



Elke Steudter

Palliativpflege Essentials

Menschen am Lebensende und
im Sterben pflegen und begleiten

Palliativpflege Essentials

Palliativpflege Essentials

Elke Steudter

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

André Fringer, Winterthur; Manela Glarcher, Salzburg; Stefan Schmidt, Neubrandenburg;
Christine Sowinski, Köln; Angelika Zegelin, Dortmund

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Palliative Care:

Christoph Gerhard, Dinslaken; Markus Feuz, Zürich

Elke Steudter

Palliativpflege Essentials

Menschen am Lebensende und
im Sterben pflegen und begleiten

Prof. Dr. phil. Elke Steudter; Pflegewissenschaftlerin, RN,
Programmleitung Weiterbildungsstudiengang MAS FH in Palliative Care, Zürich
Anschrift: Careum Hochschule Gesundheit
E-Mail: elke.steudter@careum-hochschule.ch

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen,
info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Oliver Böni, Melanie Keller
Redaktionelle Bearbeitung: Martina Kasper
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: Jürgen Georg, Schöpfen
Umschlaggestaltung: Hogrefe AG, Bern
Kapiteltrenner: Elke Steudter
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín
Printed in Czech Republic
Auf säurefreiem Papier gedruckt

1. Auflage 2026
© 2026 Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96396-9)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76396-5)
ISBN 978-3-456-86396-2
<https://doi.org/10.1024/86396-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z.B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
Einleitung	13
1 Grundlagen	15
1.1 Palliative Care und Palliativpflege	17
1.1.1 Bedarf erkennen	18
1.1.2 Pflegerischer Handlungsrahmen	19
1.1.3 Pflegerische Kompetenzen	20
1.1.4 SENS-Modell	21
1.2 Palliativ-pflegerisches Denken und Handeln	23
1.2.1 Critical Thinking	25
1.2.2 Clinical Reasoning	26
1.3 Evidence-based Palliativpflege	27
1.4 Lebensende und Sterben	29
1.4.1 Besonderheiten	31
1.4.2 Lebensqualität bis zuletzt	31
1.4.3 Syndrom des beeinträchtigten End-of-Life Comforts	32
2 Symptommanagement	35
2.1 Palliativ-pflegerisches Assessment	38
2.1.1 Symptomfokussierte Anamnese	39
2.1.2 Assessmentinstrumente	39
2.1.3 Klinisch-pflegerische Untersuchung	42
2.2 Symptomcluster	42
2.3 Symptomerleben	43
2.4 Refraktäre Symptome	44
2.5 Angst	45

2.5.1	Hintergrund und Definition	45
2.5.2	Pflegeproblem und Einflussfaktoren	46
2.5.3	Pflegeassessment	47
2.5.4	Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	48
2.6	Appetitlosigkeit	49
2.6.1	Hintergrund und Definition	50
2.6.2	Pflegeproblem und Einflussfaktoren	51
2.6.3	Pflegeassessment	51
2.6.4	Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	52
2.7	Aszites	53
2.7.1	Hintergrund und Definition	53
2.7.2	Pflegeproblem und Einflussfaktoren	53
2.7.3	Pflegeassessment	54
2.7.4	Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	55
2.8	Atemnot	55
2.8.1	Hintergrund und Definition	55
2.8.2	Pflegeproblem und Einflussfaktoren	56
2.8.3	Pflegeassessment	57
2.8.4	Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	58
2.9	Delir	58
2.9.1	Hintergrund und Definition	59
2.9.2	Pflegeproblem und Einflussfaktoren	59
2.9.3	Pflegeassessment	60
2.9.4	Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	60
2.10	Diarrhö	61
2.10.1	Hintergrund und Definition	61
2.10.2	Pflegeproblem und Einflussfaktoren	62
2.10.3	Pflegeassessment	62
2.10.4	Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	63
2.11	Fatigue	64
2.11.1	Hintergrund und Definition	64
2.11.2	Pflegeproblem und Einflussfaktoren	65
2.11.3	Pflegeassessment	65
2.11.4	Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	66
2.12	Husten	67
2.12.1	Hintergrund und Definition	67
2.12.2	Pflegeproblem und Einflussfaktoren	68
2.12.3	Pflegeassessment	68
2.12.4	Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	69
2.13	Hautjucken	69

2.13.1 Hintergrund und Definition	69
2.13.2 Pflegeproblem und Einflussfaktoren	70
2.13.3 Pflegeassessment	71
2.13.4 Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	71
2.14 Mundtrockenheit	72
2.14.1 Hintergrund und Definition	72
2.14.2 Pflegeproblem und Einflussfaktoren	73
2.14.3 Pflegeassessment	73
2.14.4 Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	74
2.15 Obstipation	75
2.15.1 Hintergrund und Definition	75
2.15.2 Pflegeproblem und Einflussfaktoren	76
2.15.3 Pflegeassessment	77
2.15.4 Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	78
2.16 Schleimhautveränderungen	78
2.16.1 Hintergrund und Definition	79
2.16.2 Pflegeproblem und Einflussfaktoren	80
2.16.3 Pflegeassessment	80
2.16.4 Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	81
2.17 Schmerz	82
2.17.1 Hintergrund und Definition	83
2.17.2 Pflegeproblem und Einflussfaktoren	84
2.17.3 Pflegeassessment	84
2.17.4 Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	85
2.18 Schwindel	86
2.18.1 Hintergrund und Definition	86
2.18.2 Pflegeproblem und Einflussfaktoren	87
2.18.3 Pflegeassessment	87
2.18.4 Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	88
2.19 Traurigkeit	88
2.19.1 Hintergrund und Definition	88
2.19.2 Pflegeproblem und Einflussfaktoren	90
2.19.3 Pflegeassessment	90
2.19.4 Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	91
2.20 Übelkeit und Erbrechen	92
2.20.1 Hintergrund und Definition	92
2.20.2 Pflegeproblem und Einflussfaktoren	93
2.20.3 Pflegeassessment	94
2.20.4 Pflegeziele und Pflegemaßnahmen	95

3	Konzepte der Palliativpflege	97
3.1	Gesundheitliche Vorausplanung	98
3.1.1	Hintergrund	98
3.1.2	Besonderheiten	100
3.1.3	Advance Care Planning	100
3.2	Notfälle und Krisen	101
3.2.1	Akutereignisse	102
3.2.2	Krisenauslöser und Phasen	105
3.2.3	Krisenbewältigung und Interventionen	106
3.3	Therapiezielanpassung	107
3.3.1	Indikation	108
3.3.2	Formen	108
3.3.3	Voraussetzungen	109
3.4	Gezielte Sedierung	109
3.4.1	Indikation	110
3.4.2	Formen	111
3.4.3	Durchführung	112
3.4.4	Ethische Belange	113
3.5	Sterbewünsche	114
3.5.1	Formen	115
3.5.2	Umgang	116
3.6	Pflege von sterbenden und verstorbenen Menschen	118
3.6.1	Sterbephasen erkennen	118
3.6.2	Sterbende Menschen verstehen	119
3.6.3	Handlungsgrundsätze	120
3.6.4	Nach dem Versterben	122
3.7	Trauer	123
3.7.1	Trauer als Anpassungsprozess	123
3.7.2	Trauerreaktionen	124
3.7.3	In der Trauer begleiten	125
3.8	Familienzentrierte Palliativpflege	126
3.8.1	Familie als System erfassen	127
3.8.2	Familienbezogene Interventionen	127
3.9	Kultursensible und transkategoriale Palliativpflege	128
3.9.1	Transkategoriale Kompetenz	129
3.9.2	Kultursensible Anamnese	130
3.9.3	Kultursensible Kommunikation	131
3.10	Personzentrierte Palliativpflege	132

4	Kommunikation und Zusammenarbeit	135
4.1	Gespräche mit Patient:innen und Angehörigen	136
4.1.1	Das empathische Gespräch	137
4.1.2	Das patientenorientierte Gespräch	139
4.1.3	Überbringen von schlechten Nachrichten	140
4.1.4	Patient:innen- und Angehörigenedukation	141
4.2	Gespräche im Team	142
4.3	Interprofessionelle Zusammenarbeit	143
5	Literatur	145
 Palliative Care im Verlag Hogrefe		165
Autorin		169
Sachwortverzeichnis		171

Vorwort

Sich konsequent am Menschen und seinen Bedürfnissen orientieren, reflektiertes, aktuelles Fachwissen nutzen, wertschätzende und aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit im Team fördern, Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen zulassen, personenzentrierte, würdeorientierte Haltung leben, Setting übergreifende Versorgung umsetzen und ein gutes Leben bis zuletzt ermöglichen – so lässt sich das Anliegen der Palliative Care wohl in den wichtigsten Aspekten zusammenfassen. Dies ist kein einfaches Unterfangen, da die Herausforderungen mitunter beachtlich sind. Dennoch setzen sich Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen täglich dafür ein.

