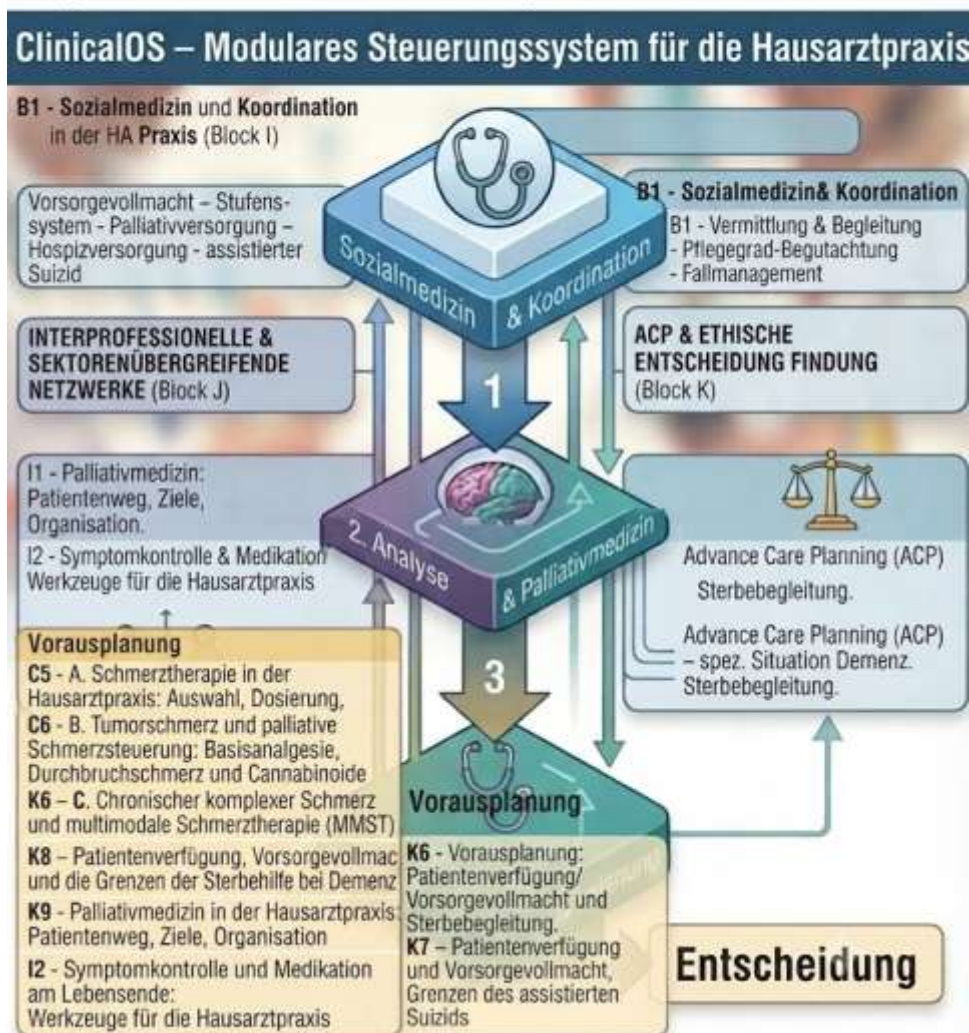


ClinicalOS – Hausarztmedizin strukturiert entscheiden

SOZIAL-, SCHMERZ-, PALLIATIVMEDIZIN Auszüge Band 4 Praxis-Annex und 9 Hausarzt-spezifische Querschnittsthemen

Das Querschnitts-System: Spezifische Hausarzt-spezifische Themen



1. Sozialmedizin und Koordination in der HA Praxis 2. Schmerz- und Palliativmedizin 3. Vorausplanung - Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht und die Grenzen der Sterbehilfe bei Demenz

Urheberrecht Impressum

Dr. med. Götz Huber

Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

Band 9 : Hausarzt-spezifische Querschnittsthemen

© 2026 Dr. med. Götz Huber. Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar.

Hinweis: Die in diesem Buch enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert und geprüft. Da sich KI-Werkzeuge und regulatorische Rahmenbedingungen schnell ändern, können einzelne Angaben zum Zeitpunkt der Lektüre bereits überholt sein. Aktuelle Ergänzungen finden Sie unter <https://clinicalos.de/>.

Die Nennung von Produkten und Herstellern erfolgt ohne Gewähr und stellt keine Kauf- oder Anwendungsempfehlung dar.

Stand: Juli 2026

Hinweis zu Inhalt, Nutzung und Verantwortlichkeit

Die ClinicalOS-Manualserie entstand mit dem Ziel, praktisch tätigen Hausärztinnen und Hausärzten, Fortbildungsassistenten Allgemeinmedizin, medizinischen Fachangestellten und Medizinstudierenden, ein strukturiertes, praxisnahes Lern- und Referenzwerk bereitzustellen. Die Inhalte wurden auf Basis aktueller medizinischer Fachliteratur, leitlinienbasierter Quellen und hausärztlicher Praxiserfahrung erarbeitet.

Bei der Erstellung wurden digitale Werkzeuge einschließlich KI-gestützter Textgenerierung eingesetzt. Sämtliche Inhalte wurden anschließend durch den Autor auf fachliche Korrektheit, inhaltliche Konsistenz und mögliche Fehler geprüft. Trotz sorgfältiger Überarbeitung kann die vollständige Fehlerfreiheit nicht garantiert werden — weder hinsichtlich inhaltlicher Ungenauigkeiten noch hinsichtlich zwischenzeitlich aktualisierter Leitlinien oder Dosierungsempfehlungen.

Die Inhalte dieses Manuals ersetzen keine individuelle medizinische Beurteilung und sind nicht als verbindliche Behandlungsempfehlung zu verstehen. Jede Anwendung der hier dargestellten Informationen liegt in der alleinigen Verantwortung der Leserin oder des Lesers. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen müssen stets am individuellen Patienten, unter Berücksichtigung der vollständigen klinischen Situation und auf Basis der jeweils gültigen Leitlinien getroffen werden.

Für Ärztinnen und Ärzte gilt uneingeschränkt die **ärztliche Letztverantwortung**: Jede Übernahme von Inhalten aus diesem Manual — ob als Textbaustein, SOP oder Therapieempfehlung — setzt die eigenverantwortliche fachliche Prüfung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt voraus. KI-gestützte oder digital erstellte Inhalte können und dürfen das ärztliche Urteil nicht ersetzen.

Der Autor übernimmt keine Haftung für Schäden, die aus der direkten oder indirekten Nutzung der in diesem Manual enthaltenen Informationen entstehen.

Dosierungsangaben gelten für Erwachsene ohne relevante Niereninsuffizienz. Bei älteren Patienten, Polypharmazie und in der Schwangerschaft sind individuelle Anpassungen erforderlich. Aktuelle Leitlinien (DEGAM, ESC, DGK, ADA, AWMF) sind vorrangig zu beachten.

Inhalte

Abschnitt	Inhalte
K Hausarztspezifische Querschnittsthemen	
K1 - Sozialmedizin und Koordination in der HA Praxis	ICD-zu-ICF-Logik, Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung, Reha und LTA, Pflegegrad-Begutachtung, GdB und Merkzeichen, Entlassmanagement und AMTS, Hilfsmittel und HKP, Sozialanamnese und Netzwerkkoordination, Palliativkoordination und SAPV, PVS-Bausteinbibliothek, Falltraining (25 Fälle)
C6 – C. Chronischer komplexer Schmerz und multimodale Schmerztherapie (MMST)	MMST-Indikation ohne Punktescore, ambulant vs. Schmerzambulanz vs. teil-/vollstationär, Vorbehandlung und Funktionsprofil, Patienteneignung, Einweisungsbefehl, Rückübernahme und Nachsorge, Qualitätsindikatoren
C4 - A. Schmerztherapie in der Hausarztpraxis: Auswahl, Dosierung, Titration und Sicherheit	30-Sekunden-Schmerztriage, fünf Therapieprinzipien, Nichtopioide und neuropathischer Schmerz, Opioid-Einstieg und Titration, Opioidrotation (Sechs-Schritte-Algorithmus), Nebenwirkungsmanagement, Geriatrie und Niereninsuffizienz, Ausschleichen und Fehlgebrauch
C5 - B. Tumorschmerz und palliative Schmerzsteuerung Basisanalgesie, Durchbruchschmerz, Spezialsituationen und Cannabinoide	Tumorschmerz nach Mechanismus, Durchbruchschmerz und Rapid-Onset-Opioide, Knochenmetastasen, neuropathischer und viszeraler Tumorschmerz, alternative Applikationswege (s.c.), maligne Darmobstruktion, Cannabinoide, geriatrischer Tumorschmerz, AAPV/SAPV
K5 - Vorausplanung: Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht und Sterbebegleitung	Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Stufensystem Palliativversorgung, Hospizversorgung, assistierter Suizid, Advance Care Planning (ACP), Checklisten und Textbausteine
K6 – Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und die Grenzen der Sterbehilfe bei Demenz	Demenzklauseln und BGH-Konkretheitsgebot, funktionale Zustandsbeschreibung (GDS-Staging), Vorsorgevollmacht-Reichweite und -Grenzen, Ehegattennotvertretungsrecht, BVerfG-Urteil 2020 und Freiverantwortlichkeit, assistierter Suizid bei Demenz, Sterbehilfevereine, palliativer Notfallplan, Kommunikationsleitfaden für Angehörige, Checkliste Demenzklauseln
K7 - Palliativmedizin in der Hausarztpraxis: Patientenweg, Ziele, Organisation	AAPV versus SAPV, Zielklärung und Advance Care Planning (ACP), Versorgungsformen und Koordination, Dokumentation und Abrechnung (EBM/GOÄ), Angehörigenarbeit, Qualitätssicherung und Team, Entscheidungsbaum Gesamtkapitel
I1 - Symptomkontrolle und Medikation am Lebensende: Werkzeuge für die Hausarztpraxis	Schmerz, Dyspnoe, Übelkeit/Erbrechen, Angst/Unruhe/Delir, palliative Sedierung, Applikationswege und BtM-Dokumentation, Eskalationsmatrizen, Fallvignetten und Quick-Reference

Inhaltsangabe

K1 - Sozialmedizin und Koordination in der HA Praxis	5
C6 - Chronischer komplexer Schmerz und multimodale Schmerztherapie (MMST)	37
C4 - Schmerztherapie in der Hausarztpraxis: Auswahl, Dosierung, Titration und Sicherheit	49
C5 - Tumorschmerz und palliative Schmerzsteuerung	68
K5 - Vorausplanung : Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht und Sterbebegleitung	87
K6 – Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und die Grenzen der Sterbehilfe bei Demenz	104
K7 - Palliativmedizin in der Hausarztpraxis: Patientenweg, Ziele, Organisation.....	118
I1 - Symptomkontrolle und Medikation am Lebensende: Werkzeuge für die Hausarztpraxis	134

K1 - Sozialmedizin und Koordination in der HA Praxis

AU · Reha · Pflegegrad · GdB · Entlassmanagement · Soziale Diagnose · Palliativkoordination

1. Leitidee: Sozialmedizin als hausärztliche Koordinationsmedizin

Sozialmedizin beginnt in der Hausarztpraxis nicht beim Gesetz, sondern bei Patient:innen, deren Erkrankung in den Alltag hineinwirkt:

- die Verkäuferin mit Gonarthrose kann nicht mehr stehen
- der Busfahrer mit Depression kann nicht sicher fahren
- der alleinlebende ältere Patient nimmt nach Klinikentlassung seine Medikamente falsch ein
- die Tochter pflegt ihre demente Mutter bis zur Erschöpfung
- der multimorbide Patient wird aus dem Krankenhaus entlassen, aber Hilfsmittel, Pflegedienst und Medikationsplan fehlen
- die Patientin mit chronischer Erkrankung verliert Arbeitsplatz, Einkommen, soziale Stabilität und Zugang zur Versorgung

Die Hausarztpraxis ist häufig der Ort, an dem diese Zusammenhänge zuerst sichtbar werden. Dieses Kapitel ist kein sozialrechtlicher Kommentar, sondern ein Arbeitsmanual für die Praxis.

1.1 Was die Hausarztpraxis nicht leisten muss

Die Hausarztpraxis muss nicht:

- Pflegegrade festlegen
- GdB-Werte bestimmen
- Erwerbsminderungsrenten entscheiden
- Arbeitgeberprozesse führen
- Sozialgerichte ersetzen
- Sozialberatung vollständig übernehmen
- alle Leistungsträgerregeln auswendig kennen

1.2 Was die Hausarztpraxis leisten soll

Die Hausarztpraxis soll:

- Funktionsverluste konkret beschreiben
- Teilhabeeinschränkungen sichtbar machen
- AU, Reha, Pflegegrad, GdB, Hilfsmittel, HKP und Palliativbedarf früh erkennen
- Zuständigkeiten klären und Patient:innen und Angehörige lotsen
- Versorgungsbrüche verhindern und Datenschutz sichern
- Teamprozesse so organisieren, dass sozialmedizinische Probleme nicht verloren gehen

1.3 Kernformel

Kernformel

Hausärztliche Sozialmedizin übersetzt medizinische Diagnosen in Funktionsbeeinträchtigungen, Teilhabeeinschränkungen, Versorgungsbedarf und koordinierte nächste Schritte.

2. ClinicalOS-Grundlogik: Von ICD zu ICF

2.1 ICD beantwortet: Was ist die Diagnose?

ICD ist wichtig für Diagnoseverschlüsselung, AU, Abrechnung, Befundberichte und medizinische Kommunikation. ICD allein erklärt aber nicht, warum jemand arbeitsunfähig ist, Reha benötigt, Pflege braucht, Hilfsmittel braucht, einen GdB beantragt oder nach Klinikentlassung gefährdet ist.

2.2 ICF beantwortet: Was kann die Person im Lebenskontext?

ICF-Denken fragt nach: Körperfunktionen, Aktivitäten, Teilhabe, Umweltfaktoren und persönlichen Faktoren.

2.3 ClinicalOS-Formel

ClinicalOS-Formel

Diagnose + Funktionsverlust + Aktivitätsbeeinträchtigung + Teilhabefolge + Prognose + Hilfebedarf = brauchbare sozialmedizinische Dokumentation.

2.4 Anwendungsbeispiel

Ebene	Beispiel
Diagnose	Coxarthrose rechts
Funktionsverlust	Eingeschränkte Gehstrecke, Schmerzen beim Treppensteigen
Aktivität	Einkaufen, Haushalt, Weg zur Arbeit kaum möglich
Teilhabe	Arbeitsplatz gefährdet, soziale Aktivitäten reduziert
Prognose	Konservativ ausgeschöpft, OP geplant
Hilfebedarf	AU, Hilfsmittel, Reha nach OP, ggf. Pflegeunterstützung

3. Sozialmedizinische 5-Fragen-Logik

Bei jedem sozialmedizinischen Anliegen systematisch prüfen:

1. Welche Diagnose?
2. Welche Funktion ist eingeschränkt?
3. Welche Aktivität oder Teilhabe ist betroffen?
4. Welche Maßnahme oder welcher Leistungsträger ist relevant?
5. Was muss dokumentiert und nachverfolgt werden?

PVS-Baustein

PVS-Baustein: Sozialmedizinische Einschätzung

"Sozialmedizinische Einschätzung: Diagnose [...], Funktionsbeeinträchtigung [...], Aktivität/Teilhabe [...], Maßnahme/Zuständigkeit [...], Wiedervorlage [...]."

4. Arbeitsunfähigkeit und stufenweise Wiedereingliederung

4.1 Grundsatz

AU ist keine Wunschbescheinigung. Sie ist eine ärztliche Feststellung, dass Krankheit die konkret relevante Tätigkeit unmöglich macht oder deren Ausübung den Gesundheitszustand verschlechtern würde.

AU-Formel

Diagnose + Tätigkeit + Anforderungsprofil + Funktionsausfall + Prognose = begründbare AU.

4.2 Tätigkeitsanamnese

Immer fragen:

- Was genau arbeiten Sie? Wie viele Stunden pro Tag?
- Heben/Tragen? Stehen/Gehen/Sitzen?
- Fahren/Maschinen/Sicherheitsrisiko?
- Publikumsverkehr? Konzentration/Verantwortung?
- Schicht/Nachtarbeit? Homeoffice möglich? Teilaufgaben möglich?
- Arbeitsunfall?

4.3 AU >6 Wochen — Sozialmedizinische Red Flag

Eine AU über 6 Wochen ist eine sozialmedizinische Red Flag. Dann prüfen:

Prüfpunkt	Aktion
Diagnose gesichert?	Ggf. Facharzt/Diagnostik
Therapie aktiv?	Optimieren, Eskalieren
Reha indiziert?	Antrag vorbereiten
Stufenweise Wiedereingliederung?	Belastungsplan erstellen
BEM?	Hinweis an Patient:in geben
Arbeitsplatz gefährdet?	LTA/DRV prüfen
Psychosoziale Faktoren?	Ansprechen und dokumentieren

4.4 Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell)

Die stufenweise Wiedereingliederung ist eine medizinisch gesteuerte Belastungserprobung. Patient:innen bleiben in dieser Phase in der Regel arbeitsunfähig.

Geeignet bei: längerer AU, Teilbelastbarkeit, stabilem Verlauf, Rückkehrperspektive, Patienteneinverständnis, Arbeitgeberzustimmung und ärztlicher Kontrolle.

4.5 BEM-Abgrenzung

BEM ist ein Arbeitgeberprozess. Die Hausarztpraxis führt das BEM nicht, kann aber Belastungsgrenzen beschreiben, Wiedereingliederung unterstützen und Reha/LTA prüfen. Diagnosen werden Arbeitgebern nur mit ausdrücklicher Einwilligung mitgeteilt.

4.6 PVS-Baustein AU

PVS-Baustein: AU

"AU geprüft. Tätigkeit/Status [...]. Diagnose [...]. Funktionsbeeinträchtigung [...]. AU medizinisch begründet bis [...]. Therapie/Kontrolle [...]. Bei Verlauf >6 Wochen: Reha/Wiedereingliederung/BEM geprüft [...]."

5. Rehabilitation, AHB/AR, geriatrische Reha und LTA

5.1 Grundsatz

Reha ist kein Kurwunsch, sondern Funktionsmedizin.

Reha-Formel

Diagnose + Funktionsverlust + bisherige Therapie + Reha-Fähigkeit + Reha-Prognose + konkretes Reha-Ziel = guter Reha-Befundbericht.

5.2 Die vier Kernbegriffe

Begriff	Hausärztliche Frage
Reha-Bedarf	Gibt es relevante Funktions-/Teilhabeeinschränkung?
Reha-Fähigkeit	Kann Patient:in aktiv teilnehmen?
Reha-Prognose	Ist realistische Besserung erreichbar?
Reha-Ziel	Was soll konkret besser werden?

5.3 Wann an Reha denken?

- AU >6 Wochen oder wiederholte AU
- Drohender Arbeitsplatzverlust
- Klinikentlassung mit Funktionsverlust
- Sturzserie, Frailty, neue Pflegebedürftigkeit
- COPD/Herzinsuffizienz mit Belastungsabfall
- Depression/Angst mit Arbeitsbezug
- Chronischer Schmerz, neurologische Defizite, Sucht, Tumorerkrankung

5.4 Reha vor Rente / Reha vor Pflege

Reha vor Rente: Bei Erwerbstätigen steht der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund.

Reha vor Pflege: Bei neuem Funktionsverlust, Sturz, Frailty oder Klinikentlassung muss geprüft werden, ob Reha Pflegebedürftigkeit vermeiden oder reduzieren kann.

5.5 LTA — Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

LTA wird relevant, wenn die bisherige Tätigkeit längerfristig nicht mehr passt. Die Praxis beschreibt medizinische Einschränkungen und Restleistungsfähigkeit, entscheidet aber keine Umschulung oder Leistung.

5.6 PVS-Baustein Reha

PVS-Baustein: Reha

"Reha-Bedarf geprüft. Diagnose [...], Funktionsverlust [...], bisherige Therapie [...], Teilhabeeinschränkung [...]. Reha-Fähigkeit [...], Prognose [...], Ziel [...]. Antrag/Befundbericht [...]."

6. Pflegegrad, Pflegegrad-Erhöhung und MD-/Medicproof-Begutachtung

6.1 Grundsatz

Hausärzt:innen entscheiden keinen Pflegegrad. Sie beschreiben Hilfebedarf so konkret, dass er in der Begutachtung sichtbar wird.

Pflegegrad-Formel

Diagnose + Selbstständigkeitsverlust + konkrete Alltagshilfe + Häufigkeit + Risiko + häusliche Situation = brauchbarer Pflegegrad-Befundbericht.

6.2 Begutachtungslogik — Module

Modul	Hausärztliche Beobachtungen
Mobilität	Gehstrecke, Transfer, Treppen, Hilfsmittel, Sturzserie
Kognition/Kommunikation	Orientierung, Verstehen, Entscheiden, Merkzeichen
Verhalten/Psyche	Unruhe, Aggression, Angst, Gefahrenereinsicht, Schlaf
Selbstversorgung	Waschen, Ankleiden, Essen, Toilettengang, Medikamente
Therapiebedingte Anforderungen	Verbandwechsel, Insulin, Inhalation, Kompression
Alltag/soziale Kontakte	Haushalt, Termine, Kontakte, Tagesstruktur

6.3 Formulierungsbeispiel

Schlechte Formulierung	Gute Formulierung
"Patient braucht Hilfe."	"Patient benötigt täglich Hilfe beim Duschen, Ankleiden und Medikamentenmanagement; nachts Unterstützung beim Toilettengang."
"Demenz fortgeschritten."	"Bei Demenz: Medikamente täglich unsicher, Herd abends vergessen, Alleinlassen nicht möglich wegen Gefahrenereinsichtsverlust."

6.4 Pflegegrad-Erhöhung

Kernfrage bei Höherstufung

Was ist seit dem letzten Gutachten neu oder deutlich schlechter? Neue Diagnose/Ereignis, neuer Hilfebedarf, Häufigkeit, Nachtbedarf, Angehörigenbelastung, Reha-Potenzial.

6.5 PVS-Baustein Pflegegrad

PVS-Baustein: Pflegegrad

"Pflegegradfrage geprüft. Aktueller PG [...]. Anlass [...]. Hilfebedarf bei Mobilität [...], Selbstversorgung [...], Kognition [...], Medikamentenmanagement [...], Alltag [...]. Reha-Potenzial [...]. MD/Medicproof/Befundbericht [...]."

7. GdB, Schwerbehindertenausweis, Merkzeichen und Gleichstellung

7.1 Grundsatz

Der GdB wird nicht durch die Hausarztpraxis festgelegt. Die Praxis beschreibt Diagnosen, Funktionsauswirkungen, Teilhabeeinschränkungen und Verlauf.

GdB-Formel

Diagnose + Schweregrad + Verlauf + Funktionsauswirkung + Teilhabeeinschränkung + Therapie-/Kompensationsbedarf = brauchbarer GdB-Befundbericht.

7.2 Wichtig für Patient:innen

- GdB ist kein Prozentwert — Einzelwerte werden nicht addiert
- Entscheidend ist die Gesamtbeeinträchtigung
- GdB ist nicht Pflegegrad, nicht AU und nicht automatisch Erwerbsminderung
- Merkzeichen werden gesondert geprüft

7.3 Merkzeichen — hausärztlich relevante Funktionen

Merkzeichen	Funktionsbeschreibung
G (erheblich gehbehindert)	Gehstrecke, Treppen, Hilfsmittel, Stürze
aG (außergewöhnlich gehbehindert)	Nur wenige Meter, auf Rollstuhl/Prothese angewiesen
H (hilflos)	Dauernder Bedarf an Wartung, Pflege, Unterstützung
B (Begleitung)	Begleitbedarf im Straßenverkehr, öffentliche Verkehrsmittel
Bl (blind)	Sehvermögen, Orientierungsfähigkeit
RF (Rundfunkgebühr)	Audiokommunikation, Sprachverständnis

7.4 Gleichstellung

Bei GdB 30/40 und gefährdetem Arbeitsplatz kann Gleichstellung relevant sein. Hausärztlich werden nur medizinische Einschränkungen und Arbeitsplatzbezug beschrieben.

7.5 PVS-Baustein GdB

PVS-Baustein: GdB

"GdB-Anliegen geprüft. Anlass [...]. Relevante Diagnosen [...]. Funktions-/Teilhabeeinschränkungen [...]. Merkzeichen-/Arbeitsplatzbezug [...]. Befundbericht/Fachbefunde [...]."

8. Entlassmanagement und AMTS

8.1 Grundsatz

Klinikentlassung ist ein Hochrisikomoment. Die Praxis macht aus dem Klinikbrief einen ambulanten Handlungsplan.

Entlassmanagement-Formel

Entlassbrief + Medikationsabgleich + offene Befunde + Nachsorge + häusliche Versorgung + Patient:innenverständnis = sichere ambulante Weiterbehandlung.

8.2 Entlassbrief-Check (10 Punkte)

6. Aufnahmegrund und Hauptdiagnose
7. Nebendiagnosen und Komplikationen
8. Prozeduren und Eingriffe
9. Neue Medikamente / abgesetzte Medikamente
10. AMTS: Hochrisikomedikamente prüfen
11. Offene Befunde mit Kontrolle
12. Nachsorgetermine und Überweisungen
13. Reha/AHB veranlasst?
14. Pflege/Hilfsmittel/HKP organisiert?
15. Patient:in/Angehörige informiert, Verständnis gesichert?

8.3 AMTS-Hochrisikomedikamente nach Entlassung

- Antikoagulanzen (Marcumar, Apixaban, Rivaroxaban)
- Thrombozytenhemmer / Kombinationen
- Insulin und Sulfonylharnstoffe
- SGLT2-Hemmer, Diuretika, ACE-Hemmer/Sartane
- Opioide, Benzodiazepine/Z-Substanzen
- Antibiotika, Steroide, NSAR
- Psychopharmaka, Amiodaron

8.4 PVS-Baustein Entlassung

PVS-Baustein: Entlassmanagement

"Entlassmanagement durchgeführt. Entlassbrief [...]. Neue Diagnosen/Prozeduren [...]. Medikationsabgleich [...]. Offene Befunde/Nachsorge [...]. Pflege/Hilfsmittel/HKP/Reha [...]. Patient:in/Angehörige informiert [...]."

9. Hilfsmittel, Heilmittel, HKP und Haushaltshilfe

9.1 Hilfsmittel

Hilfsmittel-Formel

Hilfsmittel = Funktionsdefizit + Alltagsziel + geeignete Versorgung. Hilfsmittel werden nicht für Diagnosen verordnet, sondern zur Kompensation eines Funktionsdefizits.

Beispiele: Rollator, Pflegebett, Toilettenstuhl, Duschstuhl, Inkontinenzmaterial, Antidekubitusversorgung, Hausnotruf, Orthesen.

9.2 Heilmittel

Heilmittel benötigen ein Therapieziel: Welche Funktion ist gestört? Welches Ziel? Welcher Verlauf? Reha oder Hilfsmittel zusätzlich?

9.3 HKP — Häusliche Krankenpflege

HKP betrifft medizinisch notwendige Behandlungspflege oder Sicherungspflege im häuslichen Umfeld:

- Wundversorgung, Medikamentengabe, Insulin
- Kompression, Katheter/Stoma
- Palliative Versorgung

9.4 Haushaltshilfe

Die Praxis attestiert medizinische Einschränkungen, Zeitraum und betroffene Haushaltstätigkeiten. Die Leistung entscheidet die Kasse.

9.5 PVS-Bausteine

PVS-Baustein: Hilfsmittel

"Hilfsmittelbedarf geprüft. Funktionsdefizit [...]. Ziel [...]. Hilfsmittel [...]. Kontext: Pflegegrad/Reha/HKP/Sturzrisiko [...]."

PVS-Baustein: HKP

"HKP-Bedarf geprüft. Maßnahme [...], medizinische Notwendigkeit [...], Patient:in kann Durchführung nicht selbst wegen [...]. Ziel [...], Zeitraum/Frequenz [...]."

10. Vulnerable Patient:innen, soziale Diagnose und Netzwerkkoordination

10.1 Grundsatz

Vulnerabilität zeigt sich oft nicht als Diagnose, sondern als Muster: häufige Kontakte, verpasste Termine, Medikamentenchaos, wiederholte Krisen, Angehörigenererschöpfung, fehlende Anschlussversorgung.

Koordinationsformel

Medizinische Komplexität + soziale Belastung + fehlende Ressourcen + Systembrüche = hausärztlicher Koordinationsbedarf.

10.2 Minimal-Sozialanamnese (12 Fragen)

16. Wohnen Sie allein?
17. Wer hilft Ihnen?
18. Kommen Sie mit Medikamenten und Terminen zurecht?
19. Können Sie einkaufen, kochen, waschen, duschen und sich anziehen?
20. Gab es Stürze?
21. Gibt es finanzielle oder berufliche Sorgen?
22. Gibt es Gewalt, Druck oder Angst zu Hause?
23. Verstehen Sie Briefe und Anträge?
24. Können Sie Praxis/Fachärzte erreichen?
25. Was klappt im Alltag wegen Krankheit nicht mehr?
26. Wer ist überlastet?
27. Was gibt Ihnen Kraft?

10.3 Netzwerkkarte

Problem	Netzwerkpartner
Pflegebedarf	Pflegekasse, MD/Medicproof, Pflegestützpunkt
Entlassung ungeklärt	Kliniksozialdienst
Psychische Krise	Krisendienst, Sozialpsychiatrischer Dienst
Sucht	Suchtberatung, Entgiftung, Entwöhnungsreha
Schulden	Schuldnerberatung
Wohnproblem	Wohnraumberatung, Sozialamt
Isolation	Stadtteilzentrum, Seniorentreff, Social Prescribing
Palliativ	SAPV, Hospizdienst, Pflegedienst
Arbeitsplatz	BEM, Betriebsarzt, DRV/LTA

10.4 PVS-Baustein Sozialanamnese

PVS-Baustein: Sozialanamnese

"Sozialanamnese erhoben: Wohnen [...], Unterstützung [...], Medikamente/Termine [...], Selbstversorgung [...], Stürze [...], Arbeit/Finanzen [...], Sicherheit/Gewalt [...], Gesundheitskompetenz/Sprachbarriere [...], Angehörigenbelastung [...], Ressourcen [...]. Handlungsbedarf [...]."

11. Palliativkoordination, SAPV, Hospiz und Vorausplanung

11.1 Grundsatz

Palliativkoordination beginnt vor der Krise. Sie umfasst nicht nur Schmerztherapie, sondern Therapieziel, Symptomkontrolle, Patientenwille, Angehörige, Pflege, Hilfsmittel, SAPV, Hospiz und Notfallplan.

Palliativ-Formel

Krankheitsstadium + Symptomlast + Prognose + Patientenwille + häusliche Ressourcen + Notfallrisiko = palliatives Versorgungskonzept.

11.2 SAPV prüfen bei

- Komplexer Symptomlast, schwer kontrollierbarem Schmerz oder Dyspnoe/Angstkrise
- Instabiler palliativer Entlassung oder wiederholten Notfällen
- Wunsch, zu Hause zu sterben, aber Versorgung fragil
- Angehörigenkollaps, hoher Koordinationslast
- Sterbephase mit Unsicherheit

11.3 Advance Care Planning (ACP)

Leitfragen:

- Was weiß Patient:in über die Erkrankung?
- Was ist das wichtigste Ziel? Was soll nicht passieren?
- Krankenhaus/Intensivmedizin/Reanimation?
- Wer darf entscheiden?
- Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht vorhanden?
- Notfallplan erstellt?

11.4 PVS-Baustein Palliativ

PVS-Baustein: Palliativ

"Palliative Versorgungssituation geprüft. Symptomlast [...], Therapieziel [...], Patientenwille [...], SAPV/Hospiz/Pflege/Hilfsmittel [...], Notfallplan [...], Angehörige [...]."

12. MFA-Workflows und Praxisorganisation

12.1 Grundsatz

Sozialmedizin wird erst praxistauglich, wenn sie in PVS, MFA-Workflow, Recall und Netzwerklogik übersetzt wird.

12.2 Sozialmedizinischer Teamprozess (10 Schritte)

1. Anlass erkennen
2. MFA-Vorerfassung
3. Unterlagen und Fristen prüfen
4. Ärztliche Funktionsbewertung
5. PVS-Baustein dokumentieren
6. Maßnahme/Formular auslösen
7. Datenschutz/Einwilligung sichern
8. Netzwerkpartner einbinden
9. Recall einrichten
10. Eskalation bei Red Flags

12.3 MFA-Red-Flag-Liste — sofort ärztlich melden

- Suizidgedanken, akute Verwirrtheit
- Entlassung ohne Medikamente
- Pflege heute nicht gesichert
- Palliative Krise, Angehörige kollabieren
- Patient allein hilflos, Gewaltverdacht
- Neue Antikoagulation/Insulin unklar
- Sturzserie, starker Gewichtsverlust
- Lebenswichtige Therapie wird nicht verstanden
- Frist läuft heute/morgen ab

12.4 Datenschutz

Ohne Einwilligung keine Diagnosen, keine Details, keine vertraulichen Inhalte an Angehörige, Arbeitgeber oder Dritte. Bei Arbeitgeberkontakt reichen häufig Belastungsgrenzen; Diagnosen nur mit ausdrücklicher Einwilligung.

12.5 Recall-System — Auslöser

Anlass	Recall-Zeitpunkt
AU	Vor Ende und ab 4/6 Wochen
Reha-Antrag	Bei Einreichen und nach Bescheid
Pflegegrad	MD-Termin, Bescheid, Widerspruchsfrist
GdB	Fristen, Widerspruch
Entlassbefunde	Offene Befunde mit Frist
HKP	Ende der Genehmigung
Palliativ	Wöchentlich bei instabiler Situation

13. PVS-Bausteinbibliothek

Alle Bausteine sind als Vorlage zu verstehen; individuelle Anpassung an Praxissoftware (PVS) erforderlich.

13.1 AU

AU

"AU geprüft: Tätigkeit [...], Diagnose [...], Funktionsausfall [...], Dauer [...], Plan [...]."

13.2 Reha

Reha

"Reha geprüft: Bedarf [...], Fähigkeit [...], Prognose [...], Ziel [...], Antrag/Bericht [...]."

13.3 Pflegegrad

Pflegegrad

"Pflegegrad geprüft: Hilfebedarf [...], Selbstständigkeit [...], Angehörige [...], Reha-Potenzial [...]."

13.4 GdB

GdB

"GdB-Anliegen: Diagnosen [...], Funktions-/Teilhabeeinschränkungen [...], Befundbericht [...]."

13.5 Entlassung

Entlassung

"Entlassbrief geprüft, Medikation abgeglichen, offene Befunde/Nachsorge [...]."

13.6 Hilfsmittel

Hilfsmittel

"Hilfsmittelbedarf: Funktionsdefizit [...], Ziel [...], Hilfsmittel [...]."

13.7 HKP

HKP

"HKP: Maßnahme [...], medizinische Notwendigkeit [...], Patient kann nicht selbst wegen [...]."

13.8 Palliativ

Palliativ

"Palliativ: Therapieziel [...], Symptome [...], SAPV/Hospiz/Pflege [...], Notfallplan [...]."

13.9 Datenschutz/Schweigepflicht

Datenschutz

"Einwilligung/Schweigepflicht: Kontakt zu [...], Zweck [...], Umfang [...]."

13.10 Sozialanamnese

Sozialanamnese

"Sozialanamnese: Wohnen [...], Unterstützung [...], Finanzen/Arbeit [...], Ressourcen [...], Red Flags [...]."

14. Praxiskarten und Patient:innenhandouts

14.1 Praxiskarten — für Sprechzimmer und MFA-Arbeitsplatz

1. Sozialmedizinische 5-Fragen-Logik
2. AU in 90 Sekunden
3. Stufenweise Wiedereingliederung
4. Reha in 90 Sekunden
5. Reha vor Pflege
6. Pflegegrad in 90 Sekunden
7. Pflegegrad-Befundbericht — gute Formulierungen
8. GdB in 90 Sekunden
9. Merkzeichen Mobilität
10. Entlassmanagement-Checkliste
11. AMTS nach Entlassung
12. Hilfsmittel — Funktionsziel zuerst
13. Heilmittel
14. HKP — medizinische Notwendigkeit
15. Sozialanamnese 12 Fragen
16. Netzwerk aktivieren
17. Palliativkoordination
18. SAPV prüfen
19. MFA-Red-Flag-Liste
20. Sozialmedizinischer Teamprozess

14.2 Patient:innenhandouts

1. Warum fragt die Praxis nach Arbeit und Alltag?
2. Arbeitsunfähigkeit — was Sie wissen sollten
3. Stufenweise Wiedereingliederung
4. Reha — Ihr Weg zur Rehabilitation
5. Pflegegrad beantragen
6. Angehörigencheckliste Pflegebegutachtung
7. GdB und Schwerbehindertenausweis
8. Nach der Klinikentlassung
9. Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege
10. Unterstützung organisieren
11. Palliative Unterstützung zu Hause
12. Angehörige in palliativer Situation

15. Falltraining — 25 Fälle zur hausärztlichen Sozialmedizin

Jeder Fall folgt derselben ClinicalOS-Struktur: Anlass → Verdeckte Frage → Funktion/Teilhabe → Hausärztliche Aktion → MFA-Trigger → PVS-Text → Patient:innenbotschaft → Failure-Mode → Red Flag.

Fallübersicht

Fall	Thema / Kernkompetenz
1	Lange AU bei LWS-Syndrom — AU >6 Wochen, Reha, Wiedereingliederung
2	Depression bei Busfahrer — tätigkeitsbez. AU, Sicherheit, Therapieplan
3	Jobcenter-AU-Wunsch — AU-Abgrenzung, soziale Belastung
4	Wiedereingliederung nach Bandscheibenvorfall — Hamburger Modell, BEM
5	Reha nach COPD-Exazerbation — Reha-Ziel, DMP, Entlassmanagement
6	Geriatrische Reha nach Sturz — Reha vor Pflege
7	Pflegegrad bei Demenz — Hilfebedarf konkretisieren
8	Pflegegrad-Erhöhung nach Schlaganfall — Verschlechterung beschreiben
9	GdB bei Multimorbidität — Teilhabefolgen statt Diagnosesammlung
10	Merkzeichen bei Mobilitätsverlust — Gehstrecke, Hilfsmittel, Teilhabe
11	Entlassung mit neuer Antikoagulation — AMTS, Hochrisikomedikation
12	Entlassung mit Wunde — HKP, Wundversorgung
13	Insulinplan nicht verstanden — Gesundheitskompetenz, HKP, Sprachmittlung
14	Hilfsmittel nach Sturzserie — Funktionsziel, Pflege/Reha
15	Angehörigenüberlastung — Pflegekoordination, Entlastung
16	Soziale Isolation und Schmerz — Social Prescribing
17	Hypertonie und Schulden — soziale Diagnose
18	Gewaltverdacht — Schutz, Gespräch, Dokumentation
19	Palliative Entlassung ohne Netzwerk — SAPV, Hospiz, Notfallplan
20	Sterbephase zu Hause — Angehörige, Symptomplan, Krisenvermeidung
21	Patient lehnt Hilfe ab — Einwilligungsfähigkeit, Risiko
22	Arbeitsplatzverlust und LTA — Reha vor Rente, Teilhabe am Arbeitsleben
23	GdB-Widerspruch mit Frist — Befundergänzung, Fristen
24	Entlassung nach Delir — vulnerable Entlassung, Pflege, AMTS
25	Wiederholte Notaufnahme — Case Management

Fall 1 – Lange AU bei LWS-Syndrom

Anlass

49-jähriger Lagerarbeiter, seit 7 Wochen AU wegen LWS-Schmerzen. Bittet um Folgebescheinigung.

Verdeckte sozialmedizinische Frage

Ist dies noch eine reine Akut-AU oder bereits ein sozialmedizinischer Verlauf mit Reha-/BEM-/Wiedereingliederungsbedarf?

Funktion/Teilhabe

- Heben >5 kg nicht möglich
- Langes Stehen und Bücken schmerzhaft
- Angst vor Rückfall, körperlich schwere Arbeit

Hausärztliche Aktion

- Tätigkeit konkret erfassen, Red Flags prüfen
- Therapieplan aktivieren: Analgesie, Physio, Aktivierung
- Reha-Bedarf prüfen, stufenweise Wiedereingliederung diskutieren
- BEM-Hinweis, Wiedervorlage

MFA-Trigger

AU >6 Wochen im PVS markieren.

PVS-Text

"AU-Verlauf >6 Wochen bei LWS-Syndrom. Tätigkeit Lagerarbeiter mit Heben/Tragen/Bücken. Funktionsdefizit: [...]. Reha-/Wiedereingliederungs-/BEM-Bedarf geprüft. Plan: [...]."

