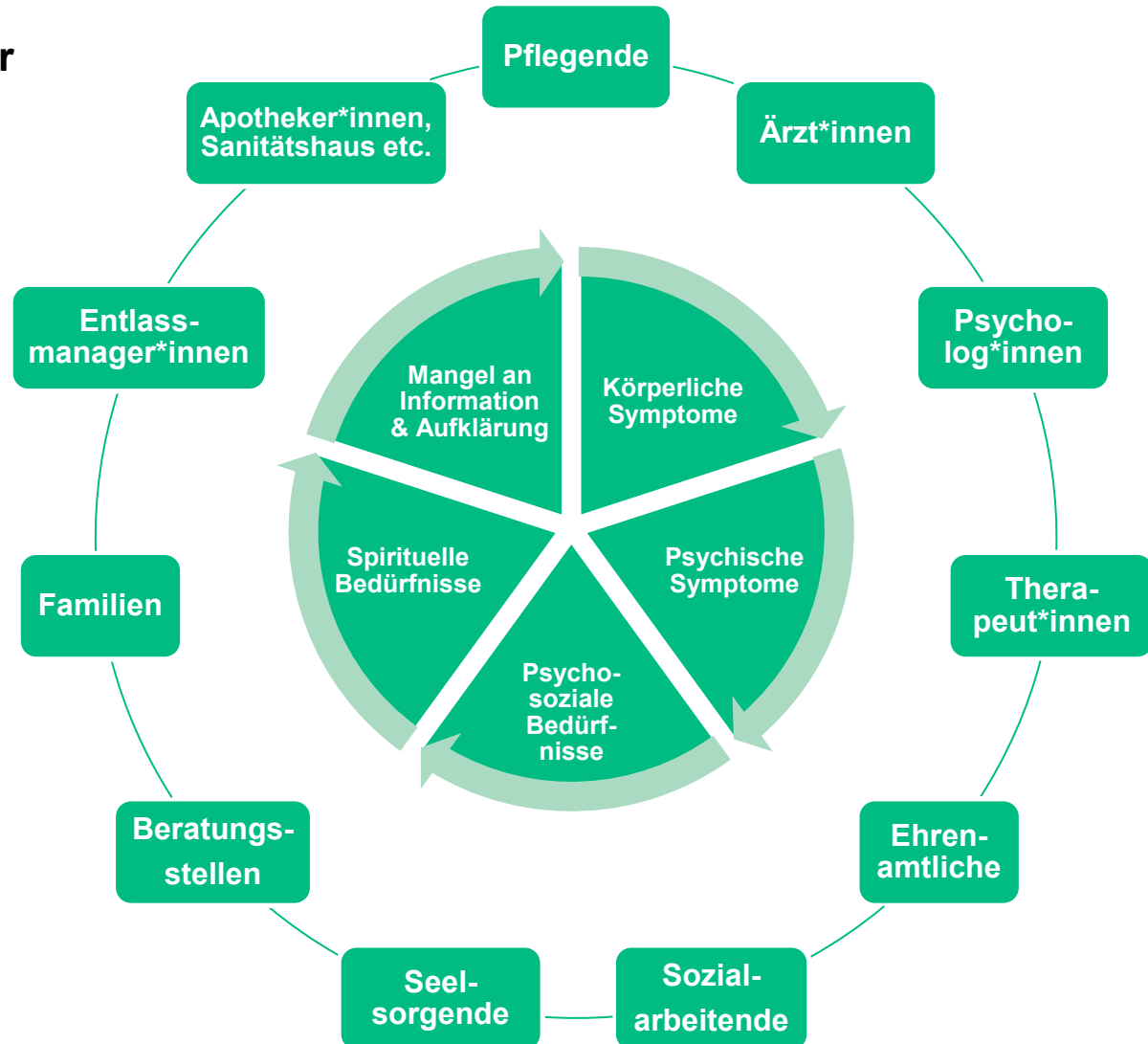
Begriffsklärung Palliativ(Medizin)

Wer?