Obwohl sich die Palliative Care dem interprofessionellen Ansatz verpflichtet sieht, ist es wichtig, dass die beteiligten Personen auch professionsspezifisch denken und handeln. Denn zum einen kommen ihnen in der klinischen Praxis verschiedene Aufgaben zu, die unterschiedliche Herangehensweisen erfordern. Zum anderen können die verschiedenen Perspektiven ihren (Mehr-)Wert erst ganzheitlich entfalten und den Patient:innen zugutekommen, wenn sich die einzelnen Professionen in ihren Rollen fachlich fundiert einbringen.

Die professionelle Palliativpflege hat sich entsprechend des steigenden Bedarfs und den vielfältigen Aufgaben in den vergangenen Jahren stark entwickelt. Viele Pflegende spezialisieren sich inzwischen in dieser Fachrichtung und erwerben in Aus- und Weiterbildungen an Hochschulen und anderen Bildungseinrichtungen spezifisches Fachwissen. Vor diesem Hintergrund pflegen sie Patient:innen in den verschiedenen Phasen der Krankheitsverläufe, vor allem in den letzten Lebensmonaten und im Sterben. Palliativpflegende richten ihre Aufmerksamkeit dabei auch auf die Angehörigen und die Teams.

Die Palliativpflege ist in der palliativen Grundversorgung (allgemeine ambulante Pflegedienste, Pflegeheime, Bettenstationen im Krankenhaus), in der spezialisierten Palliative Care zuhause (Spezialisierte Ambulante Palliative Care SAPV) oder in einer Institution (Palliativstation im Krankenhaus, Hospiz) angesiedelt. Das vorliegende Praxisbuch wendet sich an in diesen Bereichen tätige Pflegefachpersonen.

Mit dem Hinweis „Essentials“ im Titel wird der Fokus auf die in der praktischen Palliativpflege wesentlichen Punkte gelegt. Der Schwerpunkt liegt auf den letzten

Lebensmonaten der Patient:innen und dem Sterbeprozess. Die Ausführungen sollen Pflegende darin unterstützen, ihr Fachwissen zur Palliative Care bzw. zur End-of-Life-Care zu festigen und zu erweitern, um dieses reflektiert in der Praxis anzuwenden. Gleichzeitig möchte das Buch pflegerelevantes Wissen komprimiert darstellen.

Im Zentrum des praxisorientierten Handbuches steht das palliativ-pflegerische Vorgehen und Handeln im Symptommanagement (**Kap. 2**), das entlang des Pflegeprozesses beschrieben wird und so auf die primär pflegerischen Aufgaben fokussiert. Bevor im Kapitel die in der Palliativpflege relevanten Symptome in alphabetischer Reihenfolge beschrieben und die pflegerischen Aufgaben ausgeführt werden, stellt das Kapitel übergeordnete und praxisrelevante Grundlagen zum Symptommanagement vor. Im Weiteren bietet das Buch essenzielle Grundlagen, auf die sich die professionelle Palliativpflege stützt (**Kap. 1**) und allgemeine pflegerische Konzepte und Ansätze (**Kap. 3, Kap. 4**), die für diese Fachrichtung relevant sind bzw. dort Anwendung finden. So ergibt sich ein facettenreiches Bild der allgemeinen Palliativpflege. Die Ausführungen stützen sich auf Ergebnisse und Empfehlungen der (Forschungs-) Literatur, der klinischen Erfahrung der Autorin, ihrer langjährigen Schreibtätigkeit zu verschiedenen Pflege Themen – insbesondere zu Aspekten der Palliativpflege – sowie auf den fachlichen Austausch mit Kolleg:innen und Studierenden der Palliative Care.

Pflegende sind gefordert, Fachwissen in der klinischen Praxis kritisch zu reflektieren, auf die Anwendbarkeit hin zu überprüfen und an die jeweilige Situation anzupassen. Dies gilt in besonderer Art und Weise für die vulnerablen Situationen, in denen sich fortgeschritten erkrankte Menschen der Palliative Care am Lebensende oder im Sterben befinden. Diesen wichtigen Schritt der bewusst reflektierten Umsetzung von fachlichen Inhalten kann ein Fachbuch zwar anregen, jedoch nicht vollständig leisten. Dies liegt in der Verantwortung der Pflegenden selbst. Das Buch soll den Palliativpflegenden dabei ein wertvoller und praxisorientierter Begleiter sein und sie in ihren klinischen Aufgaben unterstützen.

Pflegende, die sich neu in der Palliative Care orientieren, nutzen die Ausführungen, um das Anliegen der Palliative Care zu verstehen und Fachwissen zu den palliativ-pflegerischen Aufgaben zu erwerben, beispielsweise ergänzend zu einer Weiterbildung. In der Palliative Care erfahrene Pflegende können das Praxisbuch nutzen, um aktuelle Empfehlungen und Ansätze, z.B. zum Symptommanagement oder zur Person-centered Care zu reflektieren und ihre klinische Praxis dadurch zu erweitern.

Elke Steudter

Zürich, im April 2026

Einleitung

In den vergangenen Jahren hat sich die Palliative Care als eigene Fachrichtung stetig entwickelt. Das Spektrum reicht von der möglichst frühen Integration des Ansatzes, über die fachspezifische Versorgung von fortgeschritten chronisch oder lebensverkürzend erkrankten Menschen bis zu ihrer Pflege, Behandlung und Begleitung in den letzten Lebensmonaten und im Sterben. Die einzelnen Phasen eines Krankheitsverlaufs sind von unterschiedlichen individuellen Bedürfnissen der Patient:innen und ihren Angehörigen geprägt. An diesen Bedürfnissen orientieren sich die Palliative Care Teams, die sowohl ihr interprofessionelles als auch das professionspezifische Handeln daran ausrichten. Dadurch ergeben sich im Verlauf der Palliative Care Versorgung wiederum unterschiedliche Aufgaben für die Health Professionals und stetig neu zu ordnende Prioritäten.

Das bedürfnisorientierte Agieren der Palliative Care ist nicht nur von der jeweiligen Grunderkrankung der Patient:innen (z.B. fortschreitende neurologische, kardiologische oder onkologische Krankheit), sondern auch vom Krankheitsstadium, dem Alter der Betroffenen, dem Versorgungssetting und der psychosozialen Situation abhängig. Im Zentrum steht dabei stets das individuelle Leiden der Patient:innen und der Angehörigen, das mit geeigneten Maßnahmen möglichst rasch und ausreichend gelindert werden soll.

Viele palliative Versorgungssituationen sind davon geprägt, dass die Übergänge von allgemeiner zu spezialisierter Palliative Care sowie von Palliative Care zur End-of-Life Care fließend sind und nicht immer klar voneinander getrennt werden können. Zudem zeigt sich, dass sich die Pflege- und Behandlungsverläufe prognostisch nicht sicher vorhersagen lassen. Dies gilt besonders für die letzten Lebensmonate der Patient:innen. Entscheidend ist daher die reflektierte, ganzheitliche klinische Einschätzung der Patient:innen- und Angehörigensituation durch die interprofessionellen Teams, die sich vor allem in der Grundversorgung mehrheitlich aus Pflegefachpersonen und Ärzt:innen zusammensetzen. Bei Bedarf werden weitere Fachpersonen hinzugezogen.

Im Umgang mit weit fortgeschritten erkrankten Menschen werden in den folgenden Kapiteln Grundlagen beschrieben, die die Basis für die palliativpflegerische Arbeit legen können. Berücksichtigt werden dabei in Anlehnung an das SENS-

Modell (Eychmüller et al., 2020) die Belange des Symptommanagements, der Entscheidungsfindung (z. B. Gesundheitliche Vorausplanung, Therapiezielanpassung), des Netzwerkes (z. B. Kommunikation und Zusammenarbeit) und der Unterstützung der Angehörigen, die in verschiedenen Kapiteln integriert werden.



1 Grundlagen

Zentrales Anliegen der Pflege ist es, Menschen in jenen Tätigkeiten und Aufgaben zu unterstützen, die zur Gesundheit, zur Wiederherstellung der Gesundheit oder zum friedvollen Sterben beitragen (Henderson, 1997). Um dies zu ermöglichen ist es wichtig, fachlich-theoretische Inhalte und die klinische Erfahrung von Fachpersonen zu nutzen sowie die Beziehung zwischen Patient:innen, Angehörigen und Mitgliedern des interprofessionellen Teams im klinischen Alltag aktiv zu gestalten (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Dieser übergeordnete Ansatz gilt für die allgemeine Pflege und die Palliativpflege gleichermaßen.

