



Behandlung und Begleitung von Erwachsenen am Lebensende auf der Intensivstation: Zentrale Aspekte zum Lebensende und zum Sterben

Eine Handlungsempfehlung der Sektion Ethik der DIVI und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Urs Münch¹ · Gunnar Duttge² · T. Johannah Eggardt³ · Peter Gretenkort⁴ · Stefan Kleinschmidt⁵ · Stefan Meier⁶ · Friedemann Nauck⁷ · Gerald Neitzke⁸ · Martin Neukirchen^{6,9} · Fred Salomon¹⁰ · Manuela Schallenburg¹¹ · Anna-Henrikje Seidlein¹² · Sonja Vonderhagen¹³ · Claudia Weber¹⁴ · Susanne Jöbges¹⁵

¹ DRK Kliniken Berlin, Berlin, Deutschland; ² Zentrum für Medizinrecht und Institut für Kriminalwissenschaften, Georg-August-Universität Göttingen, Göttingen, Deutschland; ³ Medizinische Klinik m.S. Nephrologie und Internistische Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; ⁴ Simulations- und Notfallakademie am Helios Klinikum Krefeld, Krefeld, Deutschland; ⁵ Klinik für Anaesthesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes und Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar, Deutschland; ⁶ Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ⁷ Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; ⁸ Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; ⁹ Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland; ¹⁰ Mobile Ethikberatung in Lippe (MELIP), Detmold, Deutschland; ¹¹ Hochschule Flensburg University of Applied Science, Flensburg, Deutschland; ¹² Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Deutschland; ¹³ Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsmedizin Essen, Essen, Deutschland; ¹⁴ Klinische Ethik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland; ¹⁵ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, CCM/CVK, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin und Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Deutschland

Einleitung

„Es gibt Zeiten, in denen es im Interesse der Gesundheit liegt, zu sterben. Es ist nicht gesund, das Sterben hinauszuziehen.“ C. Saunders

Das primäre Ziel von Intensivmedizin ist, eine kritische Krankheitsphase mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu überwinden und den Patientinnen¹ das Überleben und die Rückkehr in ein von der Intensiv-

¹ Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche, männliche und diverse Personen. Auf eine Doppelnennung und

medizin unabhängiges, für sie tragbares Leben zu ermöglichen. Dieses Therapieziel kann nicht immer erreicht werden. Daher müssen von Beginn an alle Therapien kritisch reflektiert werden, um die Gefahr einer Übertherapie oder Überversorgung zu vermeiden.

Wenn auch Intensivstationen primär kurativ ausgerichtet sind, sterben Intensivpatientinnen. Zum Beispiel versterben 53,4% der invasiv beatmeten Patientinnen [3]. Die Möglichkeit des Sterbens, der Umgang mit Leid und der Respekt

gegenderte Bezeichnungen wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

vor dem Lebensende erfordern es, in die Intensivmedizin auch palliativmedizinische Behandlungsansätze einzubeziehen. Das ist häufig eine Herausforderung für Patientinnen, Angehörige² und das Behandlungsteam.

Zulassen und Aushalten des Sterbens sind klinischer Alltag. Wenn aussichtslose Prognose, fehlende Indikation oder der Wille der Patientin die Fortführung oder Ausweitung der lebensverlängernden Therapiemaßnahmen nicht zulassen [4], ist es wie bei jeder intensivmedizinischen Entscheidung essenziell, gemeinsam getragene, gut begründete und verlässliche Therapiekonzepte zu formulieren („shared decision“), um Sicherheit und Verständnis für alle Beteiligten in der letzten Lebensphase zu ermöglichen.

Das Nichteinleiten (englisch „withholding“) und die Beendigung (englisch „withdrawing“) einer nicht (mehr) indizierten oder einer unerwünschten Behandlungsmaßnahme sind ethisch und juristisch äquivalent. Hier kann es jedoch zu Unterschieden in der Wahrnehmung durch den Einzelnen kommen. Diese können

² „Angehörige sind alle nahestehenden Menschen, die in das soziale Netzwerk der Patient*innen eingebunden sind, unabhängig davon, ob eine verwandtschaftliche Beziehung besteht. Neben Familienmitgliedern können dies Verwandte, Freund*innen, Nachbar*innen usw. sein, die den/die Patient*in pflegen, versorgen, unterstützen oder begleiten und im regelmäßigen Austausch zu ihm/ihr stehen“ [6].