- **palliativ** ist vertrauensvolle Teamarbeit. Verschiedene Berufsgruppen arbeiten in einem Team zusammen, tauschen sich aus und ergänzen sich in ihren Kompetenzen, seien es Ärzt:innen, Pfleger:innen, Psycholog:innen, Seelsorger:innen, Sozialarbeiter:innen, Physio-, Ergo-, Ernährungs- und Künstlerische Therapeut:innen, Logopäd:innen sowie Ehrenamtliche.
- **palliativ** kann (und sollte) auch ergänzend sein, dann arbeiten Palliativteams Hand in Hand mit dem primären Behandlungsteam.

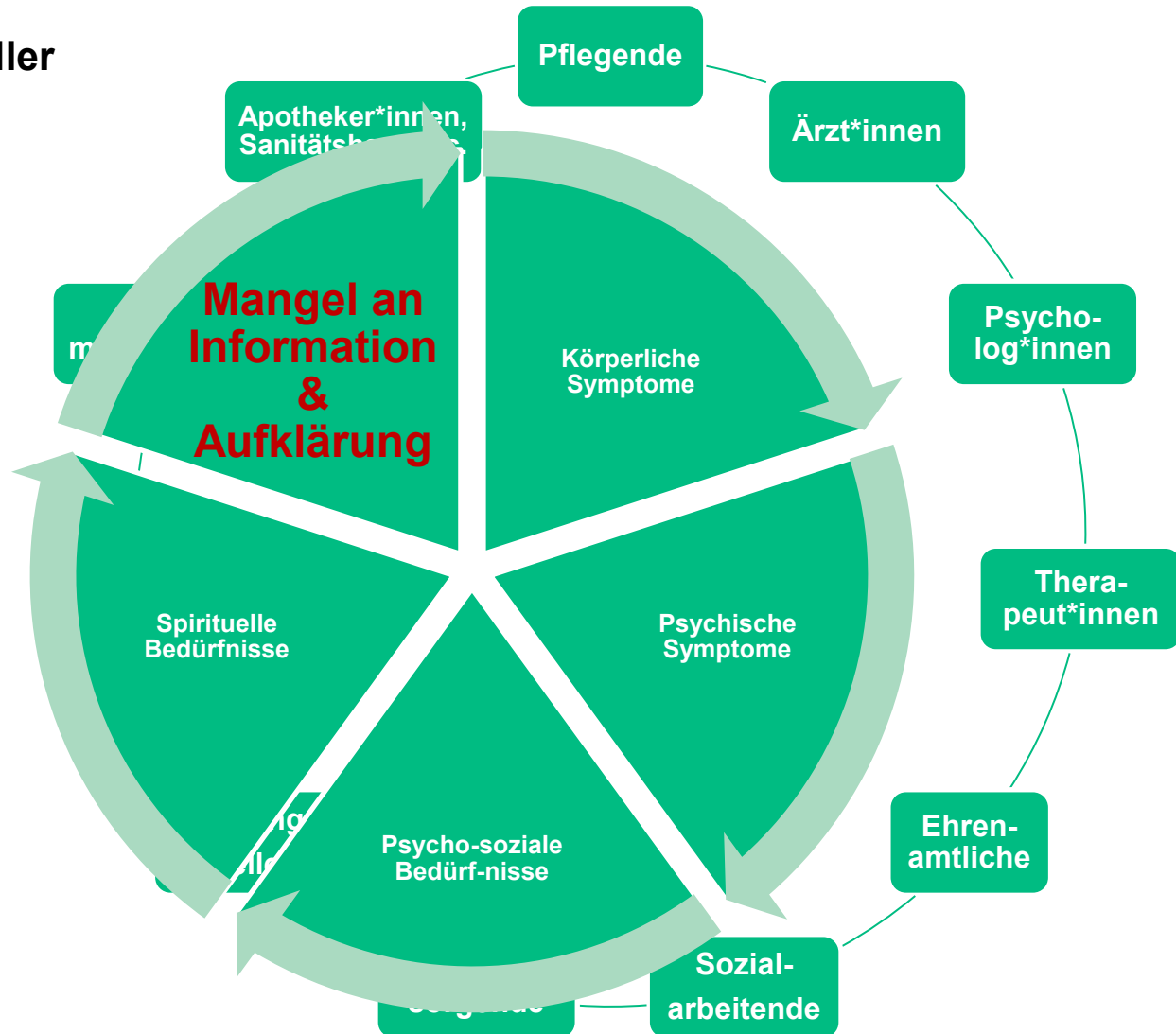
Palliativnetzwerk allgemein

>> multiprofessioneller
Teamansatz