Palliativpflegende sind in einer definierten Fachrichtung der pflegerischen Versorgung tätig und erwerben dort weiterführendes Fachwissen und klinische Expertise. Dennoch bleiben sie grundlegend Pflegende und damit zunächst den professionsbezogenen Regeln und rechtlichen Rahmenbedingungen ihres Berufsstandes

verpflichtet. Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass auch die Palliativpflege auf professionsspezifische Grundlagen wie den Pflegeprozess oder pflegespezifische ethische Handlungsempfehlungen zurückgreift.

Das Berufsverständnis der Pflege wandelt sich ebenso wie die Bedingungen, unter denen Pflegenden ihre Tätigkeit ausführen. Diese Entwicklung wurde vom International Council of Nursing (ICN) – dem Weltverband der Pflege – aufgenommen und mit einer angepassten Definition von Pflege und erstmals auch mit einer Definition von professionell-beruflich Pflegenden begegnet (ICN, 2025):

Pflege – erneuerte ICN-Definition

Pflege ist ein Beruf, der sich der Wahrung der Menschenrechte und dem bestmöglichen Gesundheitsstandard verschrieben hat, und zwar durch ein gemeinsames Engagement, um kooperative, interkulturelle und auf den Menschen ausgerichtete Pflege- und Dienstleistungen bereitzustellen. Die Pflege handelt und setzt sich für den gleichberechtigten Zugang der Menschen zu Gesundheit und zur Gesundheitsversorgung sowie für eine sichere, nachhaltige Umgebung ein. Pflege verkörpert die Philosophie und die Werte des Berufs. Sie fördert die Gesundheit und schützt die Sicherheit und Kontinuität. Die Pflegepraxis wird durch eine einzigartige Kombination aus wissenschaftlich fundiertem, professionsspezifischem Wissen, technischen Fähigkeiten, ethischen Standards und therapeutischen Beziehungen untermauert. Pflege setzt sich für Mitgefühl, soziale Gerechtigkeit und eine bessere Zukunft für die Menschen ein.

Beruflich Pflegenden – erstmalige ICN-Definition

Beruflich Pflegenden sind Fachpersonen, die in den wissenschaftlichen Kenntnissen, Fertigkeiten und der Philosophie der Pflege ausgebildet sind und die den Pflegeberuf auf der Grundlage etablierter Praxisstandards und ethischer Kodizes ausüben. Pflegenden verbessern die Gesundheitskompetenz und fördern die Gesundheit sowie Sicherheit von Patient:innen und Angehörigen, beugen Krankheiten vor, lindern Leiden, erleichtern die Genesung sowie die Anpassung an Gesundheitszustände und wahren die Würde der Menschen während des gesamten Lebens und am Lebensende. Sie arbeiten autonom und kooperativ in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Sie treffen Entscheidungen evidence-based und pflegen interkulturelle und therapeutische Beziehungen. Beruflich Pflegenden bieten eine auf den Menschen ausgerichtete, mitfühlende klinische und soziale Gesundheitsversorgung. Sie leiten, bilden aus, forschen, setzen sich für Patient:innen und Angehörige sowie für ihren Berufsstand ein, sind innovativ und bauen Vertrauen zu Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften auf (ICN, 2025, S. 12).

Viele Aspekte der ICN-Definition treffen auf Palliativpflegenden zu. Für sie ergeben sich jedoch aufgrund ihres Versorgungsauftrages, der individuellen Gesundheitssituationen sowie den Bedürfnissen der Patient:innen fachspezifische pflegerische

Schwerpunkte und Aufgaben. Damit Pflegende ein professionell-fundiertes Verständnis ihrer palliativ-pflegerischen Aufgaben entwickeln und den dazugehörigen Handlungsrahmen im interprofessionellen Team eigenverantwortlich und kompetent umsetzen können, sind theoretische Grundlagen und fachspezifisches Wissen notwendig (Bräter, 2016). Im folgenden Kapitel werden daher ausgewählte Aspekte, die für die Palliativpflege sowohl grundlegend als auch weiterführend relevant sind, beschrieben.

1.1 Palliative Care und Palliativpflege

Palliative Care ist ein Ansatz zur Linderung körperlicher und psychischer Leiden und zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient:innen und ihren Angehörigen (WHO, 2020). Ihr Ziel ist ein würdevolles Sorgetragen für die Bedürfnisse von Menschen mit fortgeschrittenen chronischen und schweren Erkrankungen sowie sterbenden Menschen, deren Selbstfürsorge zu verbessern und sie in der Bewältigung des Krankheits-, Behandlungs- und Pflegeverlaufs zu stärken und zu unterstützen. Zu den Merkmalen der Palliativversorgung gehören eine ganzheitliche Betreuung, die interprofessionelle Teamarbeit und eine mitfühlende, patienten- und familienzentrierte Begleitung (Wantonoro et al., 2023).

Der Palliative Care Ansatz zeichnet sich durch bestimmte Prinzipien aus (**Kasten 1-1**). Daraus lassen sich die zentralen Aufgaben jener Gesundheitsfachpersonen ableiten, die schwer und weit fortgeschritten erkrankte oder sterbende Patient:innen sowie ihre Angehörigen ambulant oder stationär, im Krankenhaus, zu Hause oder im Pflegeheim behandeln. Die Prinzipien finden sowohl in der palliativen Grundversorgung als auch in der spezialisierten Palliative Care Anwendung.

Kasten 1-1: Prinzipien der Palliative Care

Kommunikation kontinuierlich und zielorientiert gestalten: individuelle und realistische Ziele setzen, mit allen am Prozess Beteiligten besprechen, wie diese Ziele erreicht werden können, kontinuierlicher Austausch in der Begleitung.

Symptomlinderung ermöglichen: Symptomdiagnose und -bewertung, medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung, Behandlungserfolg evaluieren.

Emotional begleiten: Ursachen der Belastung erfassen, pharmakologische und psychotherapeutische Ansätze prüfen, Rund-Tisch-Gespräche initiieren und durchführen.

Sozial begleiten: Managementansätze (z.B. Case-Management), Aspekte der Sozialversicherung und finanziellen Sicherheit berücksichtigen, Unterstützung und Begleitung der Angehörigen ermöglichen.

Spirituell/existentiell begleiten: Ausdruck von Leiden, Ängsten oder Zweifeln anerkennen, seelsorgerische Aufgaben erkennen, Sinnsuche, kulturelle und religiöse Bedürfnisse erkennen.

Trauer ermöglichen/Hinterbliebene unterstützen: Beratung anbieten und darauf vorbereiten; Bedürfnisse und Unterstützungsbedarf der Angehörigen, einschließlich der Kinder, erfassen.

Im Team arbeiten: Rollen der Teammitglieder klären und traditionelle Ansichten überwinden, gegenseitiger Respekt und Unterstützung.

Ethische Belange beachten: Vertraulichkeit, Umgang mit und Verteilung von Ressourcen, Patientenverfügungen und Betreuungsvollmachten beachten, Sterbewünsche erkennen und ernstnehmen, Patient:innen als Expert:innen für ihre Situation anerkennen.

Auf Notfälle vorbereitet sein: vorausschauend auf mögliche Notfälle reagieren (z. B. Reservemedikation), Notfallplan erstellen, Patient:innenwünsche berücksichtigen, Patient:innen und Angehörige in der Situationsverarbeitung unterstützen.

Rechtliche Belange beachten: rechtliche Grundlagen und Normen der Palliativversorgung dem Handeln zugrunde legen (IAHPC, n.d.).

1.1.1 Bedarf erkennen

Menschen mit Bedarf an palliativer Versorgung rechtzeitig zu identifizieren, gehört zu den wichtigsten Aufgaben der Fachrichtung und der fachübergreifenden Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung. Denn Patient:innen werden zu Beginn ihrer Krankheit in der Regel von Teams anderer Fachdisziplinen, z. B. Kardiologie, Onkologie, Neurologie oder Urologie behandelt und gepflegt. Eine weitere Herausforderung besteht bei alten und sehr alten Menschen, denn die Überschneidungen der geriatrischen zur palliativen Versorgung sind groß, die Übergänge fließend und nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar (Visser et al., 2021).