Dies ist Teil 1 der Handlungsempfehlung „Behandlung und Begleitung von Erwachsenen am Lebensende auf der Intensivstation“ der Sektion Ethik der DIVI und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Teil 2 „Therapiemaßnahmen und Begleitung am Lebensende“ finden Sie auf <https://doi.org/10.1007/s00101-025-01570-1>, oder Sie finden den Artikel über die Suche des Titels auf www.springermedizin.de.

Diese Handlungsempfehlung wird parallel in den Zeitschriften *Die Anaesthesiologie* (Open access) und *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* publiziert.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Das primäre Ziel der Intensivmedizin ist es, eine kritische Krankheitsphase mit allen verfügbaren Mitteln zu überwinden und den Patientinnen das Überleben sowie eine Rückkehr in ein selbstständiges Leben ohne intensivmedizinische Betreuung zu ermöglichen. Dieses Therapieziel kann jedoch nicht immer erreicht werden. Die Möglichkeit des Sterbens, der Umgang mit Leid und der Respekt vor dem Lebensende machen es erforderlich, auch palliativmedizinische Behandlungsansätze in die Intensivmedizin einzubeziehen. Die Begleitung von Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen auf Intensivstationen erfordert eine Haltung, die diese in ihrer Individualität ganzheitlich erfasst und respektiert und die das gesamte Team trägt. Neben einer Haltung, die Leben und Sterben anerkennt, sind verlässliche Strukturen, klare Absprachen und palliativmedizinisches Fachwissen der jeweiligen Berufsgruppen erforderlich. In der praktischen Umsetzung gilt es, bei allem Streben nach Berücksichtigung der Wünsche der Betroffenen, im rechtlich zulässigen Rahmen zu bleiben. Neben der jeweiligen professionellen Expertise ist das wichtigste Werkzeug die wertschätzende und klare Kommunikation mit allen Beteiligten und Betroffenen. Bei Unsicherheiten zu ethischen und palliativmedizinischen Fragen sowie bei psychischer Belastung sollte es jederzeit möglich sein, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Schlüsselwörter

Sterbebegleitung · Kommunikation · Intensivmedizin · Palliativmedizin · Handlungsempfehlung

zwischen Ländern und Kulturen ebenso wie innerhalb einer Klinik, einer Abteilung oder sogar innerhalb eines Behandlungsteams bestehen [5].

Die folgenden Empfehlungen zielen darauf ab, die verschiedenen Perspektiven und Aspekte der Behandlung von Sterbenden zu beleuchten, nachdem die Entscheidung für diese Änderung des Therapieziels getroffen wurde, um dieser herausfordernden Situation und der Unsicherheit zu begegnen.

Das Manuskript gliedert sich in zwei Teile. Teil 1 enthält zentrale allgemeine Aspekte zur Behandlung und zur Begleitung von Patientinnen in intensivmedizinischen Einrichtungen beim vereinbarten Zulassen des Sterbens. Teil 2 gibt Handlungsempfehlungen für konkrete Situationen der Sterbebegleitung auf der Intensivstation (ITS).

Haltung

Zum Selbstverständnis der verschiedenen Professionen auf einer Intensivstation gehört es, ein Problembewusstsein in Bezug auf medizinisch Machbares und medizinisch Sinnvolles zu entwickeln [7]. Dazu gehört auch, Sterben nicht als Versagen zu empfinden, sondern das Begleiten von Sterbenden als professionelle Aufgabe zu begreifen. Das umfasst auch, die eigene Haltung zur Endlichkeit des Lebens zu reflektieren und im Respekt und im Han-

deln gegenüber anderen Menschen sichtbar werden zu lassen.

