



- ▶ **Patient:innen im Mittelpunkt** – interprofessionell und gemeinsam Verantwortung tragen
- ▶ **Lebensqualität im Fokus** – Symptomkontrolle im Vordergrund, zielführende Diagnostik und Therapie rasch umsetzen
- ▶ **Wissen & Haltung verbinden** – Leitlinien, Choosing Wisely und Erfahrung als Basis

Interprofessionalität und Entscheidungsfindung in der Palliative Care

Gesundheitsprofessionals im palliativen Setting zeichnen sich durch gemeinsam getroffene Entscheidungen aus. Diese bilden die Grundlage des palliativen Behandlungsansatzes. Leitlinien, aber auch Negativ-Empfehlungen der Initiative Choosing Wisely („Gemeinsam gut entscheiden“) können dabei eine wertvolle Unterstützung bieten – im Sinne einer adäquaten Behandlung im Setting Palliative Care.



Dr. in Maria Fangmeyer Binder
Abteilung für Innere Medizin, Landeskrankenhaus Mödling



Patricia Julia Harlfinger, MSc, MSc, BSc, PgDip

Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation & Cochrane Österreich, Universität für Weiterbildung Krems



Martin Fangmeyer, MScN, BScN

Interprofessionelle Zusammenarbeit:

Typischerweise arbeiten im palliativen Setting zahlreiche Professionen. Ein interprofessionelles Team in der Palliative Care umfasst beispielsweise Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen, Pharmazeut:innen, klinische Psycholog:innen, Pfleger:innen, Entlassungsmanager:innen, Sozialarbei-

ter:innen, Ärzt:innen, Musiktherapeut:innen, Sterbeamtler:innen, ehrenamtliche Mitarbeiter:innen, Seelsorger:innen, Priester:innen, Diätolog:innen und Pädagog:innen. In gemeinsamen Besprechungen tauschen diese Berufsgruppen ihr Wissen über Patient:innen aus.

Entscheidungsfindung im palliativen Kontext

Ziel dieser Entscheidungsfindung ist eine individuell auf die Patient:innen abgestimmte Versorgung, bei der Symptomkontrolle und bestmögliche

Tab. 1: 4 Kategorien von Leid nach Längle³

Körperliches Leid	ausgelöst durch Verletzungen oder Erkrankungen wie z.B. Schmerzen. Da der Mensch als Ganzes verstanden wird, können körperliche Beschwerden auch seelisches Leiden hervorrufen. Viktor Frankl prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der „ärztlichen Seelsorge“.
Psychisches Leid	entsteht durch den Verlust von etwas Wertvollem und führt zu Gefühlen wie Angst, Schwere, Leere und sowie der Wahrnehmung des Lebens als Mühsal und psychischer Verletztheit. Psychisches Leid kann auch durch Kränkungen oder gebrochene Treue entstehen.
Persönliches Leid	zeigt sich, wenn Menschen sich von sich selbst entfremden oder ihre Identität verlieren, etwa durch Verlust der eigenen Integrität, Abwertung, Nicht-Gesehen-Werden oder Lächerlich-Gemacht-Werden. Insbesondere spürbar ist dieses Leid, wenn die Intimsphäre sowie persönliche Grenzen verletzt werden oder wenn Schuld- und Gewissenskonflikte bestehen.
Existentielles Leid	entsteht durch Erfahrungen von Sinnlosigkeit, Orientierungslosigkeit, Hoffnungslosigkeit oder aus dem gefühlten Fehlen eines größeren Rahmens, in dem das Leben und Handeln verstanden wird. Hoffnungslosigkeit kann schließlich zu Verzweiflung führen.

Lebensqualität im Mittelpunkt stehen. Hierbei werden Indikation und Kontraindikation sorgfältig hinterfragt, um die bestmögliche Therapie einzuleiten oder eine Änderung der laufenden Therapie, im Sinne einer Therapiezieländerung, zu ermöglichen. Ein zentrales Merkmal sind dabei zügige Abwägungen: Entscheidungen werden nicht unnötig aufgeschoben. Insbesondere bei Symptomen wie Schmerzen oder Dyspnoe wäre eine Verzögerung unmenschlich und würde auch von den Teammitgliedern nicht akzeptiert. Die Interprofessionalität dient hier zugleich als positive Kontrollinstanz.

Belastung und Mittragen im Team

Die Arbeit im interprofessionellen Team ist integraler Bestandteil der Palliative Care. Der Blick auf schwerstkranke, sterbende Menschen und ihre Zu- und Angehörigen erfordert die abgestimmte Versorgung durch verschiedene Professionen, deren gemeinsames Ziel die bestmögliche Lebensqualität ist.¹ Nicht nur Versorgungsentscheidungen sind die Aufgabe von Palliativ-Teams, sondern auch das gemeinsame Tragen der Belastungen, die die Schicksale der Patient:innen mit sich bringen. Die Begleitung von Menschen mit schwerem Leid stellt dabei eine besondere Herausforderung dar. Dieses Leid ist klar von Depressionen zu unterscheiden und kann nicht durch medikamentöse Behandlung gelindert werden. Vielmehr sind Betroffene auf kompetente Begleiter:innen angewiesen.² Fachpersonal kann diese begleitende Rolle besonders gut übernehmen, wenn es sich mit den Quellen des Leidens auseinandersetzt. Alfried Längle unterscheidet vier Kategorien von Leid, siehe dazu **Tab. 1.**³

All diese Kategorien von Leid können allein oder gleichzeitig auftreten. Eine Einordnung kann die Kommunikation

mit Patient:innen verbessern. Das gemeinsame Mittragen des Leids kann überdies die Belastung für Patient:innen, Zu- und Angehörige sowie Fachkräfte reduzieren.