Um die gesundheitsbezogene Versorgung bei fortschreitender chronischer Krankheit, im Alter oder einem lebensverkürzenden Tumorleiden mit der bestmöglichen Lebensqualität für die Betroffenen und ihren Angehörigen zu gestalten, muss der Palliative Care Bedarf rechtzeitig erkannt und kommuniziert werden (Weissman & Meier, 2011). Die Einschätzung, ob und wie stark sich der Gesundheitszustand von Patient:innen verschlechtert und der damit einhergehende Bedarf an allgemeiner oder spezialisierter Palliative Care erfolgt meist klinisch. Vor allem im Hinblick auf die verbleibende Lebenszeit besteht dabei große prognostische Unsicherheit, was

dazu führen kann, dass der Ansatz der Palliative Care zu spät oder gar nicht umgesetzt wird. Um den Bedarf rechtzeitig zu erkennen und den Einschätzungserfolg nicht nur von der Erfahrung der Fachpersonen abhängig zu machen, stehen verschiedene Instrumente und Tools zur Verfügung (Vayne-Bossert & Bally, 2021). Diese schätzen die Situation anhand bestimmter Faktoren oder Fragen ein und strukturieren sie. Dafür kann beispielsweise das Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-4ALL-DE) genutzt werden (Mahura et al., 2024). Das englische Original liegt in einer validierten deutschen Version vor (Afshar et al., 2018). Zunächst wird nach verschiedenen – insgesamt sieben – Anzeichen eines sich verschlechternden Ist-Zustands gefragt, beispielsweise ungeplanten Krankenhauseinweisungen oder zunehmendem Unterstützungsbedarf aufgrund körperlicher oder psychischer Einschränkungen. Anschließend wird organbezogen erhoben, ob und welche Krankheiten vorliegen. Die Notwendigkeit und das Ergebnis der Einschätzung werden mit den Betroffenen, den Angehörigen und im Team besprochen, um das weitere Vorgehen gemeinsam zu planen.

Basierend auf dem SPICT-Instrument, in Kombination mit den Indikationskriterien für die spezialisierte Palliative Care (BAG & GDK, 2014), wurde von der Schweizerischen Andreas-Weber-Stiftung (2023) der EPS-Test (Einschätzung palliativer Situationen) entwickelt. Im Rahmen eines Projektes wurde der Test 2021/2022 im Konsensverfahren in drei Pflegeheimen und einem Krankenhaus validiert. In verschiedenen Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung in der Schweiz wird der EPS-Test zur Einschätzung des Palliative Care Bedarfs inzwischen eingesetzt.

1.1.2 Pflegerischer Handlungsrahmen

Die meisten Fachpersonen im deutschen Gesundheitswesen sind Pflegende (Bundesministerium für Gesundheit, 2022). Damit bilden sie eine wichtige Säule für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung (SAMW, 2019). In der Palliative Care übernehmen Pflegende entsprechend ihres Kompetenzprofils sowie vor dem Hintergrund des Grade- und Skillmix (Ludwig, 2015) eigenverantwortliche Aufgaben und unterstützen die Patient:innen unter anderem bedarfs- und bedürfnisgerecht in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Dabei zeichnet sich die pflegerische Arbeit in den stationären Einrichtungen besonders dadurch aus, dass Pflegende in der Regel 24/7 zur Verfügung stehen. So werden Veränderungen im Gesundheitszustand meist von ihnen zuerst erfasst, weitergeleitet und dokumentiert. Durch ihre professionelle Nähe sind sie zudem wichtiger Teil der „Unit of Care“ (Schulz-Quach & Schnell, 2019, S. 125), Fürsprecher:innen für die Betroffenen und deren Angehörigen sowie wichtiges Bindeglied zum übrigen Behandlungsteam.

Die Palliativpflege basiert auf dem Fundament der allgemeinen Pflege und nutzt deren übergeordnete Leitideen. Dazu gehören u. a.: Ganzheitlichkeit, Integration und Inklusion, Personenzentrierung, ethische und rechtliche Vorgaben, Kommunikation und Information sowie Fachwissen und klinische Fertigkeiten (Royal College of Nursing, 2024). Die Palliativpflege orientiert sich neben diesen allgemeinen Grundlagen länderspezifisch auch an den professionseigenen Kompetenzen, Rollen und Aufgaben, wie sie in den jeweils national gültigen Handlungsempfehlungen der Palliative Care formuliert werden:

- Charta zur Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen in Deutschland (DGP et al., 2020)
- Nationale Strategie Palliative Care Schweiz (BAG & GDK, 2009)
- Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung Österreich (Bundesgesundheitsagentur, 2018).

1.1.3 Pflegerische Kompetenzen

Die Ausbildung, die Berufsbezeichnung und die Berufsausübung von Pflegefachpersonen werden in den deutschsprachigen Ländern gesetzlich geregelt, z. B. durch das deutsche Pflegeberufegesetz (Bundesministerium für Gesundheit, 2026). Die Kompetenzen von Pflegenden sind dabei abhängig vom Ausbildungsniveau (dem sogenannten Grade, der anerkannte Bildungsabschluss) sowie von der klinischen Erfahrung und den Fertigkeiten (Skills), die sie entwickeln. Als Orientierung für die Kompetenzeinordnung kann auch der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) – der in den deutschsprachigen Ländern jeweils Anwendung findet, z. B. im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) – herangezogen werden (Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2026). Dieser lernergebnisorientierte Rahmen umfasst acht Niveaustufen. Für jede Stufe werden entsprechende Kenntnisse und Fertigkeiten sowie die Verantwortungsbereiche und die Selbstständigkeit auf der jeweiligen Kompetenzstufe beschrieben.

Dies findet auch in der Palliativpflege Anwendung. Für die pflegerische Arbeit mit weit fortgeschritten chronisch kranken und sterbenden Menschen ist es nötig, diese Grundlagen fachspezifisch zu ergänzen und zu präzisieren. So hat die European Association of Palliative Care (EAPC) Kernkompetenzen beschrieben, über die die Mitglieder von interprofessionellen Palliative Care Teams – und damit auch Pflegenden – verfügen sollten und die als Mindestanforderung verstanden werden können (Gamondi et al., 2013). Die Kernkompetenzen sollten in der Arbeit von Palliativpflegenden sichtbar werden (**Kasten 1-2**). Einrichtungen der Aus- und Weiterbildung bieten sie zudem eine Orientierung, damit entsprechende Lehr- und Lerneinheiten entwickelt und angeboten werden können. In verschiedenen Ländern werden die

Kompetenzen und Rollen von Pflegenden der Palliative Care detaillierter ausgearbeitet, z. B. in der Schweiz.

Kasten 1-2: Interprofessionelle Kernkompetenzen Palliative Care

Mitglieder von Palliative Care Teams sind in der Lage,

- „die Kernelemente der Palliative Care im jeweiligen Setting, in dem die Patient:innen und An- und Zugehörige leben, anzuwenden
- das körperliche Wohlbefinden der Patient:innen während des Krankheitsverlaufs zu fördern
- den psychologischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen der Patient:innen gerecht zu werden
- auf die Bedürfnisse der An- und Zugehörigen der Patient:innen in Bezug auf kurz-, mittel- und langfristige Versorgungsziele zu reagieren
- auf die Herausforderungen von klinischer und ethischer Entscheidungsfindung in der Palliative Care zu reagieren
- eine umfassende Versorgungskoordination und interprofessionelle Teamarbeit in allen Settings der Palliative Care Versorgung umzusetzen
- angemessene interpersonelle und kommunikative Fertigkeiten in Bezug auf Palliative Care zu entwickeln
- sich in Selbstwahrnehmung zu üben und sich kontinuierlich professionell weiterzubilden“ (Krumm et al., 2015, S. 159).

1.1.4 SENS-Modell

Viele Situationen der Palliativpflege zeichnen sich durch ihre Komplexität, ein erhöhtes Risiko für Komplikationen und einen dynamisch-wechselnden Verlauf der Krankheitssituation aus. Pflegende sind daher gefordert, den Ist-Zustand der Patient:innen rasch und strukturiert zu erfassen und Prioritäten richtig zu setzen. Für diese Aufgabe hat sich das SENS-Modell (Eychmüller, 2012) als sehr hilfreich erwiesen. SENS setzt sich als Akronym aus den Anfangsbuchstaben wichtiger Konzepte der Palliative Care zusammen: Symptommanagement, Entscheidungsfindung, Netzwerke und Support pflegender Angehöriger bzw. des sozialen Umfeldes.