Patient:innenbotschaft

"Wir schreiben nicht einfach weiter krank, sondern brauchen jetzt einen Plan, wie Sie wieder belastbarer werden oder welche Reha nötig ist."

Failure-Mode

AU mechanisch verlängern ohne Reha-/Wiedereingliederungsplan.

Red Flag

Chronifizierung und Arbeitsplatzverlust.

Fall 2 – Depression bei Busfahrer

Anlass

51-jähriger Busfahrer, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörung, depressive Symptomatik.

Verdeckte sozialmedizinische Frage

Sicherheitsrelevante Tätigkeit: Kann Patient aktuell verantwortlich fahren?

Funktion/Teilhabe

- Verminderte Reaktionsfähigkeit
- Konzentrationsminderung und Schlafdefizit
- Verantwortung für Fahrgäste

Hausärztliche Aktion

- Suizidalität prüfen
- AU tätigkeitsbezogen begründen
- Therapieplan: Psychotherapie/Psychiatrie/Medikation je nach Schwere
- Wiedervorlage, später Wiedereingliederung/BEM

MFA-Trigger

Psychische AU + sicherheitsrelevante Tätigkeit.

PVS-Text

"Depressive Symptomatik mit Schlafstörung und Konzentrationsminderung. Tätigkeit Busfahrer sicherheitsrelevant; aktuell keine sichere Ausübung möglich. Suizidalität [...]. AU bis [...], Therapie/Wiedervorlage [...]."

Patient:innenbotschaft

"Bei Ihrer Tätigkeit geht es auch um Sicherheit — die Frage ist nicht nur, ob Sie irgendwie arbeiten könnten, sondern ob Sie sicher fahren können."

Failure-Mode

Nur ICD dokumentieren und Tätigkeit ignorieren.

Red Flag

Suizidalität oder Fahrtätigkeit trotz schwerer Symptomatik.

Fall 3 – Jobcenter-AU-Wunsch

Anlass

Patient bittet um AU für Jobcentertermin, berichtet Stress, aber keine akute Erkrankung.

Verdeckte sozialmedizinische Frage

Liegt krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vor oder vor allem soziale Belastung?

Hausärztliche Aktion

- Psychische Symptome prüfen
- Keine Gefälligkeits-AU ausstellen
- Soziale Beratung/Jobcenterkommunikation erklären
- Wiedervorlage bei Beschwerden

PVS-Text

"AU-Wunsch im Kontext Jobcenter. Medizinische Prüfung: [...]. Aktuell keine ausreichende krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit. Sozialberatung besprochen."

Patient:innenbotschaft

"Ich verstehe den Druck. Eine AU darf ich aber nur ausstellen, wenn Sie krankheitsbedingt nicht teilnehmen können."

Failure-Mode

Gefälligkeits-AU wegen sozialem Druck.

Red Flag

Verdeckte Depression, Angst oder Suizidalität übersehen.

Fall 4 – Wiedereingliederung nach Bandscheibenvorfall

Anlass

Patient nach 10 Wochen AU möchte zurück, traut sich aber nicht.

Kernfrage

Stufenweise Wiedereingliederung statt voller Rückkehr oder weiterer AU?

Hausärztliche Aktion

- Stufenplan erstellen, Belastungsgrenzen formulieren
- Patient bleibt AU während Wiedereingliederung
- BEM erklären, Kontrolle planen

PVS-Text

"Stufenweise Wiedereingliederung geplant. Teilbelastbarkeit gegeben. Stufenplan: [...]. Einschränkungen: [...]. Patient über fortbestehende AU informiert."

Patient:innenbotschaft

"Das ist keine normale Teilzeit, sondern eine medizinisch gesteuerte Belastungserprobung."

Failure-Mode

Wiedereingliederung mit voller Arbeitsfähigkeit verwechseln.

Red Flag

Arbeitsplatzkonflikt oder Überforderung nicht geklärt.

Fall 5 – Reha nach COPD-Exazerbation

Anlass

67 Jahre, COPD, zwei Klinikaufenthalte, Gehstrecke 80 m, Dyspnoe beim Duschen.

Kernfrage

Pneumologische Reha, DMP, Pflege/HKP/Hilfsmittel?

Hausärztliche Aktion

- Inhalationstechnik prüfen, pneumologische Reha beantragen
- DMP/Impfstatus checken, ggf. Pflegegrad/HKP
- Notfallplan Exazerbation erstellen

PVS-Text

"COPD mit wiederholten Exazerbationen und relevanter Funktionsminderung. Reha-Ziel: Belastbarkeit, Atemtechnik, Exazerbationsmanagement. DMP/Pflegebedarf geprüft."

Failure-Mode

Nur neues Spray verordnen.

Red Flag

Dyspnoe bei Körperpflege und fehlende häusliche Unterstützung.

Fall 6 – Geriatrische Reha nach Sturz

Anlass

84-jährige Patientin nach Sturz und Fraktur, jetzt unsicher, Tochter beantragt Pflegegrad.

Kernfrage

Nur Pflegegrad oder Reha vor Pflege?

Hausärztliche Aktion

- Geriatrische Reha prüfen (Reha vor Pflege!)
- Pflegegrad parallel beantragen
- Hilfsmittel und Sturzprophylaxe, Angehörigenbelastung ansprechen

PVS-Text

"Nach Sturz deutlicher Funktionsverlust. Reha vor Pflege geprüft. Ziel: Transfer, Gehstrecke, Rückkehr in Wohnung. Pflegegrad/Hilfsmittel parallel."

Patient:innenbotschaft

"Pflege ist wichtig, aber wir sollten prüfen, ob Training helfen kann, wieder selbstständiger zu werden."

Failure-Mode

Pflegegrad anstoßen, Reha-Potenzial übersehen.

Red Flag

Drohende dauerhafte Pflegeheimaufnahme.

Fall 7 – Pflegegrad bei Demenz

Anlass

Tochter berichtet, Mutter vergisst Herd, Medikamente, Körperpflege.

Kernfrage

Selbstständigkeit und Gefahrensicht statt nur Demenzdiagnose beschreiben.

Hausärztliche Aktion

- Pflegegrad-Erstantrag, Angehörigengespräch mit Einwilligung
- Medikamentenmanagement sichern, ggf. Betreuung/Hausbesuch

PVS-Text

"Demenzbedingter Hilfebedarf: Medikamente unsicher, Gefahrensicht reduziert, Tagesstruktur und Selbstversorgung eingeschränkt. Pflegegradprüfung empfohlen."

Failure-Mode

Nur MMST dokumentieren.

Red Flag

Alleinleben + Herd + Medikamente.

Fall 8 – Pflegegrad-Erhöhung nach Schlaganfall

Anlass

Patient mit PG 2 hatte Schlaganfall, nun Hilfe bei Transfer und Ankleiden.

Kernfrage

Was ist neu seit letztem Gutachten?

Hausärztliche Aktion

- Neue Defizite konkret beschreiben, Höherstufung empfehlen
- Reha/Heilmittel/Hilfsmittel, Angehörigenbelastung ansprechen

PVS-Text

"Seit Schlaganfall neu: Hemiparese [...], Hilfe bei Transfer, Ankleiden, Toilettengang und Medikamentengabe. Pflegegradüberprüfung empfohlen. Reha-Potenzial geprüft."

Failure-Mode

"Z. n. Apoplex" ohne Alltagsfolgen dokumentieren.

Red Flag

Hilfe nachts und Sturzgefahr.

Fall 9 – GdB bei Multimorbidität

Anlass

62 Jahre, KHK, Diabetes, Polyneuropathie, Gonarthrose, Depression; fragt nach GdB.

Kernfrage

Gesamtwirkung statt Diagnosen addieren.

Hausärztliche Aktion

- Gehstrecke, Schmerzen, Belastbarkeit, soziale/berufliche Teilhabe erfassen
- Fachberichte sammeln, GdB erklären

PVS-Text

"Multimorbidität mit kumulativer Teilhabeeinschränkung: Mobilität [...], Belastbarkeit [...], neuropathische Schmerzen [...], psychische Teilhabe [...]. GdB-Befundbericht besprochen."

Patient:innenbotschaft

"Der GdB wird nicht zusammengerechnet. Wichtig ist, wie Ihre Krankheiten zusammen Ihr Leben einschränken."

Failure-Mode

Diagnoseliste ohne Funktion einreichen.

Red Flag

Merkzeichen- oder Pflegegradbedarf zusätzlich übersehen.

Fall 10 – Merkzeichen bei Mobilitätsverlust

Anlass

74 Jahre, Rollator, Gehstrecke 80 m, fragt nach Merkzeichen G.

Kernfrage

Mobilität konkret erfassen.

Hausärztliche Aktion

- Gehstrecke messen, Treppen, Hilfsmittel dokumentieren
- Stürze, öffentliche Verkehrsmittel, Schmerzen/Dyspnoe erfragen

PVS-Text

"Mobilitätsrelevante Einschränkungen: Gehstrecke ca. [...], Rollator [...], Treppen [...], Stürze [...], öffentlicher Verkehr [...]."

Failure-Mode

"Schlecht zu Fuß" schreiben.

Red Flag

Sturzserie oder häusliche Unsicherheit.

Fall 11 – Entlassung mit neuer Antikoagulation

Anlass

Patient nach Vorhofflimmern, Klinik startet Apixaban; ASS steht noch im PVS.

Kernfrage

Doppeltherapie und AMTS.

Hausärztliche Aktion

- Indikation Apixaban klären, ASS-Indikation prüfen
- Nierenfunktion, Blutungsrisiko, Plan aktualisieren

PVS-Text

"AMTS-Abgleich nach Entlassung: Apixaban neu wegen [...]. ASS-Indikation geprüft [...]. Nierenfunktion [...]. Patient über Einnahme/Blutungszeichen informiert."

Failure-Mode

Alte Dauermedikation automatisch verlängern.

Red Flag

Blutung oder Thrombose.

Fall 12 – Entlassung mit Wunde

Anlass

Diabetischer Fuß, Entlassung mit Verbandschema, kein Pflegedienst.

Kernfrage

HKP/Wundversorgung statt "Kontrolle irgendwann".

Hausärztliche Aktion

- Wunde dokumentieren, HKP Verbandwechsel verordnen
- Diabetologie/Chirurgie, Infektzeichen/Gefäßstatus, Wiedervorlage

PVS-Text

"Entlassung mit diabetischer Fußwunde. Wunde [...]. HKP Wundversorgung verordnet. Kontrolle [...]. Red Flags Infekt/Ischämie besprochen."

Failure-Mode

Verbandmaterial rezeptieren ohne Versorgungskette.

Red Flag

Infekt, Ischämie, Sepsis.

Fall 13 – Insulinplan nicht verstanden

Anlass

Patient nach Klinik mit neuem Insulinplan, Sprachbarriere, Sohn übersetzt unzuverlässig.

Kernfrage

Gesundheitskompetenz und Behandlungssicherheit.

Hausärztliche Aktion

- Teach-back, einfacher Plan, Diabetesberatung
- HKP prüfen, Sprachmittlung, Angehörige mit Einwilligung

PVS-Text

"Insulinplan nach Entlassung unzureichend verstanden. Teach-back durchgeführt [...]. Sprachbarriere [...]. Diabetesberatung/HKP/Angehörige [...]."

Failure-Mode

Deutschen Plan ausdrucken und annehmen, dass er verstanden wurde.

Red Flag

Hypoglykämie.

Fall 14 – Hilfsmittel nach Sturzserie

Anlass

87 Jahre, drei Stürze, Tochter möchte Rollator.

Kernfrage

Rollator plus Sturzursachen, Wohnung, Reha, Pflege.

Hausärztliche Aktion

- Sturzabklärung, Rollator mit Ziel verordnen
- Wohnraumberatung, Physio/Reha, Pflegegrad prüfen

PVS-Text

"Hilfsmittelbedarf Rollator bei Sturzserie und Gangunsicherheit. Ziel: sichere Mobilität. Sturzabklärung, Reha/Pflegegrad/Wohnumfeld geprüft."

Failure-Mode

Rollator ohne Sturzdiagnostik.

Red Flag

Synkope, Delir, neue neurologische Defizite.

Fall 15 – Angehörigenüberlastung

Anlass

Ehefrau pflegt Parkinsonpatienten, nächtlich 4× Hilfe, sagt: "Ich kann nicht mehr."

Kernfrage

Pflegeperson als Risikofaktor erkennen.

Hausärztliche Aktion

- Angehörigengespräch, Pflegegrad/Höherstufung
- Pflegestützpunkt, Tagespflege/Kurzzeitpflege, Hilfsmittel

PVS-Text

"Angehörigenüberlastung erheblich. Entlastungsoptionen, Pflegegradüberprüfung, Pflegestützpunkt besprochen."

Failure-Mode

Nur Parkinsonmedikation anpassen.

Red Flag

Pflege bricht weg.

Fall 16 – Soziale Isolation und chronischer Schmerz

Anlass

63 Jahre, chronischer Schmerz, keine sozialen Kontakte, Bewegungsangst.

Kernfrage

Social Prescribing als Teil des Behandlungsplans.

Hausärztliche Aktion

- Schmerztherapie, Aktivierungsplan
- Reha-Sport/Funktionstraining, Selbsthilfegruppe, Stadtteilangebot, Wiedervorlage

PVS-Text

"Soziale Isolation und Aktivitätsvermeidung bei chronischem Schmerz. Social Prescribing: [...]. Ziel: Aktivierung/Teilhabe. Wiedervorlage [...]."

Failure-Mode

Nur Analgetika eskalieren.

Red Flag

Depression/Suizidalität.

Fall 17 – Hypertonie und Schulden

Anlass

58 Jahre, Blutdruckkrisen, Schlaflosigkeit, Medikamente unregelmäßig; auf Nachfrage: Schulden.

Kernfrage

Soziale Diagnose als Adhärenzbarriere.

Hausärztliche Aktion

- Akute medizinische Behandlung, Medikationsvereinfachung
- Schuldnerberatung empfehlen, Wiedervorlage

PVS-Text

"Finanzielle Belastung/Schulden als gesundheitsrelevanter Faktor mit Einfluss auf Schlaf/Adhärenz erhoben. Schuldnerberatung empfohlen."

Failure-Mode

Nur weiteres Antihypertensivum verordnen.

Red Flag

Existenzkrise/Suizidalität.

Fall 18 – Gewaltverdacht

Anlass

Patientin mit Hämatomen, Schlafstörung, Partner antwortet für sie.

Kernfrage

Sicheres Einzelgespräch und Schutz.

Hausärztliche Aktion

- Einzelgespräch ermöglichen, behutsam fragen
- Akute Gefahr prüfen, Hilfsstellen benennen
- Sorgfältige Dokumentation, Datenschutz und Sicherheit

PVS-Text

"Hinweise auf mögliche Gewalt/Abhängigkeit. Einzelgespräch angeboten/geführt. Patientin berichtet [...]. Akute Gefährdung [...]. Hilfsangebote/Sicherheitsplan [...]."

Failure-Mode

Partner als Übersetzer/Antwortgeber belassen.

Red Flag

Akute Gewalt, Kinder im Haushalt.

Fall 19 – Palliative Entlassung ohne Netzwerk

Anlass

Tumorphant wird Freitag entlassen, Schmerzen, keine SAPV, kein Pflegebett.

Kernfrage

Versorgungsbruch verhindern.

Hausärztliche Aktion

- Entlassbrief/Medikation prüfen, SAPV einleiten
- Hospizdienst kontaktieren, Pflegegrad/Hilfsmittel veranlassen
- Notfallmedikation, Angehörigengespräch

PVS-Text

"Palliative Entlassung mit hohem Versorgungsrisiko. SAPV/Pflege/Hilfsmittel/Notfallplan veranlasst. Angehörige informiert."

Failure-Mode

Kontrolle in zwei Wochen vereinbaren.

Red Flag

Schmerzen, Atemnot, Angehörigenkollaps.

Fall 20 – Sterbephase zu Hause

Anlass

Bettlägeriger Patient, kaum Flüssigkeit, rasselnde Atmung, Angehörige ängstlich.

Kernfrage

Sterbephase erkennen und Krisenintervention vermeiden.

Hausärztliche Aktion

- Sterbephase erklären, Symptommedikation sichern
- SAPV/Pflegedienst koordinieren, keine belastenden Maßnahmen
- Angehörige begleiten

PVS-Text

"Sterbephase wahrscheinlich. Angehörige aufgeklärt. Symptomorientierter Plan, Bedarfsmedikation und Pflegedienst/SAPV koordiniert."

Failure-Mode

Ungewollte Klinikeinweisung wegen fehlender Aufklärung.

Red Flag

Unerträgliche Symptome ohne Medikation.

Fall 21 – Patient lehnt Hilfe ab

Anlass

Alleinlebender Patient mit Stürzen lehnt Pflegedienst ab.

Kernfrage

Autonomie vs. Selbstgefährdung.

Hausärztliche Aktion

- Einwilligungsfähigkeit orientierend prüfen, Risiken erklären
- Niedrigschwellige Alternativen, Hausbesuch, Wiedervorlage
- Angehörige nur mit Einwilligung

PVS-Text

"Patient lehnt Unterstützung trotz Sturzrisiko ab. Risiken erläutert, Verständnis geprüft. Alternativen [...], Wiedervorlage [...]."

Failure-Mode

Ablehnung entweder ignorieren oder paternalistisch übergehen.

Red Flag

Demenz/Delir/akute Selbstgefährdung.

Fall 22 – Arbeitsplatzverlust und LTA

Anlass

Pflegekraft mit chronischem Rückenleiden, GdB 30, Arbeitsplatz gefährdet.

Kernfrage

LTA/Gleichstellung/BEM statt endlose AU.

Hausärztliche Aktion

- Tätigkeit und dauerhafte Einschränkungen beschreiben
- BEM/Betriebsarzt, DRV/Agentur/LTA, Reha, GdB/Gleichstellung erklären

PVS-Text

"Tätigkeit Pflege mit Heben/Transfer nicht mehr dauerhaft möglich. LTA/BEM/Betriebsarzt/Gleichstellung beraten."

Failure-Mode

Immer neue AU ohne Teilhabestrategie.

Red Flag

Kündigung/Erwerbsminderung.

Fall 23 – GdB-Widerspruch mit Frist

Anlass

Patient bringt GdB-Bescheid, Widerspruchsfrist in 5 Tagen.

Kernfrage

Frist und medizinische Ergänzung.

Hausärztliche Aktion

- Bescheid scannen, Frist markieren
- Fehlende Diagnosen/Funktionen identifizieren
- Sozialverband/Beratung empfehlen, Ergänzung formulieren

PVS-Text

"GdB-Bescheid/Widerspruchsfrist besprochen. Medizinisch ergänzbare Punkte: [...]. Patient auf Frist und Beratungsstellen hingewiesen."

Failure-Mode

Schreiben in Routineablage.

Red Flag

Fristversäumnis.

Fall 24 – Entlassung nach Delir

Anlass

86 Jahre, Entlassung nach Pneumonie und Delir, jetzt neue Verwirrtheit, viele Medikamente.

Kernfrage

Vulnerable Entlassung: Delir, AMTS, Pflege, Sturz.

Hausärztliche Aktion

- Delir vs. Demenz/Infekt/Medikation klären
- Medikationsabgleich, Pflege/Angehörige einbinden
- Sturzprävention, Laborkontrolle, Wiedervorlage

PVS-Text

"Vulnerable Entlassung nach Delir. Kognition, Medikation, Infektzeichen, Pflege und Sturzrisiko geprüft. AMTS-Abgleich [...]."

Failure-Mode

Delir als "Alter" abtun.

Red Flag

Erneutes Delir, Exsikkose, UAW.

Fall 25 – Wiederholte Notaufnahme

Anlass

79 Jahre, Herzinsuffizienz/COPD/Diabetes, 5 Notaufnahmen in 3 Monaten.

Kernfrage

Case Management statt Einzelproblem.

Hausärztliche Aktion

- Hauptmuster identifizieren, Medikationsplan aktualisieren
- DMP/Recall, Pflegedienst, Notfallplan erstellen
- Angehörige, Facharztkoordination, soziale Diagnose

PVS-Text

"Wiederholte Notaufnahmen als Versorgungsbruch. Fallkoordination initiiert: Hauptprobleme [...], Maßnahmen [...], Netzwerk [...], Recall [...]."

Failure-Mode

Jede Notaufnahme separat behandeln.

Red Flag

Kein tragfähiger ambulanter Plan.

Supervisionsfragen für die Teambesprechung

28. Welche Fälle in unserer Praxis entsprechen diesen Mustern?
29. Wo fehlt uns ein Recall?
30. Welche PVS-Bausteine brauchen wir sofort?
31. Welche Netzwerkpartner fehlen im Verzeichnis?
32. Welche Fälle werden zu stark ärztlich und zu wenig als Teamprozess bearbeitet?
33. Wo schreiben wir Diagnosen, aber keine Funktion?
34. Wo übersehen wir Angehörigenbelastung?
35. Welche Red Flags sollen MFA sofort melden?

Typische Fehlentscheidungen — Prüftabelle

Fehlentscheidung	Korrektur
AU >6 Wochen einfach verlängern	Reha/Wiedereingliederung/BEM prüfen
Pflegegradbericht mit Diagnosen	Hilfebedarf konkret beschreiben
GdB-Antrag mit Diagnoseliste	Teilhabefolgen beschreiben
Klinikmedikation ungeprüft übernehmen	AMTS-Abgleich durchführen
Angehörige ohne Einwilligung informieren	Schweigepflicht klären
Hilfsmittel ohne Ziel	Funktionsziel dokumentieren
HKP als Haushaltshilfe	Medizinische Notwendigkeit prüfen
SAPV zu spät	Früh bei Komplexität prüfen
Patient lehnt Hilfe ab — keine Dokumentation	Risiko und Einwilligungsfähigkeit dokumentieren

16. Red Flags, Do-not-Liste und Qualitätsindikatoren

16.1 Zentrale Red Flags

Red Flag	Gefahr	Aktion
AU >6 Wochen ohne Plan	Chronifizierung, Arbeitsplatzverlust	Reha/BEM/Wiedereingliederung
Entlassung ohne Medikationsplan	UAW, Doppelmedikation	AMTS-Abgleich sofort
Alleinlebend + Demenz	Selbstgefährdung	Pflege/Angehörige/Betreuung
Angehörige kollabieren	Pflege bricht weg	Pflegestützpunkt/Entlastung
GdB/Pflegegrad nur mit Diagnosen	Unterbewertung	Funktion beschreiben
Palliative Entlassung ohne Netzwerk	Kriseneinweisung	SAPV/Hospiz/Pflege
Neue Antikoagulation/Insulin unklar	Schwere UAW	Sofort prüfen
Patient versteht Therapie nicht	Behandlungsfehler	Teach-back/HKP/Angehörige
Gewaltverdacht	Akute Gefährdung	Schutzwege/Dokumentation
Offene Befunde ohne Recall	Therapieverzug	Wiedervorlage einrichten

16.2 Do-not-Liste

1. Keine Formulare ohne Anlassklärung
2. Keine AU-Verlängerung ohne Verlaufsprüfung
3. Keine Diagnosen an Arbeitgeber ohne Einwilligung
4. Kein Pflegegradversprechen
5. Kein GdB-Wertversprechen
6. Keine Entlassmedikation ohne AMTS-Abgleich
7. Keine Reha ohne Reha-Ziel
8. Keine Hilfsmittel ohne Funktionsziel
9. Keine HKP ohne medizinische Notwendigkeit
10. Keine Angehörigengespräche ohne Schweigepflichtklärung
11. Keine palliative Krise ohne Notfallplan
12. Keine sozialen Probleme als "nicht medizinisch" abtun
13. Keine Briefe nur scannen, ohne Kurzbewertung
14. Keine Fristen ohne Recall
15. Keine unklare Zuständigkeit: Wer macht was bis wann?

16.3 Qualitätsindikatoren

- AU >6 Wochen mit dokumentierter Reha-/BEM-Prüfung
- Klinikentlassungen mit Medikationsabgleich
- Pflegegradberichte mit Funktionsbeschreibung
- GdB-Berichte mit Teilhabebeschreibung

- Palliativpatient:innen mit Notfallplan
- Sozialanamnese bei vulnerablen Patient:innen
- Recall für offene Befunde
- Dokumentierte Schweigepflichtentbindung
- Aktuelles Netzwerkverzeichnis
- MFA-Red-Flag-Schulung durchgeführt

17. Schluss: Das hausärztliche Koordinationsversprechen

Sozialmedizinische Hausarztmedizin bedeutet:

- Krankheit wird nicht nur diagnostiziert, sondern in ihrem Lebenskontext verstanden.
- AU wird nicht nur bescheinigt, sondern mit Rückkehr- und Reha-Strategie verbunden.
- Pflegebedarf wird nicht nur beklagt, sondern konkret beschrieben und koordiniert.
- GdB wird nicht als Diagnosensammlung behandelt, sondern als Teilhabefrage.
- Entlassungen werden nicht passiv übernommen, sondern aktiv gesichert.
- Hilfsmittel und HKP werden nicht als Formularwunsch, sondern als Funktionslösung verstanden.
- Soziale Belastung wird nicht abgewertet, sondern als behandlungsrelevanter Faktor erkannt.
- Palliative Krisen werden nicht abgewartet, sondern vorausgeplant.
- MFA, PVS, Recall und Netzwerk werden zu tragenden Elementen hausärztlicher Qualität.

Finaler Merksatz

Sozialmedizin in der Hausarztpraxis heißt: Aus Diagnose wird Funktion, aus Funktion wird Teilhabe, aus Teilhabe wird Koordination — und aus Koordination wird sichere Versorgung.

18. Online-Ressourcen und Referenzstellen

Die folgenden Ressourcen sind für D/A/CH kuratiert und direkt über die Links erreichbar. Lokale Netzwerkadressen (KV-Region, Pflegestützpunkt, Hospizdienst, Sozialdienst) bitte praxisspezifisch ergänzen.

Kategorie 1 — Leitlinien, Richtlinien, Behörden und Forschung

- G-BA: Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie — Verbindliche Regeln zur AU-Feststellung und eAU für Vertragsärzt:innen
- KBV: Arbeitsunfähigkeit — Praxisinformationen — AU-Formulare, eAU-Verfahren, Praxistipps der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- G-BA: SAPV-Richtlinie — Spezialisierte ambulante Palliativversorgung — Indikationen und Voraussetzungen
- DRV: Sozialmedizinische Begutachtung für Ärzt:innen — Formulare, Leitlinien und Begutachtungsstandards der Deutschen Rentenversicherung
- DRV: Fortbildung Sozialmedizin — CME-zertifizierte Fortbildungen zu Reha und sozialmedizinischer Begutachtung
- BAR — Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation — Grundlagen und Leitlinien zu Rehabilitation und Teilhabe
- BMG: Pflegeversicherung Leistungen — Offizielle Informationen zu Pflegegraden 1–5 und Leistungsübersicht

→ Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) — Rechtsgrundlage für GdB-Feststellung und Merkzeichen (Bundesrecht)

Kategorie 2 — Überweisungsstellen, Netzwerke und spezialisierte Dienste

→ Pflegestützpunkte Deutschland — Beratungsstellen für Pflegebedürftige und Angehörige — Karte und Kontakte

→ DHPV — Deutscher Hospiz- und PalliativVerband — Verzeichnis ambulanter Hospizdienste und SAPV-Teams in Deutschland

→ DGP — Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin — Leitlinien, Fortbildungen und Versorgungsstandards in der Palliativmedizin

→ VdK Deutschland — Sozialrechtsberatung — Beratung und Unterstützung bei GdB, Pflegegrad, Rente und Widersprüchen

Kategorie 3 — Patientenorganisationen, Selbsthilfe und Vernetzung

→ SoVD — Sozialverband Deutschland — Sozialrechtsberatung, GdB- und Pflegegrad-Unterstützung, Widerspruchshilfe

→ NAKOS — Nationale Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen — Verzeichnis von Selbsthilfegruppen in Deutschland nach Thema und Region

→ Deutsche Alzheimer Gesellschaft — Beratung für Demenzerkrankte und pflegende Angehörige

→ Caritas Österreich: Pflege und Betreuung — Pflegeberatung, Pflegegrad-Äquivalente und Netzwerke in Österreich (A)

→ SPITEX Schweiz — Ambulante Pflege, sozialmedizinische Koordination und Netzwerke in der Schweiz (CH)

19. Literatur und Quellenhinweise (Vancouver)

Alle Leistungsrecht-, Formular- und Abrechnungsangaben in diesem Kapitel unterliegen gesetzlichen Änderungen. Vor klinischer Anwendung aktuelle Fassungen prüfen.

Leitlinien und Richtlinien

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie. Zuletzt geändert 2023. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/2/>
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL). Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/>
3. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Versorgungsmedizinische Grundsätze (Anlage zur VersMedV). Berlin: BMAS; aktuell gültige Fassung.
4. Deutsche Rentenversicherung (DRV). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 8. Aufl. Berlin: DRV Bund; 2023.
5. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). ICF-Praxisleitfaden. Frankfurt: BAR; 2020.

Grundlagenwerke

1. Weltgesundheitsorganisation (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genf: WHO; 2001. Deutsche Fassung: DIMDI 2005.
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Informationen zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/praxis/verordnungen/arbeitsunfaehigkeit>
3. Medizinischer Dienst Bund (MD). Begutachtungs-Richtlinie Pflegebedürftigkeit. Essen: MD Bund; 2017 (aktuell gültige Fassung).

Weiterführende Empfehlungen

1. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung. AWMF-Register-Nr. 128-001OL. 2020.
2. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Leitlinien und Empfehlungen für die Hausarztpraxis. Verfügbar unter: <https://www.degam.de/leitlinien>

Hinweis

Lokale KV-Regelungen, Formularversionen und Vergütungsordnungen (EBM, HZV, GOÄ) variieren regional und ändern sich regelmäßig. Alle Angaben in diesem Manual dienen der klinisch-konzeptuellen Orientierung und ersetzen keine rechtliche oder kassenärztliche Beratung. Stand: Juni 2026.

C6 - Chronischer komplexer Schmerz und multimodale Schmerztherapie (MMST)

Indikationsprüfung, Vorbehandlung, Einweisung und Rückübernahme (Kapitel C des Schmerzmedizin-Moduls)

Überblick

Kapitel C behandelt die Frage, wann ein chronisches komplexes Schmerzsyndrom eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (MMST) benötigt, welches Versorgungssetting passt, wie eine belastbare Einweisung aussieht und wie die hausärztliche Rückübernahme gelingt. Es baut auf den Kapiteln A und B auf.

► Korrektur gegenüber der bisherigen Kapitelfassung

Die bisherige „Mindestens 4 von 7 Kernkriterien“-Checkliste war eine hausinterne Heuristik, kein offizielles OPS-Kriterium, und wird vollständig ersetzt: Die MMST-Indikation wird durch eine klinische Gesamtschau gestellt, nicht durch einen Punktwert.

Die bisherige Vorgabe einer obligaten ambulanten Vorbehandlung über 4–6 Monate war zu starr und wird ersetzt: entscheidend sind Qualität, Umfang und dokumentierter Misserfolg der Vorbehandlung – nicht eine starre Mindestdauer.

C1. Wann reicht ambulante Behandlung?

Nicht jede chronische Schmerzpatientin benötigt MMST. Ambulante Weiterbehandlung ist meist angemessen bei stabiler oder nur moderater Funktionseinschränkung, nachvollziehbarem Behandlungserfolg, guter Selbstmanagementfähigkeit, beherrschbarer psychischer Komorbidität, klarer einzelner Behandlungsfrage oder noch nicht sinnvoll eingesetzten ambulanten Optionen.

C2. Schmerzambulanz, Reha, teilstationär oder vollstationär?

Setting	Eher geeignet, wenn
Schmerzambulanz	Klare Medikamenten-/Diagnostikfrage, interventionelle Fragestellung, noch erhaltene Funktion, überschaubare psychosoziale Komplexität, ambulante Umsetzbarkeit. Häufig Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (Schmerzgesellschaft).
Medizinische Rehabilitation	Schwerpunkt auf Erwerbsfähigkeit, körperlichem Wiederaufbau, Teilhabe, Arbeitsplatzanpassung, langfristiger Belastungssteigerung (Deutsche Rentenversicherung).
Teilstationäre IMST (OPS 8-91c)	Tägliche Rückkehr nach Hause möglich, häusliche Stabilität, kein nächtlicher Überwachungsbedarf, intensives interdisziplinäres Programm nötig.
Vollstationäre MMST (OPS 8-918)	Schwerer Funktionsverlust, komplexe somatische/psychische Komorbidität, erhebliche Medikamentenproblematik, hoher Strukturierungsbedarf, fehlende ambulante/teilstationäre Umsetzbarkeit.
Interdisziplinäre schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (OPS 8-91b)	Kürzeres intensives interdisziplinäres Format als Alternative zur vollstationären MMST, je nach Klinikangebot.

Was der OPS tatsächlich beschreibt

Der OPS 8-918 (vollstationär), 8-91b (Kurzzeitbehandlung) und 8-91c (teilstationär) beschreiben Krankenhaus-Prozedurenkodes mit definierten Struktur-, Prozess- und Leistungsmerkmalen (Klassifikationen). Der OPS ist primär ein Krankenhauscode – die Hausarztpraxis stellt nicht selbst fest, dass sämtliche Strukturmerkmale erfüllt sind, sondern begründet die medizinische Notwendigkeit einer interdisziplinären multimodalen Behandlung. Die Zielklinik entscheidet über Setting und Kodierung.

Redaktionsformulierung für den Einweisungsbefehl: „Es besteht aus hausärztlicher Sicht die Indikation zur Prüfung einer vollstationären interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie.“ – nicht: eine verbindliche OPS-Kodierung durch die Hausarztpraxis.

MMST ist nicht gleich „mehr Physiotherapie plus Psychotherapie“: Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie bedeutet eine inhaltlich, zeitlich und therapeutisch abgestimmte Behandlung mit gemeinsamem Funktions- und Selbstmanagementziel im Team – nicht die bloße Addition mehrerer Einzeltherapien (Deutsche Schmerzgesellschaft).

C3. MMST-Indikation ohne Punktescore

Die vier hausärztlichen Kernentscheidungen:

Entscheidung	Leitfrage
1. Liegt ein chronisches komplexes Schmerzproblem vor?	Schmerzdauer, Mechanismus, Aktivitäts-/Teilhabeeinschränkung, psychische/soziale Einflussfaktoren, bisherige Behandlungen, Medikamentengebrauch, Red Flags erfassen
2. Ist ambulante Versorgung ausreichend?	Stabile/moderate Funktionseinschränkung, nachvollziehbarer Erfolg, gute Selbstmanagementfähigkeit, beherrschbare Komorbidität → meist ambulant weiter
3. Reicht Schmerzambulanz oder teilstationär?	Klar begrenzte Fragestellung vs. intensives Programm bei häuslicher Stabilität
4. Ist vollstationäre MMST notwendig?	Schwerer Funktionsverlust, komplexe Komorbidität, erhebliche Medikamentenproblematik, hoher Strukturierungsbedarf, fehlende ambulante Durchführbarkeit

► Ausschluss oder vorherige Klärung vor MMST

Akute neurologische Red Flags, instabile internistische Erkrankung, akute Fraktur/Infektion
Aktive unbehandelte Suchterkrankung mit Entzugsbedarf, schwere akute psychiatrische Krise
Rein diagnostisch ungeklärte Akutsituation
Fehlende Bereitschaft zu aktiver Therapie; Erwartung ausschließlich passiver Maßnahmen oder vollständiger Schmerzfreiheit

ClinicalOS-Regel: Eine hohe Belastung allein reicht nicht – es müssen zugleich ein interdisziplinärer Behandlungsbedarf und eine realistische Programmfähigkeit bestehen. Keine Summenbildung: ein „Nein“ bei der Eignung kann relevanter sein als mehrere positive Belastungskriterien. Die endgültige Aufnahmeentscheidung trifft das behandelnde Schmerzzentrum nach interdisziplinärem Assessment.

C4. Vorbehandlung dokumentieren

Ein „Therapieversuch“ muss überprüfbar sein. „Gabapentin ohne Wirkung“ ist nicht ausreichend – notwendig sind Indikation/Mechanismus, Start- und höchste erreichte Dosis, Behandlungsdauer, Einnahmetreue, Wirkung auf Schmerz und Funktion, Nebenwirkungen, Abbruchgrund.

Unzureichend	Aussagekräftig
„Pregabalin ohne Wirkung.“	„Pregabalin wegen brennend-elektisierender radikulärer Schmerzkomponente begonnen; Steigerung von 25 mg abends auf 75 mg zweimal täglich über drei Wochen, eGFR 68 ml/min. Keine relevante Verbesserung von Schlaf, Gehstrecke oder Schmerzspitzen; ausgeprägter Schwindel und Gangunsicherheit. Therapie ausgeschlichen.“

Funktionsprofil konkret dokumentieren

Ungeeignet	Geeignet
„Schmerzen 9/10.“ · „Patient stark beeinträchtigt.“ · „Kann nichts mehr.“ · „MRT zeigt schwere Degeneration.“	„Kann wegen Schmerzen nur etwa 10 Minuten stehen.“ · „Verlässt die Wohnung nur noch zu Arztterminen.“ · „Benötigt Hilfe beim Anziehen von Strümpfen.“ · „Unterbricht den Schlaf 4–5×/Nacht.“ · „Seit 8 Monaten durchgehend arbeitsunfähig.“

„Ambulante Multimodalität ausgeschöpft“ bedeutet nicht, dass jede denkbare Therapie erfolgt sein muss, sondern eine dokumentierte Auswahl sinnvoller Bausteine (medizinisch, aktivierend, edukativ, psychosozial, sozialmedizinisch) in ausreichender Art, Dosis und Dauer. Keine starre Mindestdauer von „4–6 Monaten“ – bei raschem schwerem Funktionsverlust oder fehlender ambulanter Umsetzbarkeit kann die MMST-Prüfung früher erfolgen.

„Physiotherapie ohne Erfolg“ wird nicht mehr als ausreichende Beschreibung akzeptiert – passive Maßnahmen allein gelten nicht als ausreichender multimodaler Aktivierungsversuch. Psychosoziale Faktoren werden konkret dokumentiert, nicht als „psychosomatische Überlagerung“ pauschalisiert.

C5. Patienteneignung

Motivation, aktive Mitarbeit, Gruppenfähigkeit, Zielakzeptanz sowie medizinische und psychiatrische Stabilität sind ebenso entscheidend wie die Krankheitsbelastung.

Wann psychische Erkrankung zuerst behandelt werden muss

► Vorrangig vor MMST-Aufnahme

Akute Suizidalität, akute Psychose, schwere manische Episode, akuter Alkohol-/Benzodiazepin-/Opioidentzug, unkontrollierte schwere Essstörung, akute Traumakrise mit fehlender Gruppen-/Belastungsfähigkeit.

Eine stabile Depression, Angststörung oder somatische Belastungsstörung ist dagegen kein Ausschlussgrund, sondern häufig Teil des multimodalen Behandlungsbedarfs.

Patientenerwartung vor Einweisung klären

Aufklärungstext: „Das Ziel einer multimodalen Schmerztherapie ist meist nicht, jeden Schmerz zu beseitigen. Im Vordergrund stehen mehr Belastbarkeit, besserer Umgang mit Schmerz, sicherere Medikamente und die Rückkehr zu möglichst viel Alltag und Teilhabe. Dafür ist aktive Mitarbeit erforderlich.“

Ungeeignete Ziele	Geeignete Ziele
„Schmerzfreiheit.“ · „MRT-Befund beseitigen.“ · „Endlich das richtige starke Medikament finden.“ · „Dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bestätigen.“ · „Alle körperlichen Belastungen vermeiden.“	Gehstrecke von X auf Y Meter · selbstständige ADL · Reduktion der Opioiddosis um X % · stufenweise Wiedereingliederung · Rückkehr zu einer konkreten Alltagsaktivität

C6. Einweisungsbrief

Neue vollständige Fassung – Mindestdatensatz:

Fragestellung:

Prüfung einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie und Festlegung des geeigneten ambulanten, teilstationären oder vollstationären Settings.

Schmerzdiagnose und Verlauf: Seit ____ bestehendes chronisches Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt ____ . Wahrscheinlich dominanter Mechanismus: ____ . Relevante Red Flags wurden durch ____ ausgeschlossen.

Funktionsbeeinträchtigung: Gehstrecke ____, Sitz-/Stehdauer ____, Einschränkung ADL ____, Arbeitsunfähigkeit seit ____, soziale Teilhabe ____.

Biopsychosoziale Faktoren und psychische Stabilität: ____.

Bisherige Behandlung: Aktivierung/Physiotherapie ____ · Edukation/Eigenübungen ____ · psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung ____ · Medikamente inkl. Dosis/Dauer/Ergebnis ____ · bisherige Fachbehandlung/Reha ____.