Auch in einer (über-)lebensorientierten Intensivmedizin ist in vielen Fällen eine palliativ begleitende und unterstützende Grundhaltung, die die Patientin und ihre Angehörigen umfasst, erforderlich [8]. Den Menschen als Ganzes mit seinen körperlichen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen in den Blick zu nehmen, kann es der Patientin ermöglichen, ihre eigenen Ziele in der ihr verbleibenden Zeit zu verfolgen [3], und den Angehörigen die Möglichkeit geben, Abschied zu nehmen.

Die Orientierung an Lebensqualität und Symptomlinderung verändert das Wahrnehmen, Denken, Erleben und Handeln. Sie beeinflusst gleichermaßen die Kommunikation mit Patientinnen und deren Angehörigen sowie auch den Umgang innerhalb des Teams. Um diese Grundhaltung entwickeln zu können, braucht es die Bereitschaft, sich mit diesem Thema und dem daraus resultierenden Aus- und Weiterbildungsbedarf in der Sterbebegleitung auseinanderzusetzen [9].

Merke. „Palliative care“ (World Health Organisation (WHO)): „Die Palliativmedizin/Palliative Care ist ein wesentlicher Bestandteil einer integrierten, auf den Menschen ausgerichteten Gesundheitsversorgung. Die Linderung schweren gesundheitsbedingten Leidens, sei es physisch, psychisch, sozial oder spirituell, ist eine umfassende

Infobox 1

Hilfe zur Kommunikation (Baile [1], Mahendiran [2])

- Sprechen Sie sich vor dem Gespräch ab:
 - Wer im Team und wer aus anderen beteiligten Fachrichtungen muss über das geplante Gespräch informiert werden?
 - Überlegen Sie, wer außer Ihnen und der zuständigen Pflegefachperson am Gespräch teilnehmen sollte, z. B. vertraute Person aus dem Team, Seelsorge, Psychologin oder Umfeld der Patientin?
 - Was soll gesagt werden? Wer soll welche Inhalte übermitteln?
 - Wer muss danach über Gesprächsergebnisse informiert werden?
 - Wer dokumentiert die Inhalte des Gesprächs für die Teammitglieder?
- Nutzen Sie bewährte Kommunikations-tools, wie das „SPIKES“-„VALUE“-Tool oder „NURSE“.
- Informieren Sie in verständlicher Sprache, formulieren Sie ruhig und klar, z. B. ist die Situation nicht „kritisch“, sondern „die Patientin wird sterben“.
- Hören Sie aufmerksam zu, denn Zuhören ist der Schlüssel, um Anliegen, Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen.
- Nehmen Sie Reaktionen und Emotionen des Gegenübers wahr und sprechen Sie diese empathisch an. Lassen Sie ambivalente, (scheinbar) widersprüchliche oder vorwurfsvolle Aussagen der Zugehörigen als einen Versuch, mit einer unfassbaren, extremen Situation umzugehen, zu. Bleiben Sie ruhig und halten emotionale Reaktionen aus.
- Betonen Sie die Ziele in der letzten Lebensphase und der Sterbebegleitung (z. B. optimale Symptomlinderung), weniger die Details der dazu notwendigen Maßnahmen. Signalisieren Sie deutlich, dass Sie und das Team Patientin und Familie nicht allein lassen.
- Fassen Sie am Ende noch einmal die wesentlichen Punkte zusammen und vereinbaren ggf. einen nächsten Gesprächstermin.

de ethische Verantwortung. Unabhängig davon, ob die Ursache des Leidens eine Herz-Kreislauf-Erkrankung, Krebs, schweres Organversagen, arzneimittelresistente Tuberkulose, schwere Verbrennungen, eine chronische Erkrankung im Endstadium, ein akutes Trauma, eine extreme Frühgeburt oder extreme Gebrechlichkeit im Alter ist/sind, kann Palliativversorgung erforderlich und muss auf allen Versorgungsebenen verfügbar sein“ [8].