Anhand der praxisorientierten und interprofessionellen Strukturhilfe können relevante Probleme der Patient:innen und deren Umfeld – vor allem in den letzten Lebensmonaten – ganzheitlich und rasch erfasst, damit in Verbindung stehenden Fragen geklärt sowie Aufgaben im interprofessionellen Team besprochen und von der dafür am besten geeigneten Profession oder Fachperson übernommen werden (**Kasten 1-3**) (Eychmüller et al., 2020, 2026).

Kasten 1-3: SENS-Modell und daraus abgeleitete Fragen

(nach Eychmüller et al. (2020), ergänzt durch eigene Darstellung)

S = Symptommanagement

- Welche Symptome belasten die Patient:innen?
- Wie gut können die Symptome gelindert werden?
- Was ist dazu nötig?
- Was davon steht zur Verfügung?

E = Entscheidungen

- Welche Ziele/Wünsche haben die Patient:innen und die Angehörigen und was ist nötig, damit diese erreicht bzw. erfüllt werden können?
- Welche Entscheidungen sollten vorausschauend – auch im Hinblick auf das Lebensende und das Sterben – getroffen werden?
- Was benötigen die Patient:innen und ihre Angehörigen, um informierte Entscheidungen treffen zu können?
- Liegen den Patient:innen, den Angehörigen und dem interprofessionellen Team alle nötigen Informationen vor oder bestehen Wissens- und Informationslücken? Wenn ja, wie können diese geschlossen werden?
- Gibt es einen Notfallplan, eine Patientenverfügung?
- Welche Fragen sind bisher ungeklärt?
- Welche Unterstützung ist von welcher Berufsgruppe nötig, um diese Fragen zu beantworten?

N = Netzwerk

- Auf welches Netzwerk können die Patient:innen und die Angehörigen zurückgreifen?
- Welche Personen/Professionen sind zur Unterstützung der Patient:innen und Angehörigen ergänzend hinzuziehen?
- Wie verläuft die Kommunikation, die Zusammenarbeit der Beteiligten im Netzwerk?
- Welche Kommunikationswege werden dazu mit welchem Mehrwert genutzt?

S = Support (Unterstützung) für das Umfeld

- Wie belastbar und wie belastet ist das Umfeld der Patient:innen?
- Welche Unterstützung benötigt das Umfeld der Patient:innen?
- Zu welcher Zeit und in welchem Umfang benötigt das Umfeld Unterstützung/Entlastung?
- Welche Profession ist für die jeweilige Unterstützungsleistung am besten geeignet?
- Wie belastet ist das Team im Umgang mit der Behandlungssituation und wo benötigt das Team Unterstützung?

Die Fragen, die anhand des SENS-Modells gestellt werden, sind fallbezogen, individuell und abhängig vom Krankheitsstadium und -verlauf der Patient:innen. Die Struktur kann sowohl als Basiseinschätzung – zum Beispiel für eine erste Bedarfsabklärung (initiales Assessment) – als auch im Verlauf der Pflege und der interprofessionellen Zusammenarbeit (**Kap. 4.3**) genutzt werden und stellt damit ein kontinuierliches Vorgehen dar (Eychmüller, 2020, 2026).

1.2 Palliativ-pflegerisches Denken und Handeln

Die professionelle Palliativpflege stützt sich ebenso wie die allgemeine Pflege auf den Pflegeprozess (Brobst & Georg, 2007). Dieser dient als Struktur- und Kommunikationsinstrument und trägt dazu bei, das Pflegende die Situation der Patient:innen in der Palliative Care systematisch und zielgerichtet erfassen, die gesammelten Informationen fachlich bewerten/interpretieren und aufgrund dieser Einschätzung geeignete Maßnahmen einleiten. Dies erfolgt angepasst an den individuellen Krankheitsverlauf, an das Krankheitsstadium und die Reaktionen von Patient:innen auf bio-psycho-soziale Veränderungen. Die Palliativpflege orientiert sich dabei wann immer möglich an den Wünschen, Vorstellungen und Werten der betroffenen Menschen und deren Umfeld.

Die sechs Schritte des Pflegeprozesses

1. Pflegeassessment
2. Pflegeproblem inkl. Ressourcen der Betroffenen/Pflegediagnose
3. Pflegeziele
4. Pflegemaßnahmen planen
5. Pflegemaßnahmen durchführen
6. Evaluation (Brobst & Georg, 2007)

ermöglichen die individuelle, ganzheitliche Pflegeplanung und bilden die Grundlage des palliativ-pflegerischen Handelns. Dazu ist es nötig, dass Pflegefachpersonen die Patient:innen strukturiert beobachten, befragen und – wenn die Pflegefachpersonen entsprechend ausgebildet sind – pflegerisch untersuchen (**Kap. 2.1.3**). Die **Abbildung 1-1** verdeutlicht die sechs Schritte des Pflegeprozesses und berücksichtigt darin auch die settings- und institutionsspezifischen Übergänge im Palliative Care Versorgungsprozess. Beispielsweise, wenn Patient:innen von der spezialisierten Versorgung einer Palliativstation nach Hause oder in die Langzeitpflege übertreten.

Der erste Schritt (Assessment = Einschätzung) klärt, ob die Patient:innen ausreichend gut in der Lage sind, ihre Bedürfnisse ohne fremde Hilfe zu erfüllen oder ob dazu pflegerische Unterstützung nötig ist. Die im Assessment gesammelten Infor-

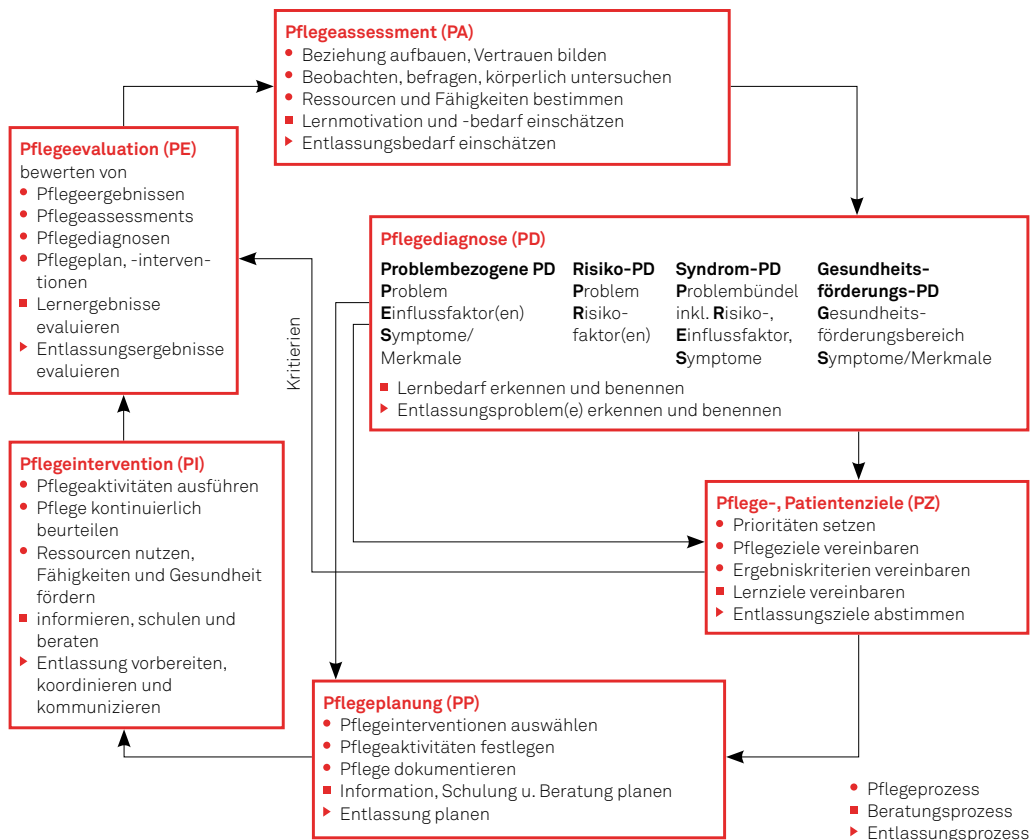


Abbildung 1-1: Sechs-Schritte-Modell des Pflegeprozesses (●), plus Entlassungsprozess (▶) sowie Beratungs- und Patientenedukationsprozess (■) (Jürgen Georg, Georg & Abderhalden, 2024, S. 88)

mationen können anschließend in Pflegediagnosen zusammengefasst und so in Überbegriffe für die pflegerelevanten Gesundheitsprobleme formuliert werden. Im Austausch mit den Betroffenen und deren Umfeld werden individuelle Ziele, die erreichbar erscheinen, besprochen und festgelegt. Dabei werden die persönlichen und organisatorischen Ressourcen sorgfältig reflektiert und in die Zielformulierung eingeflochten.