Bedeutung der Berufsgruppenkenntnis

Damit interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt, braucht es Wissen und Anerkennung für die Leistungen der jeweils anderen Professionen.⁴ Zentrales Prinzip ist dabei, dass gute Betreuung und Versorgung nur im Miteinander entsteht und jede Profession einen wertvollen Beitrag zur Linderung der Symptomlast leistet.⁵ Dies umfasst auch die Übernahme von Verantwortung für Patient:innen. In gemeinsamen Reflexionen werden tragfähige Therapieentscheidungen getroffen, Therapieziele überprüft oder auch Therapien beendet. Dieses Vorgehen bewahrt – im Gegensatz zu isolierten Entscheidungen – Einzelne vor Überlastung. Besonders anspruchsvoll ist die Entscheidung, eine mögliche Therapie nicht durchzuführen. Angesichts multipler Handlungsoptionen betrifft dies sowohl medizinische, pflegerische⁶ und andere therapeutische Bereiche. Orientierung bietet hier das ethische Prinzip des „Nicht-Schadens“⁷, wie von Beauchamp und Childress⁸ formuliert.

Ihre vier medizinethischen Prinzipien sind kulturübergreifend, gelten als Teil einer „allgemein geteilten Moral“ (common morality) und bieten Fachpersonen rechtliche und ethische Orientierung. Auch An- und Zugehörige von schwerkranken und sterbenden Menschen können mit Hilfe dieser Prinzipien gut aufgeklärt werden. Sie helfen zu verstehen, warum eine bestimmte Intervention nicht (mehr) durchgeführt werden sollte und stellen das Fürsorgeprinzip in den Vordergrund.

Medizinische Perspektive in der Palliative Care

Das Ziel palliativer medizinischer Behandlung ist Symptomkontrolle und Verbesserung der aktuellen Lebenssituation; die verbleibende Lebenszeit soll so angenehm wie möglich gestaltet werden. Ärztliche Entscheidungen beruhen in der Palliative Care auf Fachwissen, Leitlinien und reflektierten Erfahrungen. Belastende Symptome wie Durchfall, Verstopfung, Müdigkeit, Gangunsicherheit, Atemnot, Angst und Schmerzen können mit Medikamenten und anderen unterstützenden Maßnahmen behandelt werden. Auf umfangreiche Routine- oder Aufnahmediagnostik kann im palliativen Stadium oft verzichtet werden, sofern keine akuten Symptome vorliegen. Stattdessen steht das Erkennen reversibler Probleme im Vordergrund, die zu einer therapeutischen Konsequenz führen. Laborchemisch sind v.a. Parameter wie Natrium, Kalzium, Kalium sowie Nieren- und Leberfunktionsparameter relevant, da diese das Bewusstsein und das Befinden stark beeinträchtigen sowie neue Beschwerden auftreten können. Die eingeschränkte Nierenfunktion erfordert die Anpassung von Medikamentendosierungen, um Überdosierungen zu vermeiden. Leberfunktionsstörungen können zu Blutungen, hepatischer Enzephalopathie, Eiweißmangelödemen oder Juckreiz führen, sodass dann supportive Therapie angezeigt ist.⁹

Weniger ist mehr

Eine bereichernde Ergänzung zur Diskussion um Über- bzw. Fehlversorgung in der Palliative Care bietet die Initiative „Gemeinsam gut entscheiden – Choosing Wisely Austria“ – diese hinterfragt kritisch das Prinzip „Mehr ist mehr“.

„Do-not-do“: In enger Zusammenarbeit mit der Österreichischen Palliativgesellschaft

schaft (OPG), dem Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation sowie Cochrane Österreich an der Universität für Weiterbildung Krems wurde im Jahr 2023 eine Liste mit fünf besonders wichtigen evidenzbasierten Negativ-Empfehlungen (Do-not-do) entwickelt.