„Intensive care“: Die Intensivmedizin/Intensive care ist das medizinische Fachgebiet, das sich um Patientinnen, deren Leben in unmittelbarer Gefahr ist – etwa, wenn ein lebenswichtiges Organ wie Herz, Leber, Lunge, Nieren oder das Nervensystem betroffen ist, kümmert. Die Intensivmedizin/Intensive care stellt das „Gleichgewicht“ der defekten lebenswichtigen Organe der Patientinnen wieder her, bevor die Patientin in einen anderen Fach-/Versorgungsbereich verlegt werden kann. (<https://www.esicm.org/patient-and-family/what-is-intensive-care/>).

Juristische Aspekte

Besteht nach sorgfältiger Prüfung keine Indikation mehr für den weiteren Einsatz von Intensivmedizin oder weist der mutmaßliche Patientenwille deutlich in Richtung einer Reduktion bzw. Beendigung intensivmedizinischer Lebenserhaltung, ist die Befolgung dieser ärztlichen Einschätzung bzw. des Patientenwillens nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten [10].

Auf welche konkrete Weise die Begrenzung der laufenden Therapie dabei erfolgt, sei es durch bloßes Unterlassen (*Withholding*) einer Therapieverlängerung oder durch tätigen Abbruch konkreter intensivmedizinischer Maßnahmen (*Withdrawal*), ist juristisch irrelevant. Denn auch bei aktivem Beenden der (vorübergehend) lebensrettenden Verfahren handelt es sich nicht um eine „aktive Tötungshandlung“, sondern um eine (ggf. sukzessive) Rücknahme von Intensivmedizin zugunsten eines Sterbenzulassens [11]. Die Patientin verstirbt an ihrer schweren Grunderkrankung, nicht an einer Tötung.

Ist zur Indikationsfrage Klarheit gewonnen, gilt es, dieser fachlichen Einschätzung gemäß auch konsequent zu handeln. Die Begrenzung intensivmedizinischer Maßnahmen liegt dann in ärztlicher (auch: Kommunikations-)Verantwortung und darf nicht verantwortungsscheu den Patienten bzw. deren An- und Zugehörigen aufgetrozt werden. Diesen muss aber ggf. auch Grenzen gesetzt werden, wenn eine Verlängerung bzw. Wiederaufnahme lebens- (und sterbe-)verlängernder Intensivmedizin jenseits des noch ärztlich Vertretbaren gefordert wird. Das Selbstbestimmungsrecht berechtigt nicht

dazu, unärztliches Tun zu verlangen [12], ebenso wie es nicht ärztliche Aufgabe ist, die Grenzen der Erträglichkeit eines Leidenszustands oder evtl. Grenzen der „Sinnhaftigkeit“ eines Weiterlebens dem jeweiligen Patienten bzw. seinem Stellvertreter vorzuschreiben: „Das Urteil über den Wert [eines menschlichen Lebens] steht keinem Dritten zu“ [13].

Denn auch die leidlindernden Optionen bilden nur mehr ein Therapieangebot, das von der Patientenseite erwünscht oder auch abgelehnt werden kann. Ist dem Patienten zugleich die möglichst lange Aufrechterhaltung seiner Kommunikationsfähigkeit wichtig, bedarf es bei dieser Gratwanderung zwischen Zuviel und Zuwenig der zur Linderung eingesetzten Medikamente vielmehr einer engmaschigen Symptomerfassung als eines intensivmedizinischen Monitorings mit Erfassung aller Vitalparameter. Soweit die Pflicht zur effektiven Leidlinderung reicht, sind hieran Ärzte und Pflegefachpersonen gleichermaßen gebunden. Letztere dürfen deshalb notfalls – bei vorübergehender Unerreichbarkeit einer Arztperson – um der Leidlinderung willen von einer ärztlichen Anordnung abweichen, weil ansonsten das (auch nur vorübergehende) Unterlassen („bis zur nächsten Visite“) als Körperverletzung zu qualifizieren wäre [14]. Die jeweils verantwortliche Leitung hat zudem – fortwährend – für ausreichende (v. a. personelle) Ressourcen und das Bestehen adäquater organisatorischer Rahmenbedingungen Sorge zu tragen (Organisationsverantwortung).