Pflegerische Interventionen fokussieren darauf, aktuelle Gesundheitsprobleme der Patient:innen zu lösen, zu verbessern oder zu bewältigen. Darüber hinaus beugen sie potenziellen Gesundheitsproblemen oder Komplikationen vor und unterstützen die Betroffenen in ihrem Wunsch nach bestmöglicher Lebensqualität bis

zuletzt (Georg, 2022). Die Entscheidung, welche Pflegemaßnahme in der individuellen Situation am besten geeignet ist, wird nach dem Ansatz des Evidence-based Nursing getroffen (**Kap. 1.3**). Der Erfolg der durchgeführten Maßnahmen wird kontinuierlich und kritisch reflektiert, um das pflegerische Handeln bei Nicht-Erfolg zeitnah anpassen zu können.

Die kompetente Umsetzung des Pflegeprozesses wird unterstützt durch:

- strukturiertes Erkennen, Sammeln und Interpretieren von klinisch relevanten Informationen
- analytisches und vernetztes Denken
- Critical Thinking und Clinical Reasoning (Steudter, 2021a).

1.2.1 Critical Thinking

Situationen der Palliativpflege sind häufig komplex. Dies führt dazu, dass die wichtigsten Probleme, die beeinflussenden Faktoren und die pflegerischen Handlungsoptionen nicht immer eindeutig abzuleiten sind. Damit Palliativpflegende diese Situationen kompetent einschätzen können, ist es wichtig, dass sie die Fähigkeit zum Critical Thinking entwickeln. Critical Thinking ist dabei mehr als kritisches Denken, wie durch die Übersetzung ins Deutsche zunächst vermutet werden könnte. Denn „critical“ bedeutet in diesem Zusammenhang auch, die Situation im Wesentlichen und im Kern der Sache zu betrachten und zu analysieren (Müller-Staub, 2015). Dieses Vorgehen ist stetige denkende Arbeit, die auf der Metaebene angesiedelt ist. Es geht darum, „sich des eigenen Denkens und seiner Denkstrategien bewusst zu werden, um Wissen und Denkfähigkeiten zu verbessern“ (Müller-Staub, 2015, S. 1).

Der Ansatz ist ein nach innen gerichteter kognitiver Prozess, der die Patient:innen-Situation mehrdimensional und mehrperspektivisch betrachtet und bewertet. Nach Jahn (2013) lassen sich vier Aspekte hervorheben, die dafür besonders bedeutsam sind: Analyse, Perspektivität, Ideologiekritik und Konstruktivität. Ein bewusst gesteuerter Denkprozess kombiniert diese Aspekte fortlaufend, um Annahmen der pflegerischen Praxis auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. Die dazu nötigen Informationen werden unter anderem durch Beobachtung, Erfahrung, Reflexion, Argumentation oder Kommunikation gesammelt (Steudter, 2021a). Dabei werden vorwiegend zwei Denkstile genutzt: das divergente und das konvergente Denken. Durch das divergente Denken vermeidet man, vorschnelle Urteile/Entscheidungen zu fällen, stattdessen werden zunächst vorläufige Annahmen gedanklich formuliert. Diese Annahmen werden in einem kognitiv-reflexiven Prozess denkend geprüft. Im konvergenten Denken werden die getroffenen Annahmen dann zusammengeführt und eine Entscheidung daraus abgeleitet. Diese Art des Denkens berücksichtigt,

dass es für viele Situationen und Probleme verschiedene Lösungsansätze gibt (Alfaro-Lefevre, 2013; Ignatavicius & Andersen, 2024; Müller-Staub, 2015).

Wichtige Säulen für das Critical Thinking sind neben der Haltung und weiteren persönlichen Faktoren das fundierte, aktuelle Fachwissen und die fachspezifische klinische Pflegeerfahrung. Merkmale des Critical Thinking sind:

- kognitivstrukturierendes Vorgehen, zur Bewertung gesammelter Informationen
- auf der theoretisch-abstrakten Ebene angesiedelt
- setzt voraus, das Pflegende auf universelle Werte zurückgreifen, z.B. Klarheit, Genauigkeit, Präzision, Konsistenz, Relevanz, stichhaltige Beweise, nachvollziehbare Gründe, Tiefe, Breite und Fairness (Foundation for Critical Thinking, 2019; Paul & Elder, 2003).

Pflegende, die den Ansatz des Critical Thinking nutzen, zeichnen sich dadurch aus, dass sie ...

- wichtige Fragen stellen, und dass sie klar und präzise formulieren.
- wichtige Information sammeln sowie sichten und dass sie diese wirkungsvoll mit Hilfe übergeordneter Ideen interpretieren.
- zu mehrperspektivischen Schlussfolgerungen/Lösungen kommen und diese an objektiven Kriterien und Normen messen.
- Denkweisen, die von den eigenen abweichen, offen gegenüber treten und deren Entstehung und Ergebnisse sachgerecht behandeln/beurteilen.
- gut kommunizieren, um Lösungen für mehrdimensionale, in sich verwobene Probleme zu ermöglichen (Paul & Elder, 2003; Steudter, 2021a).

Der Prozess des Critical Thinking kann durch unreflektierte Emotionen, auf nicht Fakten basierenden Annahmen und pflegerischer Voreingenommenheit behindert werden (Zarzycka & Gesek, 2022). Dies kann zu unvollständigen oder falschen klinischen Einschätzungen führen und mit Lebensqualität limitierenden Konsequenzen für die Patient:innen und deren Umfeld verbunden sein.

1.2.2 Clinical Reasoning

Clinical Reasoning ermöglicht, dass das Critical Thinking in die Praxis überführt und dort in der individuellen Situation angewendet wird (Victor-Chmil, 2013). Das bedeutet, dass der nach innen gerichtete Denkprozess in die Handlungsplanung und -umsetzung überführt wird. Um die Situation der Patient:innen ganzheitlich zu erfassen und beispielsweise die als „red flags“ (Jacobs, 2025, S. 216) bezeichneten wichtigen Veränderungen rasch zu erfassen, muss das übergeordnete, vernetzte und interpretative Denken des Critical Thinking mit der praktischen Situation kontinu-

ierlich abgeglichen und vor diesem Hintergrund strukturiert eingeordnet werden. Die Fähigkeit, diese beiden Aspekte sinnvoll zu kombinieren, wird durch Fachwissen sowie Erfahrung in der Praxis erworben und durch eine geübte Reflexionsfähigkeit gefestigt (Steudter, 2021a).

Merkmale des Clinical Reasoning sind:

- eng mit Critical Thinking verbunden
- überträgt Critical Thinking auf die klinische Situation
- überführt Ergebnisse des kognitiv-strukturierten Denkprozesses in ein begründetes Pflegehandeln (Steudter, 2021a; Victor-Chmil, 2013).

Der allgemeine Clinical Reasoning Prozess besteht aus acht Schritten, die in Struktur und Vorgehen dem Pflegeprozess ähneln. Dies kann die Anwendung und die Akzeptanz dieses klinischen Vorgehens in der pflegerischen Praxis fördern. Die im Uhrzeigersinn angeordneten Schritte können auf die Palliativpflege übertragen werden und umfassen fachspezifisch folgende Punkte:

- Informationen zum:r Patient:in sammeln
- Informationen zum Palliativ- und Behandlungsprozess sammeln
- Klinisch relevante Probleme beschreiben
- (Interprofessionelle) Ziele festlegen
- Palliativ-pflegerisch handeln
- Erzielte Ergebnisse bewerten
- Prozess und Erkenntnisse reflektieren
- Auf klinische Situation der Patient:innen fokussieren.

1.3 Evidence-based Palliativpflege

Ein wichtiges Ziel der Palliativpflege ist, das Wohlbefinden der Patient:innen zu verbessern und bestehende Symptome so weit wie möglich durch geeignete, literatur- und erfahrungsgestützte Maßnahmen zu lindern. Die patient:innen- und situationsangepasste Wahl dieser Maßnahmen muss nachvollziehbar und transparent begründet und für das interprofessionelle Team dokumentiert werden. Ein begründetes Pflegehandeln wird möglich, wenn Pflegende ihre klinische Entscheidung auf mehrere Ebenen stützen und den Entscheidungsprozess kritisch reflektieren. So entsteht Evidence-based Practice (EBP) bzw. Evidence-based Nursing (EBN). Begriffe, die oft im englischen Original verwendet werden, um die Wortbedeutung nicht durch die Übersetzung zu verändern. Der englische Begriff Evidence (Beweis, Beleg) hebt hervor, dass sich die klinische Entscheidung auf nachprüfbares Wissen stützt. Der deutsche Begriff Evidenz (überwiegende Gewissheit) fordert dieses

nachprüfbares Wissen nicht ein (Behrens & Langer, 2022). Daher wird in der Fachliteratur meist der englische Begriff bevorzugt.