Medikamentenproblem: aktuell ____ mg orales Morphinäquivalent/Tag;
Nebenwirkungen/Fehlgebrauchszeichen ____.

Begründung der höheren Behandlungsintensität: Trotz ausreichend strukturierter ambulanter Behandlung kein relevanter Funktionsgewinn. Die erforderliche Koordination und Intensität ist ambulant nicht ausreichend erreichbar, weil ____.

Behandlungsziele: Verbesserung der Gehstrecke auf ____, selbstständige ____, Reduktion von ____, Vorbereitung auf ____ . Der Patient wurde darüber aufgeklärt, dass aktive Mitarbeit und Funktionsgewinn im Vordergrund stehen und vollständige Schmerzfreiheit meist kein realistisches Hauptziel ist.

C7. Rückübernahme und Nachsorge

Die hausärztliche Verantwortung endet nicht mit der Aufnahme. Vor der Einweisung zu klären: Wer verordnet während der Behandlung die Dauermedikation? Wer bearbeitet AU-Fragen? Wer koordiniert Fachbefunde? Welche Medikamente sollen nach Entlassung nicht wieder angesetzt werden? Wer übernimmt die Opioidreduktion? Wann findet der erste hausärztliche Termin nach Entlassung statt?

Eine starre Frist wird nicht vorgegeben – praktisch sollte bei relevanter Medikamentenumstellung ein Termin innerhalb weniger Tage vorgesehen werden.

► Das größte Nachsorgerisiko: Rückkehr zur alten Behandlung

Typischer Verlauf: Opioid wird stationär reduziert → Schmerzspitze nach Entlassung → Bereitschaftsdienst setzt alte Dosis wieder an → Aktivierung wird aus Angst pausiert → das stationäre Konzept bricht innerhalb weniger Wochen zusammen.

ClinicalOS-Regel: Änderungen aus der MMST werden nicht ohne erneute Gesamtbewertung rückgängig gemacht. Vor erneuter Opioidsteigerung prüfen: normale Flare-up-Reaktion? Entzugssymptome? neue Red Flag? Überforderung durch zu schnellen Trainingsaufbau? psychosoziale Krise? fehlende Nachsorge?

Flare-up-Plan nach MMST (Patientenplan)

- Red Flags prüfen · Aktivität nicht vollständig einstellen · Belastung für 24–72 Stunden anpassen, nicht wochenlang pausieren · erlernte Entspannungs-/Bewegungsstrategien anwenden · vereinbarte nichtopioidale Bedarfsmedikation nutzen · keine eigenständige Rückkehr zur früheren Opioiddosis

Praxis kontaktieren bei: neuen neurologischen Symptomen, Trauma, Fieber, anhaltender deutlicher Funktionsverschlechterung, Entzugssymptomen, schwerer psychischer Krise.

Medikamentenreduktion nach MMST

Der Entlassungsplan sollte enthalten: Ausgangsdosis, aktuelle Dosis, nächste Reduktionsstufe, Intervall, Umgang mit Entzugssymptomen, Stop-/Pausenregel, zuständige verordnende Person.

► Hausärztliche Regel

Keine weitere Reduktion durchführen, wenn der stationäre Plan unverständlich ist, ohne vorherige Rücksprache mit der behandelnden Einrichtung. Nicht automatisch zurücksteigern bei vorübergehend höherem Schmerzscore, Unruhe ohne Ursachenklärung, Schlafstörung oder Angst vor der nächsten Reduktionsstufe.

Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung

Nicht nur fragen „Sind Sie wieder schmerzfrei?“, sondern: Welche Tätigkeiten sind möglich? Welche Belastungen sind noch begrenzt? Ist eine stufenweise Wiedereingliederung realistisch? Sind Arbeitsplatzanpassungen erforderlich? Ist eine medizinisch-beruflich orientierte Reha sinnvoll?

C8. Fallvignetten

Fall 1 – klare MMST-Indikation

49-jähriger Lagerarbeiter: chronischer Rückenschmerz seit 2 Jahren, keine OP-Indikation, AU seit 7 Monaten, Gehstrecke 300 m, ausgeprägte Bewegungsangst, depressive Symptome, Tilidin/Naloxon 400 mg/Tag ohne Funktionsgewinn, Physiotherapie mehrfach überwiegend passiv, psychotherapeutische Mitbehandlung begonnen.

Bewertung: erheblicher Funktionsverlust, biopsychosoziale Komplexität, Medikamentenproblem, Arbeits-/Teilhabeverlust, Bedarf an koordiniertem aktivierendem und psychotherapeutischem Konzept sprechen für MMST-Prüfung. Noch vor Einweisung ergänzen: konkrete Opioiddosis/Einnahmemuster, dokumentierte Funktionsziele, bisherige aktive Eigenübungen, Suizidalität/psychiatrische Stabilität, Reduktionsbereitschaft.

Fall 2 – noch keine MMST-Indikation

45-jährige Patientin: Rückenschmerz seit 4 Monaten, MRT mit leichten degenerativen Veränderungen, keine Red Flags, arbeitet weiter, Gehstrecke nicht eingeschränkt, bisher nur passive Massage und unregelmäßige NSAR-Einnahme, keine strukturierte Aktivierung, keine Edukation, keine psychosoziale Diagnostik.

Bewertung: Chronizität allein reicht nicht. Zunächst Schmerzmodell erklären, aktives Eigenübungsprogramm, Bewegungs-/Funktionsziele, rationale Kurzzeitmedikation, psychosoziales Screening, Verlaufskontrolle.

Lernpunkt

Vier Monate Schmerz plus MRT-Befund sind keine automatische MMST-Indikation.

Fall 3 – Schmerzambulanz statt stationärer MMST

66-jähriger Patient: postherpetische Neuralgie, lokalisierter neuropathischer Schmerz, ansonsten selbstständig, keine relevante Depression, Gabapentin wegen CKD schlecht vertragen. Bewertung: klar begrenzte fachliche Fragestellung, kein umfassender stationärer interdisziplinärer Bedarf. Passender Pfad: ambulante Schmerzmedizin/Neurologie, lokale Therapie, Medikamentenoptimierung – keine vollstationäre MMST.

Fall 4 – Reha eher als MMST

57-jähriger Patient nach Bandscheiben-OP: Schmerz weitgehend stabil, deutliche Dekonditionierung, lange AU, hohe Motivation, keine schwere psychische Komorbidität, Hauptziel körperlicher Wiederaufbau und berufliche Wiedereingliederung. Bewertung: Schwerpunkt Training/Belastungsaufbau/berufliche Teilhabe – eine medizinische Reha ist wahrscheinlich passender als eine vollstationäre MMST.

Fall 5 – zunächst Psychiatrie/Suchtmedizin

52-jährige Patientin: chronischer Schmerz, Oxycodon hoch dosiert, täglicher zusätzlicher Benzodiazepinkonsum, wiederholte Überdosierungen, aktuelle Suizidgedanken, fordert stationäre Schmerztherapie. Bewertung: MMST ist nicht der erste Schritt. Priorität: akute psychiatrische Sicherheitsabklärung, suchtmizinische Beurteilung, strukturierte Behandlung der Sedativ-/Opioidproblematik. Erst nach Stabilisierung prüfen, ob eine multimodale Schmerzbehandlung anschließt.

Fall 6 – MMST mit Opioidreduktion und Rückübernahme (longitudinal)

Zeitpunkt	Verlauf
Ausgang	54-jähriger Patient, chronischer unspezifischer Rückenschmerz: Tilidin/Naloxon 600 mg/Tag, Pregabalin 300 mg/Tag, Zopiclon 7,5 mg, AU seit 10 Monaten, Gehstrecke 250 m, ausgeprägte Bewegungsangst.
Stationärer Verlauf	Tilidin auf 300 mg/Tag reduziert, Pregabalin wegen fehlender neuropathischer Zeichen ausgeschlichen, Zopiclon beendet, tägliches Ausdauer-/Krafttraining, Schmerzbewältigungsprogramm. Bei Entlassung: Gehstrecke 900 m, Schmerzscore nur gering verändert.
Woche 1 (hausärztlich)	Medikationsabgleich, keine erneute Pregabalin-/Zopiclonverordnung, Entzugssymptome prüfen, Training fortführen.
Woche 4	Gehstrecke 1.200 m, Tilidin 250 mg/Tag, Planung stufenweiser Wiedereingliederung.
Woche 10	Tilidin 150 mg/Tag, Teilzeit-Wiedereingliederung, Schmerz weiterhin 5–6/10, Alltag und Funktion deutlich verbessert.

► Fehlerhafte vs. richtige Interpretation

Fehlerhaft: „Schmerz immer noch 6/10, Therapie hat nichts gebracht.“ Richtig: deutlicher Funktionsgewinn, geringere Sedativlast, geringere Opioiddosis, bessere Selbststeuerung – Schmerz nicht beseitigt, aber weniger behindernd.

Fall 7 – Rückfall nach fehlender Nachsorge (longitudinal)

Patientin wird nach teilstationärer IMST mit Duloxetin 60 mg, reduziertem Oxycodon, täglichem Bewegungsplan und psychotherapeutischer Weiterbehandlung entlassen. Woche 2: Psychotherapieplatz noch nicht organisiert, Physiotherapie beginnt erst in 6 Wochen, bei Schmerzspitze setzt der Bereitschaftsdienst die frühere Oxycodondosis wieder an. Woche 6: erneute Schonung, zunehmende Müdigkeit, kein Training, Funktionsniveau wieder wie vor der Behandlung.

⚠ Systemfehler statt individuelles Therapieversagen

Keine zeitnahe hausärztliche Rückübernahme, keine koordinierte Nachsorge, alter Medikationsplan nicht gesperrt, keine Kommunikation mit Bereitschaftsdienst/Apotheke, kein Flare-up-Plan. Die Nachsorge ist Teil der MMST-Wirksamkeit und darf nicht als fakultativer Zusatz behandelt werden.

C9. Pocket-Checkliste: MMST in 30 Sekunden

Schritt	Prüfpunkt
1. Akut gefährlich?	Red Flags → Akutdiagnostik, keine MMST
2. Chronisch komplex?	Funktionsverlust + biopsychosoziale Komplexität + interdisziplinärer Bedarf
3. Ambulant ausreichend versucht?	Qualität und Dosis der Maßnahmen dokumentieren, keine starre Monatsgrenze
4. Welches Setting passt?	Einzelne Fachfrage → Schmerzzambulanz · Teilhabetraining → Reha · intensives Programm bei häuslicher Stabilität → teilstationär · hohe Instabilität/Überwachungsbedarf → vollstationär
5. Ist der Patient geeignet?	Motivation, aktive Mitarbeit, Gruppenfähigkeit, Zielakzeptanz, medizinische/psychiatrische Stabilität
6. Einweisungsbrief vollständig?	Funktion, Verlauf, Therapie, Medikation, psychosoziale Faktoren, Ziele, Begründung des Settings

MFA-Modul für Vor- und Nachsorge

Phase	Aufgabe	Nicht delegierbar
Vor Einweisung	Gehstrecke, Schlaf, AU, Medikamentenliste, tatsächlicher Bedarfsverbrauch, bisherige Therapieeinheiten, Fragebögen, Termine/Befunde strukturiert erfassen	—
Nach Entlassung	Termin innerhalb des vorgesehenen Zeitraums, Medikamentenplan aktualisieren, alte Rezepte/Wiederholungsverordnungen kennzeichnen, Funktionswerte dokumentieren, Physio-/Psychotherapie-/Reha-Termine nachhalten, Warnzeichen weitergeben	Entscheidung über Opioidsteigerung, Interpretation eines Delirs, Änderung des Ausschleichplans, Beurteilung einer akuten Red Flag

Qualitätsindikatoren für die Praxis

Vor MMST	Nach MMST
Anteil Einweisungen mit dokumentiertem Funktionsprofil · vollständige Medikamentenmatrix · konkretes Behandlungsziel · dokumentierte psychosoziale Einschätzung · Begründung des Settings	Zeitnahe Medikationsabgleich · Umsetzung des Entlassungsplans · keine unkritische Wiederaufnahme abgesetzter Medikamente · dokumentierter Funktionsverlauf · organisierte Nachsorge · Arbeits-/Teilhabeplanung

Kernbotschaften

Merke

- Die MMST-Indikation wird durch eine klinische Gesamtschau gestellt, nicht durch einen Punktwert.
- Der OPS ist ein Krankenhauscode – die Hausarztpraxis begründet die medizinische Notwendigkeit, die Zielklinik entscheidet über Setting und Kodierung.
- Keine starre Vorbehandlungsdauer – entscheidend sind Qualität, Dosis und dokumentierter Misserfolg der ambulanten Maßnahmen.
- Funktions- und Teilhabeverlust wiegen stärker als Schmerzintensität – auch beim MMST-Erfolg.
- Rückübernahme und Nachsorge sind Teil der MMST-Wirksamkeit, kein fakultativer Zusatz.
- Akute psychiatrische und suchtmmedizinische Krisen werden vor MMST behandelt.

Online-Ressourcen und Referenzstellen

Leitlinien, Klassifikationen, Fachgesellschaften

[DEGAM S1-Leitlinie „Chronischer Schmerz“ \(053-036, gültig bis November 2028\)](#)

[BfArM/DIMDI – OPS-Version 2026, Kodes 8-918, 8-91b, 8-91c](#)

[MD-Bund – Begutachtungshilfe zum OPS-Komplexbcode 8-918](#)

[Deutsche Schmerzgesellschaft – Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie](#)

[Deutsche Rentenversicherung – Medizinische Rehabilitation](#)

Ambulanzen, Schmerzzentren, Überweisungsstellen

[Deutsche Schmerzgesellschaft – Therapeutensuche](#)

[Österreichische Schmerzgesellschaft – Verzeichnis der Schmerzeinrichtungen](#)

Patientenorganisationen

[Deutsche Schmerzliga e.V.](#)

Literatur und Quellen (Vancouver-Stil)

1. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Chronischer Schmerz. S1-Handlungsempfehlung, AWMF-Registernummer 053-036, Fassung 2.1, gültig bis November 2028.
2. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). OPS-Version 2026: Kodes 8-918 (vollstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie), 8-91b (Kurzzeitbehandlung), 8-91c (teilstationäre IMST).
3. Medizinischer Dienst Bund. Begutachtung des OPS-Komplexkodes 8-918 Multimodale Schmerztherapie – Begutachtungshilfe. Essen: MD Bund; Stand 2019, ergänzt 2025.
4. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie – Positionspapier der Ad-hoc-Kommission.
5. Deutsche Rentenversicherung. Medizinische Rehabilitation: Ziele und Zugangswege.
6. Häuser W, Bock F, Engeser P, Tölle T, Willweber-Strumpf A, Petzke F. Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nichttumorbedingten Schmerzen: S3-Leitlinie LONTS. AWMF-Registernummer 145-003. Berlin: AWMF; 2020 (formal seit März 2025 abgelaufen, Aktualisierung ausstehend).

Hinweis zur Quellenlage dieses Kapitels

Redaktioneller Hinweis

Die konkrete Aufnahmeentscheidung und die verlangten Vorunterlagen unterscheiden sich zwischen Schmerzzentren – vor Einweisung die Anforderungen der konkreten Zielklinik prüfen. Die LONTS-Leitlinie ist formal abgelaufen; ihre Grundprinzipien dienen als fachliche Referenz, nicht als aktuell gültige Leitlinie.

C4 - Schmerztherapie in der Hausarztpraxis: Auswahl, Dosierung, Titration und Sicherheit

Überblick

Dieses Kapitel ist das pharmakologische Basiskapitel des dreiteiligen Schmerzmedizin-Moduls von Manual 4 (Kapitel A: Schmerztherapie in der Hausarztpraxis; Kapitel B: Tumorschmerz und palliative Schmerzsteuerung; Kapitel C: Chronischer komplexer Schmerz und multimodale Schmerztherapie/MMST). Es ersetzt keine Fachinformation, sondern übersetzt aktuelle Fachinformationen und Leitlinien in hausärztlich verwendbare Entscheidungslogik: Welcher Wirkstoff, welche Startdosis, wann erhöhen, wann rotieren, wann stoppen, wann überweisen.

Merke

Der Schmerzmechanismus bestimmt die Substanzwahl – nicht eine starre WHO-Stufenleiter. Jede Dauertherapie braucht ein messbares Funktionsziel und eine Stop-Regel, bevor sie beginnt. Äquivalenzdosis ist nicht automatisch Verordnungsdosis: bei Opioidrotation gilt in der Regel ein Sicherheitsabschlag von 25–50 % (LONTS-Praxisempfehlung).

Was in diesem Kapitel aus früheren Fassungen bewusst nicht übernommen wird

Redaktionsentscheidung

Eine einzige lineare Schmerzleiter für alle Schmerztypen.
Metamizol-Höchstdosis 6 g/Tag oral (korrigiert auf 4 g/Tag gemäß aktueller Fachinformation).
Tramadol 600 mg/Tag als Standardobergrenze (korrigiert auf 400 mg/Tag als reguläre allgemeine Grenze).
Pauschale geriatrische „25–50 % der Erwachsenenendosis“-Regel unabhängig von Substanzklasse und Galenik.
Ketamin oral bis 4 × 200 mg als Routine-Maximaldosis (aus der Standardtabelle entfernt, Spezialistenbereich).
„Geeignet bei Niereninsuffizienz“ als absolute Aussage (ersetzt durch differenzierte, dosis- und monitoringpflichtige Präferenz).

A1. Die 30-Sekunden-Schmerztriage

Die erste Seite des Kapitels ermöglicht eine reale Sprechstundenentscheidung – keine Arzneimittelliste.

Schritt 1 – Ist die Situation akut gefährlich?

► **Sofortige oder dringliche Abklärung bei**

neuem neurologischem Defizit, Blasen- oder Mastdarmstörung
Frakturverdacht, schwerem Trauma
Fieber plus fokalem Schmerz; Tumoranamnese plus neuem Rückenschmerz
akutem Abdomen, Bewusstseinsstörung, Atemdepression, neuem Delir
rasch zunehmendem Schmerz mit Allgemeinzustandsverschlechterung

Ein Analgetikum kann parallel notwendig sein, darf aber die ursächliche Akutdiagnostik nicht ersetzen.

Schritt 2 – Welcher Schmerzmechanismus dominiert?

Redaktionsregel: Der Schmerzmechanismus ist wichtiger als eine schematische WHO-Stufenzuordnung. Die frühere lineare Leiter „Paracetamol → schwaches Opioid → starkes Opioid“ ist für viele chronische nichttumorbedingte Schmerzen nicht ausreichend.

Mechanismus	Typisches Muster	Substanzrichtung
Nozizeptiv	Gewebeschaden, Entzündung, mechanisch	Nichtopioide, kurzzeitig, aktivierend behandeln
Neuropathisch	Brennen, Kribbeln, Allodynie, Dermatom-/Nervenverteilung	Amitriptylin, Duloxetin, Gabapentin/Pregabalin; lokale Verfahren bei fokalem Befund
Nociplastisch	Diffus, funktionell, keine klare Struktur- oder Nervenläsion	Aktivierung, Edukation, multimodal; Medikamente nur Baustein
Mixed Pain	Kombination der genannten Muster	Kombinierte, mechanismusorientierte Strategie

Schritt 3 – Akut oder chronisch?

	Akut	Chronisch
Strategie	Zeitlich begrenzt, konkrete Ursache behandeln, kurze Verordnungsdauer	Funktion und Teilhabe dokumentieren, biopsychosoziale Faktoren erfassen
Eskalation	Keine automatische Dauermedikation	Keine rein schmerzscoregesteuerte Eskalation
Kontrolle	–	Stop-Regel vor Therapiebeginn, regelmäßige Nutzen-Risiko-Prüfung

Schritt 4 – Tumorschmerz oder Nichttumorschmerz?

Bei Tumorschmerz gelten eigene Regeln zu Basis-/Bedarfsmedikation, ROO und Spezialoptionen – siehe Kapitel B. Bei chronischem nichttumorbedingtem Schmerz ist die Opioidtherapie als zeitlich und inhaltlich begrenzter Therapieversuch zu verstehen.

Schritt 5 – Organ- und Sicherheitscheck

- Alter und Frailty, eGFR/Kreatinin-Clearance, Leberfunktion, Antikoagulation
- Ulkus-/Blutungsanamnese, Herzinsuffizienz, Blutdruck, Sturzrisiko
- Demenz/Delir, Schlafapnoe/COPD, Benzodiazepine/Z-Substanzen/Gabapentinoide
- Alkohol- oder Substanzgebrauch; Schwangerschaft, sofern relevant

Die GeriPAIN-Leitlinie betont bei geriatrischen Patient:innen die enge Kontrolle von Wirkung und Verträglichkeit sowie die Berücksichtigung von Funktion, Kognition, Mobilität und Organfunktion (AWMF-Leitlinienregister, 145-005).

Schritt 6 – Welches Ziel soll sich konkret verändern?

Keine neue Dauertherapie ohne messbares Ziel.

Geeignete Ziele	Ungeeignete Ziele
nachts 5 statt 3 Stunden schlafen · 500 statt 100 Meter gehen · selbstständig duschen · Physiotherapie durchführen · Bedarfsmedikation von 4 auf ≤1 Gabe/Tag reduzieren · 2 Stunden am Arbeitsplatz teilnehmen · Transfers ohne Hilfe	„keine Schmerzen mehr“ · „NRS muss null sein“ · „stärkeres Medikament“ · „Patient soll zufrieden sein“

A2. Therapieziel und Erfolgskontrolle

Die drei Zielbereiche

Zielbereich	Beispiele
Schmerzintensität	NRS-Verlauf, aber nie alleiniges Kriterium
Funktion	Gehstrecke, Transfers, Schlaf, Arbeitsfähigkeit, ADL
Sicherheit	Wachheit, Atemfrequenz, Sturzrisiko, Kognition

Kernbox: „Was tue ich heute?“

Situation	Vorgehen
Nozizeptiver akuter Schmerz	Ursache/Red Flags, lokale/aktivierende Maßnahmen, kurzzeitig Nichtopioid, kein automatischer Opioidstart
Neuropathischer Schmerz	Klinisches Muster bestätigen; fokal lokale Therapie erwägen; systemisch Duloxetin, Amitriptylin oder Gabapentinoid, langsam titrieren, Nierenfunktion prüfen
Chronischer unspezifischer Schmerz	Funktions-/psychosoziales Assessment, Aktivierung und Edukation, Medikamente nur unterstützend, keine reflexhafte Opioideskalation
Starker Tumorschmerz	Basisopioid plus Nebenwirkungsprophylaxe, Mechanismus prüfen, Bedarfsmedikation, frühe Kontrolle, palliativmedizinische Schwelle beachten
Geriatrischer Patient mit neuem Schmerz	Niedrigste sinnvolle Dosis, nur eine Änderung gleichzeitig, Kognition/Gang/Atmung/Stuhlgang mitkontrollieren, Sedativkombinationen vermeiden

Die fünf Therapieprinzipien des Kapitels

Prinzip 1 – So wenig Pharmakologie wie möglich, so viel wie nötig

- Niedrigste wirksame Dosis; möglichst wenige gleichzeitig veränderte Medikamente; klare Wirkungskontrolle; keine parallele Eskalation mehrerer sedierender Substanzen.

Prinzip 2 – Funktion ist gleichrangig mit Schmerzintensität

Eine Therapie ist nicht erfolgreich, wenn der Schmerzscore sinkt, der Patient aber häufiger stürzt, schläfriger wird, weniger geht, seine Selbstversorgung verliert oder ein Delir entwickelt.

Prinzip 3 – Nicht jede Teilwirkung rechtfertigt Fortführung

Beispiel: Schmerz sinkt von NRS 8 auf 7, der Patient ist aber benommen und braucht Hilfe beim Gehen – kein sinnvoller Therapieerfolg. Fortführung nur bei klinisch relevantem Nutzen, vertretbaren Nebenwirkungen, stabiler Einnahme und weiterhin plausibler Indikation.

Prinzip 4 – Jede Dauertherapie braucht eine Stop-Regel

Substanzklasse	Stop-Signale
NSAR	Kein Nutzen nach wenigen Tagen; Blutdruckanstieg; Kreatininanstieg; Ödeme; GI-Beschwerden
Duloxetin	Kein Nutzen nach 4–6 Wochen bei geeigneter Dosis; relevante Übelkeit; Hyponatriämie; Unruhe
Gabapentinoid	Kein Nutzen nach ausreichender Titration; Somnolenz; Ataxie; Ödeme; Fehlgebrauchszeichen
Opioid	Kein Funktionsgewinn; Dosissteigerung ohne Zusatznutzen; Delir; Stürze; relevante Sedierung; problematische Einnahme

Prinzip 5 – Schmerzverschlechterung verlangt zuerst eine neue Diagnose

Vor einer Dosiserhöhung prüfen: neue strukturelle Ursache, Entzündung/Infektion, Fraktur, Tumorprogression, Harnverhalt, Obstipation, Nierenfunktionsverschlechterung, Entzug zwischen Dosen, Delir, Angst/psychische Krise, opioidinduzierte Hyperalgesie.

A3. Nichtopioide

Redaktionshinweis: Diese Karten nennen Praxisbereiche, keine für jeden Patienten automatisch geeigneten Dosen. Quelle: aktuelle Fachinformationen (Fachinfo).

Wirkstoff	Praktischer Start	Tageshöchstdosis / Bereich	Besonders zu prüfen	Failure-Mode
Paracetamol	500–1.000 mg alle ≥6 h	Zunächst max. 3 g/Tag (formal bis 4 g/Tag bei Erwachsenen >50 kg ohne Risikofaktoren)	Gewicht <50 kg, Alkoholabusus, Mangelernährung, Dehydratation, Lebererkrankung → niedrigere Grenze (2–3 g/Tag)	4 g/Tag als routinemäßige Dauerdosis in Pocket-Karte aufzunehmen
Metamizol	500–1.000 mg bis 4×/Tag	4 g/Tag oral (nicht 6 g)	Bei Fieber, Schüttelfrost, Halsschmerzen, Schleimhautläsion sofort absetzen + Differenzialblutbild (Agranulozytose)	Routineblutbild als verlässliche Prävention darstellen
Ibuprofen	400 mg 3×/Tag (Selbstmedikation bis 1.200 mg/Tag)	Ärztlich indikationsabhängig bis 2.400 mg/Tag möglich, höhere Dosen = höheres CV-Risiko	Ulkus-/Blutungsanamnese, Antikoagulation, CKD, Herzinsuffizienz, Hypertonie, KHK/Schlaganfall, Diuretika/ACE-Hemmer/Sartane, Exsikkose	„600 mg 3×/Tag über 7 Tage“ als Universalschema
Naproxen	250 mg 2×/Tag üblich	Bis 1.250 mg/Tag (rheumatisch häufig 500–750 mg/Tag)	Günstigeres CV-Profil als Diclofenac, aber nicht renal/GI sicher	1.250 mg/Tag unkommentiert als Standardmaximum
Diclofenac	Nicht bevorzugtes Basis-NSAR	Präparatespezifische Fachinfoprüfung erforderlich	Bei kardiovaskulärem Risiko besonders kritisch; nach Naproxen/Ibuprofen zu erwägen	Als hausärztliches Standard-NSAR führen
Etoricoxib	Indikationsabhängig, nicht als einheitliches Arthroseschema	60–90 mg (indikationsabhängig)	Blutdruck vor/unter Therapie, Herzinsuffizienz, KHK/pAVK/zerebrovaskulär, Nierenfunktion, Ödeme	„magenschonend = sicher“ annehmen

A4. Medikamente bei neuropathischem Schmerz

Wirkstoff	Start	Titration / Höchstdosis	Besonders zu prüfen
Amitriptylin	10–25 mg abends	Steigerung alle 3–7 Tage um 10–25 mg; Bereich 25–75 mg/Tag; Wirkeintritt oft nach 2–4 Wochen	Bei älteren Patienten ist 10 mg oft bereits die maximal vertretbare Dosis (Frailty, Sturz, Harnverhalt/BPH, Engwinkelglaukom, kognitive Beeinträchtigung, kardiale Leitungsstörung, QT-Medikation)
Duloxetin	30 mg/Tag verträglichkeitsorientiert (Praxisempfehlung)	Zulassungsdosis bei diabetischer Polyneuropathie: 60 mg/Tag (Start = Erhaltung); bis 120 mg untersucht, ohne sicheren Zusatznutzen	Blutdruck, Übelkeit, Unruhe/Schlafstörung, Natrium bei Risikopatienten, Suizidalität bei affektiver Komorbidität, serotonerge Komedikation
Gabapentin	Individuell, nierenfunktionsadaptiert	900–3.600 mg/Tag bei normaler Nierenfunktion; deutlich niedriger bei reduzierter Kreatinin-Clearance (Fachinfo-Tabelle)	Nie ohne aktuelle Nierenfunktion und Prüfung sedierender Begleitmedikation dosieren
Pregabalin	150 mg/Tag in 2–3 Dosen	Erhöhung nach 3–7 Tagen auf 300 mg/Tag, frühestens nach weiteren 7 Tagen auf max. 600 mg/Tag; nierenfunktionsadaptiert	Abhängigkeits-/Fehlgebrauchsrisiko laut Fachinformation, v.a. bei Substanzgebrauchsanamnese; 600 mg ist Fachinfo-Obergrenze, nicht Zielwert

💡 Praxis-Pearl

Fakt vs. Praxisempfehlung sauber trennen: Duloxetin-Zulassungsdosis bei diabetischer Polyneuropathie ist 60 mg/Tag; ein Einstieg mit 30 mg/Tag ist eine Verträglichkeitsstrategie, keine Fachinformationsvorgabe.

Sicherheitsbox: Kombinationen mit hohem Risiko

► Besonders kritisch

Opioid + Benzodiazepin / Z-Substanz / Pregabalin-Gabapentin / Alkohol / Cannabinoid
 Tramadol + SSRI/SNRI/TZA/MAO-Hemmer (Serotonin-Risiko)
 Amitriptylin + anticholinerge Polypharmazie
 NSAR + Antikoagulans; NSAR + ACE-Hemmer/Sartan + Diuretikum ("Triple Whammy")
 Mehrere paracetamol- oder NSAR-haltige Präparate gleichzeitig

Klinische Reaktion: nicht nur über die Interaktion informieren, sondern Indikation jeder Substanz prüfen, Dosierung/Einnahmezeit erfassen, mindestens eine verzichtbare Substanz reduzieren, frühe Kontrolle festlegen, Sturz-/Atem-/Delirzeichen erklären.

A5. Opioide beginnen und titrieren

Entscheidend ist nicht nur die Wirkstoffwahl, sondern die gesamte Steuerung: klare Indikation → konkretes Funktionsziel → niedriger und kontrollierter Einstieg → frühe Nutzenprüfung → Nebenwirkungsprophylaxe → sichere Rotation → geplante Beendigung.

Wann ist ein Opioid überhaupt sinnvoll?

Eher geeignet	Meist nicht die passende Hauptstrategie
starke akute Schmerzen ohne ausreichende Nichtopioid-Wirkung · starke Tumorschmerzen · ausgewählter strukturierter Therapieversuch bei chronischem Nichttumorschmerz · palliative Situation · fehlende orale Aufnahme	primär nociplastischer Schmerz · chronischer unspezifischer Rückenschmerz ohne Funktionsgewinn unter bisherigen Opioiden · isolierte Schlafstörung/Angst · wiederholter Wunsch nach Dosiserhöhung ohne objektivierbaren Nutzen · akute Verwirrtheit ungeklärter Ursache · unbehandelte akute psychiatrische/suchtmedizinische Krise

Bei chronischen nichttumorbedingten Schmerzen ist die Opioidtherapie als zeitlich und inhaltlich begrenzter Therapieversuch zu verstehen (LONTIS-Praxisempfehlung, AWMF 145-003).

Opioidnaiv oder opioidentolerant?

Sicherheitsrelevante Unterscheidung: Opioidnaive Patient:innen besitzen keine verlässlich ausgeprägte Toleranz gegen Sedierung und Atemdepression. Fentanyl-Pflaster und Rapid-Onset-Fentanyl sind keine unkomplizierten Einstiegstherapien für opioidnaive Patient:innen.

Praktische Startdosen (Fachinfo-Orientierung)

Wirkstoff	Reguläre Startdosis opioidnaiv
Morphin retard	10–30 mg alle 12 h; niedriger bei geringem Körpergewicht/erhöhter Empfindlichkeit
Oxycodon retard	10 mg alle 12 h; bei empfindlichen Patient:innen 5 mg alle 12 h
Hydromorphon retard	4 mg alle 12 h; 2-mg-Stärke für vorsichtigeren Einstieg verfügbar
Oxycodon/Naloxon retard	10/5 mg alle 12 h; niedriger bei empfindlichen Patient:innen
Tapentadol retard	25 oder 50 mg 2×/Tag, präparatabhängig
Tramadol retard	50–100 mg 2×/Tag; reguläre Tageshöchstdosis meist 400 mg

Diese Werte sind Praxisorientierungen für eine vorsichtige Einstellung, keine pauschalen Zulassungsdosen für jede Patientin/jeden Patienten (Fachinfo, Stand 2025/2026).

Was gleichzeitig geplant werden muss

- Obstipationsprophylaxe: Macrogol regelmäßig ab Opioidbeginn; bei bestehender Obstipation zusätzlich stimulierendes Laxans. Oxycodon/Naloxon kann die opioidbedingte Darmfunktionsstörung reduzieren, macht ein Laxans aber nicht zuverlässig überflüssig.
- Antiemetikum: nicht bei jedem, aber bei vorbestehender Übelkeit, hoher Empfindlichkeit oder palliativer Situation früh verfügbarer Plan.
- Sicherheitsaufklärung: keine eigenmächtige Dosissteigerung, kein Alkohol/fremde Sedativa, sichere Aufbewahrung, keine Weitergabe, Sturz-/Fahrtüchtigkeitsrisiko, fester Kontrolltermin.

Titration: wann steigern, wann nicht?

Steigerung plausibel	Nicht sofort steigern bei
Opioid wirkt grundsätzlich · Nebenwirkungen mild/tolerabel · Bedarfsmedikation wiederholt wirksam · Mechanismus passt · keine neue Komplikation · Funktion profitiert zumindest teilweise	neue Sedierung · Delir/Halluzinationen · Myoklonien · Atemfrequenzabfall · Sturz · diffuse Schmerzverstärkung trotz steigender Dosis · unklarer Harnverhalt/schwere Obstipation · akute Nierenverschlechterung · neue neurologische Symptomatik · Tumorprogressionsverdacht

Oxycodon: Die Fachinformation empfiehlt, Dosisanpassungen nicht häufiger als alle 1–2 Tage vorzunehmen. Praktische Regel: nur eine relevante Änderung gleichzeitig, danach Wirkung, Wachheit, Atmung, Darmfunktion und Mobilität erneut prüfen.

A6. Bedarfsmedikation

Tumorschmerz

Bei stabiler Basisopioidthherapie wird die Bedarfsdosis häufig aus der 24-Stunden-Gesamtdosis abgeleitet: für Morphin unretardiert etwa 1/6 bis 1/10 der oralen 24-h-Gesamtdosis.

Beispiel: Morphin retard 30 mg morgens + 30 mg abends = 60 mg/Tag. Rechnerischer Bedarf: $1/6 = 10$ mg, $1/10 = 6$ mg. Praktisch je nach Alter/Risiko 5–10 mg Morphin unretardiert.

Chronischer Nichttumorschmerz

Eine unbegrenzte schnell wirksame Bedarfsmedikation soll vermieden werden – sie kann bedarfsgetriebene Einnahme, schwankende Wirkspiegel und Fehlgebrauch fördern. Bevorzugt: klares Regime mit definierter Tageshöchstdosis und eng begrenzter Bedarfsoption.

Wann die Basistherapie überprüft werden muss

- Regelmäßig >3–4 Bedarfsdosen/Tag · steigender Verbrauch über mehrere Tage · reproduzierbare Beschwerden vor Retardgabe · neue Nachtschmerzen · zunehmender Schmerz trotz steigender Dosis

Differenzialdiagnose bei Wirkungsverlust: unzureichender Dauerschmerz, End-of-dose-Failure, Incident Pain, Durchbruchschmerz, Progression, Opioidtoxizität, opioidinduzierte Hyperalgesie.

A7. Opioidrotation

Wann ist eine Rotation sinnvoll?

- Persistierende Übelkeit/Obstipation trotz Behandlung · relevante Sedierung · Nierenfunktionsverschlechterung · Myoklonien/Halluzinationen · unzureichende Analgesie trotz dosislimitierender Nebenwirkungen · ungeeigneter Applikationsweg · Schluckstörung · Settingwechsel

Eine Rotation ist nicht automatisch sinnvoll, wenn lediglich ein Wunsch nach einem „stärkeren“ Präparat besteht.

Der Sechs-Schritte-Algorithmus

Schritt	Inhalt
1	Tatsächliche 24-h-Dosis erfassen (Retard + alle Bedarfsdosen + Pflaster + zusätzliche Opiode, tatsächlich eingenommene statt nur verordnete Menge)
2	In orales Morphinäquivalent umrechnen – verwendete Tabelle festlegen und dokumentieren
3	Dosis des Zielopioids berechnen (Äquivalenztabelle liefern nur Schätzwerte)
4	Sicherheitsabschlag: neues Opioid meist mit 50–75 % der errechneten äquianalgetischen Dosis beginnen (≈ 25–50 % Abschlag; LONTIS-Praxisempfehlung)
5	Auf praktikable Präparatestärke abrunden – nicht aufrunden, nur weil die exakte Stärke fehlt
6	Neue Bedarfsdosis und Kontrolle festlegen: Zeitpunkt letzte alte / erste neue Dosis, Kontrolle nach 48–72 h, Notfallzeichen

Äquivalenzwerte als Orientierung (ClinicalOS-Standard)

Umrechnung	Orientierungswert	Status
Tilidin oral → Morphin oral	10 : 1 (LONTIS-Orientierungswert)	Fakt (Leitlinie)
Morphin oral → Oxycodon oral	30 mg ≈ 15–20 mg (häufiger Tabellenwert: 20 mg)	Praxisempfehlung, Spannbreite statt Punktwert
Morphin oral → Hydromorphon oral	Faktor ca. 5–7,5 (kein starrer Faktor 5)	Praxisempfehlung, Spannbreite
Fentanyl-TTS 25 µg/h	≈ 60 mg Morphin oral/Tag als allgemeine Äquivalenz	Herstellermstellung kann deutlich konservativer sein – getrennt betrachten

Diese Angaben sind keine automatischen Verordnungsdosen.

Rotationsbeispiel 1: Morphin auf Oxycodon

Ausgang: Morphin retard 30 mg 2×/Tag + Morphin unretardiert 10 mg 2×/Tag = 80 mg Morphin/Tag.
Rechnerisches Oxycodonäquivalent bei Potenz 1,5–2: $80 \div 1,5 \approx 53$ mg, $80 \div 2 = 40$ mg → Bereich ca. 40–53 mg/Tag. Sicherheitsabschlag 25–50 % (Rotation wegen Übelkeit/Sedierung): möglicher konservativer Einstieg Oxycodon retard 15 mg 2×/Tag plus 5 mg unretardiert bei Bedarf. Kontrolle nach 48–72 h: Wachheit, Übelkeit, Schmerz, Bedarfsverbrauch, Darmfunktion, Funktionsziel.

Rotationsbeispiel 2: Oxycodon auf Hydromorphon (korrigierte Fassung)

► **Korrektur gegenüber der bisherigen Kapitelfassung**

Die bisherige Umstellung „Oxycodon retard 10 mg 2×/Tag → Hydromorphon retard 4 mg 2×/Tag“ enthielt keinen erkennbaren Rotationsabschlag und wird durch die folgende, vollständig durchgerechnete Fassung ersetzt.

Ausgang: Oxycodon retard 10 mg 2×/Tag + 5 mg unretardiert/Tag = 25 mg Oxycodon/Tag.
Morphinäquivalent: 25 mg Oxycodon ≈ 37,5–50 mg orales Morphin. Hydromorphonäquivalent bei Faktor 5–7,5: grob ca. 6–8 mg Hydromorphon oral/Tag. Mit Sicherheitsabschlag (bei CKD, hohem Alter oder Nebenwirkungen): möglicher Einstieg Hydromorphon retard 2 mg 2×/Tag – nicht automatisch 4 mg 2×/Tag. Gerade bei geringer Ausgangsdosis kann 8 mg Hydromorphon/Tag bereits einer relevanten Dosisescalation entsprechen.

Fentanyl-TTS: Voraussetzungen und Warnhinweise

Geeignet bei	Nicht geeignet bei
bestehender Opioidtoleranz · stabilem Dauerschmerz · relativ konstantem Bedarf · sicherer Pflasteranwendung	Opioidnaivität · akuter Schmerzkrisse · rasch wechselndem Bedarf · unklarer Adhärenz · hohem Fieber/regelmäßiger Wärmeeinwirkung · fehlender Kontrolle in den nächsten Tagen

► **Übergangs- und Wärmehinweis**

Fentanyl wirkt nach dem Aufkleben verzögert – das bisherige Opioid nicht ohne Übergangsplan sofort vollständig absetzen.