Palliativnetzwerk allgemein

>> multiprofessioneller
Teamansatz



„Bedürfnis der Unwissenheit“

- Jeder hat ein Recht darauf, Informationen über Krankheitsverlauf, Behandlungsmöglichkeiten, Versorgungsmöglichkeiten usw. nicht zu bekommen, bzw. in seinem „Tempo“ zu erhalten

Begriffsklärung Palliativ(Medizin)

Wann?

palliativ beginnt im besten Fall bereits ab dem Moment der Diagnose einer schwerwiegenden, häufig unheilbaren Erkrankung.

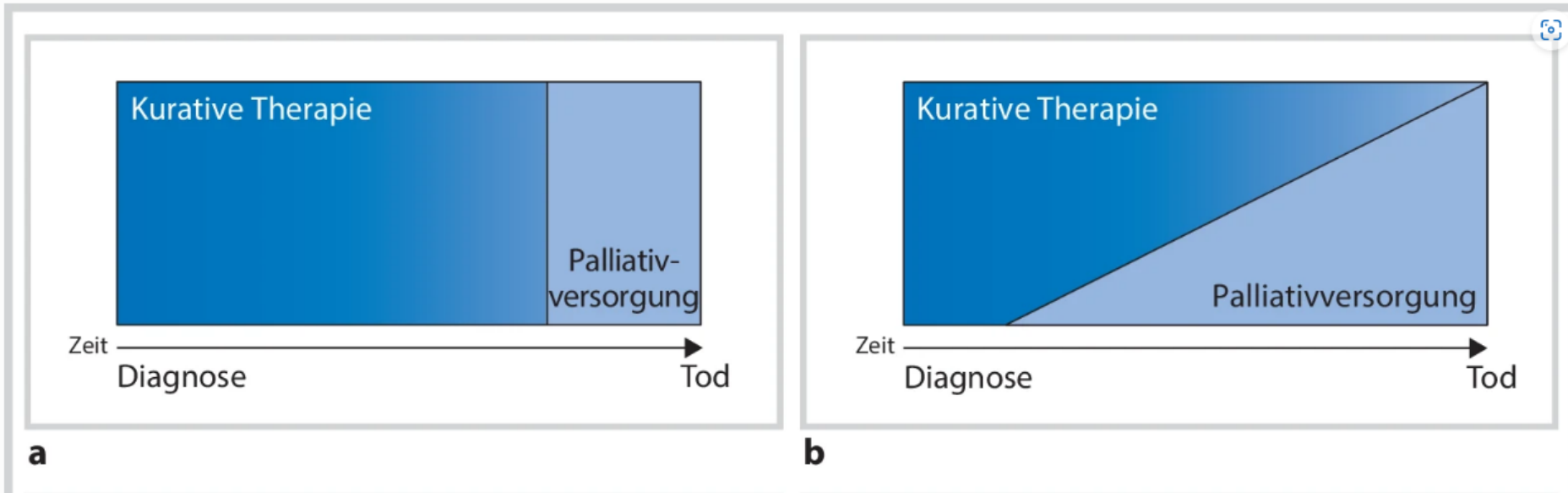
Dabei **orientiert** sich **palliativ** aber nicht an der Prognose, sondern an den **Bedürfnissen der Betroffenen**.