Der Prozess der klinischen Entscheidungsfindung setzt sich aus den folgenden vier Ebenen, wie in **Abbildung 1-2** dargestellt, zusammen.

- aktuelle Ergebnisse der (Forschungs-) Literatur
- klinische Erfahrung der Pflegenden
- Wünsche/Bedürfnisse der Patient:innen und Angehörigen
- Rahmenbedingungen (Behrens & Langer, 2022).

In den Prozess der klinischen Entscheidungsfindung werden alle vier Ebenen einbezogen und die darin zur Verfügung stehenden Informationen/Faktoren kritisch bewertet. Dabei ist keine Ebene der anderen grundsätzlich überlegen. Nicht selten wird unter dem Evidence-based Nursing Ansatz jedoch lediglich die Nutzung von Literatur verstanden. Dabei gilt zu beachten: Literatur wird in diesem Modell zur externen Evidence (Theorie), die klinische Erfahrung von Pflegenden (Praxis) zur interne Evidence gezählt (Behrens & Langer, 2022). Beiden Ebenen werden demnach nachprüfbares Wissen (Beweise) zugestanden und beide gehören – neben den zwei weiteren Ebenen – zum Evidence-based Nursing bzw. zur Evidence-based Palliativpflege.

Eine reflektierte Palliativpflege gewichtet und priorisiert die vier Ebenen der klinischen Entscheidung in den individuellen Situationen jeweils neu. Im besten Fall werden der Entscheidungsweg und die dazu nötigen Denkschlaufen im Team kommuniziert. Dadurch wird der Prozess für andere sichtbar und nachvollziehbar. Zu-



Abbildung 1-2:
Klinisch entscheiden in der
Evidence-based Palliativpflege
(Behrens & Langer, 2022, S. 30)

sätzlich können weniger erfahrene Pflegende vom Vorgehen der geübten Kolleg:innen profitieren und sich mit dem Ansatz zunehmend vertraut machen.

Wichtige Voraussetzung für die gelingende Palliativpflege, die dem Evidence-based Ansatz folgt, ist, dass Pflegende

- über fundiertes, theoriebasiertes Fachwissen verfügen und die aktuellen Handlungsempfehlungen kennen
- über ausreichend klinisch reflektierte Erfahrung im Fachgebiet verfügen
- die Präferenzen der Patient:innen und deren Umfeld kennen
- benötigte Ressourcen (Zeit, Personal, Hilfsmittel) situationsgerecht nutzen können (Behrens & Langer, 2022).

Eine kritische Auseinandersetzung mit den vier Ebenen der pflegerischen Entscheidungsfindung bedingt auch, dass die genutzte Literatur auf Aktualität und Beweiskraft eingeschätzt und kritisch gewürdigt wird (Tod et al., 2022). Dies geschieht zum einen anhand des Publikationsjahres und zum anderen durch die Einteilung in Evidence-Stufen (Mehrholz & Kerlen-Petri, 2020). Diese können mithilfe verschiedener Modelle bestimmt und so die Aussagekraft der Literatur bewertet werden (Dusin et al., 2023). Weitere Ausführungen zu diesem Vorgehen finden sich in der pflegewissenschaftlichen Fachliteratur.

1.4 Lebensende und Sterben

Das Lebensende und das Sterben (**Kap. 3.6**) sind eng verbunden. Daher werden beide Begriffe in der Palliativpflege häufig synonym verwendet. Sie bezeichnen jedoch verschiedene Phasen im Leben der Patient:innen und in der Palliativversorgung und sollten daher nicht gleichgesetzt werden. Um die unterschiedlichen Aufgaben und Schwerpunkten der jeweiligen Phasen eindeutig zu identifizieren, ist es wichtig, die Phasen mit Betroffenen, den Angehörigen und vor allem im Team eindeutig zu benennen und mit den fachlichen Begriffen zu kommunizieren. Dies beugt Missverständnissen im Austausch und in der interprofessionellen Zusammenarbeit vor.

Eine englische Arbeitsgruppe hat sich dem Konzept Lebensende angenommen und eine praxisrelevante Einteilung erarbeitet. Unter dem Lebensende werden die letzten Lebensmonate bzw. das letzte Lebensjahr der Patient:innen verstanden, in dessen Verlauf es zu verschiedenen Veränderungen im Allgemeinzustand der Patient:innen kommt (Huffman & Harmer, 2023). Lebensende meint demnach nicht das Sterben und den bevorstehenden Tod, sondern umfasst einen individuell unterschiedlich langen Zeitraum, bevor der Sterbeprozess (**Kap. 3.6**) beginnt. Dies ist wichtig, denn die Zeit, über die sich das Lebensende erstreckt, kann durch das Pallia-

Tabelle 1-1: Lebensende und seine Phasen (Eigendarstellung in Anlehnung an Neuberger et al., 2013, S. 15)

Lebensende				Sterben
letztes Jahr	letzte Monate	wenige Wochen	letzte Tage	letzte Stunden
Risiko in 6–12 Monaten zu sterben steigt, aber auch mehrere Jahre Fortleben möglich.	2–9 Monate	1–8 Wochen	2–14 Tage	1–48 Stunden
Fortschreiten der Krankheit	Erkennbare Veränderungen	Erholung wenig wahrscheinlich	Das Sterben beginnt	Das Sterben schreitet voran
Verschlechterung der Krankheit ist nicht mehr aufzuhalten; Nutzen der Behandlung nimmt ab.	Nutzen der Behandlung immer weniger offensichtlich, Belastung durch Nebenwirkungen der Behandlung wird größer.	Das Risiko zu sterben steigt.	Zustand verschlechtert sich stetig.	Körperfunktionen reduzieren sich stetig, die sterbende Person „lässt los“.

tive Care Team mit unterstützenden und lindernden Maßnahmen vorausschauend begleitet werden. Im Verlauf des Lebensendes ist es darüber hinaus für die Patient:innen und die Angehörigen – abhängig vom Allgemeinzustand der Betroffenen – möglich, gemeinsam Zeit zu verbringen und letzte Wünsche zu erfüllen. Die **Tabelle 1-1** beschreibt die Phasen am Lebensende.

Das letzte Lebensjahr kann mit einem steigenden Risiko für unerwünschte Ereignisse (z.B. Infektionen, Nebenwirkungen der Behandlung, krankheitsbedingte Komplikationen) sowie mit einer Zunahme der Symptome in Häufigkeit und Intensität einhergehen (Cohen-Mansfield et al., 2018). Dadurch steigt oft die subjektive Symptomlast der Betroffenen, in deren Linderung und Bewältigung sie vom interprofessionellen Behandlungsteam unterstützt werden müssen. Dies bedingt, dass die Prioritäten im Lebensende bezogenen Behandlungsplan gemeinsam mit den Betroffenen und den Angehörigen besprochen und, wenn nötig, mehrmals neu ausgerichtet werden müssen. Das betrifft besonders das interprofessionelle Symptommanagement, beschränkt sich jedoch nicht nur darauf.

Im fortschreitenden Lebensende sollte neben der individuellen Behandlung und Pflege auch rechtzeitig überlegt werden, an welchem Ort die Patient:innen sterben möchten und wie die bestmögliche Versorgung von Betroffenen und deren Angehörigen bis zuletzt gewährleistet werden kann. Wichtig ist auch – wenn dies nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt erfolgt ist – weitere Mitglieder des Palliative

Care Teams in die Begleitung der Patient:innen am Lebensende bis zum Sterben einzubeziehen, z. B. Seelsorgende, Sozialarbeitende und/oder Psycholog:innen.

1.4.1 Besonderheiten

Das Lebensende wird häufig mit Attributen wie verbleibende Zeit, klinischer Zustand/körperliche Symptome, psychosoziale Symptome und Würde assoziiert und belegt (Schüttengruber et al., 2022). Wird der Zeitpunkt, an dem das Leben sich langsam dem Ende zuneigt, nicht erkannt, steigt das Risiko, dass die fortgeschritten kranken Menschen nicht rechtzeitig und nicht ausreichend von der so genannten End-of-Life Care profitieren können. Prognostisch ist die Bestimmung des Lebensendes herausfordernd. Krankheitsverläufe sind sehr individuell und von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Zudem kann niemand mit Bestimmtheit vorhersehen, wie sich die verbleibenden Monate oder Wochen im Behandlungs- und Pflegeprozess von Patient:innen der Palliative Care entwickeln werden.