Wärmflasche, Heizkissen, Sauna, Infrarot und hohes Fieber können die Resorption erhöhen und eine Überdosierung begünstigen.

Nach Entfernung eines Pflasters bleibt Wirkstoff im Hautdepot; die Wirkung nimmt verzögert ab – Rückumrechnung nicht einfach rechnerisch rückwärts vornehmen. Pflasterrotationen bei hohen Dosen, Frailty, CKD oder instabiler Lage gehören bevorzugt in schmerz- oder palliativmedizinisch erfahrene Hände.

A8. Nebenwirkungsmanagement – konkrete Reaktionslogik

Obstipation

Grundregel: Laxans nicht erst nach mehreren Tagen ohne Stuhlgang beginnen. Vorgehen: Macrogol regelmäßig; bei unzureichender Wirkung stimulierendes Laxans ergänzen; Trinkmenge, Mobilität, anticholinerge Medikamente prüfen; Koprostase ausschließen; bei persistierender OIC PAMORA erwägen; bei Kolik/Erbrechen/Distension/fehlendem Windabgang Ileus abklären.

Übelkeit

- Zeitlichen Zusammenhang prüfen · Obstipation ausschließen · Dosis nicht gleichzeitig weiter erhöhen · mechanismuskongruentes Antiemetikum · bei Persistenz Dosisreduktion oder Rotation

Sedierung

Schweregrad	Maßnahme
Leicht müde, gut weckbar, normale Atmung	Nicht weiter steigern; Benzodiazepin/Z-Substanz/Gabapentinoid prüfen; frühe Kontrolle
Deutlich schläfrig	Nächste Dosis zurückhalten/reduzieren; Vitalparameter; Nierenfunktion, Infekt, Dehydratation prüfen; ambulante Sicherheit bewerten
Kaum weckbar oder langsame Atmung	Notfall: 112, Atemweg/Beatmung, Naloxon durch geschulte Personen, Überwachung wegen möglicher erneuter Atemdepression

Delir, Halluzinationen und Myoklonien

Können auf opioidinduzierte Neurotoxizität hinweisen, besonders bei Morphin, CKD, Dehydratation, Infektion, hoher oder rasch gesteigerter Dosis.

- Keine weitere Steigerung · Opioid reduzieren oder pausieren · Nierenfunktion, Elektrolyte, Kalzium, Infekt, Hydratation prüfen · Harnverhalt/Obstipation ausschließen · Rotation erwägen · bei schwerem Delir/Atemstörung stationäre Behandlung

A9. Nieren- und Leberfunktionsstörung

Redaktionsentscheidung

„Geeignet bei Niereninsuffizienz" wird durch „im Vergleich häufig bevorzugt, aber dosis- und monitoringpflichtig" ersetzt. Absolute Aussagen wie „Hydromorphon günstig bei Niereninsuffizienz", „Fentanyl/Buprenorphin sind sicher" oder „Morphin vermeiden" sind als Merksätze verständlich, aber zu absolut – die aktuelle hausärztliche CKD-Leitlinie behandelt Opiode bei chronischer Nierenerkrankung ausdrücklich als besondere Risikogruppe.

Gabapentin und Pregabalin sind direkt von der Kreatinin-Clearance abhängig – Dosisreduktion nach Fachinformationstabelle ist zwingend, nicht optional. Morphin-Metabolite können bei eingeschränkter Nierenfunktion akkumulieren (siehe Fallvignette A13.1). Praxisregel: Gabapentin/Pregabalin nie ohne aktuelle Nierenfunktionswerte und Prüfung sedierender Begleitmedikation dosieren.

A10. Geriatrie und Frailty

► Korrektur der pauschalen 25–50-%-Regel

Die frühere Regel „Start mit 25–50 % der Erwachsenenendosis" ist als Sicherheitsgedanke plausibel, aber als allgemeingültige Dosisregel zu grob – nicht alle Arzneimittel lassen sich sinnvoll prozentual teilen (Pflasterstärken, Retardtabletten, Mindeststärken).

Neue Formulierung: Bei Frailty nicht pauschal „halbe Erwachsenenendosis", sondern niedrigste praktikable Präparatestärke wählen, Titrationsintervall verlängern und nach jeder Änderung Mobilität, Kognition, Orthostase, Atmung und Stürze kontrollieren. Die GeriPAIN-Leitlinie (AWMF 145-005) betont die individualisierte Auswahl bei geriatrischen Patient:innen unter Berücksichtigung von Delir-, Sturz- und Sedierungsrisiko.

Klinische Mindestkontrolle nach Neueinstellung oder Dosiserhöhung

- Wachheit · Atemfrequenz · Gang- und Transfersicherheit · Orthostase · neue Verwirrtheit · Stuhlgang · Trinkmenge · Nierenfunktion · zusätzliche ZNS-dämpfende Medikamente

A11. Ausschleichen und problematische Opioidnutzung

Sicher ausschleichen

Nach längerfristiger regelmäßiger Einnahme kann plötzliches Absetzen auslösen: Unruhe, Schwitzen, Rhinorrhö, Gähnen, Schlaflosigkeit, Muskel-/Knochenschmerzen, Bauchkrämpfe, Diarrhö, Übelkeit, Angst, vorübergehende Schmerzverstärkung. Abruptes Absetzen ist nur bei akuter Sicherheitsgefährdung vertretbar (z. B. schwere Atemdepression, Intoxikation).

Es existiert keine universelle Reduktionsrate. Die LONTS-Praxisempfehlung beschreibt schnellere tägliche Reduktionen von 10–15 % für strukturierte Entzugsbehandlungen – solche Schemata sind nicht ohne Weiteres auf ein freiwilliges ambulant Langzeitausschleichen übertragbar.

Bei Entzugssymptomen: aktuelle Stufe zunächst halten, nächsten Schritt verkleinern, Intervall verlängern, nicht automatisch auf die komplette Ausgangsdosis zurückkehren.

Körperliche Abhängigkeit ist nicht automatisch Sucht

Toleranz und Entzug allein begründen bei medizinisch überwachter Einnahme keine Opioidgebrauchsstörung. Bei Verdacht auf eine opioidbezogene Störung ist die aktuelle deutsche S3-Leitlinie zu opioidbezogenen Störungen (AWMF 076-012) heranzuziehen.

Warnzeichen problematischer Nutzung

- Wiederholt vorzeitige Rezeptanforderungen · mehrere Verordner · selbstständige Dosiserhöhung · wiederholter „Verlust“ von Medikamenten · Manipulation von Retardpräparaten · Einnahme gegen Schlaflosigkeit/Angst/Stimmung · Kombination mit Alkohol/nicht verordneten Sedativa · Funktionsverlust trotz steigender Dosis · Weitergabe an andere

Ein einzelnes Zeichen beweist keine Sucht, erfordert aber eine strukturierte Klärung.

Gesprächsformulierung: „Die Tabletten sind wieder früher aufgebraucht als vereinbart. Dafür kann es verschiedene Gründe geben. Wir müssen genau rekonstruieren, wie viel Sie nehmen, zu welchen Zeitpunkten und mit welchem Effekt.“

Opioidinduzierte Hyperalgesie (OIH)

Eine paradoxe Zunahme der Schmerzempfindlichkeit unter Opioiden – klinisch schwer sicher zu beweisen. Hinweise: Schmerz wird diffuser, zunehmende Allodynie, Schmerz nimmt parallel zur Opioiddosis zu, Dosiserhöhung hilft nur kurz oder verschlechtert, keine plausible Progression.

Vorgehen: Progression und neue Ursachen ausschließen, keine weitere reflexhafte Eskalation, Gesamtdosis erfassen, Dosisreduktion oder Rotation erwägen, nichtopioide und multimodale Therapie stärken, Schmerzmedizin einbeziehen.

A12. Überweisungsgrenzen

► Spezialisierte Unterstützung erforderlich bei

- Methadon- oder Levomethadonrotation
- hoher oder rasch zunehmender Opioiddosis
- wiederholtem Delir oder Neurotoxizität
- komplexer CKD
- Fentanyl-Pflasterrotation bei instabiler Lage
- Opioid + Benzodiazepin + Gabapentinoid gleichzeitig
- wiederholter Überdosierung
- wahrscheinlicher Opioidgebrauchsstörung
- schwerer opioidinduzierter Hyperalgesie
- gescheiterten ambulanten Ausschleichversuchen
- relevanter Suizidalität
- komplexem Tumorschmerz mit mehreren Mechanismen

A13. Fallvignetten

Fall 1 – Opioidtoxizität bei Nierenfunktionsverschlechterung (longitudinal)

Zeitpunkt	Befund / Maßnahme
Tag 0	79-jähriger Patient, metastasiertes Prostatakarzinom, eGFR 38 ml/min. Morphin retard 30 mg morgens/abends, Morphin unretardiert 10 mg bis 3×/Tag, Pregabalin 75 mg 2×/Tag, Zopiclon 7,5 mg abends. Tatsächliche Morphindosis ca. 80 mg/24 h.
Tag 5	Gastroenteritis, reduzierte Flüssigkeitsaufnahme. Neu: zunehmende Müdigkeit, lebhafte Träume, kurze Muskelzuckungen, unsicherer Gang. Analyse: nicht automatisch „Tumorprogression“ – wahrscheinlich Dehydratation + Nierenverschlechterung + Morphinmetabolitenakkumulation + additive Sedierung durch Pregabalin/Zopiclon.
Akutmaßnahmen	Vitalparameter/Atemfrequenz; Morphin-Bedarfsmedikation stoppen; nächste Retarddosis zurückhalten/reduzieren; Nierenfunktion, Elektrolyte, Kalzium, Infektparameter; Rehydratation; Pregabalin nierenadaptiert reduzieren/pausieren; Zopiclon pausieren.
Tag 6	eGFR 19 ml/min, Patient wach, fluktuierend verwirrt, Myoklonien bestehen fort. Entscheidung: Rotation auf ein bei CKD besser steuerbares Opioid mit deutlichem Sicherheitsabschlag und enger Kontrolle; palliativmedizinische Mitbetreuung.
Tag 8	Myoklonien rückläufig, Vigilanz besser, Schmerzen bei niedrigerer Gesamtopioiddosis akzeptabel.

Lernpunkt

Neue Myoklonien und Verwirrtheit unter Morphin sind bei CKD ein Toxizitätssignal – kein Anlass zur weiteren Morphinsteigerung.

Fall 2 – Obstipation unter Oxycodon ohne Prophylaxe (longitudinal)

Zeitpunkt	Befund / Maßnahme
Woche 0	64-jährige Patientin, Ovarialkarzinom: Oxycodon retard 10 mg 2×/Tag, Oxycodon akut 5 mg bei Bedarf, kein Laxans.
Woche 1	Kein Stuhlgang seit 5 Tagen, Völlegefühl, kein Erbrechen. Fehleranalyse: Opioid ohne Prophylaxe begonnen. Management: Untersuchung inkl. Abdomen/ggf. Rektum; Macrogol regelmäßig; stimulierendes Laxans ergänzen; Trinkmenge/Mobilität; Warnzeichen besprechen.
Woche 2	Stuhlgang alle 2 Tage, weiter hart. Anpassung: Macrogoldosis anpassen, stimulierendes Laxans fest einplanen, keine alleinige Bedarfsstrategie.
Woche 4	Weiter relevante OIC trotz konsequenter Kombination. Entscheidung: andere Ursachen ausschließen, Oxycodon/Naloxon oder PAMORA prüfen, Opioidnutzen/Dosis neu bewerten.

Fall 3 – Langjährige Tilidinthherapie ohne Funktionsgewinn

56-jähriger Patient, chronischer unspezifischer Rückenschmerz: Tilidin/Naloxon retard 200/16 mg morgens/abends (400 mg/Tag) seit 5 Jahren, zusätzlich Pregabalin 150 mg 2×/Tag, keine radikuläre Symptomatik, AU seit 8 Monaten. Funktionsstatus: Gehstrecke 200 m, kaum Eigenübungen, Schlaf schlecht. Patient fordert Steigerung auf 600 mg/Tag.

Analyse: 400 mg Tilidin entsprechen nach ClinicalOS-Orientierung (10:1) ca. 40 mg oralem Morphin/Tag. Trotz jahrelanger Therapie kein überzeugender Funktionsgewinn – weitere Steigerung nicht plausibel.

Gesprächsbaustein: „Die Dosis ist über Jahre gestiegen, Ihre Gehstrecke und Belastbarkeit aber nicht. Das spricht dagegen, dass eine weitere Erhöhung die richtige Lösung ist. Ich schlage vor, die Dosis langsam zu reduzieren und gleichzeitig Bewegung, Schlaf und Schmerzverarbeitung gezielt zu behandeln.“

Ausschleichplan parallel zu: Pregabalinwirkung/Nierenfunktion prüfen, Bewegungsprogramm, psychosomatisches Screening, MMST-Indikation prüfen (siehe Kapitel C), keine zusätzlichen schnell wirksamen Tilidintropfen.

Praxisfehler

Die Reduktion ohne Ersatzstrategie ankündigen und den Patienten anschließend monatelang ohne engmaschigen Kontakt lassen.

Fall 4 – Schmerzsteigerung unter Hochdosisopioid: OIH oder Progression?

63-jährige Patientin, chronischer postoperativer Rückenschmerz: Oxycodon retard 60 mg 2×/Tag, Oxycodon akut 20–40 mg/Tag, Gesamt 140–160 mg Oxycodon/Tag ($\approx$ 210–320 mg Morphinäquivalent/Tag). Seit 6 Monaten zunehmend diffuse Schmerzen, Berührungsschmerz an Armen/Beinen, keine neue strukturelle Erklärung, jede Dosissteigerung hilft nur Stunden, Mobilität nimmt ab.

Bewertung: mögliche OIH, aber zunächst ausschließen: neue neurologische Erkrankung, entzündliche/maligne Ursache, Entzug zwischen Dosen, Depression, Fehlgebrauch, neuropathische Komponente. Management: keine weitere Erhöhung, schmerzmedizinische Mitbehandlung, langsame Dosisreduktion/Rotation, multimodale Therapie, Funktionsziele, psychische/soziale Faktoren.

Lernpunkt

Diffuse Schmerzverstärkung und Allodynie trotz sehr hoher Dosis sind kein Beweis, aber ein starkes Signal gegen weitere Opioideskalation.

A14. Pocket-Tabellen und Dokumentationsbausteine

Pocket: Opioidtherapie in 60 Sekunden

Phase	Prüfpunkte
Vor Beginn	Indikation? Schmerzmechanismus? Funktionsziel? eGFR und Leber? Sedativa? Laxans geplant? Kontrolltermin? Stop-Regel?
Bei Steigerungswunsch	Hilft das Opioid überhaupt? Wie viele Bedarfsdosen? Neue Red Flag? Obstipation/Harnverhalt? Delir/Sedierung/Myoklonien? Progression? OIH möglich?
Bei Rotation	Tatsächliche 24-h-Dosis → Morphinäquivalent → Zielopiod berechnen → meist 25–50 % reduzieren → praktisch abrunden → Bedarfsdosis → Kontrolle in 48–72 h
Beim Beenden	Nicht abrupt; individuell langsam; Funktion und Entzug kontrollieren; nichtmedikamentöse Strategie stärken; bei Suchtverdacht suchtmmedizinischer Pfad

Dokumentationsbausteine

Opioidbeginn: „Beginn einer Opioidtherapie aufgrund von _____. Dominanter Schmerzmechanismus: _____. Vorbehandlungen: _____. Vereinbartes Funktionsziel: _____. Ausgangsrisiken einschließlich Nierenfunktion, Sturzrisiko und sedierender Begleitmedikation geprüft. Start mit ____ mg ____ alle ____ Stunden. Obstipationsprophylaxe: _____. Kontrolle am _____. Stop-Regel: fehlender Funktionsgewinn bzw. relevante Sedierung, Delir, Sturz oder andere UAW.“

Opioidrotation: „Rotation aufgrund von _____. Tatsächlich eingenommene 24-h-Gesamtdosis: _____. Entspricht ca. ____ mg oralem Morphinäquivalent. Rechnerische Zieldosis von ____: _____. Wegen unvollständiger Kreuztoleranz und [Frailty/UAW/CKD/hoher Ausgangsdosis] Reduktion um ____ %. Neue Basisdosis: _____. Bedarfsmedikation: _____. Kontrolle am _____.“

Ausschleichen: „Langfristige Opioidtherapie mit ____ mg Morphinäquivalent/Tag. Funktionsziel nicht ausreichend erreicht bzw. relevantes Risiko durch _____. Reduktionsplan: ____ mg bzw. ____ % alle ____ Wochen. Bei Entzugssymptomen Stabilisierung auf aktueller Stufe. Begleitmaßnahmen: _____. Kontrolle am _____.“

Kernbotschaften

Merke

- Kein Opioid ohne konkrete Indikation und Funktionsziel; Opioidnaivität und -toleranz unterscheiden.
- Startdosis ist nicht gleich Zieldosis; Obstipationsprophylaxe beginnt mit dem Opioid; erste Kontrolle erfolgt früh.
- Nicht nach Schmerzscore allein titrieren; Bedarfsdosen gehören zur 24-h-Gesamtdosis.
- Äquivalenzdosis ist nicht automatisch Verordnungsdosis – bei Rotation meist 25–50 % Sicherheitsabschlag.
- Sedierung, Delir und Myoklonien sind keine Bagatellnebenwirkungen; steigende Dosis ohne Funktionsgewinn ist ein Stop-Signal.
- Nach längerer Einnahme nicht abrupt absetzen; körperliche Abhängigkeit ist nicht automatisch Sucht.
- Methadon, komplexe Pflasterrotation und schwere OIH gehören in erfahrene Hände.

MFA-Modul und Praxisorganisation

Prozessschritt	Aufgabe	Ziel
Opioiddbeginn	Aushändigung Sicherheitsmerkblatt, Kontrolltermin eintragen, Laxans-Rezept vorbereiten	Vollständige Erstversorgung ohne Verzögerung
Verlaufskontrolle	Bedarfsverbrauch, Stuhlgang, Wachheit bei jedem Kontakt erfragen und dokumentieren	Frühwarnzeichen erkennen, bevor Arztkontakt nötig ist
Rezeptmanagement	BtM-Rezeptintervalle im PVS hinterlegen, Rückfragen bei auffällig vorzeitigen Anforderungen an Arzt melden	Strukturierte Kontrolle problematischer Nutzung
Ausschleichbegleitung	Reduktionsplan im PVS-Recall hinterlegen, Termin zur nächsten Stufe aktiv anbieten	Kontinuität ohne Lücken im Kontakt

Patientenperspektive und Gesprächsbausteine

- „Wir stellen die Dosis nicht willkürlich fest – wir schauen gemeinsam, was Ihnen wirklich hilft: weniger Schmerzen und mehr, was Sie im Alltag wieder können.“
- „Eine Erhöhung ist nicht automatisch die richtige Antwort auf mehr Schmerz – manchmal bedeutet mehr Schmerz, dass wir neu hinschauen müssen.“
- „Abhängigkeit vom Körper ist normal bei längerer Einnahme und ist etwas anderes als eine Sucht. Wir sprechen offen darüber, wenn wir Anzeichen für Probleme sehen.“

Online-Ressourcen und Referenzstellen

Leitlinien, Behörden, Forschung

[DEGAM S1-Leitlinie „Chronischer Schmerz“ \(053-036\) – Kurzfassung und Volltext](#)

[AWMF-Leitlinienregister – Eintrag 053-036 mit Erläuterungs- und Implementierungsdokument](#)

[S3-Leitlinie LONTS – Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nichttumorbedingten Schmerzen \(AWMF 145-003\)](#)

[Praxiswerkzeug Opioidrotation zur S3-Leitlinie LONTS](#)

[S3-Leitlinie GeriPAIN – Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen \(AWMF 145-005\)](#)

[S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen \(AWMF 076-012\)](#)

Fachinformationen und Arzneimittelinformation

[Fachinfo.de – Suche nach aktuellen Fachinformationen \(Morphin, Oxycodon, Hydromorphon, Tapentadol, Tramadol, Gabapentin, Pregabalin u.a.\)](#)

[Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte \(BfArM\) – Arzneimittelinformationen](#)

Patientenorganisationen, Selbsthilfe, Vernetzung

[Deutsche Schmerzliga e.V. – Selbsthilfe für Menschen mit chronischen Schmerzen](#)

[Deutsche Schmerzgesellschaft – Patienteninformation Selbsthilfe](#)

Literatur und Quellen (Vancouver-Stil)

1. Häuser W, Bock F, Engeser P, Tölle T, Willweber-Strumpf A, Petzke F. Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nichttumorbedingten Schmerzen: S3-Leitlinie LONTS. AWMF-Registernummer 145-003. Berlin: AWMF; 2020.
2. Deutsche Schmerzgesellschaft. Praxiswerkzeug Opioidrotation zur S3-Leitlinie LONTS. Berlin: AWMF; 2020.
3. Deutsche Schmerzgesellschaft. Opioidentzugsbehandlung bei Schmerzpatienten: Praxiswerkzeug zur S3-Leitlinie LONTS. Berlin: AWMF; 2020.
4. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Chronischer Schmerz. S1-Handlungsempfehlung, AWMF-Registernummer 053-036. Stand 12/2023, Erläuterungs- und Implementierungsdokument aktualisiert 2024.
5. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. S3-Leitlinie Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings (GeriPAIN). AWMF-Registernummer 145-005. Oktober 2025.
6. Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, et al. S3-Leitlinie Opioidbezogene Störungen. AWMF-Registernummer 076-012. Berlin: AWMF; 2025.
7. AbZ-Pharma GmbH. Morphinsulfat AbZ Retardtabletten: Fachinformation. Stand 2026.
8. AbZ-Pharma GmbH. Oxycodon-HCl AbZ Retardtabletten: Fachinformation.
9. Hormosan Pharma GmbH. Hydromorphon HCl Hormosan Retardtabletten: Fachinformation. Stand 2025.
10. ratiopharm GmbH. Hydromorphon-HCl-ratiopharm retardierte Hartkapseln: Fachinformation. Stand 2025.
11. ratiopharm GmbH. Oxycodon-HCl-ratiopharm 5 mg Retardtabletten: Fachinformation.
12. Grünenthal GmbH. Palexia retard: Fachinformation. Stand 2026.
13. Fachinformationen der jeweiligen Präparate zu Paracetamol, Metamizol, Ibuprofen, Naproxen, Etoricoxib, Amitriptylin, Duloxetin, Gabapentin und Pregabalin (Stand jeweils aktuelle Fassung; im Einzelfall vor Verordnung erneut zu prüfen).

Hinweis zur Quellenlage dieses Kapitels

Redaktioneller Hinweis

Die in diesem Kapitel korrigierten Dosisangaben (Metamizol 4 g/Tag, Tramadol 400 mg/Tag, Opioid-Äquivalenzwerte, Rotationsabschlag 25–50 %) stützen sich auf die zitierten Leitlinien und auf Fachinformationsangaben, wie sie im Rahmen der Kapitelüberarbeitung recherchiert wurden. Da sich Fachinformationen ändern können, ist vor Verordnung eine aktuelle Prüfung der konkreten Präparate-Fachinformation erforderlich – dieses Kapitel ersetzt sie nicht.

C5 - Tumorschmerz und palliative Schmerzsteuerung

***Basisanalgesie, Durchbruchschmerz, Spezialsituationen und Cannabinoide
(Kapitel B des Schmerzmedizin-Moduls)***

Überblick

Kapitel B behandelt Tumorschmerz und palliative Schmerzsteuerung. Es baut auf Kapitel A (Schmerztherapie in der Hausarztpraxis) auf: Opioidstart, Titration, Rotation und Nebenwirkungsmanagement gelten grundsätzlich auch hier, werden aber um tumorspezifische Mechanismen, Rapid-Onset-Opioide, palliative Spezialmedikamente und Cannabinoide ergänzt.

Merke

Mehr Schmerz bedeutet nicht automatisch mehr Opioid: Bei Knochen, Nerven, Ödem, Obstruktion oder Instabilität muss die Ursache gezielt mitbehandelt werden.

Nicht jede Schmerzspitze ist Durchbruchschmerz – End-of-dose-Failure und Incident Pain brauchen andere Lösungen.

Rapid-Onset-Opioide (ROO) sind ausschließlich für opioidtolerante erwachsene Tumorpatienten mit echtem Durchbruchschmerz zugelassen (EMA-Produktinformationen).

B1. Tumorschmerz nach Mechanismus

Die Einteilung „leicht, mittel, stark“ reicht für die Verordnung nicht aus. Die Opioidbasis behandelt den Gesamtschmerz, zusätzliche Maßnahmen richten sich nach dem dominierenden Mechanismus.

Mechanismus	Typisches Muster	Zusätzlich zur Opioidbasis erwägen
Ossär (Knochenmetastase)	Lokalisiert, belastungsabhängig, nächtlich, Druckschmerz	NSAR/Metamizol, Strahlentherapie, Stabilitätsprüfung (B7)
Neuropathisch	Brennend, elektrisierend, Allodynie, dermatomal	Gabapentinoid, ggf. Lidocainpflaster (B8)
Viszeral	Tief, schlecht lokalisierbar, drückend/kolikartig	Ursachenklärung (Obstruktion, Kapselspannung, Aszites) (B9, B11)
Ödem- /Kompressionsbedingt (Hirndruck, Nervenkompression)	Neu, progredient, evtl. neurologische Ausfälle	Dexamethason zeitlich begrenzt, dringliche Bildgebung (B9)

Mehr Opioid ist nicht die Antwort auf jeden Mechanismus. Bei neuen neurologischen Defiziten, Frakturverdacht oder unklarer Verschlechterung gilt zunächst die Red-Flag-Logik aus Kapitel A1.

B2. Dauerschmerz – praktische Basislogik

Wann ist die Basisanalgesie unzureichend?

- Schmerz besteht über viele Stunden · nächtliches Erwachen durch Dauerschmerz · regelmäßige Bedarfsdosen ohne klaren Einzeltrigger · Bedarfswirkung hält nur kurz · zunehmender Ruheschmerz

Wann Basisdosis anpassen?

Plausibel, wenn die Basistherapie erkennbar wirkt, die Bedarfsmedikation wiederholt hilft, Nebenwirkungen tolerabel sind und keine akute Komplikation vorliegt. Praktikable Regel: durchschnittlichen Bedarfsverbrauch der letzten 1–3 Tage bestimmen und nur den plausibel wiederkehrenden Anteil in die Basistherapie übernehmen.

B3. End-of-dose-Failure

Definition: Der Schmerz kehrt regelmäßig vor der nächsten Retardgabe zurück, während er im übrigen Intervall ausreichend kontrolliert ist.

Beispiel: Oxycodon retard 20 mg um 8 und 20 Uhr; Schmerz steigt täglich ab 17–18 Uhr, Oxycodon akut 5 mg hilft zuverlässig, morgens kein Problem. Vorgehen: Einnahmezeit/Intervall dokumentieren, tägliche Reproduzierbarkeit prüfen, Dosisverteilung anpassen oder Galenik wechseln – nicht reflexhaft beide Tagesdosen gleich stark erhöhen. Kontrolle nach 48–72 Stunden.

⚠ Praxisfehler

Ein tägliches End-of-dose-Failure dauerhaft mit einem schnell wirksamen Opioid zudecken, ohne das Basisschema zu korrigieren.

B4. Incident Pain

Definition: Vorhersehbarer, meist kurzzeitiger Schmerz durch eine konkrete Aktivität (Aufstehen, Umlagern, Gehen, Physiotherapie, Verbandwechsel, Husten, Schlucken, Defäkation, Körperpflege).

► Warum Basiseskalation oft falsch ist

Ist der Patient in Ruhe gut eingestellt, kann eine Erhöhung der Dauerdosis zu Sedierung in Ruhe, Delir, Stürzen, Atemdepression oder stärkerer Obstipation führen, ohne die kurze Belastungsspitze optimal abzudecken.

ClinicalOS-Regel: Planbarer Incident Pain braucht eine planbare Intervention (präemptive Bedarfsdosis vor der Belastung) – nicht jede vorhersehbare Schmerzspitze rechtfertigt ein Rapid-Onset-Fentanyl.

B5. Durchbruchschmerz: Arbeitsdefinition

Vorübergehende, meist starke Schmerzexazerbation bei ansonsten ausreichend kontrolliertem Dauerschmerz unter stabiler Opioidbasistherapie.

Wann die Diagnose fraglich ist

- Basisdauerschmerz ist bereits unzureichend kontrolliert · Schmerz hält mehrere Stunden an · täglich 6–8 unklare Episoden · unregelmäßige Einnahme der Basistherapie · Entzug zwischen Dosen · zunehmende Progression · überwiegend Angst-/Delir-/Belastungsspitzen

Zu dokumentieren: Episodenzahl/Tag, Dauer, Auslöser, Anstiegsgeschwindigkeit, bisherige Bedarfsmedikation, Wirklatenz, Häufigkeit einer zweiten Dosis, Nebenwirkungen.

B6. Rapid-Onset-Opioide (ROO)

► Voraussetzungen – alle müssen erfüllt sein

Maligne Erkrankung mit Tumorschmerz; regelmäßige Opioidbasistherapie; ausreichende, präparatespezifisch definierte Opioidtoleranz

Sonst grundsätzlich kontrollierter Dauerschmerz; kurze, starke Durchbruchschmerzepisoden

Patient versteht Anwendung/Wiederholungsregel; sichere Lagerung gewährleistet; keine unkontrollierte Sedativkombination

Spezialisierte/erfahrene ärztliche Führung; präparatespezifische Titration (EMA-Produktinformationen zu Instanyl/PecFent)

Failure-Mode: „Patient nimmt seit zwei Wochen Oxycodon 5 mg bei Bedarf, daher ist er opioidtolerant“ – das reicht für transmukosales/intranasales Fentanyl nicht aus. Die Toleranzdefinition ist präparatabhängig (Fachinformation).

Präparat	Applikation	Startdosis / Regel
Instanyl	Intranasal, 50/100/200 µg pro Dosis	Einstieg 50 µg in ein Nasenloch; bei unzureichender Wirkung frühestens nach 10 Min. einmalige Wiederholung derselben Dosis; max. 4 Episoden/Tag (EMA)
PecFent	Intranasal, anderes Applikationssystem, 100/400 µg pro Sprühstoß	Nur bei bereits opioidbehandelten erwachsenen Tumorkranken, Führung durch erfahrenen Arzt (EMA)

► Redaktionsregel

Instanyl-, PecFent-, Effentora- und andere transmukosale Fentanyldosen dürfen NICHT in einer gemeinsamen Dosierungszeile stehen: unterschiedliche Bioverfügbarkeit, Startdosen, Titration und Wiederholungsregeln – keine µg-für-µg-Austauschbarkeit.

Die ROO-Dosis wird nicht aus der Basisopioiddosis berechnet.

Mehr als vier Episoden/Tag: nicht automatisch mit einer weiteren ROO-Gabe behandeln, sondern Basis und Diagnose neu prüfen (unzureichende Basisanalgesie, Progression, häufiger Incident Pain, falsche Klassifikation) und Schmerz-/Palliativmedizin einbeziehen.

► ROO – niemals

Bei opioidnaiven Patient:innen oder nichttumorbedingtem chronischem Schmerz

Für gewöhnliche Kopf-/Rückenschmerzspitzen oder zur Behandlung von Angst/Schlafstörung

Ohne individuelle Titration oder durch µg-genauen Austausch zwischen Produkten

Besonders kritisch bei COPD, Schlafapnoe, Frailty, schwerer Organinsuffizienz,

Benzodiazepinen/Gabapentinen/Alkohol, kognitiver Einschränkung, Diversionsrisiko

Fallvignette 1 – echter Durchbruchschmerz

62-jähriger Patient, metastasiertes Bronchialkarzinom: Oxycodon retard 40 mg morgens/abends, Dauerschmerz NRS 2–3, 1–2× täglich plötzlicher Thoraxschmerz NRS 9, Anstieg innerhalb weniger Minuten, Dauer 20–30 Min., keine Belastungsabhängigkeit, Oxycodon akut wirkt zu langsam. Bewertung: kontrollierter Dauerschmerz, relevante Opioidtoleranz, klinisch plausible ROO-Indikation. Vorgehen: Ursache/Progression prüfen, ROO-Eignung prüfen, ein Präparat auswählen und mit niedrigster Startdosis titrieren (z. B. Instanyl 50 µg), max. 4 Episoden/Tag, Kontrolle nach wenigen Tagen.

⚠ Praxisfehler

Die Startdosis aus der Oxycodon-Tagesdosis hochzurechnen und direkt 200 µg Fentanyl zu verordnen.

Fallvignette 2 – kein echter Durchbruchschmerz (Incident Pain)

75-jährige Patientin, Knochenmetastasen: Buprenorphin-TTS 10 µg/h, Ruheschmerz NRS 2, beim Aufstehen NRS 8 für ca. 10 Min., 3–5×/Tag, bereits 2 Stürze, eGFR 38 ml/min, Pregabalin + Zopiclon. Bewertung: überwiegend Incident Pain, nicht spontaner Durchbruchschmerz – zusätzlich Sturzrisiko und sedierende Kombination. Vorgehen: Ursache des Bewegungsschmerzes prüfen, Mobilisation/Hilfsmittel optimieren, zeitlich passende konventionelle Bedarfsstrategie, Pregabalin/Zopiclon kritisch reduzieren, Strahlentherapie/orthopädische Stabilisierung erwägen – kein vorschnelles ROO.

Lernpunkt

Mehrere kurze starke Schmerzspitzen bedeuten nicht automatisch eine ROO-Indikation.

B7. Knochenmetastasen

Typisches Muster und Red Flags

- Lokalisierter tiefer Schmerz, Belastungs-/Bewegungsschmerz, nächtlicher Schmerz, Druck-/Klopfschmerz, zunehmender Bedarfsopioidverbrauch

► Dringliche Beurteilung bei

Neurologischen Ausfällen, Fraktur- oder Instabilitätszeichen, Wirbelsäulenmetastase mit drohender Rückenmarkskompression (ScienceDirect) – siehe auch B9.

Schmerzhafte Knochenmetastasen sollen grundsätzlich auf eine strahlentherapeutische Behandlung geprüft werden; Einzeitbestrahlung kann in vielen Konstellationen ausreichend sein (ESMO-Leitlinie, ScienceDirect). Nichtopioid-Add-on: NSAR bei ossärem Schmerz, sofern Nierenfunktion/Blutungsrisiko/CV-Risiko dies zulassen; Metamizol als Alternative ohne vergleichbare antiphlogistische Wirkung.

Zoledronsäure und Denosumab – Prävention, keine Akutanalgetika

Knochenmodifizierende Arzneimittel dienen der Prävention skelettbezogener Komplikationen (Fraktur, Rückenmarkskompression, Bestrahlungs-/OP-Notwendigkeit, Hyperkalzämie) – nicht der schnellen Schmerzlinderung (EMA).

Substanz	Standardorientierung	Zu prüfen
Zoledronsäure	4 mg i.v., Infusion ≥ 15 Min., meist alle 3–4 Wochen; Dosisreduktion bei leichter/mäßiger Niereninsuffizienz, bei schwerer nur nach Spezialabwägung (EMA)	Kreatinin/eGFR, Kalzium, Vitamin D, Hydratation, Zahngesundheit vor invasiver Zahnbehandlung
Denosumab	120 mg s.c. alle 4 Wochen (EMA)	Kalzium, Vitamin D (Hypokalzämierisiko trotz fehlender renaler Dosisanpassung), Zahngesundheit

► Gemeinsames Risiko

Kieferosteonekrose – Mundgesundheit und geplante invasive Zahnbehandlungen vor Therapiebeginn berücksichtigen (EMA).

B8. Neuropathischer Tumorschmerz

Ursachen: Tumorinfiltration eines Nervs/Plexus, radikuläre Kompression, Wirbelmetastase, postoperative Nervenschädigung, Chemotherapie-induzierte Polyneuropathie, Strahlenschädigung, Post-Zoster-Neuralgie. Klinik: brennend, elektrisierend, einschließend, Taubheit, Allodynie, dermatomale Verteilung.

ClinicalOS-Regel: Opioidbasis nicht immer weiter steigern, wenn der neuropathische Anteil unbehandelt bleibt – Gabapentinoide können als Co-Analgetika sinnvoll sein (PMC). Kombinationsrisiko Opioid + Gabapentinoid: Sedierung, Sturz, Atemdepression, kognitive Einschränkung → niedrige Startdosis, Nierenfunktion prüfen, Z-Substanz/Benzodiazepin reduzieren, Kontrolle nach wenigen Tagen.

B9. Viszeraler Schmerz und Notfallmechanismen

Viszeraler Schmerz: tief, schlecht lokalisierbar, drückend/ziehend/kolikartig, vegetative Begleitsymptome. Ursachen: Leberkapselspannung, Pankreastumor, retroperitoneale Infiltration, Darm-/Beckenobstruktion, Aszites, Ureterobstruktion. Failure-Mode: viszeralen Schmerz allein mit höheren Retardopioiddosen behandeln, obwohl Aszites, Obstruktion oder Kapselspannung gezielt behandelbar sind.

Glukokortikoide als Ko-Analgetika

Indikationen: tumorbedingtes Ödem, Nerven-/Plexuskompression, Hirnödem, Rückenmarkskompression (Notfallpfad), Leberkapselspannung, entzündliche Tumorschwellung. Keine universelle „Schmerzdosierung“ – Therapieziel vorab definieren, Wirkung nach wenigen Tagen beurteilen, bei fehlendem Nutzen nicht wochenlang fortführen, nach längerer/höherer Anwendung ausschleichen.

⚠ Praxisfehler

Dexamethason wegen kurzfristiger Appetit-/Stimmungsverbesserung unbegrenzt weiterführen, obwohl Muskelkraft und Mobilität abnehmen.

► Notfallpfad Rückenmarkskompression

Verdachtszeichen: neuer/zunehmender Rückenschmerz, bandförmiger Schmerz, radikuläre Beschwerden, Schwäche, Gangstörung, sensible Ausfälle, Blasen-/Mastdarmstörung.

Schmerz geht einer metastatischen Rückenmarkskompression häufig voraus (ResearchGate) – nicht auf regulären Facharzttermin warten: sofortige Klinik-/Onkologiekontaktaufnahme, dringliche MRT, Dexamethason nach Notfallprotokoll, Immobilisation bei Instabilitätsverdacht.

► Notfallgrenze Hirndruck

Warnzeichen: neuer Kopfschmerz bei Tumoranamnese, morgendliche Betonung, Erbrechen, fokale Neurologie, Krampfanfall, Wesensänderung, Vigilanzminderung, Papillenödem → dringliche Bildgebung, keine reine Opioideskalation.

B10. Alternative Applikationswege

Dysphagie und fehlende orale Aufnahme

► Pflaster-Falle

Pflaster sind bequem, aber wegen verzögertem Wirkungseintritt ungeeignet für akute Schmerzkrisen, schnelle Dosistitration, instabile letzte Stunden/Tage und opioidnaive Patient:innen bei Fentanyl.

Subkutane Gabe ermöglicht titrierbare Opioidtherapie, Antiemetika, Butylscopolamin, Midazolam und weitere palliative Medikamente im Spezialkontext – setzt Erfahrung, klare SOPs und pflegerische Infrastruktur voraus.

Morphin oral zu subkutan

Häufig verwendete palliative Orientierung: Morphin oral : Morphin s.c. $\approx$ 2–3 : 1 (richtungsabhängiger Schätzwert, klinisch nachtitrieren).

Beispiel: Morphin retard 30 mg 2×/Tag + durchschnittlich 20 mg unretardiert/Tag = 80 mg oral/Tag. Rechnerischer s.c.-Bereich: bei 3:1 $\approx$ 27 mg s.c./24 h, bei 2:1 $\approx$ 40 mg s.c./24 h. Bei Frailty/CKD-Risiko/Rotation nicht automatisch die höhere Zahl übernehmen – Sicherheitsabschlag, Bedarfsdosen separat berücksichtigen, Kontrolle nach wenigen Stunden.

⚠ Praxisfehler

Nur die Retarddosis umzurechnen und die tatsächlich eingenommenen Bedarfsdosen zu vergessen.

Hydromorphon subkutan: Option bei hohem Morphinvolumen, Morphinnebenwirkungen oder Niereninsuffizienz – die Umrechnung von oralem Morphin über Morphinäquivalenz zu s.c. Hydromorphon ist fehleranfällig und sollte nur mit vollständigem Rechenweg erscheinen; komplexe Rotationen bei CKD, hoher Dosis oder Neurotoxizität bevorzugt palliativmedizinisch abstimmen.