Krankheitsphasen

Phasen der Einsatzmöglichkeiten der Palliativ(Medizin)

- **stabil:** Symptome unter Kontrolle, Patient*innenbedürfnis durch Betreuungsplan befriedigt, stabile Familiensituation
- **instabil:** neue große Probleme oder rasche Steigerung bestehender großer Probleme innerhalb weniger Tage, dringende oder weniger dringende Änderung im Betreuungsplan notwendig, um Patient*innenbedürfnisse zu befriedigen
- **verschlechternd (reduzierend):** Symptome verändern sich schrittweise oder stetig über Wochen oder Entwicklung neuer, aber erwarteter Probleme über Tage/ Wochen mit Notwendigkeit, den Betreuungsplan anzupassen und regelmäßig zu überprüfen, mit steigender familiärer Belastung und/ oder sozialer/ praktischer Belastung
- **sterbend (terminal):** Tod innerhalb der nächsten Tage wahrscheinlich mit Notwendigkeit der regelmäßigen, i. d. R. täglichen Überprüfung des Betreuungsplanes und regelmäßigen Unterstützung der Familie

Integration von Palliativversorgung



Übergänge von einer kurativen auf eine palliative Therapiezielsetzung. **a** historisches Modell; **b** frühe Integration der Palliativversorgung

Early Integration

auch: *early palliative care*, *Frühintegration*

- (Behandlungs-)Konzept, bei dem bereits ab dem Zeitpunkt der Diagnose einer fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankung eine strukturierte Unterstützung bzw. Mitbehandlung durch die Palliativversorgung erfolgt
- Einbeziehung im Rahmen eines graduellen Übergangs von einer kurativen hin zu einer immer mehr palliativen Versorgung

(DGP 2016; Leitlinienprogramm Onkologie 2020; Ateş et al. 2021)

Begriffsklärung Palliativ

Wo?

palliativ wird zuhause angeboten, im Pflegeheim, im Krankenhaus, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder im Hospiz.

“ Die Betreuung erfolgt [...] soweit wie möglich in dem vertrauten bzw. selbst gewählten Umfeld.

Leitsatz 2 der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Strukturen der Palliativversorgung in Deutschland

Palliative Care im Krankenhaus

- Im Fokus: *Symptombehandlung*
- Umsetzung erfolgt durch ein Palliativteam (Konsildienst), auf einer Palliativeinheit bzw. Palliativstation dezentral und zentral mit Behandlung und Beratungen
- Ziel: ist die Entlassung nach Hause, in ein Hospiz bzw. Pflegeeinrichtung/ die frühe Integration der Palliativmedizin, Stabilisierung des Allgemeinzustandes, Symptomkontrolle, bzw. end of life Behandlung

Palliative Care: Pflege und Wohnen/ Eingliederungshilfe

- Fokus *Symptombehandlung*
 - Einsatz der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (PCTeams /SAPV Team)
 - Einsatz der allgemeinen Palliativversorgung (z. B. durch Hausärzt:innen & palliativ geschulte Mitarbeitende)
 - Ziel: Erhalt der Lebensqualität
-
- Fokus *end of life Behandlung*
 - Einsatz SAPV und AAPV
 - Ziel: symptomarmer selbstbestimmter Sterbeprozess

Palliative Care ambulant

- Fokus *Symptombehandlung*:
 - Einsatz der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (PCTeams /SAPV Team)
 - Einsatz allgemeiner Palliativversorgung (z. B. durch Hausarzt & Pflegedienst)
 - Einsatz ambulanter Hospizdienst
 - Kooperation mit Beratungsstellen im Bezirk zur sozialen Unterstützung
 - Kooperationen mit Therapeuten- und Gruppenangeboten
 - Ziel: Erhalt der Lebensqualität und Leben in der Häuslichkeit mit oder ohne Partner
-
- Fokus *end of life Behandlung*:
 - Begleitung durch ambulanten Hospizdienst
 - SAPV, AAPV, BQKPMV Arzt
 - Ziel: Symptomarmer selbstbestimmter Sterbeprozess

Allgemeine und spezialisierte palliative Versorgung

APV und SPV

- Entscheidung individuell anhand Komplexität der Patient:innenbedürfnisse bzw. Versorgungsleistung → **hohe Situationskomplexität = i. d. R. SPV**

Orientierungshilfen für Ermittlung der Komplexität in 2 Kategorien:

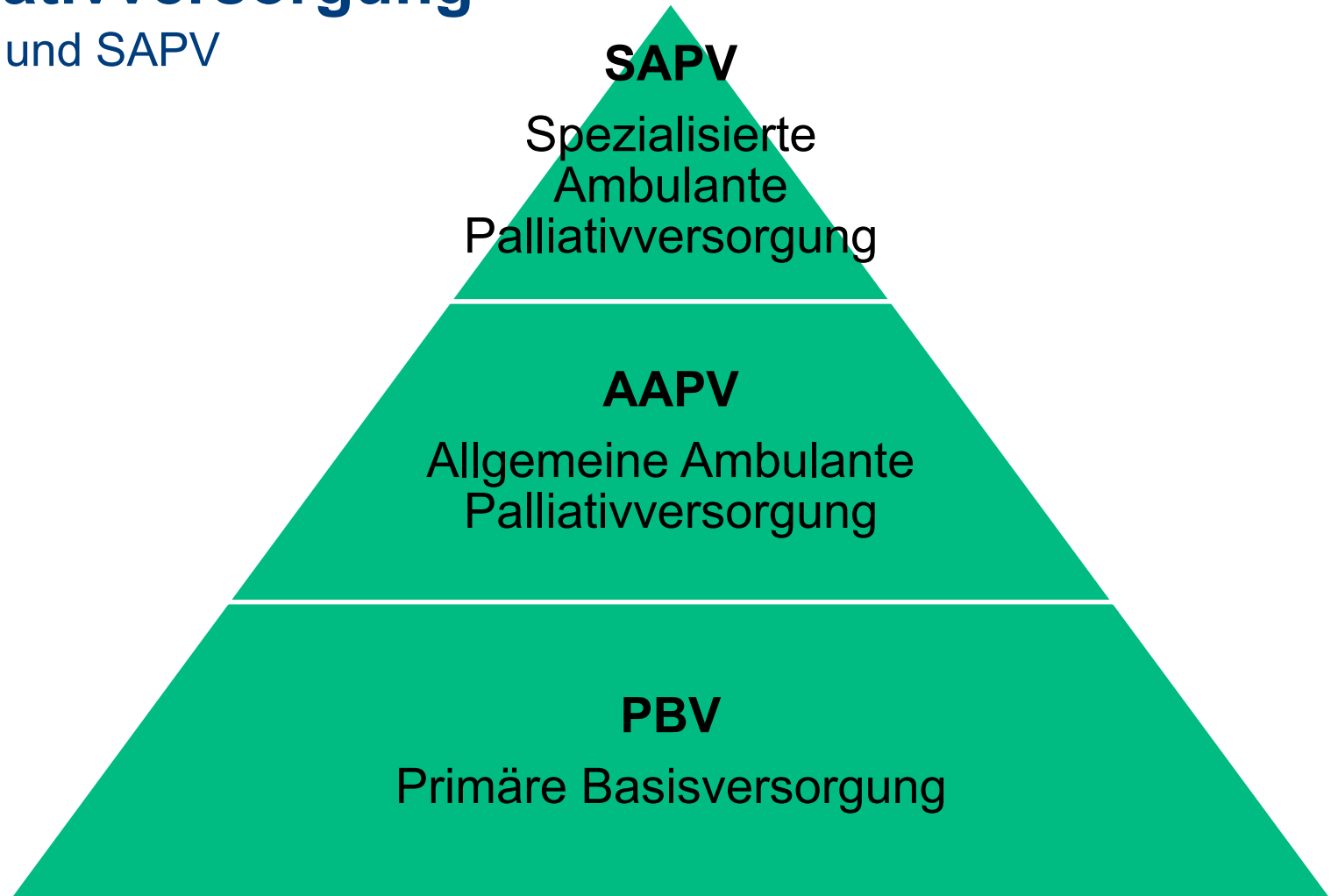
- **Niedrig/ Mittel:** wenig ausgeprägte Symptome, langsames bzw. mäßiges Fortschreiten der Erkrankung, keine bzw. nicht belastende weitere Krankheiten – v. a. keine floriden psych. Erkrankungen; ausgeglichene psych. Befindlichkeit u. stabile familiäre Situation
- **Hoch:** ausgeprägte Symptome, die schwierig zu behandeln sind, exulzierende Tumoren oder drohende Querschnittslähmung; ausgeprägte Angstzustände, fehlende Krankheitsbewältigung oder schwierige Familienverhältnisse, die die Betroffenen belasten und wenig unterstützend sind; Behandlungsplan muss aufgrund der fluktuierenden Situation immer wieder angepasst und regelmäßig überprüft werden