Kommunikation

Grundsätzliches zur Kommunikation

Um eine Therapiezieländerung umzusetzen, sind wiederholte Gespräche mit den Betroffenen und den an der Behandlung und der Pflege Beteiligten erforderlich. Kommunikation ist hier als Prozess zu verstehen, der den sich ändernden Umständen angepasst werden muss. Kommunikation soll klar, verständlich, ehrlich, empathisch und achtsam sein. Achtsam meint hier die Wortwahl, den Gesprächsrahmen und die nonverbale Kommunikation unter Berücksichtigung emotionaler Aspekte

sowie religiöser und soziokultureller Hintergründe.

Kommunikation im Team

Sterben auf der ITS zuzulassen, braucht eine klare Kommunikation der ergänzenden palliativen Behandlungsmaßnahmen im gesamten Team, um eine bestmögliche Symptomlinderung („comfort terminal care“) und interprofessionelle Begleitung zu gewährleisten. Zweifel oder Unbehagen sollten von jedem Teammitglied geäußert werden können und Gesprächsraum bekommen. So kann erreicht werden, dass alle Aspekte der Behandlung und Begleitung der Patientin Berücksichtigung finden, damit jedes Teammitglied Art und Umfang der Symptomlinderung und die Sterbebegleitung mittragen sowie seinen Teil dazu beitragen kann [15]. Allen Teammitgliedern soll bekannt sein, welche Unterstützungsmöglichkeiten bei Bedarf zur Verfügung stehen und in Anspruch genommen werden können.

Kommunikation mit Patientinnen und Angehörigen

Die Möglichkeit, trotz aller intensivmedizinischen Behandlungsoptionen zu sterben, sollte frühzeitig im Behandlungsverlauf thematisiert werden. Mit der Entscheidung, dass das Sterben zugelassen wird, müssen individuelle und soziokulturell bedingte Bedürfnisse und Wünsche über die Art und den Umfang der Symptomlinderung und der Sterbebegleitung erfragt, erkannt, benannt und umgesetzt werden. Hierbei sind Vorerfahrungen und Unsicherheiten im Umgang mit Tod und Sterben anzusprechen und einzubeziehen.

Hier kann eine respektvolle Kommunikation Halt und Sicherheit schaffen ([16, 17]; Infobox). So können Ängste, Zweifel und Unsicherheiten minimiert und das Vertrauen in die Kompetenz des Behandlungsteams auch in der Sterbephase gestärkt werden. Es soll eine klare Wertschätzung der Persönlichkeit der Patientin zum Ausdruck kommen [15].

Eine wache Patientin muss ihren Fähigkeiten entsprechend eingebunden werden. Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit bedürfen besonderer fachlicher Kompetenz und Zuwendung. Ebenso

muss bei sprachlicher Barriere der Einsatz professioneller Sprachmittler erfolgen, damit Chancengleichheit und Selbstbestimmungsrechte sichergestellt werden können [18].

Auf die Vielfalt individueller Ausdrucksformen ist zu achten, um die Bedürfnisse der Patientin zu verstehen und zu berücksichtigen [19].

Die hohe emotionale Belastung der Patientinnen und ihrer Angehörigen kann zu Konflikten führen; diese bedürfen der Deeskalation, z. B. auch – wenn vorhanden – durch eine frühzeitig eingeleitete Unterstützung durch eine Palliativpsychologin im Rahmen einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung. Zugleich ist stets selbstkritisch zu reflektieren, ob bzw. inwieweit erschwerte Kommunikationen womöglich auf Missverständnisse oder eigene Vorbehalte zurückzuführen sind.

Ansprechpartner (zuständige Pflegefachpersonen und Ärztinnen pro Schicht) und weitere Unterstützungsmöglichkeiten wie z. B. Seelsorge, psychologische Unterstützung, ehrenamtliche Hospizdienste, sollten aktiv angeboten werden.