Kontinuierliche subkutane Infusion

► Redaktionsregel

Keine Pumpenmischung ohne aktuelle Kompatibilitätsquelle. Kompatibilitätstabellen unterscheiden Einzelsubstanzen sowie Zwei- und Dreifachkombinationen (Right Decisions) – eine in einer Klinik verwendete Mischung nicht unverändert für andere Pumpe/Konzentration/Laufzeit übernehmen.

Bedarfsdosis bei subkutaner Basis: übliche palliative Faustregel etwa 1/6 bis 1/10 der s.c.-24-Stunden-Dosis (Beispiel: Morphin s.c. 30 mg/24 h → Bedarf ca. 3–5 mg s.c.).

B11. Maligne Darmobstruktion und palliative Spezialmedikamente

ClinicalOS-Merksatz

Palliativmedizinisch gebräuchlich bedeutet nicht automatisch zugelassen, hausärztlich routinemäßig oder ohne Monitoring sicher. Vier Ebenen sind zu trennen: zugelassene Standardanwendung, palliativmedizinische Off-Label-Anwendung, hausärztlich/AAPV vertretbare Fortführung, SAPV-/Spezialistenbereich.

Klinisches Muster und Sofortentscheidung

- Kolikartige oder kontinuierliche Bauchschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, geblähtes Abdomen, fehlender Stuhl-/Windabgang, bekannte Peritonealkarzinose

Zu klären: potenziell operabel/interventionell entlastbar? Partielle oder komplette Obstruktion? Kuratives, lebensverlängerndes oder rein symptomorientiertes Ziel? Häuslich beherrschbar oder stationär/SAPV?

Substanz	Rolle	Praxisdosierung (off label bei Obstruktion)	Status
Butylscopolamin (Hyoscinbutylbromid)	Kolikartige Schmerzen, Sekretreduktion. Nicht identisch mit Scopolaminhydrobromid (stärker zentral/sedierend).	Zugelassen: 20 mg i.v./i.m., Wiederholung nach 30 Min., max. 100 mg/Tag (akute Kolik). Palliativ off label: 20 mg s.c. als Bedarfsdosis bzw. 40–80 mg/24 h kontinuierlich.	Off label bei maligner Obstruktion (Medicines.org.uk); Kontraindikation u.a. obstruktiver Ileus – strikt in Spezialistentabelle führen
Octreotid	Reduziert gastrointestinale Sekretion bei hohem Erbrechens-/Sekretionsvolumen	100–150 µg s.c. 2–3×/Tag oder 300–600 µg/24 h kontinuierlich s.c., nach Symptomkontrolle titrieren	Off label bei maligner Obstruktion; SAPV/palliativmedizinisches Protokoll bevorzugt (Medicines.org.uk)
Dexamethason	Kann bei ödematöser/partieller Obstruktion Passage verbessern – kein verlässliches „Ileusmedikament“	4–8 mg morgens; in ausgeprägten Situationen zeitlich begrenzt 8–16 mg/Tag	Stop-Regel: Wirkung nach 3–5 Tagen bewerten, ohne Besserung reduzieren/beenden

► Kontraindikationen und Warnhinweise

Metoclopramid bei mechanischem Ileus nicht unkritisch geben, insbesondere nicht bei kompletter Obstruktion oder Koliken.

Butylscopolamin: Engwinkelglaukom, Prostatahypertrophie mit Harnverhalt, mechanische GI-Stenose, obstruktiver Ileus, Megakolon, Tachykardie, Myasthenia gravis (Medicines.org.uk).

Hausärztliche Grenze zu stationär/SAPV: Erbrechen trotz Medikation, Exsikkose, starke Koliken, unklare Operabilität, fehlende sichere subkutane Versorgung, keine pflegerische Unterstützung, rasche Verschlechterung.

Ketamin und Midazolam – Spezialistenbereich

Ketamin kann bei ausgewählten therapierefrakären Schmerzen erwogen werden (schwerer neuropathischer/mixed pain, mögliche Opioidtoleranz/Hyperalgesie, komplexer Tumorschmerz) – Anwendung in Schmerz-/Palliativmedizin häufig off label. Ketamin gehört NICHT in die allgemeine hausärztliche Starttabelle. Monitoring: Blutdruck, Puls, Sedierung, Dissoziation/Halluzinationen/Angst, Leberwerte, Harnwegssymptome, Fehlgebrauchsrisiko.

► **Midazolam ist kein Analgetikum**

Einsatz bei schwerer Angst, Krampfanfällen, terminaler Agitation, palliativer Sedierung bei therapierefraktären Symptomen.

Sedierung ist keine Schmerztherapie und darf unzureichende Analgesie nicht verdecken. Palliative Sedierung erfordert therapierefraktäres Symptom, klares Therapieziel, informierte Entscheidung bzw. mutmaßlichen Willen, proportionale Dosierung, Dokumentation, regelmäßige Evaluation – in der Regel palliativmedizinische Führung.

B12. Cannabinoide

Redaktionsziel

Cannabinoide sind keine Standard-Erstlinientherapie des Tumorschmerzes und kein regelhafter Ersatz für eine unzureichend eingestellte Opioidbasis. Die BfArM-Begleiterhebung (ca. 21.000 Behandlungen mit Dronabinol, Cannabisextrakten, -blüten, Nabilon, Nabiximols) war nicht randomisiert und erlaubt keine verlässliche Überlegenheitsaussage gegenüber etablierter Schmerztherapie (BfArM).

Ein zeitlich begrenzter Therapieversuch kann sinnvoll sein, wenn etablierte Therapien nicht ausreichend wirken/vertragen werden, ein realistisches Symptomziel besteht, Risiken geprüft wurden, niedrig begonnen und langsam titriert wird, und bei fehlendem Nutzen konsequent beendet wird.

Eher vertretbare Therapieziele	Nicht als Versprechen formulieren
Geringere Schmerzspitzen · besserer Schlaf · weniger Übelkeit · Appetitverbesserung · Reduktion ausgeprägter Spastik · besseres Gesamtbefinden	Sichere Opioidsparung · zuverlässige Behandlung schwerer Tumorschmerzen · Tumorchemmung · allgemein bessere Lebensqualität · Behandlung von Angst/Depression ohne eigenes Konzept

Redaktionsentscheidung zur Zubereitung: Dronabinol oder standardisierter Extrakt werden vor Cannabisblüten dargestellt (definierter Wirkstoff, kontrollierbare/titrierbare Dosierung). Blüten sind wegen variabler THC-/CBD-Gehalte, schwieriger Titration und höherem Intoxikationspotenzial keine bevorzugte hausärztliche Startoption.

Dronabinol – Titration und Dosierfehler vermeiden

Dosierung bei chronischem/Tumorschmerz häufig off label, keine einheitliche deutsche Schmerzfachinformation. Praxisorientierung: Start 1,25–2,5 mg THC abends, langsame Titration alle 3–7 Tage. Wichtige Darstellungsregel: NICHT „2,5–10 mg dreimal täglich“ ohne Kontext, SONDERN Konzentration der Rezeptur (mg/ml) und Tropfenzahl ausdrücklich dokumentieren.

Beispiel Dosierfehlerquelle: Rezeptur 25 mg Dronabinol/ml, Tropfer 20 Tropfen/ml → 1 Tropfen ≈ 1,25 mg. Diese Berechnung gilt nur für exakt diese Rezeptur/diesen Tropfer.

► Kontraindikationen und Hochrisikokonstellationen

Aktuelle/frühere Psychose, schwere instabile Angst-/Panikstörung, Delir, relevante kognitive Beeinträchtigung, wiederholte Stürze, instabile KHK, relevante Tachyarrhythmie, Schwangerschaft/Stillzeit, Substanzgebrauchsstörung.

Interaktionsrisiko v.a. additive Sedierung mit Opioiden, Benzodiazepinen, Z-Substanzen, sedierenden Antipsychotika, Amitriptylin, Gabapentinoiden, Alkohol.

Fahrtüchtigkeit: ärztliche Verordnung bedeutet nicht automatisch Fahreignung – keine Verkehrsteilnahme während Neueinstellung, nach Dosissteigerung/Produktwechsel oder bei Müdigkeit/Schwindel. Seit April 2024 unterliegt medizinisches Cannabis in Deutschland nicht mehr dem Betäubungsmittelrecht; für Reisen gelten dennoch besondere Bescheinigungsregeln (BfArM).

Stop-Regel: kein relevanter Symptom-/Funktionsgewinn nach 4–6 Wochen, nur subjektives „angenehmes Gefühl“ ohne vereinbartes Ziel, fortbestehende Opioideskalation ohne Einsparung, zunehmende Sedierung/Stürze/Delir, problematische Selbststeigerung.

B13. Geriatriischer Tumorschmerz

Entscheidend sind Frailty, Kognition, Nieren-/Leberfunktion, Mobilität, Sinnesfunktion, Ernährung, soziale Unterstützung, Therapieziel und Lebenserwartung – nicht das kalendarische Alter. Die S3-Leitlinie GeriPAIN empfiehlt niedrig zu beginnen, langsam zu steigern und Wirksamkeit sowie Verträglichkeit engmaschig zu kontrollieren; ältere und gebrechliche Menschen sind in Arzneimittelstudien unterrepräsentiert, evidenzbasierte Dosisanpassungen fehlen oft.

Schmerzerfassung bei kognitiver Einschränkung

Bei Demenz/Delir: Grimassieren, Stöhnen, Abwehr bei Pflege, Schonhaltung, Unruhe, Rückzug, reduzierte Mobilität, Schlafstörung, Appetitverlust, verändertes Verhalten. Angehörige/Pflegepersonen einbeziehen, dürfen die direkte Beobachtung aber nicht ersetzen. ClinicalOS-Regel: Neue Unruhe ist weder automatisch Schmerz noch automatisch Delir – beides systematisch prüfen.

Paracetamol und NSAR im Alter

GeriPAIN: bei längerfristiger Paracetamolanwendung im Alter wird in einzelnen Quelleitlinien eine Reduktion auf max. 2 g/Tag empfohlen, v.a. bei Risikofaktoren; NSAR nur kurzzeitig und unter strikter Nutzen-Risiko-Abwägung.

► Korrektur

Nicht: „Paracetamol ist im Alter immer das sicherste Analgetikum.“ Sondern: kann bei leichten/mäßigen Schmerzen erwogen werden, Wirksamkeit oft begrenzt, Tagesdosis bei niedrigem Gewicht, Mangelernährung, Lebererkrankung oder langer Anwendung reduzieren.

Opioidstart beim frailen Tumorpatienten

► Korrektur der pauschalen Prozentregel

„Start mit 25–50 % der Erwachsenenendosis“ bleibt zu pauschal. Besser: niedrigste verfügbare sinnvolle Stärke, nur eine Substanz gleichzeitig ändern, längeres Titrationsintervall, Kontrolle innerhalb 48–72 h, Funktion und Kognition ebenso wichtig wie Schmerzintensität.

Delirprävention und Hochrisikokombination

- Unnötige Benzodiazepine/Z-Substanzen reduzieren · anticholinerge Last minimieren · Nierenfunktion beachten · Obstipation/Harnverhalt verhindern · Hörgerät und Brille · Tag-Nacht-Struktur · keine gleichzeitige schnelle Titration mehrerer ZNS-Wirkstoffe

► Typische Hochrisikokombination

Opioid + Pregabalin + Zopiclon + Dronabinol – kann aus vier einzeln begründeten Verordnungen entstehen, führt aber kumulativ zu Sedierung, Sturz, Atemdepression, Delir und funktionellem Verlust.

Fallvignette 1 – Dronabinol beim geriatrischen Tumorpatienten

81-jähriger Patient, metastasiertes Pankreaskarzinom: Hydromorphon retard 2 mg 2×/Tag, Metamizol 500 mg 3×/Tag, Mirtazapin 15 mg abends, eGFR 46 ml/min, Gewichtsverlust, Übelkeit, schlechter Schlaf, Ruheschmerz NRS 3, keine Psychoseanamnese. Analyse: Dauerschmerz relativ kontrolliert – Cannabinoid nicht zur Opioideskalation, sondern als zeitlich begrenzter Versuch gegen Übelkeit/Appetitmangel/Schlafstörung. Vorgehen: behandelbare Ursachen ausschließen (Obstipation, Gastritis, Magenentleerungsstörung, Mundsoor, Depression), ein Hauptziel definieren, Dronabinol 1,25 mg abends, keine gleichzeitige Erhöhung von Hydromorphon/Mirtazapin, Kontrolle nach 3–7 Tagen, kein Nutzen nach 4 Wochen → beenden.

⚠ Praxisfehler

Direkt 5 mg zweimal täglich beginnen und anschließend Benommenheit als unvermeidbare palliative Situation akzeptieren.

Fallvignette 2 – Sturz unter Mehrfachsedierung

86-jährige Patientin, Brustkrebs mit Knochenmetastasen: Buprenorphin-TTS 10 µg/h, Pregabalin 75 mg 2×/Tag, Dronabinol 2,5 mg 2×/Tag, Zopiclon 7,5 mg abends. Nach Dronabinolsteigerung: 2 Stürze, morgendliche Verwirrtheit, Ruheschmerz NRS 2. Analyse: keine automatische Tumorprogression – wahrscheinlich additive ZNS-Depression. Vorgehen: Dronabinol pausieren, Zopiclon absetzen/reduzieren, Pregabalin/eGFR prüfen, Orthostase messen, Infekt/Dehydratation/Harnverhalt/Obstipation ausschließen, Opioid nur bei fortbestehender Sedierung reduzieren, Kontrolle innerhalb 48 h.

 Lernpunkt

Der beste Schmerzscore ist kein Therapieerfolg, wenn die Patientin dafür ihre Gehfähigkeit verliert.

B14. AAPV, SAPV und Klinikeinweisung

Versorgungsebene	Wann einbeziehen
Ambulante Palliativversorgung (AAPV)	Komplexer Tumorschmerz mit mehreren Mechanismen, wiederholte Opioidrotation, zunehmender Bedarfsverbrauch, schwere Nebenwirkungen, Dysphagie, subkutaner Medikamentenbedarf, belastende Übelkeit/Dyspnoe/Delir, hohe psychosoziale Belastung
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	Komplexe instabile Symptomlage, Schmerzkrisen, kontinuierliche subkutane Therapie, maligne Obstruktion, wiederholtes Delir, hohe pflegerische Komplexität, Krisenrisiko außerhalb regulärer Praxiszeiten
Sofortige stationäre Versorgung	Rückenmarkskompressionsverdacht, pathologische Fraktur, akute Atemdepression, schweres Delir, unkontrollierbares Erbrechen/Exsikkose, Ileus mit akutem Abdomen, Krampfanfall, akute neurologische Verschlechterung

B15. Weitere Fallvignetten

Knochenmetastase mit Incident Pain

68-jähriger Patient, metastasiertes Prostatakarzinom: Morphin retard 30 mg 2×/Tag, Morphin akut 10 mg bei Bedarf, Ruheschmerz NRS 2, beim Aufstehen/Gehen NRS 9 (3×/Tag), neuer lokaler Schmerz rechter proximaler Femur. Analyse: nicht primär unzureichender Dauerschmerz, sondern Incident Pain + mögliche drohende pathologische Fraktur. Vorgehen: Belastung reduzieren, dringliche Bildgebung/Stabilitätsprüfung, präemptive Bedarfsmedikation nur als Übergang, Strahlentherapie prüfen – keine pauschale Verdopplung der Morphinbasis.

Lernpunkt

Neuer belastungsabhängiger Femurschmerz bei Knochenmetastase ist zunächst ein Stabilitätsproblem.

Neuropathischer Tumorschmerz

59-jährige Patientin, Beckentumor: Oxycodon retard 20 mg 2×/Tag, brennender Schmerz mit Ausstrahlung Oberschenkelaußenseite, Allodynie, eGFR 75 ml/min, Schlaf stark beeinträchtigt. Entscheidung: Oxycodonbasis zunächst nicht stark erhöhen, Gabapentin 100–300 mg abends beginnen, langsame Titration, MRT/onkologische Beurteilung wegen möglicher Plexusinfiltration, bei lokalisierbarem Areal Lidocainpflaster erwägen, Kontrolle nach 1 Woche.

Praxisfehler

Die neuropathische Komponente ausschließlich durch mehr Oxycodon behandeln.

Leberkapselspannung

64-jähriger Patient, multiple Lebermetastasen: Hydromorphon retard 4 mg 2×/Tag, konstanter rechter Oberbauchdruck, frühe Sättigung, keine Kolik. Vorgehen: onkologische Progression/Aszites beurteilen, Metamizol ergänzen sofern geeignet, zeitlich begrenzter Dexamethasonversuch mit klarem Ziel, Wirkung nach 3–5 Tagen beurteilen, bei fehlendem Nutzen reduzieren.

Lernpunkt

Steroid ist ein zeitlich begrenzter Mechanismusversuch, keine unbegrenzte Standardbegleitmedikation.

Maligne Darmobstruktion im häuslichen Setting

69-jährige Patientin, Ovarialkarzinom, Peritonealkarzinose, nicht operable multiple Darmobstruktion, wiederholtes Erbrechen, kolikartige Schmerzen, orale Medikamente kaum resorbiert, SAPV eingebunden. Konzept: Opioid kontinuierlich s.c., Butylscopolamin s.c. gegen Kolik/Sekretion, Octreotid bei fortbestehendem Erbrechen, zeitlich begrenzter Dexamethasonversuch, mechanistisch passendes Antiemetikum, kein Metoclopramid bei kompletter Obstruktion.

Praxisfehler

Alle Medikamente gleichzeitig maximal dosieren, sodass nicht mehr erkennbar ist, welche Substanz hilft oder das Delir verursacht.

Dysphagie und instabiler Opioidbedarf

74-jähriger Patient, Ösophaguskarzinom: Oxycodon retard 20 mg 2×/Tag, 4–5 Bedarfsdosen/Tag, kaum noch Schlucken möglich, Schmerzen in letzten 48 h zunehmend. Falsche Lösung: sofortiger Wechsel auf Fentanyl-TTS anhand grober Äquivalenztabelle (instabiler Bedarf, verzögerter Wirkungseintritt). Besseres Vorgehen: tatsächliche 24-h-Dosis rekonstruieren, subkutane titrierbare Therapie, Ursachenklärung, nach Stabilisierung ggf. Pflasterentscheidung.

Lernpunkt

Pflaster sind eine Lösung für stabilen Dauerschmerz, nicht für eine akute Umstellungskrise.

Pocket-Tabellen

Pocket	Kernaussage
Schmerzspitze richtig einordnen	End-of-dose-Failure → Basisschema anpassen. Incident Pain → präemptive Bedarfsdosis vor Belastung. Echter Durchbruchschmerz → ROO nur bei erfüllten Voraussetzungen. >4 Episoden/Tag → Diagnose neu prüfen.
Tumorschmerz nach Mechanismus	Ossär → NSAR/Metamizol + Strahlentherapie prüfen. Neuropathisch → Gabapentinoid. Viszeral → Ursache behandeln (Obstruktion/Kapselspannung/Aszites). Ödem/Kompression → Dexamethason zeitlich begrenzt + Notfallpfad.
Cannabinoidversuch in 30 Sekunden	Ein Hauptziel definieren → Dronabinol 1,25–2,5 mg THC, langsam titrieren → Kontrolle nach 3–7 Tagen → Nutzenprüfung nach 4–6 Wochen → kein Nutzen oder Sturz/Kognitionsproblem = beenden.
Geriatrische Kontrolle nach Medikamentenänderung	Wachheit, Atemfrequenz, Gang/Transfer, Orthostase, neue Verwirrtheit, Stuhlgang, Nierenfunktion – Kontrolle innerhalb 48–72 h.

MFA-Modul und Praxisorganisation

Prozessschritt	Aufgabe	Ziel
ROO-Verordnung	Sichere-Lagerung-Merkblatt aushändigen, Episodenprotokoll mitgeben	Diversionsschutz und auswertbare Dokumentation
Subkutane Therapie	Pumpenlaufzeit/-rate im PVS hinterlegen, SAPV-Kontakt griffbereit	Kontinuität bei Rufbereitschaft
Palliativer Hausbesuch	Aktuelle Medikationsliste, Verlaufsbogen und Notfallmedikamente mitführen	Vollständige Entscheidungsgrundlage vor Ort
Angehörigenanleitung	Beobachtungsliste (Wachheit, Stürze, Stuhlgang, Bedarfsmedikation) besprechen und schriftlich mitgeben	Strukturierte Mitbeobachtung ohne Delegation ärztlicher Entscheidungen

Patientenperspektive und Angehörigeneinbindung

- „Ein Rapid-Onset-Fentanyl ist nur für die kurzen, plötzlichen Schmerzspitzen gedacht – nicht für den täglichen Dauerschmerz. Deshalb müssen wir die Anwendung genau festlegen.“
- „Cannabis ist bei uns kein Ersatz für Ihre Schmerzmedikamente, sondern ein zeitlich begrenzter Versuch gegen ein bestimmtes Symptom – wir prüfen nach ein paar Wochen gemeinsam, ob es das gebracht hat.“
- Was Angehörige beobachten sollen: Wachheit, neue Verwirrtheit, Stürze/Beinahe-Stürze, Atmung, Einnahmefehler, Pflasterwechsel, Stuhlgang, tatsächliche Bedarfsmedikation. Was nicht delegiert werden darf: eigenständige Dosissteigerung, zusätzliche Pflaster, Wechsel zwischen Cannabisprodukten, Verabreichung bei ausgeprägter Somnolenz.

Online-Ressourcen und Referenzstelle

Leitlinien, Behörden, Forschung

[AWMF-Leitlinienregister – S3-Leitlinie Palliativmedizin \(formal abgelaufen, wichtige Arbeitsgrundlage\)](#)

[European Medicines Agency – Produktinformationen Instanyl, PecFent](#)

[BfArM – Cannabis als Medizin, Begleiterhebung](#)

[S3-Leitlinie GeriPAIN – Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen \(AWMF 145-005\)](#)

[Right Decisions \(Scottish Palliative Care Guidelines\) – Subkutane Kompatibilität und Symptomkontrolle](#)

Ambulanzen, SAPV, Überweisungsstellen

[Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin – Verzeichnis SAPV-Teams](#)

[Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland](#)

[Hospiz Österreich](#)

Patientenorganisationen

[Deutsche Krebshilfe – Informationen für Patient:innen und Angehörige](#)

[Deutsche Schmerzliga e.V.](#)

Literatur und Quellen (Vancouver-Stil)

1. European Medicines Agency. Instanyl: Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels.
2. European Medicines Agency. PecFent: Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels.
3. European Medicines Agency. Produktinformationen Zoledronsäure und Denosumab (Prävention skelettbezogener Ereignisse).
4. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. AWMF-Registernummer 128-001OL (formal abgelaufen, Aktualisierung ausstehend).
5. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. S3-Leitlinie Schmerzmanagement bei geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings (GeriPAIN). AWMF-Registernummer 145-005. Oktober 2025.
6. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Begleiterhebung Cannabis als Medizin.
7. Scottish Palliative Care Guidelines (Right Decisions). Subkutane Kompatibilität, Symptomkontrolle bei maligner Obstruktion.
8. Medicines.org.uk (electronic Medicines Compendium). Fachinformationen Butylscopolamin (Hyoscin-N-butylbromid) und Octreotid.
9. ESMO Clinical Practice Guidelines. Bone health in cancer patients (Strahlentherapie bei schmerzhaften Knochenmetastasen).

Hinweis zur Quellenlage dieses Kapitels

Redaktioneller Hinweis

Die deutsche S3-Leitlinie Palliativmedizin war bis August 2024 gültig und ist formal abgelaufen; ihre Tumorschmerzempfehlungen bleiben eine wichtige Arbeitsgrundlage, sollten aber vor Übernahme in die publikationsfähige Fassung erneut auf eine zwischenzeitliche Aktualisierung geprüft werden. Palliative Off-Label-Dosierungen (Butylscopolamin, Octreotid, Dexamethason bei Obstruktion, Ketamin) stammen aus Fachinformationen zugelassener Indikationen und publizierten Palliativprotokollen – sie ersetzen keine lokale SAPV-Absprache.

K5 - Vorausplanung : Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht und Sterbebegleitung

Patientenverfügung · Vorsorgevollmacht · Palliativversorgung · Hospiz · Assistierter Suizid

Zielgruppe: Hausarzt • Weiterbildungsassistenten • MFA

Stand: 2026 – Rechtslage BVerfG 2020, aktuell keine einfachgesetzliche Neuregelung

Überblick: Vier Instrumente – eine Versorgungsaufgabe

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Palliativversorgung und die rechtliche Einordnung des assistierten Suizids bilden zusammen den Rahmen selbstbestimmter Entscheidungen am Lebensende. Sie sind keine Alternativinstrumente, sondern ergänzen sich: Die Patientenverfügung legt fest, was medizinisch geschehen soll. Die Vorsorgevollmacht benennt, wer es durchsetzt. Die Palliativversorgung stellt sicher, dass das Leiden gelindert wird. Der assistierte Suizid bleibt ein eigenständiges Thema mit strengen eigenen Voraussetzungen. [1,2,3]

Merke ✓

Diese vier Instrumente schließen sich nicht aus, sondern bauen aufeinander auf.
Eine Patientenverfügung ohne Vorsorgevollmacht bleibt oft wirkungslos, weil niemand den Willen durchsetzt.
Palliativversorgung und Hospiz sind für die meisten Patienten die entscheidende Antwort auf die Frage nach einem würdevollen Sterben.
Assistierter Suizid setzt zwingend aktuelle Freiverantwortlichkeit voraus – eine frühere Unterschrift reicht nicht. [1,2,3,4]

Schnellvergleich: Die vier Instrumente

Instrument	Rechtsgrundlage	Was es regelt	Was es nicht kann
Patientenverfügung	§ 1901a BGB	Einwilligung/Ablehnung konkreter med. Maßnahmen für Zeiten der Entscheidungsunfähigkeit	Aktive Tötung anordnen; assistierten Suizid ermöglichen; pauschal "alles ablehnen"
Vorsorgevollmacht	Zivilrecht / § 1904 BGB	Bevollmächtigte Person zur Durchsetzung des Patientenwillens ermächtigen	Eigene Wertungen der Bevollmächtigten ersetzen Patientenwillen nicht; keine strafbaren Handlungen
Palliativversorgung / Hospiz	§§ 27 ff. SGB V, § 132d SGB V	Symptomlinderung, Lebensqualität, ganzheitliche Begleitung, Stufensystem	Keine Lebensverlängerung um jeden Preis; kein Eingriff in Patientenautonomie
Assistierter Suizid	BVerfG 2 BvR 2347/15 (2020); kein Spezialgesetz	Strafloser Beistand zur eigenverantwortlichen Selbsttötung	Stellvertretend durch Angehörige bei fehlender Einwilligungsfähigkeit; Tötung auf Verlangen

1. Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist die schriftliche Vorausfestlegung einer volljährigen, einwilligungsfähigen Person darüber, welchen medizinischen Maßnahmen sie für den Fall zustimmt oder welche sie ablehnt, wenn sie selbst nicht mehr entscheiden kann. Sie ist für Ärzte, Bevollmächtigte, Betreuer und Gerichte verbindlich, sofern sie auf die konkrete Situation zutrifft. [1]

Was eine Patientenverfügung regeln kann

Eine gut ausgearbeitete Verfügung kann für klar definierte Situationen folgende Maßnahmen verbindlich festlegen: [1]

Maßnahme	Kann abgelehnt werden	Kann gewünscht werden	Bedingung
Herz-Lungen-Wiederbelebung	Ja	Ja	Situation muss beschrieben sein
Künstliche Beatmung (Intubation/NIV)	Ja	Ja	Situation konkret benennen
Dialyse	Ja	Ja	Nierenfunktionsverlust beschreiben
Künstliche Ernährung (PEG, Infusion)	Ja	Ja	Empfehlung: Demenz-Endstadium spezifizieren
Antibiotika bei Pneumonie	Ja (nur Linderung)	Ja	Behandlungsziel festlegen
Krankenhauseinweisung	Ja (nur symptomatisch)	Ja	Ort der Versorgung benennen
Schmerzlinderung (auch bewusstseinsdämpfend)	Nein (immer geboten)	Ausdrücklich befürworten	Zustimmung zur indirekten Sterbehilfe
Aktive Tötung / assistierter Suizid	–	NICHT möglich	Rechtswidrig / gesondertes Instrument

Formale Anforderungen

Anforderung	Pflicht?	Hinweis
Schriftform + eigenhändige Unterschrift	Ja	Alternativ: notariell beglaubigtes Handzeichen
Notarielle Beurkundung	Nein	Erhöht Überzeugungskraft, ist aber nicht erforderlich
Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung	Ja	Ärztliche Bestätigung empfohlen
Regelmäßige Aktualisierung	Nein (empfohlen)	Alle 1–3 Jahre mit Datum und Unterschrift erneuern
Kombination mit Vorsorgevollmacht	Nein (dringend empfohlen)	Ohne Vollmacht muss ggf. Betreuer bestellt werden

Konkretheit: Der entscheidende Qualitätsmaßstab

Der häufigste Fehler ist mangelnde Konkretisierung. Das Dokument muss zwei Ebenen verbinden: (1) klar definierte Situation und (2) konkrete Maßnahmenentscheidung. Unzureichende Formulierungen wie „kein

würdeloses Dahinvegetieren" oder „keine sinnlosen Maßnahmen" sind auslegungsbedürftig und scheitern im Akutfall. [1]

Fallvignette

NICHT ausreichend: „Bei Demenz keine lebenserhaltenden Maßnahmen."

AUSREICHEND: „Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses auch mit ausdauernder Hilfestellung keine Nahrung und Flüssigkeit mehr auf natürlichem Weg zu mir nehmen kann und mehrere der folgenden Maßnahmen medizinisch in Betracht kämen: PEG-Sonde, Infusionen zur reinen Lebensverlängerung, Krankenhauseinweisung bei febrilen Infekten – dann lehne ich diese Maßnahmen ab und wünsche ausschließlich lindernde Pflege, Mundpflege und Schmerzbehandlung."

Patientenverfügung bei Demenz: Was geht, was nicht

Ziel	Mit Patientenverfügung möglich?	Warum / Warum nicht
Ablehnung von PEG-Sonde bei schwerem Demenz-Endstadium	JA – wenn konkret beschrieben	Situation (fehlende natürliche Nahrungsaufnahme) + Maßnahme (keine Sonde) müssen explizit stehen
Ablehnung von Krankenhauseinweisung zur Lebensverlängerung	JA – wenn konkret beschrieben	Ort der Versorgung und Ziel (nur Linderung) festlegen
Ablehnung von Antibiotika bei terminaler Pneumonie	JA – wenn konkret beschrieben	Situation und Therapieziel definieren
Assistierten Suizid „im Voraus genehmigen"	NEIN	Suizidassistenz erfordert aktuelle Freiverantwortlichkeit; frühere Unterschrift reicht nicht
Angehörige ermächtigen, assistierten Suizid zu veranlassen	NEIN	Weder durch Patientenverfügung noch durch Vorsorgevollmacht möglich

SOP: Hausärztliches ACP-Gespräch (Advance Care Planning)

1. EINSTIEG: Ziele, Befürchtungen und Grenzvorstellungen klären (nicht mit Formular beginnen).
Einstiegsfragen: „Was wäre für Sie ein Zustand, in dem Lebensverlängerung nicht mehr Ihr Ziel wäre?" / „Wer soll für Sie sprechen, wenn Sie es nicht mehr können?"
2. MEDIZINISCHE ÜBERSETZUNG: Typische Eskalationen je nach Erkrankung besprechen:
Reanimation, Beatmung, Dialyse, PEG, Antibiotika, Klinikeinweisung, Ort der Versorgung.
3. WIDERSPRÜCHE AUFDECKEN: Wer maximale Lebensverlängerung wünscht, kann nicht pauschal Beatmung und Reanimation ablehnen.
4. WERTVORSTELLUNGEN ERGÄNZEN: Schriftlich: Was bedeutet Lebensqualität? Welche Abhängigkeiten sind noch akzeptabel?
5. VORSORGEVOLLMACHT KOPPELN: Immer gemeinsam beraten.
6. DOKUMENTATION: Beratungsgespräch + Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit in Akte festhalten.
7. AUFBEWAHRUNG: Kopie in Praxisakte, Original zu Hause zugänglich, Hinweis im Portemonnaie, Information an Angehörige + Pflegeeinrichtung.

! Praxisfehler

Standardformular ohne individuelles Gespräch – Verfügung passt nicht zur klinischen Realität.
Nur Diagnose genannt ("bei Alzheimer"), keine funktionellen Situationen beschrieben.
Keine Vorsorgevollmacht parallel initiiert – niemand setzt den Willen durch.

Verfügung in der Schublade, im Notfall nicht auffindbar.
Nie aktualisiert: Patient vor 15 Jahren auf Papier, seither keine Überprüfung.

MFA-Aufgabe

Patienten >70 J., mit Multimorbidität, Tumorerkrankung oder Demenz im PVS flaggen: „ACP-Gespräch noch ausstehend?“

Vor geplanten größeren Operationen oder Pflegeheimeinzug aktiv ansprechen.

Aufbewahrungshinweis: Karte fürs Portemonnaie / Notfallausweis zusammen mit Arztbrief aushändigen.

Berliner Patienten: Berliner Notfallverfügung als Ergänzung anbieten und Ausfüllhilfe bereithalten.

2. Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Die Vorsorgevollmacht ermächtigt eine Vertrauensperson, in genau definierten Bereichen für den Vollmachtgeber zu handeln, wenn dieser selbst nicht mehr entscheiden kann. Im Bereich Gesundheitssorge gilt sie als verlängerter Arm der Patientenverfügung – sie bestimmt, wer den Patientenwillen durchsetzt. [2,1]

Bereich	Inhalt der Vollmacht (BMJ-Formular)	Besonderheit
Gesundheitssorge	Einwilligung, Ablehnung, Widerruf von Untersuchungen und Behandlungen – auch lebenserhaltende Maßnahmen	§ 1904 BGB: Betreuungsgericht muss genehmigen bei Lebensgefahr/schwerem Schaden, wenn kein Einvernehmen
Durchsetzung Patientenverfügung	Bevollmächtigte Person ist ausdrücklich befugt, den Willen aus der Verfügung zu vertreten	Nur wirksam, wenn Vollmacht explizit auf Patientenverfügung verweist
Schweigepflicht	Einsicht in Krankenunterlagen, Entbindung der Behandler gegenüber der Vertrauensperson	Ohne Entbindung: Ärzte dürfen nichts mitteilen
Aufenthalt/Wohnung	Entscheidung über Wohnort, Heimunterbringung	§ 1906 BGB: Richterliche Genehmigung bei freiheitsentziehenden Maßnahmen
Vermögenssorge, Behörden, Post	Optional – je nach Bedarf	Umfang sorgfältig beschränken, wenn nur Gesundheitssorge gewünscht

Instrument	Betreuungsverfügung	Vorsorgevollmacht
Was es ist	Wunschliste an das Betreuungsgericht (wer soll Betreuer werden)	Eigene Bevollmächtigung ohne Gericht
Rechtliche Wirkung	Gericht ist nicht zwingend gebunden	Bevollmächtigte handelt sofort, ohne Gerichtsbeschluss
Wann sinnvoll	Wenn keine geeignete Vertrauensperson vorhanden	Standard – immer bevorzugen wenn möglich
Kombination	Ergänzend zur Vorsorgevollmacht	Mit Patientenverfügung kombinieren

Merke ✓

Patientenverfügung + Vorsorgevollmacht immer gemeinsam erarbeiten – sie sind zwei Seiten derselben Medaille.
 Die Vollmacht regelt WER entscheidet, die Verfügung regelt WAS entschieden wird.
 Ohne Vollmacht: Wenn kein Betreuer bestellt ist, entscheidet im Notfall niemand rechtssicher.
 Bevollmächtigte kann Suizidassistenz weder anordnen noch stellvertretend durchführen. [1,2]

Praxis-Pearl

Zwei Bevollmächtigte nur mit klarer Regelung: Einzel- oder Gesamtvertretung? Wer vertritt wen im Verhinderungsfall?
 Bevollmächtigte Person sollte mindestens einmal am ACP-Gespräch teilnehmen.
 Registerauszug beim zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer prüfen:
www.vorsorgeregister.de
 Original der Vollmacht immer im Klartext auffindbar – nicht nur im Safe.

3. Palliativversorgung: Stufensystem und Hausarztrolle

Palliativversorgung richtet sich an Menschen mit fortgeschrittener, nicht heilbarer und lebensbegrenzender Erkrankung. Ziel ist nicht Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern konsequente Symptomkontrolle, Erhalt von Lebensqualität und Begleitung der Angehörigen. Sie beginnt nicht erst in den letzten Tagen, sondern oft Monate oder Jahre vor dem Tod. [3,5]

Das Stufensystem ambulanter Palliativversorgung

Stufe	Bezeichnung	Indikation	Arztrolle	Finanzierung
1	Palliative Grundversorgung	Fortgeschrittene Erkrankung, stabile Situation	Hausarzt regelt alles	EBM-Regelleistung
2	AAPV – Allgemeine Ambulante Palliativversorgung	Erhöhter Bedarf, Situation noch nicht SAPV-pflichtig	Hausarzt + koordinierende Fachkraft	Kassenleistung
3	SAPV – Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	Komplexe Symptomlast, häusliche Stabilisierung nicht anders möglich	Verordnung durch Arzt, multiprofessionelles Team übernimmt	Rechtsanspruch seit 2007, § 132d SGB V

Praxis-Pearl

SAPV muss ärztlich verordnet werden (nicht überwiesen). Formular: Muster 63.
SAPV-Indikation: Komplexe Symptomlast ODER Versorgungsinstabilität ODER besondere patientenbezogene Krisensituation.
Frühzeitig verordnen: SAPV-Teams können Krisen verhindern, die später stationäre Einweisung nötig machen würden.
Bei SAPV bleibt der Hausarzt involviert – er wird entlastet, nicht verdrängt. [3]

Häufige Symptome und Grundprinzipien der Behandlung

Symptom	Grundprinzip	Typische Erstmaßnahme	Wichtige Besonderheit
Schmerz	WHO-Stufenschema; titrieren	Schwache Opioide, dann stark	Regelmäßige Gabe, nicht nur bei Bedarf
Atemnot	Opioid-Titration wirksam	Morphin p.o./s.c.	Sauerstoff oft weniger wirksam als Morphin
Angst/Unruhe	Ursache klären; Anxiolytikum	Lorazepam/Midazolam	Delir ausschließen
Übelkeit	Antiemetikum nach Ursache	Metoclopramid, Haloperidol	Opioid-induzierte Obstipation mitbehandeln
Terminale Unruhe	Palliative Sedierung erwägen	Midazolam s.c.	Familie informieren und begleiten

Merke ✓

Indirekte Sterbehilfe: Symptomlindernde Medikamente mit möglicherweise lebensverkürzendem Nebeneffekt sind zulässig und medizinisch-ethisch geboten, wenn andere Möglichkeiten versagen. [1]
Mundpflege, Hilfe bei natürlicher Flüssigkeitsaufnahme und leidlindernde Pflege gehören zum Kernbestand würdevoller Sterbebegleitung.

Palliativversorgung und kurative Therapie schließen sich nicht aus – Übergangsphase aktiv gestalten.

SOP: SAPV-Verordnung und Erstgespräch

1. SAPV-Indikation prüfen: komplexe Symptomlast, Versorgungsinstabilität, spezifischer Krisenplan nötig.
2. Muster 63 ausfüllen: Diagnose, Prognose, Begründung der SAPV-Notwendigkeit, gewünschter Leistungsumfang.
3. SAPV-Team informieren: Telefonat vorab, Übergabe wichtiger Informationen (Vorsorgedokumente, Notfallplan, Angehörige).
4. Hausarztrolle klären: Wer ist primärer Ansprechpartner in welchen Situationen?
5. Notfallplan gemeinsam erstellen: Krisenszenarien, Rufnummern, Eskalationsstufen.
6. Patient und Angehörige informieren: Was ändert sich? Was bleibt gleich?

Hausarztrolle in der Palliativversorgung

Der Hausarzt ist in Deutschland die zentrale koordinierende Instanz der Palliativversorgung – von der frühen Integrationsphase bis zum letzten Tag. Die Rolle umfasst: [3]

1. Symptomkontrolle und Basismedikation (inkl. Notfallmedikamente im Haus)
2. Verordnung und Koordination von AAPV/SAPV, Pflegedienst, Hospizdienst
3. Vorausschauende Behandlungsplanung (ACP): Patientenverfügung, Notfallplan, Behandlungsziele
4. Krisenprävention: Szenarien vorausdenken, Eskalationsregeln festlegen
5. Angehörigenbegleitung: regelmäßige Auskunft, Entlastung, Trauervorbereitung
6. Hausbesuche bei eingeschränkter Mobilität
7. Vernetzung: Pflegestützpunkt, Hospiz, Sozialdienst, Ethikkomitee

MFA-Aufgabe

Palliativ-Recall im PVS: Patienten mit SAPV oder ambulantem Hospizdienst als Spezialgruppe markieren.
Notfallmedikamente im Haus: Checkliste für Nachweis und Haltbarkeit (Morphin, Midazolam, Antiemetikum).
Angehörige: Telefonnummern von SAPV-Team, Hospizdienst und Notarzt sichtbar hinterlegt?
Berliner Notfallverfügung: Ausgefüllt, unterschrieben, sichtbar zugänglich?