APV und SPV – ambulant

- **APV – ambulant:** u. a. Hausärzt*innen, Pflegeeinrichtungen – mit Basisqualifikation (AAPV)
- **SPV – ambulant:** gesetzlich verankert als Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)
 - SAPV ergänzt die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV)
 - SAPV soll Betroffenen eine Versorgung in ihrer vertrauten Umgebung ermöglichen (§ 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V)

Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung

AAPV und SAPV



Allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung

AAPV und SAPV



APV und SPV – stationär

- **APV – stationär**: u. a. allgemeine Krankenhausstationen, Palliativeinheiten, -betten
- **SPV – stationär**:
 - **stationäre Hospize**: begleiten Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase, wenn Behandlung in einem Krankenhaus nicht mehr notwendig und die Versorgung in eigener Häuslichkeit oder Pflegeeinrichtung nicht möglich ist
 - **Palliativstationen**: Linderung krankheits- und therapiebedingter Beschwerden, Stabilisierung des Zustands, Unterstützung der Patient*innen/ Angehörigen >> Entlassung in häusliches Setting oder weiterführende Versorgungseinrichtungen (Versorgung in Akut- bzw. Krisensituationen)
 - **Palliativdienste**: abteilungsübergreifend beratend/ unterstützend im Gesamtkrankenhauskontext tätig, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team

*Leitlinienprogramm Onkologie 2020; Melching 2015;
Albrecht et al. 2018; Radbruch et al. 2011a; Radbruch et al. 2011b*



Die moderne Hospizbewegung und Palliativmedizin wurde durch die Arbeit der englischen Ärztin Dame Cicely Saunders begründet. Das von ihr 1967 gegründete St. Christopher's Hospiz in Sydenham (London) existiert noch heute. Cicely Saunders entwickelte die Prinzipien der Schmerzkontrolle.

Total Pain Konzept / Modell

Dame Cicely Saunders



- **Dame Cicely Saunders**
(Sozialarbeiterin, Pflegefachkraft und Ärztin;
Begründerin der modernen Hospizbewegung
und Palliativmedizin)
- Berücksichtigung **4 interrelationaler Dimensionen** hinsichtlich des Leidens:
 - **körperlich**: somatische Ebene (z. B. Appetitstörung)
 - **psychisch**: kognitive und emotionale Ebene (z. B. Loslassen müssen)
 - **sozial**: zwischenmenschliche Beziehungen der Betroffenen, finanzielle Belastungen
 - **spirituell**: Erfahrung, Ausdruck oder Suchen von Sinn und Bedeutung in Verbindung etwa mit dem eigenen Selbst (z. B. Sinnkrise); existenzielle Fragen (z.B. hinsichtlich Hoffnung, Vergebung oder Tod), religiöse Aspekte, Werte, Werthaltungen (für Betroffenen wichtige Aspekte z. B. Natur, Familie, ...)
- Multidimensionalität des Leidens

(Saunders und Baines 1991; Leitlinienprogramm Onkologie 2020; Voltz 2018)

Total Pain Konzept / Modell

Dame Cicely Saunders

- Parallelität bzw. gleich hohe Relevanz der vier Dimensionen
- jedoch: Hierarchie des Bearbeitens der Ebenen angelehnt an die Bedürfnispyramide von Maslow (1981)
- beginnend mit körperlichen Bedürfnissen (i. S. von physische Schmerzen müssen zunächst reduziert werden, damit der Mensch die psychische Ebene seines Schmerzes überhaupt wahrnehmen kann)
- **Antwort auf Total Pain Modell >> Total Care, Ganzheitlichkeit**

(Gerhard 2017)