Angehörige

Auf der Grundlage gemeinsamer Erfahrungen und oft auch geteilter Wertvorstellungen bilden Angehörige und Patientinnen eine soziale Einheit. Die Situation der lebensbedrohlichen Erkrankung und des Sterbens konfrontiert die Angehörigen mit verschiedenen Rollen: Einerseits sind sie wichtige Ressource und Unterstützer der Patientin, andererseits aber auch Betroffene in einer Ausnahmesituation [20]. Dem Team sollte bewusst sein, dass Trauer bereits mit der Diagnosestellung beginnen kann. Das Erleben von als nicht friedlich oder gar traumatisch wahrgenommenen Todesumständen ist für Angehörige ein Risikofaktor für eine nachfolgende psychische Störung, wie z. B. eine anhaltende Trauerstörung [21, 22]. Diese ist für Betroffene dauerhaft sehr belastend und beeinträchtigt deren Leben nachhaltig [23]. Angehörige können einen hohen Bedarf an emotionaler Zuwendung und Informationsvermittlung haben. Insbesondere durch Angst kann eine rationale Informationsverarbeitung behindert werden. Außerdem kann es je nach sozio-

kultureller und spiritueller Prägung Unterschiede hinsichtlich der Sterbebegleitung, den Ansprüchen an die eigene Einbindung und des Prozederes nach Versterben geben [24]. Diese individuellen Bedürfnisse und Herausforderungen im Sterbeprozess müssen durch Unterstützung und Begleitung aller Teammitglieder erfragt, wahrgenommen und berücksichtigt werden [25]. Auch hier gilt, dass bei vorhandener Sprachbarriere der Einsatz von unabhängigen, professionellen Sprachmittlern notwendig ist, um eine adäquate Unterstützung zu ermöglichen und kommunikative Missverständnisse zu vermeiden [18]. Bei komplexen Symptombelastungen ist eine Unterstützung durch ein Team der spezialisierten Palliativversorgung hilfreich.

Team – interprofessionelle Expertise

Sterbenden so beizustehen, dass sie in Würde sterben können, ist eine der ureigensten Aufgaben des multiprofessionellen Teams auf der ITS. Um dieser Aufgabe bestmöglich gerecht zu werden, ist eine gute Zusammenarbeit notwendig [26, 27]. Neben klaren und transparenten Entscheidungsprozessen und Dokumentation ist es wichtig, über ein hohes Maß an Wissen, palliativer Haltung und klinischer Erfahrung im Umgang mit dem Sterben und dem Tod zu verfügen [9]. Durch Partizipation an Entscheidungsprozessen und durch klare Kommunikationen können Missverständnisse über zu ergreifende Maßnahmen und zu erreichende Behandlungsziele gemindert werden, was daraus resultierende Konflikte und Moral Distress im Team reduziert [28]. Vertrauen in Interdisziplinarität und Interprofessionalität sind wichtige Einflussfaktoren auf das Teamklima in der ITS [29]. Gemeinsame Teambesprechungen sowie (Fall-)Supervisionen können in diesem Zusammenhang unterstützen. In einer Sterbebegleitung hat jede Berufsgruppe ihre eigene Expertise und leistet ihren Beitrag zur Gesamtversorgung. Alle Teammitglieder sollten ihre persönlichen Emotionen wahrnehmen und reflektieren. Bei eigenen Unsicherheiten im Umgang mit sterbenden Menschen sollten sich Teammitglieder ermutigt fühlen, diese einzugestehen und den Austausch im Team zu suchen. Eine Ausbildung im

Umgang mit Sterbenden und Abschiednehmen sowie die Entwicklung von gemeinsamen Ritualen in der letzten Lebensphase und nach dem Versterben können helfen, den Verlust zu verarbeiten und den Zusammenhalt im Team zu stärken.

Bei ethischen Herausforderungen kann durch ein Fallgespräch und Hinzuziehen von Mitgliedern des Klinischen Ethikkomitees (KEK) Unterstützung geleistet werden. Um eine kohärente Behandlung der Patientinnen entsprechend ihren individuellen Präferenzen zu gewährleisten, kann die spezialisierte Palliativversorgung/ Palliative Care neben Unterstützung bei der Symptomlinderung auch bei der Festlegung gemeinsamer Therapieziele zur Bewältigung moralischer Herausforderungen wertvolle Unterstützung leisten [30, 31].