4. Hospizversorgung: Formen, Finanzierung, Einweisung

Hospizversorgung ist ganzheitliche Begleitung in der letzten Lebensphase. Sie ergänzt die medizinische Palliativversorgung durch psychosoziale, spirituelle und pflegerische Unterstützung und schließt immer auch die Angehörigen ein. [3]

Form	Beschreibung	Indikation	Kosten Patient	Bundesweit (2025)
Ambulanter Hospizdienst	Ehrenamtliche Begleitung zu Hause, im Heim, oder stationär	Jede lebensbegrenzende Erkrankung, kein Sterbephase nötig	Kostenlos	Ca. 1.500 Dienste
Stationäres Hospiz	Wohnliche Einrichtung, 8–16 Betten, ganzheitliche Pflege + Begleitung	Verbleib zu Hause nicht mehr möglich; kein Klinikbedarf mehr	Kein Eigenanteil (95% GKV + Pflege)	Ca. 270 Einrichtungen
Kinder-/Jugendhospiz	Stationäre Begleitung für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene	Lebenslimitierende Erkrankung im Kindes-/Jugendalter	Kein Eigenanteil	21 Einrichtungen
Palliativstation	Akutbehandlung komplexer Symptome im Krankenhaus	Symptomlast nicht ambulant beherrschbar	DRG-Abrechnung (GKV)	Ca. 330 Stationen

Einweisung ins stationäre Hospiz: Voraussetzungen

Für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich. [3] Der Hausarzt hat eine Schlüsselrolle:

Voraussetzung	Inhalt
Diagnose	Fortgeschrittene lebensbegrenzende Erkrankung dokumentiert
Prognose	Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder wenige Monate begrenzt
Häusliche Versorgung	Nicht mehr möglich oder nicht mehr zumutbar
Klinikbedarf	Nicht erforderlich oder nicht mehr zielführend
Krankenkasse	Antrag auf Kostenübernahme durch Hausarzt / Hospizdienst einleiten

Praxis-Pearl

Frühzeitig einweisen: Hospizdienste haben Wartelisten. Zeitfenster von 2–4 Wochen einplanen. Ambulanter Hospizdienst braucht KEINE Einweisung – einfach anrufen oder Patienten informieren. In Berlin: Zentrale Anlaufstelle Hospiz koordiniert stationäre Aufnahmen. Hospiz ist kein Ort des Sterbens, sondern des Lebens mit begrenzter Zeit – diese Sprache im Gespräch verwenden. [3]

Versorgungsstruktur Berlin (als Beispielregion)

Ressource	Zahl/Details
Ambulante Hospizdienste	32 Dienste inkl. Zweigstellen
Stationäre Hospize Erwachsene	17 Einrichtungen, 255 Plätze
Stationäre Kinderhospize	2 Einrichtungen, 21 Plätze
Palliativstationen	10 Stationen, 82 Betten
Zugelassene SAPV-Ärzte	106
SAPV-Pflegedienste	47
Koordination	Zentrale Anlaufstelle Hospiz, Home Care Berlin, Pflegestützpunkte, Hilfelotse Berlin

5. Assistierter Suizid: Recht, Grenzen, Hausarztrolle

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 ist das Recht auf selbstbestimmtes Sterben – einschließlich der Suche nach Hilfe bei Dritten – verfassungsrechtlich geschützt. Eine umfassende gesetzliche Regelung fehlt jedoch bis heute. [4,5]

Rechtlicher Rahmen in Deutschland (Stand 2026)

Aspekt	Rechtslage
Verfassungsrecht	BVerfG 2020: Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts
§ 217 StGB a.F.	Strafbewehrtes Verbot der geschäftsmäßigen Suizidförderung: 2020 für nichtig erklärt
Einfaches Gesetz	Kein Spezialgesetz. Beide Gesetzentwürfe im Bundestag 2023 abgelehnt
Strafbarkeit	Assistierter Suizid (Mittel bereitstellen, Patient nimmt selbst) = straflos, sofern eigenverantwortlich
Tötung auf Verlangen	§ 216 StGB: Weiterhin strafbar. Entscheidend: Wer hat Tatherrschaft?
Arztvorbehalt	Niemand ist zur Suizidhilfe verpflichtet – weder Ärzte noch Organisationen

Die entscheidende Frage: Reicht eine Unterschrift vor der Demenz?

Die wichtigste und häufigste Frage in der Hausarztpraxis: Kann ich jetzt unterschreiben, dass mir bei späterer Demenz assistierter Suizid ermöglicht wird? Die Antwort ist eindeutig: NEIN. [4,5,1]

Red Flag

Ein früher unterschriebenes Dokument ersetzt NICHT die im Zeitpunkt der Durchführung erforderliche aktuelle Freiverantwortlichkeit.

Angehörige können daraus KEIN Recht ableiten, die Durchführung stellvertretend zu veranlassen.

Sterbehilfeorganisationen (DGHS, Verein Sterbehilfe) verlangen selbst eine aktuelle ärztliche Bestätigung der Freiverantwortlichkeit.

Bei fortgeschrittener Demenz wird Suizidassistenz von Organisationen regelmäßig abgelehnt. [4,5]

Was wurde früh unterschrieben	Was es bewirkt	Was es nicht bewirkt
Patientenverfügung: Ablehnung von PEG, Reanimation bei Demenz-Endstadium	Verbindliche Grundlage für Behandlungsabbruch / Unterlassen dieser Maßnahmen	Kein assistierter Suizid. Nur Behandlungsgrenzen.
Vorsorgevollmacht mit Gesundheitssorge	Bevollmächtigte kann Patientenverfügung durchsetzen	Bevollmächtigte kann keinen assistierten Suizid "auslösen"
Schriftlicher Wunsch: "Ich will bei Demenz assistierten Suizid"	Dokumentiert einen früheren Wunsch	Kein Rechtsanspruch. Keine Pflicht zur Durchführung. Keine Ermächtigung von Angehörigen.

Freiverantwortlichkeit: Das zentrale Prüfkriterium

Voraussetzung für jeden zulässigen assistierten Suizid ist die aktuelle Freiverantwortlichkeit. Sie muss im Moment der Entscheidung vorliegen. [4,5]

Kriterium	Inhalt	Gefährdende Faktoren
Einsichtsfähigkeit	Person versteht Art, Konsequenz und Alternativen	Demenz, Delir, Psychose, Intoxikation
Urteilsfähigkeit	Informationen können abgewogen werden	Schwere Depression, kognitive Einschränkung
Dauerhaftigkeit	Entschluss ist stabil, nicht impulsiv	Akute Krise, kurzfristige Exazerbation
Druckfreiheit	Keine externen Zwänge	Überlastung Angehöriger, finanzielle Not, Heimdruck
Kenntnisse der Alternativen	Palliativmedizin, Hospiz, psychiatrische Therapie bekannt	Ungenügende ärztliche Aufklärung

Abgrenzung zu anderen Sterbehilfeformen

Begriff	Beschreibung	Rechtslage DE
Aktive Sterbehilfe	Tötende Handlung durch Dritte (Injektion)	Strafbar, § 216 StGB
Passiv (Behandlungsabbruch)	Unterlassen/Beenden lebenserhaltender Therapie nach Patientenwillen	Zulässig bei wirksamer PV/Einwilligung
Indirekte Sterbehilfe	Symptomlinderung mit möglichem lebensverkürzendem Nebeneffekt (z. B. Opioide)	Zulässig bei Indikation und Einwilligung
Assistierter Suizid	Mittel bereitstellen; Patient nimmt selbst ein (Tatherrschaft beim Patienten)	Straflos; keine gesetzl. Regelung; strenge Anforderungen

Praktisches Vorgehen bei geäußertem Sterbewunsch

SOP: Erstgespräch bei geäußertem Todes- oder Suizidwunsch

1. NICHT BAGATELLISIEREN, NICHT VORSCHNELL AKZEPTIEREN.
Offene Exploration: „Was genau meinen Sie? Geht es um Angst vor Schmerzen? Vor Abhängigkeit? Oder um einen konkreten Wunsch, Ihr Leben zu beenden?“
2. KLINISCHE PRÜFUNG: Depression? Delir? Kognitive Einschränkung? Schmerz? Atemnot? Angst? Soziale Notlage? Angehörigenüberlastung?
3. VERSORGUNGSPRÜFUNG: Sind Symptomkontrolle, SAPV, Hospiz, Pflege, Sozialrecht ausgeschöpft?
4. ALTERNATIVEN AKTIV ANBIETEN: Palliativmedizin, Hospizdienst, Psychotherapie, Krisenintervention, Selbsthilfe.
5. FREIVERANTWORTLICHKEIT EINSCHÄTZEN: Ist der Entschluss dauerhaft, informiert, druckfrei und rational nachvollziehbar?
6. DOKUMENTIEREN: Gesprächsinhalte, Motive, Einschätzung der Freiverantwortlichkeit, Alternativen, vereinbarte Folgeschritte.
7. BEI PERSISTENZ: Interdisziplinär einbeziehen – Psychiatrie, Palliativmedizin, Ethikberatung, SAPV.

Merke ✓

Hausärztliche Aufgabe bei Sterbewunsch: Prüfen, nicht entscheiden. Alternativen eröffnen, nicht verurteilen. Dokumentieren, nicht improvisieren.
Niemand ist verpflichtet, Suizidhilfe zu leisten – das gilt auch für Ärzte. [4]

Bei fortgeschrittener Demenz: Behandlungsgrenzen durch Patientenverfügung möglich. Assistierter Suizid: nicht möglich.

Red Flag

Assistierten Suizid durch Angehörige oder informell verabreden – das ist keine ärztliche Aufgabe und rechtlich problematisch.

Sterbewunsch ohne Exploration übernehmen – Suizidprävention hat Vorrang.

Sterbewunsch bei noch unbehandelter Depression, Schmerz oder Palliativdefizit als "autonomen Willen" bewerten.

6. Hausärztliche Gesprächsführung: ACP und Krisenplanung

Das Gespräch über Sterben, Verfügungen und Vorausplanung ist für viele Hausärzte herausfordernd. Dabei ist Advance Care Planning (ACP) eine Kernkompetenz der Hausarztmedizin – und die meisten Patienten wünschen sich, dass ihr Hausarzt das Thema anspricht. [1,3]

Wann proaktiv ansprechen? Schlüsselmomente für ACP

Anlass	Begründung
Alter >75 Jahre mit Multimorbidität	Erhöhte Wahrscheinlichkeit von Entscheidungsunfähigkeit
Neudiagnose lebensbegrenzende Erkrankung	Zeitfenster für informierte Vorausplanung
Pflegehomeinzug	Gesetzlich verankerte Versorgungsplanung (§ 132g SGB V)
Krankenhausaufenthalt mit schwerem Verlauf	Realitätsbewusstsein vorhanden, Planung motiviert
Wiederholte Einweisungen ohne klare Zielsetzung	Hinweis auf fehlende Vorausplanung
Diagnose Demenz im Frühstadium	Noch einwilligungsfähig – jetzt handeln

Kommunikationsbaustein

Einstieg: „Es gibt etwas, das ich gerne mit Ihnen besprechen möchte – und zwar bevor Sie es wirklich brauchen. Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, was passieren soll, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden können?“

Bei Demenzfrühd Diagnose: „Da Sie jetzt noch vollständig entscheiden können, wäre jetzt der richtige Zeitpunkt, Ihren Willen zu Papier zu bringen. Ich begleite Sie dabei gerne.“

Bei Wunsch nach assistiertem Suizid: „Ich höre, dass Sie so nicht weiterleben möchten. Können Sie mir erzählen, was Sie sich dabei vorstellen? Und was genau belastet Sie am meisten – Schmerzen, Abhängigkeit, etwas anderes?“

Berliner Notfallverfügung als Ergänzungsinstrument

Für Patienten mit hohem Risiko akuter Krisen – insbesondere im Pflegeheim, bei SAPV oder bei komplexen Palliativsituationen – empfiehlt sich zusätzlich zur Patientenverfügung eine knappe, schnell lesbare Notfallverfügung. In Berlin ist dafür die Berliner Notfallverfügung etabliert. [3]

Merkmal	Patientenverfügung	Berliner Notfallverfügung
Umfang	Mehrere Seiten, ausführlich	1 Seite, schnell lesbar
Zweck	Umfassende Vorausplanung	Präklinische Schnellkommunikation
Zielgruppe	Alle	Pflegeheim, SAPV, Notfall
Entstehung	Patient (mit Arztbegleitung)	Arzt, Patient, Angehörige gemeinsam
Auffindbarkeit	Zu Hause, Arztakte	Am Patientenbett / Wohnungseingang

SOP: Dokumentationsstandard für ACP-Gespräche

1. Datum des Gesprächs und Anlass.
2. Teilnehmer: nur Patient / mit Angehörigen / mit Bevollmächtigten.
3. Besprochene Szenarien: welche Maßnahmen in welchen Situationen.
4. Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit.
5. Ergebnis: Verfügung bereits vorhanden / wird erstellt / Patient lehnt ab.
6. Aufbewahrungsort der Originaldokumente.
7. Nächster geplanter Schritt.

Anhang – Checklisten und Textbausteine

A1 – Checkliste für Hausärzte: ACP vollständig?

Punkt	Erledigt?
Patientenverfügung vorhanden und konkret (nicht nur allgemeine Formeln)?	☐
Vorsorgevollmacht vorhanden und Person erreichbar?	☐
Bevollmächtigte in mind. ein Gespräch einbezogen?	☐
Alle relevanten Maßnahmen einzeln besprochen (Reanimation, Beatmung, PEG, Antibiotika, Klinikeinweisung)?	☐
Wertvorstellungen schriftlich ergänzt?	☐
Kopie der Dokumente in der Praxisakte?	☐
Patient weiß, wo Original aufbewahrt ist und hat Hinweiskarte dabei?	☐
Pflegedienst / Heim über Dokumente informiert?	☐
Notfallplan (ggf. Berliner Notfallverfügung) für akute Situationen?	☐
ACP-Gespräch in der Karteikarte dokumentiert?	☐

A2 – Checkliste für Patienten

8. Schriftlich festlegen, für welche Situationen die Verfügung gelten soll (nicht nur Diagnosen, sondern Funktionszustände).
9. Zu jeder wichtigen Maßnahme klar „Ja“, „Nein“ oder „Nur zur Beschwerdelinderung“ angeben.
10. Eine Vertrauensperson als Bevollmächtigte benennen und ihr das Dokument zeigen.
11. Eigene Wertvorstellungen in Sätzen ergänzen.
12. Dokument unterschreiben, datieren, alle 2–3 Jahre erneuern.
13. Angehörige, Hausarztpraxis und ggf. Pflegeheim über Existenz und Aufbewahrungsort informieren.
14. Hinweiskarte im Portemonnaie mitführen.

A3 – Textbaustein: Karteieintrag nach ACP-Gespräch

Fallvignette

ACP-Gespräch am [Datum]. Anlass: [z. B. Erstdiagnose Demenz]. Teilnehmer: Patient + [ggf. Tochter/Bevollmächtigte].

Einwilligungsfähigkeit: zum Zeitpunkt des Gesprächs vollständig vorhanden.

Besprochene Szenarien: Reanimation, Beatmung, PEG-Sonde, Antibiotika bei terminaler Pneumonie, Klinikeinweisung.

Ergebnis: Patient lehnt Reanimation und Beatmung ab. PEG: nur wenn Schlucken noch möglich; bei Demenz-Endstadium ohne natürliche Nahrungsaufnahme: Nein. Antibiotika: nur symptomorientiert. Klinikeinweisung: nur bei beherrschbarer Symptomlast, nicht zur reinen Lebensverlängerung.

Patientenverfügung: liegt vor [ODER: wird von Patient erstellt / Kopie in Akte].

Vorsorgevollmacht: liegt vor, Bevollmächtigte: [Name], erreichbar unter [Telefon].

Nächster Schritt: Erneutes Gespräch in 3 Monaten zur Aktualisierung.

A4 – Was ist erlaubt? Schnellübersicht für den Notfall

Situation	Erlaubt	Nicht erlaubt
Patient lehnt Reanimation per PV ab	Keine CPR, auch wenn Angehörige es fordern	Durchführung gegen PV-Inhalt
Patient erhält Morphin-Titration bei Atemnot	Ja, auch wenn Lebenszeit verkürzt werden könnte	–
Angehörige fordern Maximaltherapie gegen PV	Nicht zu folgen; PV geht vor	PV ignorieren auf Angehörigenwunsch
Patient mit Demenz lehnte früh assistierten Suizid ab	–	Assistierten Suizid durchführen (PV kann das nicht anordnen)
Behandlungsabbruch bei PV + Vorsorgevollmacht	Ja, nach Abstimmung mit Bevollmächtigten	Abbruch ohne Rücksprache mit Bevollmächtigten, wenn vorhanden

Online-Ressourcen und Referenzstellen – Kapitel I2 (klickbar)

Die folgenden Portale bieten aktuelle Informationen zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Palliativversorgung und Advance Care Planning im deutschsprachigen Raum (D/A/CH/FL/LU). Alle Links sind direkt klickbar.

LEITLINIEN, BEHÖRDEN UND RECHTSGRUNDLAGEN

[BMJV – Patientenverfügung: Recht und Formulare \(D\)](#) – Bundesjustizministerium: Rechtliche Grundlagen, Erläuterungen und kostenlose Musterverfügungen zum Download.

[BMJV – Vorsorgevollmacht Musterformular \(D\)](#) – Kostenloses Musterformular für Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung (aktualisiert 2025).

[Bundesgesundheitsministerium – Patientenverfügung \(D\)](#) – BMG-Informationssseite zu Patientenverfügung: Inhalte, Gültigkeit, Widerruf.

[DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin \(D\)](#) – Leitlinien, SAPV-Informationen, Patientenverfügungsvorlagen und Fachressourcen für Hausärzte.

[KBV – Palliativversorgung für Praxen \(D\)](#) – AAPV, SAPV, Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen und MFA-Aufgaben.

ACP, HOSPIZ UND REFERENZSTELLEN

[ACP-Deutschland – Advance Care Planning \(D\)](#) – Bundesweites Netzwerk für Behandlung im Voraus planen (BVP): Ausbildung, Konzepte, regionale Angebote.

[DGP – SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung \(D\)](#) – Erklärung der SAPV, Indikationen und regionale SAPV-Team-Finder.

[Hospiz Österreich – Dachverband \(A\)](#) – Österreichischer Dachverband: Beratungsstellen, Sterbe- und Trauerbegleitung, Advance Care Planning in Österreich.

[palliative.ch – Schweizerische Gesellschaft \(CH\)](#) – Fachgesellschaft Palliative Care Schweiz: Leitlinien, regionale Angebote und Weiterbildung.

PATIENTENORGANISATIONEN UND SELBSTHILFE

[Verbraucherzentrale – Patientenverfügung online erstellen \(D\)](#) – Kostenlose, geführte Online-Erstellung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht (BMJV-Vorlage).

[palliativstiftung.com – Vorsorgenmappe \(D\)](#) – Praxisorientierte Vorsorgenmappe mit Patientenverfügung, Vollmacht und Notfallplan als PDF.

[Begleitung am Lebensende \(D\)](#) – Informationen zu Sterbebegleitung, Patientenverfügung und hausärztlicher Gesprächsführung für Betroffene und Angehörige.

Literatur & Quellen

Literatur & Quellen (Vancouver)

Vancouver-Zitierregeln: Nummern im Text [N] – Reihenfolge des ersten Auftretens.

[1] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Patientenverfügung: Leiden – Krankheit – Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin? Berlin: BMJV; Stand Juli 2015.

[2] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Formular Vorsorgevollmacht. Berlin: BMJV. Verfügbar unter: <https://www.bmj.de/vorsorgevollmacht>

[3] Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege Berlin; Zentrale Anlaufstelle Hospiz; weitere Berliner Quellen. Informationen zu Hospiz- und Palliativversorgung, Berliner Notfallverfügung, SAPV und ambulanten Diensten. Stand 2024–2025.

[4] Bundesverfassungsgericht. Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u.a. Karlsruhe: BVerfG; 2020. Verfügbar unter:

https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html

[5] Kobes S. Selbstbestimmung am Lebensende: Rechtliche Grenzen und ethische Fragen zum assistierten Suizid. Hamburg: Universität Hamburg (Fachbereich SozÖk); 2023. Verfügbar unter: <https://www.wiso.uni-hamburg.de/fachbereich-sozoek/professuren/nowrot/archiv/heft-43-kobes-selbstbestimmung-am-lebensende.pdf>

- [6] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV): Verordnung und Leistungsinhalte [Internet]. Berlin: KBV; 2024. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/sapv.php>
- [7] Humanes Sterben – Sterbehilfe – Hospizcare. Zusammenstellung mit Materialien zu Rechtslage, Praxis von Sterbehilfeorganisationen, Angehörigenbelastung und Freiverantwortlichkeit. Unveröffentlichtes Arbeitsdokument; 2026.
- [8] Bülte J. Anmerkung zum Urteil BVerfG 2 BvR 2347/15. Mannheim: Universität Mannheim, Lehrstuhl für Strafrecht; 2020. Verfügbar unter: <https://www.jura.uni-mannheim.de/buelte/rechtsprechung/strafrecht-bt/2020/bverfg-urt-v-26022020-2-bvr-2347-15/>
- [9] Bundesrechtsanwaltskammer. Nicht jedes aktive Tun ist Tötung auf Verlangen [Internet]. Berlin: BRAK; 12.08.2022. Verfügbar unter: <https://www.brak.de/newsroom/news/nicht-jedes-aktive-tun-ist-toetung-auf-verlangen/>
- [10] Ärztekammer Nordrhein. Suizidhilfe: Gesetzliche Regelung steht weiterhin aus. Rheinisches Ärzteblatt [Internet]. Düsseldorf: ÄK Nordrhein; März 2025. Verfügbar unter: <https://www.aekno.de/aerzte/rheinisches-aerzteblatt/ausgabe/artikel/2025/maerz-2025/suizidhilfe-gesetzliche-regelung-steht-weiterhin-aus>
- [11] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung [Internet]. Berlin: DGP / AWMF; 2020. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/128-001OL.html>
- [12] DEGAM. Leitlinie Hausärztliche Begleitung von Patienten am Lebensende. Frankfurt: DEGAM; 2019. Verfügbar unter: <https://www.degam.de/leitlinien.html>

K6 – Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und die Grenzen der Sterbehilfe bei Demenz

✓ Lernziele

- Die vier eigenständigen Instrumente der Vorausplanung (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Palliativ-/Hospizversorgung, assistierter Suizid) rechtlich sauber voneinander abgrenzen können.
- Wissen, warum die alleinige Diagnose „Demenz“ für eine bindende Patientenverfügung nicht ausreicht und welche Konkretisierung die Rechtsprechung verlangt.
- Eine funktional beschriebene Demenzklausel (Auslösesituation, Behandlungsziel, Maßnahmenebene) formulieren bzw. mit Patienten erarbeiten können.
- Reichweite und rechtliche Grenzen der Vorsorgevollmacht für die Gesundheitsversorgung kennen, einschließlich der Auffanglösung Ehegattennotvertretungsrecht.
- Die aktuelle Rechtslage zum assistierten Suizid in Deutschland (BVerfG 2020, § 216 StGB) und das Kriterium der Freiverantwortlichkeit einordnen können.
- Verstehen, warum bei fortgeschrittener Demenz ein stellvertretend ausgelöster assistierter Suizid rechtlich ausgeschlossen ist – und welche palliativen Alternativen real existieren.
- Angehörige in akuten Krisensituationen strukturiert kommunikativ begleiten können, orientiert am dokumentierten Patientenwillen.

Überblick

Hausärztinnen und Hausärzte begleiten Menschen mit Demenz häufig über Jahre hinweg und kennen deren Werte, Ängste und Grenzen oft besser als jede andere Fachdisziplin [1]. Diese longitudinale Beziehung prädestiniert die Hausarztpraxis für Advance Care Planning (ACP) – die vorausschauende Behandlungsplanung mit Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und palliativmedizinischer Vorausplanung, bevor Einwilligungsfähigkeit verloren geht.

Für Entscheidungen bei fortgeschrittener Demenz stehen in Deutschland vier eigenständige Instrumente nebeneinander, die sich ergänzen, aber nicht ersetzen: Die Patientenverfügung legt fest, was medizinisch geschehen soll; die Vorsorgevollmacht regelt, wer diesen Willen durchsetzt; Palliativ- und Hospizversorgung sichern, dass Leiden gelindert wird; der assistierte Suizid bleibt ein eigenständiges, verfassungsrechtlich geschütztes Thema mit eigenen, engen Voraussetzungen [2]. Eine Übersicht zu Palliativ-Stufensystem und Hospizversorgung bietet Kapitel K5 dieses Manuals [17]; das vorliegende Kapitel vertieft die beiden Punkte, an denen in der Praxis die meisten Missverständnisse entstehen: die belastbare Formulierung von Demenzklauseln und die rechtlichen Grenzen der Sterbehilfe, wenn Einwilligungsfähigkeit nicht mehr besteht.

✓ Vier Instrumente – ein Versorgungsauftrag

- Patientenverfügung: legt fest, was medizinisch geschehen soll.
- Vorsorgevollmacht: regelt, wer diesen Willen gegenüber Ärzten und Einrichtungen durchsetzt.
- Palliativ- und Hospizversorgung: stellt sicher, dass Leiden gelindert wird.
- Assistierter Suizid: eigenständiges Thema mit eigenen, engen Voraussetzungen – kein Ersatz und keine Erweiterung der ersten drei Instrumente.

Zentrale Botschaft für die Praxis: Rechtlich und medizinisch sehr weitgehend möglich sind klare Behandlungsgrenzen und eine konsequente Palliativversorgung. Nicht möglich ist es, eine aktive Tötung oder einen späteren assistierten Suizid bei fehlender Einwilligungsfähigkeit im Voraus verbindlich festzulegen und stellvertretend durch Angehörige oder einen Verein auslösen zu lassen [10,11].

Dieses Kapitel bezieht sich auf die Rechtslage in Deutschland. In Österreich regelt seit 2022 ein eigenes Sterbeverfügungsgesetz die Beihilfe zum Suizid über ein gesondertes, notariell oder durch Patientenanwaltschaft begleitetes Verfahren mit Wartefrist und ärztlicher Doppelbegutachtung. In der Schweiz ist die Suizidhilfe nach Art. 115 StGB straffrei, sofern sie nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt; auch dort wird eine im Zeitpunkt der Durchführung erhaltene Urteilsfähigkeit vorausgesetzt. Bei Leserinnen und Lesern aus Österreich und der Schweiz sind daher die jeweiligen landesrechtlichen Verfahren zusätzlich zu prüfen [18,19].

1. Rechtlicher Rahmen: Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

1.1 Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist die schriftliche Vorausfestlegung eines einwilligungsfähigen Volljährigen darüber, welchen Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen er für den Fall der eigenen Einwilligungsunfähigkeit zustimmt oder welche er ablehnt (§ 1827 BGB, bis 2022: § 1901a BGB) [1,3]. Sie muss schriftlich abgefasst und eigenhändig unterschrieben sein, kann jederzeit formlos widerrufen werden, und niemand kann zu ihrer Errichtung verpflichtet werden [3].

Trifft die Festlegung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat die betreuende oder bevollmächtigte Person dem Willen Ausdruck und Geltung zu verschaffen – die Patientenverfügung ist dann für Ärztinnen, Ärzte, Pflorgeteam und Vertretung bindend, ohne dass eine zusätzliche Erlaubnis eingeholt werden müsste [3].

1.2 Das Konkretheitsgebot der Rechtsprechung

Der Bundesgerichtshof hat mit Beschluss vom 6. Juli 2016 (XII ZB 61/16) klargestellt, dass eine Patientenverfügung nur dann bindend ist, wenn sich ihr konkrete Entscheidungen der betroffenen Person zu bestimmten, noch nicht unmittelbar bevorstehenden ärztlichen Maßnahmen entnehmen lassen. Die pauschale Aussage „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ enthält für sich genommen keine hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung [4]. Zugleich betont der BGH, dass die Anforderungen an die Bestimmtheit nicht überspannt werden dürfen: Es genügt, wenn die Verfügung umschreibend festlegt, was in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation gewollt ist und was nicht [4].

! Praxisfehler: Generalklauseln

- „Keine lebenserhaltenden Maßnahmen“, „kein würdeloses Dahinvegetieren“ oder „keine Apparatemedizin“ gelten isoliert als zu unbestimmt.
- Nur die Diagnose zu nennen („bei Demenz“) ohne Funktions- und Belastungslage lässt offen, ab wann die Verfügung greifen soll.
- Gegenstrategie: konkrete Situationsbeschreibung und einzeln benannte Maßnahmen – siehe Abschnitt 2.

1.3 Vorsorgevollmacht für die Gesundheitssorge

Die Vorsorgevollmacht ermächtigt eine Vertrauensperson, für die vollmachtgebende Person zu handeln, sobald diese selbst nicht mehr entscheiden kann; im Bereich der Gesundheitssorge ist sie der verlängerte Arm der Patientenverfügung [2,5]. Entscheidungen über Beginn oder Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen erfordern eine Vollmacht, die ausdrücklich auch Behandlungen mit Lebensgefahr oder der Gefahr eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens umfasst. Fehlt diese ausdrückliche Ermächtigung oder besteht Uneinigkeit zwischen Vertretung und Behandlungsteam, ist die Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen [2,4].

1.4 Wenn keine Vollmacht vorliegt: Ehegattennotvertretungsrecht und Betreuung

Seit dem 1. Januar 2023 können sich Ehegatten und eingetragene Lebenspartner nach § 1358 BGB bis zu sechs Monate gegenseitig in Angelegenheiten der Gesundheitssorge vertreten, wenn ein Partner aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine Angelegenheiten rechtlich nicht besorgen kann, kein Betreuer bestellt ist und keine Vorsorgevollmacht existiert. Voraussetzung ist eine ärztliche Bescheinigung, ab wann die Voraussetzungen vorliegen; das Recht entfällt bei bestehender Vollmacht, gerichtlicher Betreuung oder ausdrücklichem Widerspruch [9]. Für nichteheliche Lebensgefährten oder erwachsene Kinder gilt dieses Notvertretungsrecht ausdrücklich nicht – ohne Vollmacht bleibt hier nur die gerichtliche Betreuerbestellung. Die rechtzeitige Errichtung einer Vorsorgevollmacht bleibt daher in jeder Konstellation der sicherere und schnellere Weg.

✓ Patientenverfügung und Vollmacht wirken erst gemeinsam

- Eine Patientenverfügung ist auch ohne Vorsorgevollmacht rechtlich verbindlich.
- Praktisch bleibt sie jedoch oft wirkungsschwach, wenn niemand den dokumentierten Willen gegenüber Ärzten und Einrichtungen aktiv vertritt.
- Erst die Kombination aus konkret formulierter Patientenverfügung und ausdrücklich auf lebenserhaltende Maßnahmen erstreckter Vorsorgevollmacht macht den Willen im Versorgungsalltag durchsetzbar [2,4].

2. Patientenverfügung bei Demenz: Demenzklauseln richtig formulieren

2.1 Warum die Diagnose „Demenz“ allein nicht genügt

Die Bundesärztekammer weist ausdrücklich darauf hin, dass die bloße Nennung einer Diagnose wie „Alzheimer“ oder „Demenz“ ohne Angabe von Funktions- und Belastungslage unzureichend ist: Unklar bleibt, ab wann die Verfügung gelten soll und welche konkreten Maßnahmen betroffen sind [6]. Empfohlen ist stattdessen eine funktionale Beschreibung des Zustands, für den die Festlegungen gelten sollen.

2.2 Funktionale Zustandsbeschreibung statt Diagnoseetikett

Eine funktional beschriebene Anwendungssituation orientiert sich an nachvollziehbaren Kriterien statt an der Diagnose selbst, etwa: dauerhafter Verlust sinnvoller Kommunikation, fehlendes Verstehen einfacher Informationen, unsichere oder fehlende Erkennung naher Bezugspersonen, weitgehende oder vollständige Abhängigkeit in den Grundfunktionen des täglichen Lebens (Ankleiden, Körperpflege, Toilettengang, Essen), dauerhafte Harn- und/oder Stuhlinkontinenz sowie weitgehende Immobilität oder Bettlägerigkeit.

Zur Orientierung eignet sich die Global Deterioration Scale (GDS) nach Reisberg: Stufe 7 beschreibt einen Zustand mit weitgehendem Sprachverlust auf einzelne Worte oder Laute, vollständiger Hilfsbedürftigkeit bei allen Grundverrichtungen und zunehmendem Verlust der Gehfähigkeit [7]. Solche Stadienkriterien machen den in der Verfügung gemeinten Zustand für Behandlungsteam und Vertretung nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar, ohne dass ein bestimmtes Testverfahren zwingend vorgeschrieben wäre.

2.3 Struktur einer belastbaren Demenzklausel

Eine rechtlich und klinisch tragfähige Demenzklausel verbindet vier Bausteine: eine klar beschriebene auslösende Situation (funktionale Zustandsbeschreibung wie oben), ein explizit palliatives Behandlungsziel (Wahrung von Würde, Komfort und Symptomlinderung statt Lebensverlängerung um jeden Preis), eine Maßnahmenebene mit einzeln benannten Festlegungen sowie einen Palliativteil, der positiv formuliert, welche Pflege und Symptomtherapie ausdrücklich weiter gewünscht ist [1,6].

Maßnahme	Empfohlene Differenzierung	Praxishinweis
Reanimation	Ja/Nein eindeutig benennen	Bei weit fortgeschrittener Demenz meist konsistent mit dem palliativen Behandlungsziel abzulehnen.
Beatmung / Intensivstation	Ja/Nein eindeutig benennen	Einschließlich nichtinvasiver Beatmung; Linderung von Luftnot bleibt unabhängig davon möglich.
Künstliche Ernährung (PEG/Magensonde)	Nur bei palliativer Indikation zur Beschwerdelinderung, sonst ablehnen	Kein belegter Überlebens- oder Funktionsvorteil bei fortgeschrittener Demenz [8].
Infusionen	Zur Lebensverlängerung ablehnen, zur Symptomlinderung zulassen	Unterscheidung „Ziel Lebensverlängerung“ vs. „Ziel Linderung“ ausdrücklich benennen.
Antibiotika	Nur palliativ (Fieber, Schmerz, Unruhe) vs. kurativ mit Ziel Lebensverlängerung	Häufigste Komplikation im Endstadium ist die Pneumonie; Differenzierung hier besonders relevant.

Maßnahme	Empfohlene Differenzierung	Praxishinweis
Dialyse	Ja/Nein eindeutig benennen	Nur relevant bei entsprechender Komorbidität.
Krankenhauseinweisung	Nur wenn ambulant nicht beherrschbare Symptomlast besteht	Vermeidet reflexhafte Einweisung bei akuten Infekten oder Stürzen.
Basis-/Komfortpflege, Schmerz- und Symptomtherapie	Ausdrücklich gewünscht, auch bewusstseinsdämpfend bei therapierefraktären Symptomen	Mögliche unbeabsichtigte Lebenszeitverkürzung wird dabei in Kauf genommen, nicht angestrebt (Grundsatz der Doppelwirkung) [1].

2.4 Evidenzlage künstliche Ernährung bei fortgeschrittener Demenz

Eine Entscheidungshilfe der AOK zur künstlichen Ernährung im Alter weist darauf hin, dass für Menschen mit fortgeschrittener Demenz ein Nutzen der Ernährung über eine PEG-Sonde bislang nicht belegt ist – weder hinsichtlich Lebensverlängerung noch hinsichtlich Aspirationsschutz, Dekubitusprophylaxe oder funktionellem Status [8]. Ernährungsbezogene Probleme im Endstadium sind vielfach Ausdruck der terminalen Grunderkrankung selbst und nicht eigenständig durch eine Sondenanlage zu beheben.

⚠ Widersprüchliche Verfügungen

- Gleichzeitig maximale Lebensverlängerung zu wünschen und pauschal Reanimation, Beatmung oder Krankenhauseinweisung abzulehnen, erzeugt innere Widersprüche, die die Auslegung erschweren.
- Solche Widersprüche zwingen Behandlungsteam und im Streitfall das Betreuungsgericht zur Auslegung – genau das soll eine konkrete Klausel vermeiden [4].

3. Vorsorgevollmacht: Reichweite, Grenzen, Durchsetzung

3.1 Aufgaben der bevollmächtigten Person

Die für die Gesundheitssorge bevollmächtigte Person darf in Untersuchungen des Gesundheitszustands, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, sie ablehnen oder bereits erteilte Einwilligungen widerrufen – auch wenn damit Lebensgefahr oder die Gefahr eines schweren und länger dauernden Gesundheitsschadens verbunden ist, soweit die Vollmacht dies ausdrücklich umfasst [2]. Sie erhält Einsicht in Krankenunterlagen und wird gegenüber dem Behandlungsteam von der Schweigepflicht entbunden. Sie kann zudem über den Aufenthalt mitentscheiden, etwa häusliche Versorgung, Krankenhausaufnahme, Verlegung, Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung oder Hospizbeziehungsweise palliativmedizinische Versorgung, soweit dies zur Umsetzung des Patientenwillens erforderlich ist [2]. Zentrale Aufgabe bleibt, den in der Patientenverfügung niedergelegten Willen gegenüber Ärztinnen, Ärzten und Einrichtungen durchzusetzen.

3.2 Rechtliche Grenzen

Die Vollmacht setzt den Willen der vollmachtgebenden Person um – sie ersetzt ihn nicht durch eigene Wertvorstellungen der bevollmächtigten Person, und sie kann keine rechtswidrigen Handlungen legitimieren.

⚠ Was eine Vorsorgevollmacht niemals kann

- Sie darf keine strafbaren Handlungen anordnen oder durchführen lassen.
- Sie erlaubt keine aktive Tötung – eine Tötung auf Verlangen bleibt nach § 216 StGB strafbar, unabhängig davon, ob eine Vollmacht vorliegt [11].
- Sie erlaubt kein stellvertretendes Auslösen eines assistierten Suizids, wenn bei der betroffenen Person keine aktuelle Freiverantwortlichkeit mehr besteht (siehe Abschnitt 4).
- Weder eine Patientenverfügung noch eine Vorsorgevollmacht können eine spätere Tötungshandlung im Voraus legitimieren oder an Dritte delegieren [2,10].

4. Assistierter Suizid: Rechtslage und die Grenze der Freiverantwortlichkeit

4.1 Aktuelle Rechtslage in Deutschland

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 26. Februar 2020 (2 BvR 2347/15 u. a.) § 217 StGB, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellte, für nichtig erklärt. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG umfasst danach ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben, das auch die Freiheit einschließt, hierzu die freiwillige Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen [10]. Beihilfe zum Suizid ist damit grundsätzlich straflos; ein umfassendes Spezialgesetz mit einheitlichen Verfahrensregeln besteht bislang nicht.

Die Tötung auf Verlangen bleibt hiervon unberührt strafbar: Wer durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen einer Person zu deren Tötung bestimmt wird, wird nach § 216 StGB mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft; auch der Versuch ist strafbar [11]. Ärztinnen, Ärzte und Organisationen sind nicht verpflichtet, Suizidhilfe zu leisten – ein Anspruch auf Durchführung besteht nicht.

4.2 Freiverantwortlichkeit als zentrales Kriterium

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts setzt eine straflose Suizidassistenz voraus, dass die betroffene Person frei von Fremdbestimmung, Zwang und Manipulation und in Kenntnis der Tragweite und Bedeutung ihrer Entscheidung sowie möglicher Alternativen handelt; die Entscheidung darf nicht auf einer akuten psychischen Störung beruhen und muss auf einem dauerhaften, dem Leben gegenüber ablehnenden Entschluss beruhen [10]. Entscheidend ist die aktuell im Zeitpunkt der Durchführung vorhandene Freiverantwortlichkeit.

Eine frühere Erklärung im gesunden Zustand ersetzt diese aktuelle Prüfung nicht. Bei fortgeschrittener Demenz – funktional vergleichbar mit den in Abschnitt 2 beschriebenen Zuständen – wird eine solche Freiverantwortlichkeit regelmäßig nicht mehr angenommen; Sterbehilfeorganisationen verlangen bei entsprechenden Zweifeln eine aktuelle fachärztliche oder psychiatrische Prüfung der Entscheidungsfähigkeit [12].