1980er Jahre bis heute Meilensteine der Entwicklung in Deutschland

1983

- Gründung der ersten Palliativstation in Köln
- „Interviews mit Sterbenden“ von Elisabeth Kübler-Ross erscheint auf Deutsch

1985- 1986

- Gründung des ersten Hospizvereins in München
- Erste Hospize in Aachen und Recklinghausen

1992/ 94

- Deutscher Hospiz- und Palliativverband entsteht (DHPV)(vorher BAG Hospiz)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin entsteht (DGP)

Heutiger Stand Hospiz und Palliativversorgung in Deutschland laut DGP

- Ca. 15% der Krankenhäuser in Deutschland verfügen über eine der bundesweit rund 330 Palliativstationen.
- Seit 2007 besteht ein Rechtsanspruch auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).
- Bis Ende 2024 haben 17.286 Mediziner:innen die Zusatzausbildung Palliativmedizin absolviert
- Bundesweit gibt es rund 270 stationäre Hospize, 21 für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
- 1500 ambulante Hospizdienste beraten in Fragen der ambulanten Betreuung
- 140.000 Menschen engagieren sich ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich

Hospiz und Palliativversorgung

Deutschland

- <https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>
- <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-veroeffentlichungen/broschueren.html>
- https://www.dgpalliativmedizin.de/images/230202_Broschu%CC%88re_Publikationen_online_72dpi.pdf
- file:///C:/Users/User/Downloads/RZ_201019_Schlusselbegriffe_online.pdf

Literatur, Quellen

- Albrecht E, Bausewein C, Roller S, Voltz R (2018): Vom Bedürfnis zum Bedarf. In: Bausewein C, Roller S und Voltz R (Hrsg.): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbegleitung (6. Auflage). Deutschland: Urban & Fischer (Elsevier), 484–485.
- Ateş G, Jaspers B, Peuten S, Schneider W, Radbruch L (2021): Palliativversorgung. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg.): Krankenhaus-Report. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2016): Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. [online] https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf [zuletzt geprüft: 01.08.2021].
- Gerhard C (2017): Palliativdienst. Total Pain – Grenzen der Schmerz bzw. Symptomerfassung. In: Handbuch zur Integration palliativer Kultur und Praxis im Krankenhaus Hogrefe Verlag, Bern S. 175 f.
- Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E (2018): Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. CA Cancer J Clin, 68 (5): 356-376.

Literatur, Quellen

- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2020): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL. [online] <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> [zuletzt geprüft: 01.06.2021].
- Melching H (2015): Faktencheck Gesundheit. Palliativversorgung Modul 2. Strukturen und regionale Unterschiede in Hospiz- und Palliativversorgung. [online] https://faktencheckgesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Versorgungsstrukturen-palliativ.pdf [zuletzt geprüft: 10.08.2021].
- Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, De Vliege T, Firth P, Hegedus K, Nabal M, Rhebergen A, Smidlin E, Sjögren P, Tishelman C, Wood C, de Conno F (2011a): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). Zeitschrift für Palliativmedizin, 12: 216–227.
- Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, De Vliege T, Firth P, Hegedus K, Nabal M, Rhebergen A, Smidlin E, Sjögren P, Tishelman C, Wood C, de Conno F (2011b): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). Zeitschrift für Palliativmedizin, 12: 260–270.

Literatur, Quellen

- Radbruch L, Schmedding L, Ateş G, Jaspers B, Melching H, Kranz S, Bausewein C (2022): Infrastruktur der Palliativversorgung – Versorgungspfade von pflegebedürftigen Menschen in der palliativen Phase. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2022. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6_3.
- Saunders C und Baines M (1991): Leben mit dem Sterben. Bern: Hans Huber.
- Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A (2002): Palliative care: the world health organization's global perspective. J Pain Symptom Manage, 24: 91–96.
- Voltz R (2018): Der Ansatz der Palliativmedizin. In: Bausewein C, Roller S und Voltz R (Hrsg.): Leitfaden Palliative Care. Palliativmedizin und Hospizbegleitung (6. Auflage). München: Elsevier Urban & Fischer, 3–6.
- https://www.dhvp.de/zahlen_daten_fakten.html, Zugriff: 28.01.2026, 20:04