Zusammenfassung und Überleitung zu Teil 2

Um Menschen am Lebensende zu begleiten und ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen, bedarf es einer kontinuierlichen Auseinandersetzung mit den zentralen Aspekten der Palliative Care in der Intensivmedizin. Konkrete Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Sterbebegleitung finden sich in „Behandlung und Begleitung auf einer Intensivstation beim vereinbarten Zulassen des Sterbens – Teil 2“.

Die Begleitung Schwerkranker, Sterbender und ihrer Angehörigen auf Intensivstationen erfordert eine Haltung, welche diese in ihrer Individualität ganzheitlich erfasst und respektiert sowie das gesamte Team trägt. Dabei ist auf die besondere Vulnerabilität der Patientinnen und Angehörigen zu achten. Neben der Haltung, Leben und Sterben anzuerkennen, bedarf es verlässlicher Strukturen, klarer Absprachen und palliativmedizinischen Fachwissens der jeweiligen Berufsgruppen. In der praktischen Umsetzung gilt es, bei allem Streben nach Berücksichtigung der Wünsche Betroffener, im rechtlich zulässigen Rahmen zu bleiben. Wichtigstes Werkzeug neben der jeweiligen professionellen Expertise ist die wertschätzende und klare Kommunikation mit allen Beteiligten und Betroffenen. Bei Unsicherheiten zu ethi-

schen und palliativmedizinischen Fragen sowie bei psychischer Belastung sollte es jederzeit möglich sein, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Korrespondenzadresse

Susanne Jöbges

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, CCM/ CVK, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin und Humboldt-Universität zu Berlin
Berlin, Deutschland
susanne.joebges@charite.de

Danksagung. Das Manuskript wurde in konzeptioneller Zusammenarbeit mit weiteren Mitgliedern der Sektion Ethik der DIVI erstellt: Kathrin Knochel, Iris Barndt, Kristina Fuest, Ulrike Olgemüller, Raffael Riegel, Alexander Supady.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U. Münch, G. Duttge, T.J. Eggardt, P. Gretenkort, S. Kleinschmidt, S. Meier, F. Nauck, G. Neitzke, M. Neukirchen, F. Salomon, M. Schallenburg, A.-H. Seidlein, S. Vonderhagen, C. Weber und S. Jöbges geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Literatur

1. Baile WF et al (2000) SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 5(4):302–311
2. Mahendiran M et al (2023) Evaluating the Effectiveness of the SPIKES Model to Break Bad

News—A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Care* 40(11):1231–1260