✓ Was eine frühere Willensäußerung nicht leisten kann

- Eine im gesunden Zustand geäußerte Erklärung („Wenn ich später dement bin, möchte ich assistierten Suizid“) ersetzt keine aktuelle freiverantwortliche Entscheidung im Zeitpunkt der Durchführung.
- Angehörige können weder aus einer Patientenverfügung noch aus einer Vereinsmitgliedschaft das Recht ableiten, bei fehlender Einwilligungsfähigkeit stellvertretend einen Suizid auszulösen oder entsprechende Medikamente zu organisieren.
- Rechtlich tragfähig bleibt bei fortgeschrittener Demenz die Kombination aus konkreter Behandlungsbegrenzung, durchsetzungsfähiger Vollmacht und konsequenter

5. Sterbehilfevereine: Leistungsspektrum und Grenzen

Sterbehilfevereine arbeiten innerhalb der verfassungs- und strafrechtlichen Grenzen aus Abschnitt 4 und nach eigenen, mehrstufigen Prüfverfahren [12,13]. Nach einer Wartefrist nach Aufnahme prüft ein solcher Verein die Freiverantwortlichkeit in der Regel in mehreren Schritten: einer formalen Prüfung des Antrags, einem persönlichen Gespräch – häufig durch eine juristisch geschulte Person – und einem ärztlichen Gespräch kurz vor der Suizidassistenz, bei Unsicherheit ergänzt um eine fachärztliche oder psychiatrische Begutachtung [12].

Bei fortgeschrittener Demenz ohne tragfähige Entscheidungsfähigkeit schließen Sterbehilfevereine eine Begleitung aus [12,13]. Eine Mitgliedschaft begründet weder einen Rechtsanspruch auf Durchführung noch ein späteres Delegationsrecht an Angehörige: Ein Verein kann ausschließlich mit einer aktuell freiverantwortlich entscheidenden Person zusammenarbeiten, nicht auf Grundlage einer früher erklärten Absicht oder stellvertretend für eine nicht mehr einwilligungsfähige Person [12,13].

6. Behandlungsbegrenzung und Symptomlinderung: der gangbare Weg

Zur Vermeidung einer nicht gewollten, rein lebensverlängernden Versorgung stehen zwei rechtlich und medizinisch anerkannte Wege zur Verfügung: das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen im Einklang mit dem aktuellen oder wirksam vorausverfügten Patientenwillen (etwa keine PEG-Sonde, keine Reanimation, keine Intensivtherapie), und eine konsequente symptomorientierte Therapie einschließlich Opioiden oder Sedativa, wenn diese medizinisch indiziert und auf Leidenslinderung ausgerichtet ist. Eine dabei mögliche, nicht beabsichtigte Lebensverkürzung macht eine fachgerecht dosierte Palliativtherapie nicht unzulässig – dieser Grundsatz der Doppelwirkung unterscheidet die indizierte Symptomtherapie kategorial von einer Tötung auf Verlangen [1].

In Kombination mit allgemeiner oder spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (AAPV/SAPV), gegebenenfalls einem stationären Hospiz oder einer Palliativstation, sowie einer klaren, vorab getroffenen Festlegung, wann eine Krankenhauseinweisung dem Behandlungsziel nicht mehr entspricht, lässt sich der Verlauf so gestalten, dass eine belastende Maximalversorgung vermieden wird, ohne die Grenzen des Strafrechts zu berühren.

→ Hausärztliches Vorgehen bei geäußertem Sterbewunsch im Rahmen einer Demenzerkrankung

1. Den Sterbewunsch ernst nehmen, nicht vorschnell bagatellisieren oder ausschließlich psychiatrisieren.
2. Aktuelle Einwilligung- und Urteilsfähigkeit einschätzen; im Zweifel fachärztliche oder psychiatrische Klärung veranlassen.
3. Behandelbare Ursachen aktiv prüfen: Depression, unzureichend kontrollierte Schmerzen oder andere Symptome, soziale Isolation, Überforderung der Angehörigen.

4. Bei erhaltener Freiverantwortlichkeit: umfassend über Palliativ- und Hospizversorgung als reale Alternative aufklären, bei Bedarf weitervermitteln.
5. Bei nicht mehr vorhandener Freiverantwortlichkeit (fortgeschrittene Demenz): transparent kommunizieren, dass ein assistierter Suizid rechtlich ausscheidet, und den Fokus konsequent auf Behandlungsbegrenzung und Palliativversorgung lenken.
6. Gespräch, Einschätzung der Entscheidungsfähigkeit und getroffene Vereinbarungen in der Akte dokumentieren.

7. Typische Praxisfehler und hausärztliche Gegenstrategien

Praxisfehler	Hausärztliche Gegenstrategie
Standardformular ohne individuelles Gespräch	Strukturiertes ACP-Gespräch mit Funktionsszenarien statt Formularstart.
Nur die Diagnose „Demenz“ genannt, keine funktionale Situation beschrieben	Funktionale Zustandsbeschreibung gemeinsam erarbeiten (Abschnitt 2.2–2.3).
Keine Vorsorgevollmacht parallel initiiert	Patientenverfügung grundsätzlich mit einer entsprechend weiten Vollmacht koppeln (Abschnitt 1.3).
Dokumente im Notfall nicht auffindbar	Notfall-Hinweis anlegen (Karte, Eintrag in Praxis-/Pflegeakte) – siehe Anhang A.
Verfügung seit Jahren nicht aktualisiert	Regelmäßige Überprüfung (z. B. alle zwei Jahre) mit erneuter Unterschrift und Datum.
Widersprüchliche oder pauschale Formulierungen	Konkretheitsgebot konsequent anwenden (Abschnitt 1.2 und 2.3).
Angehörige erwarten einen stellvertretend auslösbaren assistierten Suizid	Frühzeitige, transparente Aufklärung über die rechtlichen Grenzen (Abschnitt 4).

8. Hausärztliche Rolle im ACP-Prozess

Advance Care Planning ist kein einmaliges Formularereignis, sondern ein fortlaufender, dialogischer Prozess zwischen Patient, Angehörigen und Behandlungsteam [14]. Die Hausarztpraxis übernimmt dabei Kernfunktionen: Symptomkontrolle und Basismedikation, Koordination von AAPV/SAPV, Pflegedienst und Hospiz, vorausschauende Behandlungsplanung, Krisenprävention und Angehörigenbegleitung [14].

Bei Demenz ist ACP besonders geeignet, weil der Verlauf absehbar ist und die Einwilligungsfähigkeit früh im Krankheitsverlauf noch vorhanden ist: Viele spätere Eskalationen – etwa eine PEG-Anlage oder wiederholte Klinikwiederaufnahmen – lassen sich vermeiden, wenn Wertvorstellungen, Grenzen und Maßnahmen frühzeitig besprochen und dokumentiert werden. Günstige Zeitpunkte für ein proaktives Ansprechen sind die Diagnosestellung, die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung, ein akuter Krankenhausaufenthalt und eine deutliche Funktionsverschlechterung.

9. Anhang A – Struktur eines palliativen Notfallplans bei Demenz

Ein palliativer Notfallplan ist ein ergänzendes Steuerungsinstrument zur Patientenverfügung: Er übersetzt den vorab geäußerten Willen in konkrete Handlungsanweisungen für typische Krisen im letzten Lebensabschnitt und verhindert, dass in akuten Situationen aus Unsicherheit heraus maximalmedizinisch eskaliert wird.

Kernstruktur

- Stammdaten und Kontakte: Personalien, Bezugsperson, bevollmächtigte oder betreuende Person, Hausarzt/-ärztin, Pflegedienst, SAPV-Team, Hospizdienst.
- Diagnosen und Prognose: wesentliche Diagnosen mit Fokus auf Demenzstadium und relevante Komorbiditäten, kurze Prognoseformulierung zur Einordnung als lebensbegrenzende Erkrankung.
- Willenserklärungen zu Schlüsselmaßnahmen als Ja/Nein-Festlegungen: Reanimation, Krankenhauseinweisung, Beatmung/Intensivstation, enterale/parenterale Ernährung, Antibiotikagabe – konsistent zur Patientenverfügung.
- Symptommatrix mit gestuften Vorgehen für Schmerzen, Atemnot/Rasselatmung, Angst/Unruhe/Delir, Übelkeit, Verwirrtheit, Verdauungsprobleme, Hautprobleme sowie Durst und Mundpflege.
- Notfallmedikamente im Haus (z. B. Opioid, Benzodiazepin, Antiemetikum) und eine Kontaktliste mit Notruf, ärztlichem Bereitschaftsdienst, SAPV-Team und Hospizdienst.
- Unterschriftenblock von Patient/Vertretung, Hausarzt/-ärztin und Pflegefachkraft.

Der Notfallplan ersetzt die Patientenverfügung nicht, sondern strukturiert deren Umsetzung in typischen Krisen; im Zweifel haben die schriftlich niedergelegten Verfügungen Vorrang. Er sollte vorausschauend erstellt werden – nicht erst im akuten Dekompensationsereignis –, sichtbar aufbewahrt werden (Pflegeheimzimmer, Hausakte, SAPV-Mappe) und nach größeren Krankheitsereignissen aktualisiert werden.

10. Anhang B – Kommunikationsleitfaden für Notfallgespräche mit Angehörigen

In akuten Krisen bei Demenz (Fieber, Atemnot, Sturz, ausgeprägte Unruhe, Sterbephase) folgt die Gesprächsführung mit Angehörigen drei Leitgedanken: die Sorge der Angehörigen ernst nehmen statt bagatellisieren, knapp und verständlich orientieren statt überfordern, und zu einer mitgetragenen Entscheidung befähigen statt fachliche Vorstellungen durchzusetzen.

Gesprächsbausteine

- Einstiegsfragen: „Was nehmen Sie im Moment am stärksten wahr – eher Schmerzen, Atemnot, Angst oder Erschöpfung?“ / „Was macht Ihnen jetzt am meisten Sorgen?“
- Bezug auf den Patientenwillen: „Erinnern Sie sich, was für sie/ihn damals wichtig war – eher Ruhe und Linderung oder lebensverlängernde Medizin um jeden Preis?“
- Optionen in drei Schritten benennen: alles medizinisch Mögliche versuchen / sich auf Linderung vor Ort konzentrieren / gemeinsam eine Mischung im Rahmen der Patientenverfügung finden.
- Umgang mit Schuldgefühlen: „Sie entscheiden nicht gegen den Patienten, sondern mit ihm, indem Sie seinen vorher geäußerten Willen ernst nehmen. Die Verantwortung ist geteilt.“

Bei Uneinigkeit innerhalb der Familie hat der dokumentierte Patientenwille rechtlich Vorrang vor den Wünschen Dritter; ein moderiertes Gespräch mit dem Behandlungsteam oder eine Ethikberatung kann helfen, Konflikte zu deeskalieren.

11. Anhang C – Handreichung für Angehörige (Kopiervorlage)

Die folgende Kurzfassung eignet sich zur Weitergabe an Angehörige, etwa als Ein-Seiten-Blatt in Praxis oder Pflegeeinrichtung.

1. Was jetzt wichtig ist

- Angehörige sind nicht allein verantwortlich – Entscheidungen werden gemeinsam mit Ärztinnen, Pflege und gegebenenfalls Palliativdiensten getroffen.
- Ziel der Versorgung ist nicht mehr Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern Linderung, Würde und Begleitung.

2. Erste Schritte im Notfall

- Ruhig bei der betroffenen Person bleiben, einfach, langsam und freundlich sprechen.
- Hausarzt/-ärztin, Pflegefachkraft oder Palliativdienst frühzeitig informieren und Diagnosen, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht bereithalten.
- Bei Unsicherheit medizinischen Rat einholen, bevor eigenständig eine Klinikeinweisung organisiert wird.

3. Den Willen der betroffenen Person im Blick behalten

- Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Notfallplan bereithalten und die Abschnitte zu Reanimation, Intensivstation, künstlicher Ernährung und Krankenhauseinweisung lesen.
- An frühere Äußerungen erinnern: eher „alles medizinisch Mögliche“ oder eher „Ruhe, keine Klinik mehr, gute Pflege“?

4. Im Gespräch mit Ärztinnen und Pflege

- „Was ist aus Ihrer Sicht gerade das Hauptproblem?“ – „Welche Möglichkeiten haben wir jetzt?“ – „Wie passen diese Möglichkeiten zur Patientenverfügung?“

5. Schuldgefühle

- Die Frage, ob „genug getan“ wurde, ist häufig. Entscheidungen entlang der Patientenverfügung sind Ausdruck von Respekt vor dem Willen der betroffenen Person, keine Unterlassung.

6. Wo Unterstützung zu finden ist

- Hausarzt/-ärztin, Pflegedienst/Pflegeheim, SAPV-Team/Hospizdienst, Alzheimer-Gesellschaften und Demenzberatungsstellen (Kontakte siehe Abschnitt 13) [15,16].

12. Anhang D – Checkliste „Demenzklauseln prüfen“

Inhaltliche Prüfung

- Ist der Zustand funktional beschrieben (Kommunikation, Verstehen, Grundfunktionen, Inkontinenz, Bettlägerigkeit)?
- Ist erkennbar, ab wann die Klausel gelten soll – nicht nur „bei Demenz“, sondern bei einer fortgeschrittenen, schweren Ausprägung?
- Vermeidet der Text unbestimmte Floskeln wie „kein würdeloses Dahinvegetieren“ oder „keine Apparatedizin“?

Maßnahmenprüfung

- Reanimation, Beatmung/Intensivstation, PEG-Sonde, Infusionen, Antibiotika, Dialyse und Krankenhauseinweisung jeweils einzeln geregelt?

Palliativteil

- Mundpflege, Körperpflege, Lagerung, Inkontinenzversorgung und Zuwendung ausdrücklich gewünscht?
- Schmerz- und Symptomtherapie einschließlich gegebenenfalls bewusstseinsdämpfender Behandlung ausdrücklich erlaubt?

Vollmacht und Durchsetzung

- Vorsorgevollmacht für die Gesundheitssorge vorhanden und ausdrücklich auf Entscheidungen mit Lebensgefahr erstreckt?
- Schweigepflichtentbindung und Ersatzbevollmächtigung geregelt?

Form und Beweisbarkeit

- Schriftlich, eigenhändig unterschrieben, mit Datum und Ort versehen, regelmäßig überprüft, mit Hausarzt/-ärztin besprochen und für Angehörige auffindbar hinterlegt?

Schnelltest

✓ Fünf Fragen für den schnellen Check

- Beschreibt die Klausel den Zustand konkret?
- Benennt sie die wichtigsten Maßnahmen einzeln?
- Sagt sie ausdrücklich, welche Pflege und Palliativversorgung weiterhin gewünscht ist?
- Ist sie mit einer entsprechend weit gefassten Vorsorgevollmacht gekoppelt?
- Ist sie unterschrieben, datiert und im Notfall auffindbar?

13. Online-Ressourcen und Referenzstellen (klickbar)

Die folgenden Portale bieten aktuelle Informationen zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Sterbehilfe im deutschsprachigen Raum (D/A/CH). Alle Links sind direkt klickbar.

LEITLINIEN, BEHÖRDEN UND FORSCHUNG

[Bundesgesundheitsministerium – Patientenverfügung \(D\)](#) – Amtliche Informationen, Formulare und Textbausteine zur Patientenverfügung.

[Bundesärztekammer – Publikationen zur Patientenverfügung \(D\)](#) – Sammlung ärztlicher Hinweise und Empfehlungen, u. a. zu Demenz.

[Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer \(D\)](#) – Stellungnahme zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag.

[Österreichische Notariatskammer – Sterbeverfügungsgesetz \(A\)](#) – Fragen und Antworten zur österreichischen Sterbeverfügung, die sich vom deutschen Recht unterscheidet.

[SAMW/FMH – Rechtlicher Leitfaden Patientenverfügung \(CH\)](#) – Rechtlicher Leitfaden für die Praxis der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

PALLIATIV- UND HOSPIZVERSORGUNG, VORAUSPLANUNG

[advancecareplanning.de \(D\)](#) – Bundesweite Plattform zu Umsetzung, Fortbildung und Dokumentation von Advance Care Planning.

[Deutscher Hospiz- und PalliativVerband \(D\)](#) – Adress- und Themendatenbank zu Hospiz- und Palliativangeboten sowie ACP-Handreichungen.

[Dachverband HOSPIZ Österreich \(A\)](#) – Beratung zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Entscheidungen am Lebensende.

[palliative.ch \(CH\)](#) – Nationaler Fachverband für Palliative Care mit Adressen und Fachinformationen.

PATIENTENORGANISATIONEN, SELBSTHILFE UND ANGEHÖRIGENUNTERSTÜTZUNG

[Deutsche Alzheimer Gesellschaft – Alzheimer-Telefon \(D\)](#) – Telefonische Beratung für Menschen mit Demenz und Angehörige, u. a. zu Vorausplanung.

[Alzheimer Schweiz \(CH\)](#) – Informationen zur Patientenverfügung als Teil der Demenz-Vorsorge.

[Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben – DGHS \(D\)](#) – Information zu Voraussetzungen und Prüfverfahren der Freitodbegleitung.

[Verein Sterbehilfe \(D/CH\)](#) – Häufige Fragen zu Voraussetzungen, Ablauf und Grenzen der Suizidassistentz.

Literatur & Quellen

Vancouver-Zitierregeln: Nummern im Text [N] – Reihenfolge des ersten Auftretens.

1. Bundesministerium der Justiz. Patientenverfügung [Internet]. Berlin: BMJ; 2025 [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.pdf?__blob=publicationFile
2. Bundesministerium der Justiz. Vorsorgevollmacht [Internet]. Berlin: BMJ; 2023 [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Formular/Vorsorgevollmacht.pdf?__blob=publicationFile
3. § 1827 BGB. Patientenverfügung; Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Wille des Betreuten [Internet]. Gesetze im Internet, Fassung ab 1.1.2023 [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1827.html
4. Bundesgerichtshof. Beschluss vom 6. Juli 2016 – XII ZB 61/16 (Anforderungen an die Konkretheit einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht).
5. Bundesärztekammer, Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag. Dtsch Arztebl. 2018;115(51–52):A2434–41.
6. Bundesärztekammer. Patientenverfügungen und andere vorsorgliche Willensbekundungen bei Patienten mit einer Demenzerkrankung. Dtsch Arztebl. 2018;115(19):A-1.
7. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry. 1982;139(9):1136–9.
8. AOK. Entscheidungshilfe: Künstliche Ernährung im Alter [Internet]. AOK [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/pdf/broschuere-kuenstliche-ernaehrung.pdf>
9. § 1358 BGB. Gegenseitige Vertretung von Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitsorge [Internet]. Gesetze im Internet, Fassung ab 1.1.2023 [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1358.html
10. Bundesverfassungsgericht. Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u. a. (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gemäß § 217 StGB verfassungswidrig).
11. § 216 StGB. Tötung auf Verlangen [Internet]. Gesetze im Internet [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_216.html
12. Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e. V. Fragen zur Vermittlung von Freitodbegleitung [Internet] [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: <https://www.dghs.de/haeufige-fragen/fragen-zur-vermittlung-von-freitodbegleitung/>
13. Verein Sterbehilfe. Häufige Fragen [Internet] [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: <https://www.sterbehilfe.de/haeufige-fragen/>
14. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband / Deutsche Hospiz- und PalliativStiftung. Advance Care Planning (ACP) in stationären Pflegeeinrichtungen – Handreichung. Kassel; 2016.
15. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Fortgeschrittene Demenz und Lebensende [Internet]. Berlin: DAIZG [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/Broschueren/Fortgeschrittene_Demenz_und_Lebensende.pdf
16. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Palliative Versorgung bei Menschen mit Demenz, Infoblatt 24 [Internet]. Berlin: DAIZG [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt24_palliative_versorgung_dalzg.pdf
17. ClinicalOS Hausarztmedizin. Manual 9, Kapitel K5: Vorausplanung – Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Palliativversorgung, Hospiz, assistierter Suizid. Stand 2026.
18. Österreichische Notariatskammer. Das Sterbeverfügungsgesetz: Fragen & Antworten [Internet] [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: <https://ihr-notariat.at/informationen/aktuelle-infos-veranstaltungen/sterbeverfuegung/>
19. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften / FMH. Patientenverfügung – Rechtlicher Leitfaden für die Praxis, Abschnitt 3.4 [Internet] [zitiert 2026 Jul 14]. Verfügbar unter: <https://leitfaden.samw.fmh.ch/rechtlicher-leitfaden/3-grundlagen-der-behandlung/34-patientenverfuegung.cfm>

K7 - Palliativmedizin in der Hausarztpraxis: Patientenweg, Ziele, Organisation

1. Rolle der Hausarztpraxis im Palliativweg

1.1 Schnellorientierung

- Die Hausarztpraxis ist im deutschen Versorgungssystem die Basis der **AAPV** (allgemeine ambulante Palliativversorgung) – nicht Ersatz, sondern Ergänzung zur spezialisierten SAPV.
- Palliativversorgung beginnt nicht erst in der Sterbephase, sondern kann parallel zur kurativen/tumorspezifischen Behandlung einsetzen.
- Die koordinierende Rolle bleibt in der Regel bei der Hausarztpraxis, auch wenn SAPV eingebunden ist – „Übernahme“ durch SAPV bedeutet nicht automatisch Rückzug der Hausarztpraxis (siehe 1.3).

1.2 AAPV versus SAPV – Abgrenzung für die Praxis

Kriterium	AAPV (hausärztlich)	SAPV (spezialisiert)
Träger	Hausarztpraxis, ggf. mit Pflegedienst	Multiprofessionelles SAPV-Team
Typische Situation	Stabile Symptomlast, planbare Verläufe	Komplexe/instabile Symptomlast, Krisenrisiko (siehe 2.3)
Verordnungskompetenz	Vollständig durch Hausarzt:in	Team, in Abstimmung mit Hausarzt:in
Erreichbarkeit	Reguläre Praxis-/Bereitschaftszeiten	24/7-Rufbereitschaft
Abrechnung	EBM-Palliativzuschläge (siehe Abschnitt 5)	Eigenständige SAPV-Vergütung

Wichtig: SAPV-Einbindung entbindet die Hausarztpraxis nicht von der Grundversorgung (Hausbesuch, Rezeptur, Gespräch) – diese bleibt neben einer vollständigen oder teilweisen SAPV-Übernahme weiter abrechenbar.

1.3 Praxisformen der Koordination

Aus der Etappen-Dokumentation lassen sich drei typische Konstellationen ablesen:

1. **Hausarzt trägt allein** (SAPV nicht involviert oder nicht verfügbar) – z. B. Pflegeheimversorgung ohne SAPV-Anbindung, Pflegegrad 5.
2. **Geteilte Verantwortung** – SAPV übernimmt Komplexanteil, Hausarzt:in übernimmt reguläre Visiten (z. B. 1×/Woche) und Wochenenddienste.
3. **Vollständige SAPV-Übernahme** bei sehr instabiler Situation – Hausarztpraxis bleibt Ansprechpartner:in für Langzeitbeziehung/Angehörige, auch wenn medizinische Führung bei SAPV liegt.

1.4 Fallvignetten

Fall 16 – Versorgung im Pflegeheim ohne SAPV. 82-jährige Patientin, Pflegegrad 5, SAPV nicht verfügbar/nicht möglich – Hausarzt übernimmt vollständige Palliativbetreuung, regelmäßige Symptomkontrolle, dokumentierte Pflegevisiten. Zeigt Konstellation 1 (1.3).

Fall 17 – Abstimmung mit SAPV-Team. 72-jähriger Patient, SAPV bereits involviert, hausärztliche Visite 1x/Woche, Medikationsanpassung in Abstimmung, Dokumentation für SAPV übermittelt. Zeigt Konstellation 2 (1.3).

Fall 18 – Hausbesuch und Betreuung nach § 37b SGB V. 86-jähriger Patient, palliativer Verlauf, regelmäßige Visite, SAPV nicht erforderlich. Zeigt, dass AAPV allein ausreichend tragfähig sein kann, wenn die Symptomlast stabil bleibt.

2. Wann von kurativ zu palliativ denken?

2.1 Schnellorientierung

- Studien zeigen, dass ein erheblicher Teil der Patient:innen in den letzten sechs Lebensmonaten übertherapiert wird (DGP-Zahl: über ein Drittel) – dieser Abschnitt liefert das vorgelagerte Werkzeug: die generelle Frage „Ist dieser Patient/diese Patientin überhaupt in einer palliativen Situation, unabhängig davon, ob eine spezialisierte Versorgung (SAPV) nötig ist?“
- **Surprise Question** als niedrigschwelliger Einstieg: „Würde es mich überraschen, wenn dieser Patient / diese Patientin innerhalb der nächsten 12 Monate verstirbt?“ – wird die Frage mit „Nein, das würde mich nicht überraschen“ beantwortet, ist eine palliative Zielklärung indiziert (**F**, etabliertes Screening-Instrument aus dem angloamerikanischen Raum, in der deutschen Palliativversorgung breit übernommen).

2.2 Typische Auslöser in der hausärztlichen Praxis

- Wiederholte oder gehäufte Notaufnahme-Kontakte ohne nachhaltige Besserung.
- Multimorbide, hochbetagte Patient:innen mit erkennbarem funktionellem Abbau (Gewichtsverlust, zunehmende Pflegebedürftigkeit, wiederholte Stürze).
- Tumorprogress trotz Therapie, Wechsel der Onkologie auf „best supportive care“.
- Wiederholte eigene Wunschaussagen der Patient:innen („Ich will nicht mehr ins Krankenhaus“, „Ich bin müde“).
- Fortschreitende Organinsuffizienz (Herzinsuffizienz NYHA IV, terminale Niereninsuffizienz ohne Dialysewunsch, fortgeschrittene COPD) – nicht nur onkologische Erkrankungen sind palliativ relevant.
- Fortgeschrittene Demenz mit rezidivierenden Aspirationspneumonien oder Nahrungsverweigerung.

2.3 Wann SAPV einbinden? – Kriterien

Die in 2.1–2.2 beschriebenen Trigger beantworten die Frage, ob überhaupt eine palliative Situation vorliegt. Ob zusätzlich eine spezialisierte Versorgung (SAPV) notwendig ist, ist eine zweite, nachgelagerte Frage. Typische SAPV-Kriterien (§ 37b SGB V, SAPV-Richtlinie): komplexe, instabile Symptomlast (z. B. schwer einstellbarer Schmerz, therapierefraktäre Dyspnoe), hoher Koordinationsaufwand bei mehreren beteiligten Diensten, absehbar begrenzte Lebenserwartung mit hoher Versorgungsintensität, wiederholte Krisen trotz stabiler AAPV-Betreuung, oder eine

psychosoziale Belastungssituation, die die hausärztliche Kapazität übersteigt. Beide Fragen – palliative Situation erkannt? SAPV notwendig? – sind komplementär und sollten nacheinander geprüft werden, nicht vermischt.

2.4 Praktisches Vorgehen nach positivem Trigger

1. Surprise Question positiv oder mehrere Auslöser (2.2) erkennbar → interne Notiz „palliative Zielklärung indiziert“.
2. Zeitnah (nicht zwingend im gleichen Termin) Gespräch zur Zielklärung anbieten (siehe Abschnitt 3).
3. Dokumentation des Erkennens selbst (auch wenn das eigentliche Gespräch erst später stattfindet) – vermeidet, dass der „richtige Moment“ im Praxisalltag untergeht.

2.5 „Was tun, wenn ...?“

- **... Angehörige den Palliativgedanken ablehnen, obwohl medizinisch indiziert?** Zielklärung nicht erzwingen, aber wiederholt behutsam ansprechen; Dokumentation, dass das Thema angesprochen wurde, auch bei Vertagung.
- **... Patient:in selbst noch nicht bereit für das Gespräch wirkt?** Trigger dokumentieren, Termin zur Zielklärung zu einem späteren, von Patient:in mitbestimmten Zeitpunkt anbieten – kein Zwang.
- **... der Kurswechsel erst durch ein akutes Ereignis (z. B. Klinikaufenthalt) sichtbar wird?** Nachsorgetermin gezielt zur Zielklärung nutzen (siehe Etappen-Beispiel „Erstgespräch zur palliativen Situation“ nach Diagnosestellung).

2.6 Fallvignette

Fall 19 – Erstgespräch zur palliativen Situation. 73-jähriger Patient, Pankreaskarzinom, keine Heiloption. Auslöser: onkologische Diagnosemitteilung ohne kurativen Therapieansatz. Vorgehen: Prognosegespräch nach SPIKES-Protokoll, Therapiebegrenzung besprochen, ACP-Broschüre übergeben (siehe Abschnitt 3 für das vollständige Gesprächsvorgehen).

3. Zielklärung, Prognose, Advance Care Planning (ACP)

3.1 Schnellorientierung

- **Begriffe sauber trennen:** Patientenverfügung = inhaltliche Wünsche für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit. Vorsorgevollmacht = wer entscheidet, wenn die Patientin/der Patient es nicht mehr selbst kann. ACP (Advance Care Planning) = der Prozess, beides im Gespräch zu erarbeiten – nicht nur das Ausfüllen eines Formulars.
- 20 Minuten reichen für ein strukturiertes Erstgespräch – realistisch und GOP-kompatibel getaktet (siehe 3.3).
- **Keine Ankreuzformulare ohne Gespräch verwenden** – seriöse Vordrucke (3.5) ersetzen das Gespräch nicht, sie dokumentieren es.
- Jedes ACP-Gespräch dokumentieren, auch wenn (noch) keine Unterschrift erfolgt.

3.2 Rechtliche Grundlage (Kurzform, keine Rechtsberatung)

§ 1901a BGB (in Kraft seit 2009) ist die einschlägige Norm für die Patientenverfügung. Eine wirksame Patientenverfügung bindet die behandelnden Personen unmittelbar, wenn die darin beschriebene Situation zutrifft. Eine Vorsorgevollmacht regelt die Vertretung, unabhängig vom

Inhalt der medizinischen Entscheidung. Beide Dokumente sind **jederzeit widerrufbar** – dieser Hinweis sollte in jedem Beratungsgespräch ausdrücklich gegeben werden (siehe 3.4, Beratungsbogen).

Hinweis: Diese Kurzdarstellung ist aus Sekundärquellen zusammengefasst, keine juristische Prüfung im engeren Sinne – bei Unsicherheit im Einzelfall anwaltliche/betreuungsrechtliche Beratung empfehlen.

3.3 Das 20-Minuten-Gespräch

Zeitgetaktete Struktur (Praxisempfehlung, keine belegte Zeitstudie):

Minute	Inhalt
0–2	Rahmen setzen: Anlass und Ziel des Gesprächs erklären
2–5	Vorwissen und bisherige Wünsche erfragen
5–12	Vier Kerninhalte in Alltagssprache besprechen: Reanimation/Intensivmedizin, künstliche Ernährung, Krankenhaus vs. Zuhause/Hospiz, Schmerztherapie vs. Wachheit
12–15	Bevollmächtigte/vorhandene Dokumente klären
15–20	Nächste Schritte vereinbaren (Bedenkzeit, Folgetermin, Unterschrift)

Typische Fallstricke: Informationsüberflutung (nicht alle vier Kerninhalte müssen in einem Termin abschließend geklärt werden), Unterschriftsdruck (kein Zwang zur sofortigen Unterschrift), Ambivalenz respektieren, fehlende Dokumentation des Gesprächs selbst bei Vertagung der Entscheidung.

Formulierungsbeispiel: „Atemnot ist sehr belastend, aber wir können gut dagegen behandeln“ – als Muster für einfache, nicht beschönigende Sprache.

3.4 Formularvorlagen

Primäre Vorlage – Palliativplan mit Leitfragen (Basis: „Strukturierten A4.Palliativplan.InklPsychAspekte“, ausführlichere Ursprungsversion mit Quellenbezug DGP/Leitlinienprogramm Onkologie): zehn Abschnitte – Stammdaten, medizinische Ausgangssituation, Behandlungsziele/Patientenwünsche, Symptomübersicht (Verweis auf Kapitel 2), Psychische Situation, Soziale Situation, Spirituelle/existenzielle Aspekte, Notfall-/Krisenplan, Beteiligte Dienste, Verlauf/Review. Enthält ausformulierte Leitfragen („Was ist Ihnen aktuell am wichtigsten...?“, „Gibt es eine religiöse/spirituelle Zugehörigkeit...?“) statt bloßer Ankreuzfelder – dadurch besser für das eigentliche Gespräch geeignet als reine Ankreuzformulare.

Abgeleitete Kurzform – Palliativplan für die Akte (Basis: „Palliativplan.docx“): dieselbe Zehn-Punkte-Struktur ohne Erläuterungstexte, reine Ausfüllfelder – für die schnelle Aktenführung nach bereits geführtem Gespräch.

Beratungsbogen (Basis: „Beratungsbogen Gespräch Patientenverfügung“): Stammdaten, Anlass, vorhandene Vorsorgedokumente, verwendete Materialien, angekreuzte Themenblöcke (Reanimation, Intensivmedizin, künstliche Ernährung, Krankenhaus vs. häuslich, Schmerztherapie, Vorsorgevollmacht), vereinbarte nächste Schritte, ärztliche Einschätzung zur Einwilligungsfähigkeit, Unterschriftenfeld, Hinweis auf Widerrufbarkeit (siehe 3.2).

Seriöse externe Vordruckquellen (falls kein eigener Vordruck gewünscht wird): Textbausteine des Bundesministeriums der Justiz, Online-Tool der Verbraucherzentralen, Broschüre des Bayerischen Justizministeriums, Vordrucke von Malteser/Caritas. **Vor veralteten reinen Ankreuzformularen ohne Beratungsbezug wird ausdrücklich gewarnt.**

3.5 Reanimationsstatus und Therapiezieländerung dokumentieren

- „Kein Rea“-Vermerk gehört sowohl in die Praxisakte als auch – bei Heim-/Hausbetreuung – sichtbar in den Notfallbogen vor Ort (siehe Kapitel 2, Abschnitt 8, und Palliativ-Notfallblatt).
- Bei Therapiezieländerung (z. B. Verzicht auf Krankenhauseinweisung, Verzicht auf Sondenernährung): Gespräch mit Patient:in bzw. Bevollmächtigten/Betreuung dokumentieren, nicht nur das Ergebnis.
- Notrufsituationen trotz dokumentiertem Reanimationsverzicht: Rettungsdienst benötigt den Vermerk **vor Ort auffindbar** (siehe Palliativ-Notfallblatt, Kapitel 2/8) – reine Aktdokumentation in der Praxis reicht im Akutfall nicht.

3.6 Grauzonen

Situation	Option A	Option B	Entscheidendes Kriterium	Häufigster Fehler
Angehörige verlangen Maßnahme entgegen dokumentiertem Patientenwillen	Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht als bindend erklären und Situation erläutern	Ethische Fallbesprechung einberufen	Ist die Verfügung eindeutig auf die aktuelle Situation anwendbar?	Angehörigenwunsch übernommen, ohne dokumentierten Willen zu prüfen
Einwilligungsfähigkeit im Verlauf unklar geworden (z. B. fortschreitende Demenz)	Frühere Verfügung als Grundlage nehmen, wenn eindeutig	Betreuungsgericht/Betreuung einbeziehen	Ist die Verfügung konkret genug für die aktuelle Situation?	Verfügung pauschal als „nicht mehr aktuell“ verworfen, ohne Prüfung

3.7 „Was tun, wenn ...?“

- **... keine Patientenverfügung vorliegt und der Zustand sich akut verschlechtert?** Mutmaßlicher Wille über Angehörige/Bevollmächtigte eruieren, Gespräch so früh wie möglich nachholen.
- **... die Patientenverfügung nicht eindeutig auf die aktuelle Situation passt?** Auslegung im Gespräch mit Bevollmächtigten/Betreuung, im Zweifel eher zurückhaltend eingreifen und Rücksprache suchen (keine Rechtsberatung – im Zweifel fachlichen/juristischen Rat einholen).
- **... Angehörige nach dem Tod Fragen zum Verlauf haben?** Nachgespräch anbieten (siehe Etappen-Beispiel „Nachgespräch nach Tod des Patienten“), Trauerangebote benennen (siehe Abschnitt 6).

3.8 Zuständigkeitsübersicht

Situation	Hausärztlich	Ethische Fallbesprechung	Betreuungsgericht	Akut
Klares, aktuelles ACP-Gespräch	✓			
Unklare/widersprüchliche Willensäußerung, kein Konflikt	✓	✓ bei Unsicherheit		
Konflikt zwischen Angehörigen und dokumentiertem Willen		✓	✓ bei anhaltendem Konflikt	
Akute Notfallsituation ohne auffindbaren Willen				✓ (im Zweifel Reanimation/Transport, bis Klarheit besteht)

3.9 Fallvignetten

Fall 20 – Patientenverfügung aktualisiert. 79-jährige Patientin lehnt Beatmung, PEG, Reanimation ab – neue Verfügung unterschrieben, Notfallbogen ergänzt. Zeigt den vollständigen Ablauf: Gespräch → Formular → Notfallbogen-Aktualisierung (3.5).

Fall 21 – Gespräch mit Angehörigen zur Therapiezieländerung. 84-jährige Patientin, fortgeschrittene Demenz, Tochter wünscht keine Krankenhausaufenthalte mehr – Gespräch dokumentiert. Zeigt Einbindung Bevollmächtigter bei nicht mehr einwilligungsfähiger Patientin.

Fall 22 – Reanimationsverzicht dokumentiert. 77-jähriger, multimorbider Patient wünscht Verzicht – „kein Rea“ in Praxis- und Notfallbogen vermerkt, Angehörige informiert. Musterbeispiel für 3.5.

Fall 23 – Verzicht auf Sondenernährung im Endstadium. 79-jährige Patientin, weit fortgeschrittene Demenz, Patientenverfügung gegen künstliche Ernährung greift – dokumentiert und respektiert. Zeigt korrekte Anwendung einer eindeutigen, situationskonkreten Verfügung (siehe 3.6, Option A).

Fall 24 – Konflikt mit Angehörigen, ethische Fallbesprechung. 85-jährige Patientin, Sterbephase, Tochter verlangt Klinikverlegung trotz vorliegender Verfügung – Hausarzt erklärt Situation, Vorgehen dokumentiert. Musterbeispiel für Grauzone 3.6 (Konfliktsituation).

Fall 25 – Therapiebegrenzung bei Multimorbidität. 88-jähriger Patient, schwere Herzinsuffizienz und Demenz, gemeinsame Entscheidung von Angehörigen und Hausarzt gegen Klinikeinweisung. Zeigt partizipative Entscheidungsfindung bei fehlender vorheriger Verfügung.

3.10 Dokumentationsbaustein (PVS-Kurztext, Entwurf)

„ACP-Gespräch geführt am [Datum], Dauer ca. [Min.]. Themen: Reanimation/Intensivmedizin [ja/nein/offen], künstliche Ernährung [ja/nein/offen], Versorgungsort [Zuhause/Klinik/Hospiz], Bevollmächtigte:r: [Name]. Vorhandene Dokumente: [Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht, Datum]. Hinweis auf Widerrufbarkeit gegeben: [ja]. Nächste Schritte: [z. B. Bedenkzeit, Folgetermin].“

4. Versorgungsformen und Koordination

4.1 Schnellorientierung

- Vier Versorgungsformen, die die Hausarztpraxis koordiniert oder mitträgt: häusliche Versorgung, Pflegeheim, SAPV-Einbindung, Hospiz (ambulantes Ehrenamt oder stationär).
- Jede Versorgungsform braucht einen **hinterlegten Notfallplan**, bevor die Krise eintritt – nicht erst danach (siehe 4.6, Kapitel 2/Abschnitt 8).
- Kommunikation Pflege–Arzt–Angehörige ist der häufigste organisatorische Schwachpunkt in der Praxis – klare Kanäle (Fax, Telefonliste, Symptombuch) vorab festlegen.

4.2 Häusliche Versorgung

Grundprinzip: Hausbesuch nach Bedarf, Medikationsplan für Angehörige/Pflegedienst verständlich aufbereitet, klare Erreichbarkeit definieren. Bei ausdrücklichem Sterbewunsch zu Hause: frühzeitige Organisation mit Pflegedienst, ggf. SAPV, und Angehörigen abstimmen (siehe Fallvignette 4.11).

4.3 Pflegeheim-Versorgung

Besonderheiten: Medikation läuft über Pflege team, daher **Instruktion und schriftliche Anweisung** (nicht nur mündlich) zentral. Bei fehlender SAPV-Anbindung (z. B. ländlicher Raum, Kapazitätsgrenzen) trägt die Hausarztpraxis die vollständige Palliativbetreuung inklusive regelmäßiger Pflegevisiten (siehe Fall 16). Rechtsgrundlage für hausärztliche Betreuung: § 37b SGB V (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) bzw. reguläre Hausbesuchsstruktur, wenn SAPV nicht erforderlich ist.