Die Auswahl dieser Top 5 erfolgte durch ein strukturiertes Konsensverfahren, in dem 13 von der OPG nominierte Expert:innen aus 15 geprüften internationalen Vorschlägen jene Empfehlungen wählten, die für den Alltag der Palliativversorgung besonders relevant sind. Damit entstand ein Instrument, das Ärzt:innen, Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsprofessionals dabei unterstützt, Fehl- und Überversorgung zu vermeiden und Patient:innen eine bestmögliche Lebensqualität zu sichern. Es gibt auch eine Version in laienge-rechter Sprache, die in Form einer Gratis-Broschüre aufgelegt wurde und im klinischen Alltag zum Gelingen von Gesprächen zwischen medizinischem Personal und Patient:innen bzw. Angehörigen beitragen soll. Die Top-5-Empfehlungen umfassen die in **Tab. 2** angeführten fünf Themen.¹⁰

Alle Details zu den Empfehlungen inklusive Quellen sowie weiterführende Informationen zu Methodik und Hintergrund finden sich auf der Website

Tab. 2: Top 5 Themen Palliativversorgung

- 1 Vorausschauende Gespräche mit Patient:innen über ihre künftige Versorgung sollen zeitlich nicht aufgeschoben werden.
- 2 Bei Patient:innen mit fortgeschrittener Demenz soll eine enterale Ernährung (PEG, perkutane endoskopische Gastrostomie, nasogastrale Sonde) nicht empfohlen werden. (Bieten Sie stattdessen eine unterstützte orale Ernährung an.)
- 3 Bei Patient:innen, die an physischen, psychischen, sozialen oder spirituellen Belastungen leiden, soll die Palliativversorgung nicht aufgeschoben werden, auch wenn gleichzeitig noch eine zielgerichtete Therapie stattfindet.
- 4 Eine palliative Sedierung soll nicht mit Opioiden erfolgen.
- 5 In der Sterbephase von Patient:innen sollen keine medizinischen, pflegerischen und physiotherapeutischen Maßnahmen eingeleitet oder fortgesetzt werden, falls diese nicht bestmögliche Lebensqualität zum Ziel haben.

von „Gemeinsam gut entscheiden“. Hier können auch die kostenlose Broschüre und Infoblätter bestellt werden.^{10, 11}

Resümee

- Im Setting Palliative Care treffen interprofessionelle Teams täglich Entscheidungen für und mit ihren Patient:innen, wobei die Verbesserung der Lebensqualität durch Reduktion der Symptomlast im Vordergrund steht.
- Routineuntersuchungen sollen möglichst vermieden werden. Werden durch Diagnostik reversible Probleme erkannt, gilt es, therapeutische oder supportive Maßnahmen rasch einzuleiten, wobei die Bedürfnisse

der Patient:innen als Wegweiser dienen.

- Die verschiedenen Berufsgruppen arbeiten in diesem Setting auf Augenhöhe zusammen, halten Leid und Schicksalsschläge gemeinschaftlich aus und verlieren die Patient:innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen nicht aus dem Fokus.
- Grundlage dieses Handelns sind Fachwissen, reflektierte Erfahrungen sowie Leitlinien- und Negativ-Empfehlungen wie von z.B. Choosing Wisely, getragen von Cicely Saunders' Haltung: „Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

1 Hirmüller S, Schröder M. Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. Schnell MW, Schulz C (Hrsg.): Basiswissen Palliativmedizin. Springer 2014; 11-21
 2 Gabl C. Leid ist ansteckend 2022, <https://www.hospiz.at/blog/leid-ist-ansteckend/>
 3 Längle A. Warum wir leiden – Verständnis, Umgang und Behandlung von Leiden aus existenzanalytischer Sicht. EXISTENZANALYSE 2009
 4 Egli S, von Wartburg L, Näf F. Das interprofessionelle Team in der Palliative Care – Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG - Direktionsbereich Gesundheitspolitik 2016, <https://www.bundespublikationen.admin.ch/de/product/00000000862646236/das-interprofess-team->

palliative-care

5 Kruppa-Boelck S. Interdisziplinarität in Palliative Care aus Sicht der Palliativpflege. SPECTRUM Onkologie 2011; 4: 94-6
 6 Hilfswerk-Steiermark. Ethik in der Pflege – Der ständige Begleiter im pflegerischen Alltag. o.D., <https://www.hilfswerk.at/steiermark/neuigkeiten-und-artikel/fachartikel-und-interviews/pflege-und-betreuung/ethik-in-der-pflege/>
 7 Universität-Basel. Prinzipien der Biomedizinischen Ethik 2025, <https://tales.nmc.unibas.ch/de/psychotherapie-ethik-37/prinzipienethik-moralischer-konflikt-und-guterabwagung-204/prinzipien-der-biomedizinischen-ethik-1045>
 8 Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. Oxford

University Press 2013

9 Brausewein C et al., Leitfaden Palliative Care. Urban & Fischer Verlag/ Elsevier GmbH 2021
 10 gemeinsam-gut-entscheiden. Die Top 5 – Palliativversorgung: Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Universität für Weiterbildung Krems 2024, https://gemeinsam-gut-entscheiden.at/wp-content/uploads/GGE-Palliativ_2024_07_WEB.pdf
 11 gemeinsam-gut-entscheiden. PALLIATIVVERSORGUNG: Top-5-Liste der Negativ-Empfehlungen: Österreichische Palliativgesellschaft sowie Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Universität für Weiterbildung Krems 2024, <https://gemeinsam-gut-entscheiden.at/wp-content/uploads/20250327-GGE-Leaflet-Palliative-Care.pdf>