3. Karagiannidis C et al (2024) In-hospital mortality, comorbidities, and costs of one million mechanically ventilated patients in Germany: a nationwide observational study before, during, and after the COVID-19 pandemic. *Lancet Reg Health Eur* 42:100954
4. Janssens U et al (2013) Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. *Medizinische Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 108(1):47–52
5. Mark NM et al (2015) Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med* 41(9):1572–1585
6. Stiel S et al (2024) Bedürfnisse, Probleme und Bedarfe von Angehörigen in der Palliativversorgung. Ein Überblick Über Neue Erkenntnisse Aus Forsch Deutsch – Teil 1 25(04):172–175
7. Neitzke G et al (2016) Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. *Medizinische Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 111(6):486–492
8. World Health Organization (2020) palliative care. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
9. Achora S, Labrague LJ (2019) An Integrative Review on Knowledge and Attitudes of Nurses Toward Palliative Care: Implications for Practice. *J Hosp Palliat Nurs* 21(1):29–37
10. Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Arztebl Int* 108(7):A–346
11. Duttge G, Chabiera PJ (2023) Ausgewählte juristische Aspekte der Therapiebegrenzung. *Medizinische Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 118(7):598–608
12. Dutzmann J et al (2025) Ärztliche Versorgung: Indikation als Voraussetzung für ärztliches Handeln Deutsches Ärzteblatt 1. *Dtsch Arztebl Int*: 38
13. Bundesgerichtshof, Urteil v. 2. Apr. 2019 – VI ZR 13/18 – BGHZ (amtliche Entscheidungssammlung des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen) 221, 352, 357, Bundesgerichtshof, Editor. 2019.
14. Bundesgerichtshof, Beschluss v. 20.05.2020 - 2 StR 434/19 - Medizinrecht 2021, 39(8), 728-730, Bundesgerichtshof, Editor. 2020.
15. Schaden E et al (2024) Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. *Die Anaesthesiol* 73(3):177–185
16. Chochinov HM (2007) Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ* 335(7612):184–187
17. Hansen E, Bejenke C (2010) Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie. *Anaesthesist* 59(3):199–209
18. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2022) Sicherstellung der qualifizierten und professionellen Sprachmittlung als Voraussetzung für Chancengleichheit beim Zugang zu Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/220627_Sprachmittlung_Palliativversorgung_f%C3%BCr_Menschen_mit_Migrationshintergrund_Abstract.pdf
19. Jöbges S (2022) Kommunikation mit Patientinnen auf der Intensivstation. *Medizinische Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 117:595–599
20. Seidlein A-H, Hartog C (2024) Folgen der Intensivtherapie für Zugehörige. *Dtsch Med Wochenschr* 149(05):211–215
21. Lobb EA et al (2010) Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Stud* 34(8):673–698

22. Lövgren M et al (2018) Care at End of Life Influences Grief: A Nationwide Long-Term Follow-Up among Young Adults Who Lost a Brother or Sister to Childhood Cancer. *J Palliat Med* 21(2):156–162
23. Muench U (2020) Anhaltende Trauer. Wenn Verluste auf Dauer zur Belastung werden. Vandenhoeck und Ruprecht Edition Leidfaden, Göttingen
24. Deffner T et al (2022) Psychosoziale Angehörigenversorgung: Rahmenkonzept für Intensivstationen. *Medizinische Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 117(8):600–606
25. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP), S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, 2019, AWMF Leitlinienregister,.
26. Donovan AL et al (2018) Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Crit Care Med* 46(6):980–990
27. Ferrell BR et al (2018) National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. *J Palliat Med* 21(12):1684–1689
28. Michels G et al (2023) Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin. *Medizinische Klin – Intensivmed Notfallmedizin* 118(1):14–38
29. Klarare A et al (2013) Team interactions in specialized palliative care teams: a qualitative study. *J Palliat Med* 16(9):1062–1069
30. Neukirchen M, Metaxa V, Schaefer MS (2023) Palliative care in intensive care. *Intensive Care Med* 49(12):1538–1540
31. Emmerich N (2018) Leadership in palliative medicine: moral, ethical and educational. *BMC Med Ethics* 19(1):55

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Treatment and Support for Adults at the End of Life in Intensive Care. A Recommendation by the Ethics Section of DIVI and the German Society for Palliative Medicine. Part 1: Key Aspects of End-of-Life Care and Dying in Intensive Care. Part 2: Therapeutic Measures and Support at the End of Life in Intensive Care

The primary goal of intensive care medicine is to overcome a critical phase of illness using all available means and to enable patients to survive and return to an independent life without intensive care. However, this therapeutic goal cannot always be achieved. The possibility of death, the need to alleviate suffering, and respect for the end of life make it necessary to integrate palliative approaches into intensive care medicine. Supporting seriously ill and dying patients and their relatives in intensive care units requires an attitude that holistically recognizes and respects their individuality and is shared by the entire team. In addition to recognizing life and death, reliable structures, clear agreements, and palliative care skills among the respective professional groups are necessary. When implementing these approaches, it is important to remain within the framework of legal requirements and to take the wishes of those affected into account. In addition to the relevant professional expertise, the most important tool is respectful and clear communication with all those involved and affected. Help should be available at all times in cases of uncertainty regarding ethical and palliative issues, as well as in cases of psychological stress.

Keywords

End of life care · Communication · Intensive care medicine · Palliative care medicine · Treatment recommendation