Im Umgang mit der beschriebenen prognostischen Unsicherheit arbeiten die Fachpersonen der Palliative Care mit der „Surprise Question“ und stellen sich die Frage: Würde es überraschen, wenn die betreffende Person innerhalb der nächsten zwölf (oder sechs/drei) Monate verstirbt? Wird der mögliche Tod in diesem Zeitraum als nicht überraschend eingeschätzt, treten die Aspekte und Aufgaben der End-of-Life Care in den Vordergrund und leiten das professionsübergreifende Handeln (Yen et al., 2022). Zu diesem Zeitpunkt sollten die Prioritäten in der Behandlung mit den Patient:innen und den Angehörigen einfühlsam und empathisch besprochen und das Vorgehen für die kommende Zeit mit allen Beteiligten im Rahmen der gesundheitlichen Vorausplanung betrachtet und kommuniziert werden (**Kap. 3.1**). Schreiten der Krankheitsverlauf und das Lebensende weiter voran, treten die Patient:innen am Schluss in die Sterbephase ein. Dieser Phase wird in der Palliative Care und der Palliativpflege besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Denn auch in den letzten Lebenstagen und -stunden soll den Patient:innen und ihrem Umfeld die bestmögliche Lebensqualität zuteilwerden (**Kap. 3.6**).

1.4.2 Lebensqualität bis zuletzt

Die Behandlungsteams der Palliative Care bzw. der End-of-Life Care setzen sich dafür ein, den ihnen anvertrauten Menschen die bestmögliche Versorgung anbieten zu können. In der Behandlung, Pflege und Begleitung von sterbenden Menschen orientieren sie sich dabei an nationalen und internationalen Empfehlungen (McGlinchey et al., 2023). Wie gut diese Empfehlungen umgesetzt, die Situation für die ster-

benden Menschen verbessert und welche Ergebnisse dabei erzielt werden konnten, kann retrospektiv eingeschätzt werden. Eine solche Einschätzung kann das behandelnde Team darin unterstützen, die interprofessionelle Begleitung und das gemeinsame Handeln in der End-of-Life Care bzw. im Sterbeprozess kritisch zu reflektieren und die Versorgung zukünftig behandlungs- und pflegebedürftiger, sterbender Menschen kontinuierlich zu verbessern.

Inzwischen gibt es verschiedene Instrumente, um die Maßnahmen der palliativen Versorgung zu evaluieren oder eine Outcome-Messung durchzuführen (Bausewein et al., 2019). Zwei als pflegerelevant einzustufende Instrumente werden im Folgenden kurz erläutert. Das „Quality of Death and Dying“ (QoDD) Instrument (Downey et al., 2010) ist ein im Original englischer Fragebogen zur Selbsteinschätzung, der in zwei Versionen erfasst, welche Erfahrungen a) Angehörige/Familienmitglieder oder b) Fachpersonen in der Sterbephase und zu den Todesumständen der Patient:innen machen. Beide Versionen (QoDD-D-Ang und QoDD-D-MA) wurden ins Deutsche übersetzt und validiert (Heckel et al., 2015, 2016). Eingeschätzt werden unter anderem mögliche Symptome (z. B. Schmerzen, Atemnot), die psychosoziale Situation und die Interaktion der Patient:innen mit ihren Angehörigen. Der „Care Of the Dying Evaluation“ (CODE™) Fragebogen zur Selbsteinschätzung basiert auf dem umfangreichen, englischen Einschätzungsinstrument „Evaluation Care and Health Outcomes – for the Dying“ (ECHO-D) (Mayland et al., 2014). Der Fragebogen wurde ebenfalls ins Deutsche übersetzt und validiert. Er richtet sich mit 40 Fragen, die auf die Versorgungsqualität der letzten zwei Tage vor dem Tod der Patient:innen fokussieren, an die nahestehenden Angehörigen (Vogt et al., 2020).

1.4.3 Syndrom des beeinträchtigten End-of-Life Comforts

In der Pflege von Menschen im weit fortgeschrittenen Lebensende treten viele relevante Pflegephänomene auf, die für die Planung des professionsspezifischen Vorgehens in Pflegediagnosen zusammengefasst werden. Dieses strukturierende Vorgehen berücksichtigt, dass im Sterbeprozess verschiedene körperliche, psychische, soziale und spirituelle Veränderungen zusammen oder abwechselnd auftreten. Dies ist vor allem im pflegerischen Symptommanagement zu beachten (**Kap. 2**). In den Ausführungen zu den verschiedenen Symptomen im nachfolgenden Kapitel wird daher jeweils auf die Pflegediagnose, die das dargestellte Symptom beschreibt, hingewiesen.

Die oft komplexe Palliativsituation von schwerkranken und sterbenden Menschen zeigt sich auch daran, dass mehrere Gesundheitsprobleme sowie Symptomcluster (**Kap. 2.2**) – und somit auch mehrere Pflegediagnosen – bestehen. Diesem Umstand trägt die aktuelle Version der NANDA-Pflegediagnosen und deren Klassi-

fikationen (Herdman et al., 2025) Rechnung und beschreibt die besondere Situation der Patient:innen in der Palliativpflege mit der Syndrom-Pflegediagnose „Syndrom des beeinträchtigten End-of-Life-Comforts“. Das Syndrom umfasst 36 bereits bestehende NANDA-Pflegediagnosen, die das Lebensende und den Sterbeprozess (**Kap. 3.6**) pflegediagnostisch abbilden (**Kasten 1-4**). Davon werden 19 als Merkmale und 17 als beeinflussende Faktoren deklariert. Dieses Cluster aus einzelnen Pflegediagnosen trägt dazu bei, die Situation der betroffenen Patient:innen pflegerisch als Gesamtes abzubilden, Abhängigkeiten zwischen den Pflegediagnosen gezielt zu erkennen, diese rasch einzuschätzen und die sich daraus ergebenden notwendigen Maßnahmen zu priorisieren. Die neu entwickelte Syndrom-Pflegediagnose kann Pflegefachpersonen darin unterstützen, Phänomene am Lebensende und im Sterben rasch zu erfassen, ihr Handeln ganzheitlich daran auszurichten sowie die nötigen Maßnahmen personenzentriert zu planen und umzusetzen.

Kasten 1-4: Syndrom des beeinträchtigten End-of-Life Comforts

Definition: Verschlechterung einer Reihe von physischen, psychischen und spirituellen Manifestationen aufgrund des bevorstehenden Sterbeprozesses.

Bestimmende Merkmale

- Akute Verwirrtheit (00128)
- Akuter Schmerz (00132)
- Chronische Verwirrtheit (00129)
- Chronischer Schmerz (00133)
- Übermäßige Todesangst (00399)
- Übermäßige Belastung durch Fatigue (00477)
- Übermäßiges Flüssigkeitsvolumen (00026)
- Beeinträchtigte intestinale Ausscheidung (00344)
- Beeinträchtigter physischer Comfort (00380)
- Beeinträchtigter psychologischer Comfort (00380)
- Beeinträchtigte physische Mobilität (00085)
- Beeinträchtigtes spirituelles Wohlbefinden (00454)
- Beeinträchtigte Harnausscheidung (00016)
- Unzureichende Nährstoffzufuhr (00343)
- Unzureichendes soziales Unterstützungsnetzwerk (00358)
- Ineffektives Atemmuster (00032)
- Ineffektives Schlafmuster (00337)
- Ineffektive Thermoregulation (00008)
- Fehlangepasstes Trauern (00301).

Beeinflussende Faktoren

- Angst
- Verminderte Aktivitätstoleranz
- Depressive Symptome
- Verzweiflung
- Trockener Mund
- Übermäßiger Stress
- Furcht
- Sich schlecht fühlen, weil man von den anderen abhängig ist
- Gefühl der Bedrohung durch die aktuelle Situation
- Sich vom Tod bedroht fühlen
- Beeinträchtigte Integrität der Haut
- Beeinträchtigte Integrität des Gewebes
- Erhöhter Sauerstoffbedarf
- Verdauungsstörungen
- Leiden
- Unbehandeltes Erbrechen
- Harnretention (Herdman et al., 2025, S. 696–697).