4.4 SAPV-Einbindung – praktischer Ablauf

1. Trigger erkannt (siehe Abschnitt 2.3).
2. Kontaktaufnahme mit regionalem SAPV-Team.
3. Abstimmung der Aufgabenteilung (siehe Kapitel 1/Abschnitt 1.3: drei Konstellationen).
4. Laufender Informationsaustausch – Dokumentation für SAPV übermitteln, SAPV-Rückmeldung in die Praxisakte übernehmen (siehe Fall 17).

4.5 Hospiz

Ambulanter Hospizdienst: ehrenamtliche Begleitung zu Hause, durch Hausarztpraxis koordiniert, kein Ersatz für medizinische Versorgung, aber wichtige Entlastung für Patient:in und Angehörige (siehe Fall 26, unten). **Stationäres Hospiz:** Option bei nicht tragfähiger häuslicher/Heim-Versorgung trotz SAPV-Einbindung – Übergang frühzeitig ansprechen, nicht erst in der akuten Krise.

Suchmöglichkeit: Der bundesweite „Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin/Deutscher Hospiz- und PalliativVerband) listet über 3.000 Angebote, durchsuchbar nach Postleitzahl.

4.6 Notfallpläne und Wochenendbereitschaft

- Notfallplan **vor Ort** (Wohnung/Pflegeheimzimmer) hinterlegen, mit Pflege/Angehörigen abgestimmt – Aushang im Zimmer bei Heimversorgung üblich (siehe Fall 27).

- Wochenendbereitschaft in der Terminalphase: klare Regelung, wer im Notfall erreichbar ist, dokumentiert und kommuniziert (siehe Fall 28).
- Bei akuten Ereignissen zu Hause (z. B. Blutung bei Tumor): Angehörige vorab instruieren, Krisenset/Notfallmappe bereitlegen (siehe Fall 29, Verweis Kapitel 2/Palliativ-Notfallblatt).
- Bei Sterbeeintritt in der Heimversorgung: telefonische Bestätigung durch Hausarzt:in oft ausreichend, kein routinemäßiger Transport nötig, wenn Sterbephase bekannt und dokumentiert ist (siehe Fall 30).

4.7 Schnittstellenmanagement

Klare, vorab vereinbarte Kommunikationskanäle: Medikationsänderungen schriftlich (Fax/Pflegeakte) statt nur mündlich, Symptomtagebuch durch Pflege geführt und regelmäßig (z. B. 2×/Woche) durch Hausarzt:in ausgewertet (siehe Fall 31), Apothekenkooperation bei BtM-Vorrat und Lagerung im Heim (siehe Fall 32).

4.8 Grauzonen

Situation	Option A	Option B	Entscheidendes Kriterium	Häufigster Fehler
SAPV wäre indiziert, aber regional nicht verfügbar/keine Kapazität	Hausarztpraxis übernimmt vollständige Betreuung mit engmaschigerer eigener Taktung	Verlegung in stationäres Hospiz erwägen	Ist die Symptomlast mit AAPV-Mitteln beherrschbar?	Situation "irgendwie" ohne klare Neubewertung der Versorgungsform weiterlaufen lassen
Patient:in wünscht Sterben zu Hause, Versorgungslage fragil	Verstärkte Koordination (Pflegedienst-Taktung erhöhen, SAPV einbinden)	Offenes Gespräch über Grenzen der häuslichen Versorgung	Ist eine tragfähige 24h-Versorgung organisierbar?	Wunsch unkritisch zugesagt, ohne Versorgungslage realistisch zu prüfen

4.9 „Was tun, wenn ...?“

- **... die häusliche Versorgung an ihre Grenzen stößt?** Offen ansprechen, SAPV/Hospizoption frühzeitig einbeziehen, nicht erst in der Krise.
- **... Angehörige durch die Pflege überlastet sind?** Entlastungsgespräch, soziale Dienste/Pflegeberatung einbinden (siehe Abschnitt 6).
- **... ein Notruf trotz dokumentiertem Reanimationsverzicht erfolgt?** Rea-Vermerk vor Ort muss für den Rettungsdienst auffindbar sein (siehe Kapitel 1/3.5) – Hausarzt:in bestätigt Sachverhalt, Notarzt kann abbestellt werden (siehe Fall 33).

4.10 Fallvignetten

Fall 26 – Hospizdienst eingebunden. 83-jähriger Patient, häusliche Sterbebegleitung, Ehrenamtlicher regelmäßig vor Ort, Hausarzt koordiniert.

Fall 27 – Notfallplan bei Heimversorgung hinterlegt. 89-jähriger Patient, kein Krankenhaus, keine Reanimation gewünscht – Notfallplan mit Pflege abgestimmt, Aushang im Zimmer.

Fall 28 – Wochenendbereitschaft in der Terminalphase. 91-jähriger Patient, letzte Lebensphase, keine Reanimation – Verlauf und Kommunikation mit Pflege dokumentiert.

Fall 29 – Blutung bei Tumor, Notfallmanagement zu Hause. 78-jähriger Patient, Blutung aus der Mundhöhle, Angehörige waren instruiert, Midazolam verabreicht (siehe Kapitel 2/6, Off-Label-Kennzeichnung beachten), Notfallmappe bereitgelegt.

Fall 30 – Anruf aus dem Heim: „Patient stirbt jetzt“. 89-jähriger Patient, Endphase bekannt, kein Transport gewünscht – Hausarzt bestätigt telefonisch, palliative Maßnahmen fortgeführt.

Fall 31 – Symptomtagebuch zur Verlaufskontrolle. 85-jähriger Patient, Pflege füllt täglich Symptome aus, Hausarzt wertet 2x/Woche aus.

Fall 32 – Apothekenberatung bei Medikation im Heim. 88-jähriger Patient, BtM-Vorrat geprüft, Rezept- und Lagerungskontrolle in Kooperation mit Heim- und Hausapotheke.

Fall 33 – Notruf trotz Reanimationsverzicht. 90-jähriger Patient, Atemstillstand, Rea-Verzicht lag vor, Notarzt abbestellt, Tod dokumentiert, Angehörige informiert. Musterbeispiel für 4.9.

Fall 34 – Patient wünscht Sterben zu Hause, Organisation. 70-jähriger Patient, terminale Tumorerkrankung, expliziter Wunsch: zu Hause sterben – Organisation mit Pflege, SAPV, Angehörigen abgestimmt.

5. Dokumentation, Abrechnung und Recht

5.1 Schnellorientierung

- Palliativdokumentation muss laut S3-Leitlinie und hausärztlicher Leitlinie mindestens enthalten: Grunderkrankung, Symptome, Therapieziele, Reanimationsstatus, Patientenverfügung/Vollmacht, beteiligte Dienste, Gesprächsverlauf.
- EBM-Ziffern für Palliativleistungen: siehe 5.3.

5.2 Pflichtelemente der Dokumentation

Übernommen aus S3-Leitlinie/hausärztlicher Leitlinie: Grunderkrankung und Verlauf, aktuelle Symptomlast (Verweis Kapitel 2), festgelegte Therapieziele, Reanimationsstatus, vorhandene Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht mit Datum, beteiligte Dienste (SAPV, Pflegedienst, Hospiz), Verlauf der Gespräche mit Patient:in und Angehörigen. Der in Abschnitt 3 vorgestellte Palliativplan (primäre und Kurzform) deckt diese Pflichtelemente strukturell ab.

5.3 EBM/GOÄ – Abrechnung palliativer Versorgung

Für die hausärztliche palliative Primärversorgung ohne besondere AAPV-Genehmigung gelten folgende GOP (Grundlage: EBM 2026/Q3, Datenstand 17. Juli 2026):

Funktion	GOP	Voraussetzung/Kerninhalt
Palliativmedizinische Ersterhebung und Behandlungsplan	03370	Einmal im Krankheitsfall

Betreuung in der Praxis	03371	Zuschlag zur Versichertenpauschale; persönlicher Kontakt, mindestens 15 Minuten; einmal im Behandlungsfall
Betreuung beim regulären Hausbesuch	01410 oder 01413 + 03372	03372 je vollendete 15 Minuten; Tageshöchstwert beachten
Betreuung beim dringenden Hausbesuch	01411, 01412 oder 01415 + 03373	03373 einmal je entsprechendem Besuch

Für die besonders qualifizierte und koordinierte Palliativversorgung nach Abschnitt 37.3 EBM ist eine entsprechende KV-Genehmigung erforderlich; diese Leistungen gehören zu einem eigenen Versorgungsbereich, nicht zu einer einfachen Alternative der Grundversorgung:

Funktion	GOP
Qualifizierte Ersterhebung und Therapie-/Notfallplan	37300
Koordinationszuschlag für den benannten koordinierenden Arzt	37302
Regulärer Hausbesuch mit qualifizierter Palliativbetreuung	01410/01413 + 37305
Dringender Hausbesuch	01411/01412/01415 + 37306
Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen	37317
Telefonische Beratung zur Unzeit	37318
Fallkonferenz	37320

GOP 37305/37306 sind Zuschläge zu den jeweiligen Besuchsleistungen (01410/01413 bzw. 01411/01412/01415), keine eigenständigen Besuchsziffern. GOP 37320 ist bis zu fünfmal im Krankheitsfall möglich.

Für Privatpatient:innen enthält die GOÄ keine geschlossene palliativmedizinische Pauschalenreihe; abgerechnet wird nach den tatsächlich erbrachten Einzelleistungen:

Typische Leistung	GOÄ
Beratung	1
Eingehende Beratung, mindestens 10 Minuten	3
Symptombezogene Untersuchung	5
Untersuchung eines Organsystems	7
Ganzkörperstatus	8
Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen	15
Ausführliche Erörterung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung, mindestens 20 Minuten	34
Hausbesuch	50
Mitbesuch	51
Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht	75

Psychiatrische Untersuchung

801, nur bei tatsächlicher psychiatrischer Untersuchung

Eingehende psychiatrische Behandlung

804, nur bei tatsächlicher psychiatrischer Leistung

Zu GOÄ 50/51 kommen ggf. Wegegeld (§ 8 GOÄ) oder Reiseentschädigung (§ 9 GOÄ) hinzu. Die Nummern 75, 801 und 804 sind nur anzusetzen, wenn ihr jeweiliger eigenständiger Leistungsinhalt tatsächlich erfüllt ist. Maßgeblich bleibt die bestehende amtliche GOÄ; der 2025 veröffentlichte GOÄneu-Entwurf ist bislang kein geltendes Gebührenrecht.

Cave: GOP 03230 (problemorientiertes ärztliches Gespräch, mindestens 10 Minuten) sowie 03360/03362 (geriatrische Leistungen) sind keine Palliativ- oder Koordinationsziffern und dürfen nicht mit den palliativmedizinischen GOP verwechselt werden. Die größte Fehlerquelle ist nicht eine einzelne falsche Ziffer, sondern 03370–03373 und 37300 ff. als frei austauschbare Alternativen darzustellen – sie gehören zu unterschiedlichen Versorgungsbereichen mit unterschiedlichen Voraussetzungen. Regionale Abrechnungsprüfungen und KV-spezifische Genehmigungsvoraussetzungen können zusätzlich relevant sein; die GOP-Legenden selbst sind bundesweit verbindlich.

5.4 Qualitätssicherung als Dokumentationspflicht

Teamfortbildungen und Qualitätszirkel-Teilnahmen sind zwar nicht abrechenbar, sollten aber dokumentiert werden (Fortbildungsnachweis, interne Qualitätssicherung) – siehe Fälle 35–36, Abschnitt 7.

5.5 Fallvignette

Fall 37 – GOÄ-Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen (privat). Privat versicherter Patient, BtM-Therapie, s.c.-Gabe, Gespräch mit Angehörigen dokumentiert, GOÄ-Abrechnung nach Originaldokumentation „korrekt“ – GOÄ 1, 3, 801, 804, 75. Musterbeispiel für private Abrechnung parallel zur EBM-Systematik.

6. Angehörigenarbeit

6.1 Schnellorientierung

- Angehörigenarbeit beginnt nicht erst in der Sterbephase, sondern mit der Diagnosemitteilung, und endet nicht mit dem Tod, sondern reicht in die Trauerbegleitung hinein.
- Pflegende Angehörige sind eine eigene „Patientengruppe“ mit eigenem Unterstützungsbedarf – Überlastung aktiv ansprechen, nicht abwarten.
- Ein kurzes Nachgespräch nach dem Tod ist niedrigschwellig und wird von Angehörigen erfahrungsgemäß sehr geschätzt (siehe Fall 39).

6.2 Während der Erkrankung

Erstgespräch mit Angehörigen nach Diagnosestellung: eigenständiger Termin, nicht nur Anhängsel des Patientengesprächs – Ängste benennen lassen, SPIKES-Struktur analog Abschnitt 3 anwendbar, Infomaterial zu Trauerbegleitung schon hier als Hinweis mitgeben (siehe Fall 35).

Entlastung bei Pflegebelastung: aktiv nach Belastung fragen (nicht nur nach medizinischem Verlauf), Pflegeberatung und soziale Dienste frühzeitig einbinden, bevor eine Krise der pflegenden Person selbst entsteht (siehe Fall 36).

6.3 In der Sterbephase

Angehörige auf zu erwartende Veränderungen vorbereiten (Atemmuster, Bewusstseinsminderung, Rasselatmung, Unruhe) – Delir/terminale Unruhe als möglichen Teil des natürlichen Sterbeprozesses einordnen (siehe Kapitel 2, Abschnitt 5.4: Formulierungshilfe „Linderung/Schutz statt Ruhigstellen“). Ruhige, klare Kommunikation, konkrete Handlungsanweisungen für den Notfall (Verweis Abschnitt 4.6) reduzieren Angst und Hilflosigkeit (siehe Fall 37).

6.4 Nach dem Tod

- **Nachgespräch anbieten** (z. B. Telefonat 1 Woche nach dem Tod): offene Fragen zum Verlauf klären, Trauerangebote benennen (siehe Fall 38).
- **Trauerbegleitung vermitteln:** Kontakt zu Hospizdienst/Trauerbegleitungsangeboten aktiv anbieten, nicht nur passiv verweisen, besonders bei erkennbar hoher Belastung (siehe Fall 39).

6.5 Grauzonen

Situation	Option A	Option B	Entscheidendes Kriterium	Häufigster Fehler
Angehörige erschöpft, aber lehnen externe Hilfe ab	Wiederholt behutsam anbieten, ohne Druck	Situation vorerst so belassen, Wiedervorlage	Ist eine akute Gefährdung (Pflegeperson oder Patient:in) erkennbar?	Ablehnung einmalig akzeptiert und Thema nicht wieder aufgegriffen
Angehöriger nach dem Tod deutlich pathologisch trauernd (siehe Nutzerwohl-Grundsätze)	Trauerbegleitung/Hausarzt-Gespräch anbieten	An psychotherapeutische/psychiatrische Anbindung verweisen	Dauer und Ausmaß der Symptomatik über das erwartbare Maß hinaus?	Trauerreaktion vorschnell pathologisiert oder umgekehrt zu lange nicht ernst genommen

6.6 „Was tun, wenn ...?“

- **... Angehörige während der Sterbephase überfordert wirken?** Konkrete, kleine Handlungsanweisungen geben (z. B. „Sie können jetzt die Hand halten“), nicht nur Informationen.
- **... nach dem Tod niemand von sich aus Kontakt aufnimmt, aber hohe Belastung erkennbar war?** Aktiv anrufen statt nur abzuwarten (siehe Fall 38/39).
- **... die Trauerreaktion den Rahmen einer hausärztlichen Begleitung übersteigt?** Frühzeitig an Trauerbegleitung/ggf. psychotherapeutische Versorgung verweisen (siehe 6.5).

6.7 Fallvignetten

Fall 35 – Erstgespräch mit Angehörigen nach Diagnosestellung. 68-jähriger Patient, Krebserkrankung mit schlechter Prognose, Tochter und Ehepartner aufgeklärt, Ängste benannt, Gespräch dokumentiert.

Fall 36 – Belastung der Angehörigen während der Pflege. Pflegende Ehefrau mit 24-Stunden-Belastung, Gespräch zur Entlastung geführt, soziale Dienste informiert.

Fall 37 – Begleitung der Familie in der Sterbephase. 87-jähriger Patient, terminal, Angehörige anwesend, Atemnot erklärt, letzte Hilfestellungen besprochen.

Fall 38 – Nachgespräch nach dem Tod des Patienten. Telefonat eine Woche nach dem Tod, Tochter bedankt sich, Fragen zum Verlauf geklärt, Trauerangebote benannt.

Fall 39 – Vermittlung von Trauerbegleitung. Ehemann nach Verlust belastet – Informationsmaterial und Kontakt zum Hospizdienst übergeben, Rückmeldung vereinbart.

7. Qualitätssicherung und Team

7.1 Schnellorientierung

Palliativversorgung in der Hausarztpraxis ist Teamarbeit – MFA-Schulung zu Dokumentationsvorlagen, Notfallplänen und BtM-Protokollen ist keine Kür, sondern Voraussetzung für die in diesem Kapitel beschriebenen Abläufe.

7.2 Teamschulung

Regelmäßige interne Schulung zu: Dokumentationsvorlagen (Abschnitt 3/5), Notfallplänen (Abschnitt 4.6), BtM-Protokollführung (Kapitel 2/8.2). Teilnahme dokumentieren (siehe Fall 40).

7.3 Qualitätszirkel und externe Vernetzung

Teilnahme an regionalen Palliativ-Qualitätszirkeln zur Übernahme aktueller SOPs und zum fachlichen Austausch (siehe Fall 41) – auch eine Gelegenheit, regionale SAPV-/Hospizkontakte zu pflegen (siehe Abschnitt 4).

7.4 Fallvignetten

Fall 40 – Teamfortbildung zur Palliativdokumentation. MFA und Ärzteteam schulen gemeinsam Dokumentationsvorlagen, Notfallpläne, BtM-Protokolle – Teilnahme dokumentiert (nicht abrechenbar, interne Qualitätssicherung).

Fall 41 – Qualitätszirkel Palliativmedizin besucht. Hausarzt berichtet im Team von einem regionalen Qualitätszirkel, neue SOPs werden übernommen.

8. Entscheidungsbaum (Gesamtkapitel-Überblick)

Trigger erkannt? (Abschnitt 2: Surprise Question / typische Auslöser)

- └ Nein → reguläre Betreuung fortführen, Trigger im Verlauf erneut prüfen

- └ Ja → Zielklärungsgespräch anbieten (Abschnitt 3)

- └ Patient:in einwilligungsfähig?

- └ Ja → ACP-Gespräch (20-Minuten-Struktur, Abschnitt 3.3) → Formula

- r (3.4) → Dokumentation (Abschnitt 5)
 - └ Nein → Bevollmächtigte/Betreuung einbeziehen, mutmaßlicher Wille (Abschnitt 3.7)
 - └ Versorgungsform festlegen (Abschnitt 4)
 - └ Symptomlast stabil, häuslich/Heim tragfähig → AAPV allein (Kapitel 1/1.3, Konstellation 1)
 - └ Symptomlast komplex/instabil → SAPV einbinden (Abschnitt 2.3, 4.4)
 - └ Häusliche/Heim-Versorgung nicht tragfähig → Hospiz erwägen (Abschnitt 4.5)
 - └ Notfallplan hinterlegen (Abschnitt 4.6) BEVOR Krise eintritt
 - └ Angehörige einbeziehen durchgängig (Abschnitt 6)
 - └ Sterbephase → Begleitung (6.3) → Nachgespräch/Trauerbegleitung (6.4)

Fallvignetten-Gesamtübersicht Kapitel 1

#	Themenbereich	Kurztitel
16–18	Rolle Hausarzt/AAPV-SAPV	Pflegeheim ohne SAPV; SAPV-Abstimmung; § 37b SGB V
19	Trigger	Erstgespräch palliative Situation
20–25	ACP	Verfügung aktualisiert; Therapiezieländerung; Reanimationsverzicht; Sondernernährungsverzicht; Konflikt/Ethikberatung; Therapiebegrenzung Multimorbidität
26–34	Versorgungsformen	Hospizdienst; Notfallplan Heim; Wochenendbereitschaft; Blutungsnotfall; Sterbeeintritt Heim; Symptomtagebuch; Apothekenkooperation; Notruf trotz Rea-Verzicht; Sterben zu Hause
37	Dokumentation/Abrechnung	GOÄ-Abrechnung privat
35–39	Angehörigenarbeit	Erstgespräch Angehörige; Pflegebelastung; Sterbephasenbegleitung; Nachgespräch; Trauerbegleitung
40–41	Qualitätssicherung	Teamfortbildung; Qualitätszirkel

26 Fallvignetten für Kapitel 1.

Synopsis Kapitel 1

A. Kernbotschaften

1. Palliativversorgung beginnt mit dem Erkennen des richtigen Zeitpunkts, nicht mit der Sterbephase.
2. Die Surprise Question ist ein niedrigschwelliger, aber unspezifischer Einstieg – als Orientierung, nicht als starres Kriterium nutzen.
3. AAPV und SAPV schließen sich nicht aus – die Grundversorgung durch die Hausarztpraxis bleibt auch bei SAPV-Einbindung abrechenbar und sinnvoll.
4. ACP ist ein Gesprächsprozess, kein Formular – das Formular dokumentiert das Gespräch, ersetzt es nicht.

5. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind jederzeit widerrufbar – dieser Hinweis gehört in jedes Beratungsgespräch.
6. „Kein Rea“-Vermerke müssen vor Ort auffindbar sein, nicht nur in der Praxisakte.
7. Notfallpläne gehören vor die Krise, nicht danach.
8. Kommunikation Pflege–Arzt–Angehörige gehört auf einen klaren, vorab vereinbarten Kanal (Fax/Pflegeakte statt nur mündlich).
9. Bei Konflikten zwischen Angehörigenwunsch und dokumentiertem Patientenwillen gilt grundsätzlich der dokumentierte Wille, sofern eindeutig auf die Situation anwendbar.
10. Angehörigenarbeit reicht von der Diagnosemitteilung bis zur Trauerbegleitung nach dem Tod.
11. Ein kurzes Nachgespräch nach dem Tod wird von Angehörigen erfahrungsgemäß als sehr wertvoll erlebt.
12. Pflegende Angehörige selbst aktiv nach Überlastung fragen, nicht nur abwarten.
13. Teamschulung (MFA einbeziehen) ist Voraussetzung, nicht Kür, für funktionierende Palliativorganisation.
14. Bei fehlender SAPV-Verfügbarkeit trägt die Hausarztpraxis die vollständige Betreuung – dann engmaschigere eigene Taktung statt improvisierter Versorgung.
15. EBM/GOÄ-Ziffern für Palliativleistungen sind praxisspezifisch zu verifizieren – die in diesem Kapitel genannten Ziffern sind eine Arbeitsgrundlage, keine abschließende Abrechnungsprüfung.

B. Entscheidungsübersicht

Siehe Entscheidungsbaum (Abschnitt 8) – deckt den gesamten Patientenweg von Trigger-Erkennung bis Trauerbegleitung ab.

C. Formular-/Verfahrensübersicht

Häufig erste Wahl: Palliativplan mit Leitfragen (primäre ACP-Vorlage), Palliativ-Notfallblatt (Kapitel 2/8, Formularstruktur), Beratungsbogen (Dokumentation ACP-Gespräch). **Alternativen:** Kurzform Palliativplan für schnelle Aktenführung nach bereits geführtem Gespräch; externe seriöse Vordrucke (BMJ, Verbraucherzentrale) bei fehlendem eigenem Vordruck. **Typische Stop-/Warnsignale:** Ankreuzformular ohne vorheriges Gespräch verwendet; Notfallplan nur in der Akte, nicht vor Ort.

D. Failure-Modes

1. Palliative Situation nicht erkannt, weil kein systematischer Trigger-Check erfolgt.
2. ACP-Gespräch auf „später“ vertagt, ohne den Trigger selbst zu dokumentieren.
3. Reines Ankreuzformular ohne Gespräch als „erledigtes ACP“ missverstanden.
4. „Kein Rea“-Vermerk nur in der Praxisakte, im Notfall vor Ort nicht auffindbar.
5. Angehörigenwunsch unkritisch übernommen, ohne dokumentierten Patientenwillen zu prüfen.
6. Notfallplan erst nach der ersten Krise erstellt statt vorab.
7. Medikationsänderungen nur mündlich an die Pflege kommuniziert.
8. SAPV-Trigger erkannt, aber Einbindung verzögert, bis die Situation bereits eskaliert ist.
9. Pflegende Angehörige-Überlastung übersehen, weil nur der Patient/die Patientin im Fokus steht.

10. Nachgespräch nach dem Tod unterlassen, obwohl hohe Angehörigenbelastung erkennbar war.
11. MFA/Team nicht in Notfallpläne und Dokumentationsvorlagen eingewiesen.
12. EBM/GOÄ-Ziffern ungeprüft aus einer generischen Quelle übernommen, statt praxisspezifisch zu verifizieren.

E. Quick-Reference

Siehe Entscheidungsbaum (Abschnitt 8) als Ein-Seiten-Übersicht; PVS-Dokumentationsbausteine siehe Abschnitt 3.10; Formularübersicht siehe Synopsis C.

I1 - Symptomkontrolle und Medikation am Lebensende: Werkzeuge für die Hausarztpraxis

1. Grundprinzipien der Symptomkontrolle

Zielgrößen (gleichrangig, Praxisempfehlung nach Skill-Leitprinzip): Funktion, Wachheit/Ansprechbarkeit, Sicherheit, Lebensqualität – nicht allein Symptombefreiung um jeden Preis. Eine Symptomkontrolle, die Patient:innen dauerhaft sediert oder sturzgefährdet macht, ist kein Erfolg.

Hausärztliche Abgrenzung gegenüber intensivmedizinischer Maximaltherapie: Ziel ist die kleinste wirksame Dosis mit klarem Kontrollzeitpunkt, nicht die schnellstmögliche Symptombefreiung. Jede Eskalation braucht ein Rückzugskriterium (Stop-Regel) und einen definierten Zeitpunkt für „hat es gewirkt?“.

Vier wiederkehrende Fragen vor jeder Verordnung (durchziehen sich durch alle Symptomabschnitte dieses Kapitels): 1. Was ist die kleinste sinnvolle Startdosis? 2. Wann und woran erkenne ich Wirkung oder Nichtwirkung? 3. Was mache ich bei Teilwirkung – was bei Wirkungslosigkeit? 4. Ab welchem Punkt reicht die Hausarztpraxis nicht mehr (SAPV/fachärztliche Rücksprache/Klinik)?

Dieses Kapitel behandelt Tumor- und nicht-tumorbedingten Schmerz mit Fokus auf die alltägliche Rechen- und Entscheidungsebene: Wie genau titriere ich, wie rechne ich oral auf s.c. um, was gilt bei Niereninsuffizienz oder hohem Alter, was dokumentiere ich. Eine kurze mechanismusbasierte Einordnung folgt in 2.2.

2. Schmerz

2.1 Schnellorientierung

- Opioid ist die Basis bei mittelstarkem bis starkem Schmerz am Lebensende – kein „Ultima Ratio“, sondern Standardtherapie.
- Startdosis niedrig, Titration nach Wirkung, nicht nach Schema.
- Jedes Opioid **immer mit Obstipationsprophylaxe** verordnen (siehe 2.7).
- Bedarfsmedikation = ca. 1/6 der 24-Stunden-Basisdosis (bei Frailty/hohem Alter vorsichtiger: ca. 1/10) – **Praxisempfehlung**, gängige Faustregel, keine Leitlinien-Fixgröße.
- Neuer, lokalisierter, belastungsabhängiger Knochenschmerz = zuerst Stabilitätsproblem, nicht automatisch Basisschmerzproblem (Mechanismus-Details: siehe 2.2).

2.2 Definition, Einordnung, Abgrenzung (kurz)

Tumor- und nicht-tumorbedingter Schmerz am Lebensende werden hier gemeinsam behandelt, da die hausärztliche Herangehensweise (Opioidbasis + Bedarfsmedikation + Titration) im Grundsatz gleich ist. Mechanismusbasiert lassen sich vier Schmerztypen unterscheiden: **ossärer Schmerz** (belastungsabhängig, gut lokalisierbar, spricht oft zusätzlich auf NSAR/Dexamethason an), **neuropathischer Schmerz** (brennend, einschießend, Indikation für Ko-Analgetika wie Gabapentin/Pregabalin/ Amitriptylin), **viszeraler Schmerz** (dumpf, schlecht lokalisierbar, oft mit vegetativer Begleitsymptomatik) und **ödem-/kompressionsbedingter Schmerz** (z. B. Nervenkompression, spricht auf Dexamethason an). Zusätzlich zeitlich zu unterscheiden: **Dauerschmerz** (kontinuierlich, durch die Basismedikation abgedeckt), **End-of-dose-Failure** (Wiederauftreten kurz vor der nächsten Basisdosis – Hinweis auf zu langes Dosisintervall), **Incident Pain** (vorhersehbar, z. B. bei Bewegung/Verbandswechsel – Bedarfsmedikation vorab geben) und **echter Durchbruchschmerz** (unvorhersehbar, trotz stabiler Basistherapie – Bedarfsmedikation nach Bedarf).

2.3 Red Flags

Red Flags, die vor reflexhafter Dosissteigerung eine Ursachenabklärung erfordern: Verdacht auf Rückenmarkskompression, pathologische Fraktur, akutes Abdomen/Ileus sowie **neu aufgetretene Schmerzzunahme trotz stabiler Vorthherapie** – Letzteres ist immer verdächtig auf eine neue Komplikation, nicht primär ein Anlass zur reflexhaften Dosissteigerung.

2.4 Nichtmedikamentöse Basis

Lagerung/Mobilisation im schmerzfreien Bereich, Kälte/Wärme je nach Präferenz, physiotherapeutische Kontrakturprophylaxe, psychoonkologische/psychosoziale Mitbehandlung bei ausgeprägter Schmerzverstärkung durch Angst (siehe Abschnitt 5, Angst/Delir). Bei Knocheninstabilität: Orthesen/Lagerungshilfen vor medikamentöser Eskalation prüfen.

2.5 Medikamentöse Therapie – Kompaktprofile

Kennzeichnung: F = Fakt (Fachinformation/Leitlinie), P = Praxisempfehlung (plausibel, begrenzte Evidenz), OL = Off-Label, S = Spezialistenbereich, U = Unsicher.

Wirkstoff	Startdosis	Titration	Applika- tionsweg	Kennzeichnung	Cave
Morphin, unretardiert (opioidnaiv)	5 mg p.o. alle 4 h, Bedarf zusätzlich	Basisdosis nach 24 h = Summe des tatsächlichen Verbrauchs, dann auf Retardform umstellen	p.o.	F	Niereninsuffizienz: aktive Metabolite kumulieren – Intervall verlängern oder auf Hydromorphon/Oxycodon wechseln (P)
Morphin, retardiert	2 × 10–20 mg/d nach Titrationsphase	alle 24–48 h nach Bedarfsverbrauc h anpassen (+50–100 % der Bedarfssumme)	p.o.	F	s. o.
Morphin s.c.	20–30 mg/24 h als Perfusor bei Umstellung von p.o. (Faustregel oral:s.c. ≈ 2–3:1, Praxisempfehlung:	Bedarf 1/6 der 24-h-Dosis alle 1–2 h	s.c.	F (s.c.-Gabe von Morphin ist in D zugelassen)	Bei Niereninsuffizienz besonders engmaschig auf Sedierung/Atemdepression achten

Wirkstoff	Startdosis	Titration	Applikationsweg	Kennzeichnung	Cave
	Umrechnungs-faktor je nach Quelle 2– 3:1, im Einzelfall nach Wirkung titrieren)				
Hydro- morphon	1,3 mg p.o. alle 4 h (opioidaiv)	analog Morphin	p.o./s.c.	F	Bevorzugt bei Niereninsuffizienz (weniger aktive Metabolite) – P , dennoch Dosisreduktion/Intervallverlängerun g erwägen
Oxycodon	5 mg p.o. alle 4–6 h (opioidaiv)	analog Morphin	p.o.	F	Bei Leberinsuffizienz Kumulationsrisiko – Dosis vorsichtig titrieren
Metamizol	500–1000 mg p.o./i.v. bis 4×/d	nach Wirkung, Tageshöchstdosi s nach Fachinfo (i. d. R. bis 4 g/d) prüfen	p.o./i.v.	OL bei s.c.-Gabe (in D nur Morphin, Hydro- morphon, Butylscopolamin für s.c. zugelassen – Metamizol s.c. ist durchgängig Off-Label, praxisüblich, aber so kenn-zeichnen)	Agranulozytose-Risiko (selten, aber Aufklärungspflicht); Hautreizung bei s.c.-Gabe möglich
Gabapentin	100–300 mg abends	alle 2–3 Tage steigern, Zielbereich 900– 1800 mg/d verteilt	p.o.	F (bei neuropathischem Schmerz)	Niereninsuffizienz: Dosis reduzieren

Wirkstoff	Startdosis	Titration	Applika- tionsweg	Kennzeichnung	Cave
Pregabalin	25–75 mg abends	alle 3–7 Tage steigern, Zielbereich 150–300 mg/d verteilt	p.o.	F	Niereninsuffizienz: Dosis reduzieren
Amitriptylin	10–25 mg abends	alle 3–7 Tage steigern, Zielbereich 25–75 mg/d	p.o.	F (neuropathischer Schmerz), OL für diese spezifische Indikation je nach Fachinfo-Wortlaut prüfen	anticholinerge Last bei Geriatrie/Delir-Risiko – zurückhaltend einsetzen
Duloxetin	30 mg/d	nach 1–2 Wochen ggf. auf 60 mg/d	p.o.	OL bei neuropathischem Tumorschmerz (Zulassung regulär Diabetische Neuropathie/Depression)	Bei Leberinsuffizienz kontraindiziert (Fachinfo prüfen)
Dexamethason	4–8 mg morgens, zeitlich begrenzter Therapieversuch	Nutzenprüfung nach 3–5 Tagen, dann ausschleichen oder absetzen	p.o./s.c.	P (bei ödem-/kompressionsbedingtem Schmerz)	Klare Stop-Regel vorgeben, sonst Steroid-Dauertherapie mit NW-Last

Alle Dosisangaben sind Startwerte für erwachsene, mobile Patient:innen ohne relevante Organinsuffizienz. Vor Druck: gegen die zum Zeitpunkt der Publikation gültige Fachinformation der jeweiligen Präparate final gegenprüfen.

2.6 Titration und Eskalation

- **Bedarfsregel:** 1/6 der 24-h-Basisdosis als Bedarfsmenge, bei Frailty/hohem Alter vorsichtiger mit 1/10 beginnen (**P**, keine feste Leitlinien-Zahl, sondern etablierte Praxisregel mit Alters-Anpassung).
- **Basisanpassung:** 24-h-Bedarfsverbrauch addieren und zu 50–100 % der Basisdosis aufschlagen, dann neu verteilen (**P**).
- **Opioidrotation** (bei unzureichender Wirkung trotz Eskalation oder dosislimitierenden Nebenwirkungen): Dosisreduktion um 25–50 % gegenüber der errechneten Äquivalenzdosis wegen inkompletter Kreuztoleranz (**P**, Umrechnungsfaktoren variieren je nach Quelle – bei Unsicherheit fachärztliche/SAPV-Rücksprache).
- **Nutzenprüfung:** 24–48 h nach jeder Dosisänderung.

2.7 Nebenwirkungsmanagement

Nebenwirkung	Ursache	Erste Maßnahme	Zweite Maßnahme	Wann Wechsel/Stop?	Wann dringend?
Obstipation	Opioid-induziert (nahezu obligat)	Ab Opioidbeginn prophylaktisch Laxans (Macrogol) ansetzen	Stufenschema eskalieren (siehe Abschnitt 7.1, Obstipation/OIC)	Bei Ileusverdacht: keine motilitätsfördernden Laxantien	Akutes Abdomen, Ileuszeichen
Übelkeit	Zentral, meist in ersten Tagen selbstlimitierend	Haloperidol niedrig dosiert p.o./s.c. (P)	nach 3–5 Tagen reevaluieren, ggf. Antiemetikum wechseln	Persistenz über 1 Woche	Ileusverdacht als Ursache
Sedierung	Dosis zu hoch oder Kumulation (Niere)	Dosis reduzieren, Intervall prüfen	Rotation erwägen	Fortschreitende Bewusstseinsstrübung ohne andere Erklärung	V. a. Opioidintoxikation
Atemdepression	Überdosierung, meist bei zu schneller Eskalation	Dosis pausieren, engmaschig überwachen	Bei klinisch relevanter Symptomatik: ärztliche Reevaluation, Naloxon nur bei vitaler Bedrohung und	—	Atemfrequenz < 8/min mit Sedierung

mit Bedacht auf
Entzugssymptomatik (S)

2.8 Sondergruppen

- **Niereninsuffizienz:** Morphin-Metabolite kumulieren – Hydromorphon oder Oxycodon bevorzugen, Intervalle verlängern, engmaschiger auf Sedierung achten (P).
- **Leberinsuffizienz:** Oxycodon und Duloxetin mit Vorsicht/Dosisreduktion, Paracetamol-Tageshöchstdosis reduzieren.
- **Geriatric/Frailty:** Startdosen halbieren, Bedarfsregel 1/10 statt 1/6, engmaschigere Kontrollintervalle, anticholinerge Substanzen (Amitriptylin) zurückhaltend.

2.9 Grauzonen

Situation	Option A	Option B	Entscheidendes Kriterium	Häufigster Fehler
Trotz Eskalation weiter Schmerz, aber zunehmende Sedierung	Rotation auf anderes Opioid	Ko-Analgetikum ergänzen statt Opioid weiter steigern	Ist der Schmerzmechanismus geklärt (siehe 2.2)? Reflexh	afte weitere Opioidsteigerung ohne Mechanismus-Prüfung
Neue Schmerzverstärkung bei vorbestehend guter Einstellung	Neue Komplikation ausschließen (Fraktur, Kompression, Ileus)	Basisdosis anpassen	Zeitlicher Zusammenhang mit neuem Ereignis?	Sofortige Dosissteigerung ohne Ursachenklärung

2.10 „Was tun, wenn ...?“

- ... **keine Wirkung trotz adäquater Titration?** Mechanismus neu prüfen (siehe 2.2), Rotation erwägen, SAPV-Rücksprache.
- ... **Teilwirkung nach 48 h?** Basisdosis nach Bedarfsverbrauch anpassen (2.6), Kontrolle in 24–48 h.
- ... **dosislimitierende Nebenwirkungen (Sedierung/Übelkeit)?** Rotation statt weiterer Eskalation.
- ... **Verschlechterung der Nierenfunktion unter laufender Therapie?** Auf Hydromorphon/Oxycodon wechseln, Intervalle verlängern, engmaschig kontrollieren.
- ... **unklare Zuständigkeit bei instabiler Schmerzsituation?** SAPV-Kontakt bei komplexer/instabiler Symptomlast (siehe Kapitel 1, Abschnitt 2.3).

2.11 Eskalationsmatrix

Situation	Hausärztlich	Fachärztliche Rücksprache	Spezialistenbereich (SAPV)	Akut
Stabiler Tumorschmerz, Basis + Bedarf definiert	✓			
Erste Opioidrotation	✓ (mit Vorsicht)	✓ bei Unsicherheit		
Wiederholte Rotationen, komplexe Mehrfachmechanismen			✓	
Rückenmarkskompressionsverdacht, pathologische Fraktur				✓ (Klinikeinweisung)

2.12 Fallvignetten (2 von insgesamt geplanten ≥15 für das Gesamtkapitel)

Fall 1 – Titration bei opioidnaiver Patientin. 78-jährige Patientin, metastasiertes Mammakarzinom, ossäre Metastasen LWS, bislang NSAR. Komorbidität: leichte Niereninsuffizienz (eGFR 55).

Aktuelle Medikation: Ibuprofen 3×400 mg (abgesetzt wegen Niereninsuffizienz-Risiko).

Mechanismus: ossärer Dauerschmerz. Funktionelles Ziel: schmerzarme Mobilisation zum WC.

Entscheidung: Umstellung auf Morphin unretardiert 5 mg p.o. alle 4 h + Bedarf 5 mg.

Nebenwirkungsprophylaxe: Macrogol ab Tag 1. Kontrolle: nach 24 h Bedarfsverbrauch erfassen.

Teilwirkung: Basisdosis nach Bedarfssumme anpassen, auf Retardform umstellen. Wirkungslosigkeit trotz

Eskalation: Rotation auf Hydromorphon wegen Niereninsuffizienz erwägen.

Stop-Kriterium: bei Sedierung (RASS < 0) Dosis pausieren.

Alternativstrategie: Dexamethason-Versuch bei Hinweis auf perifokales Ödem.

Überweisungsschwelle: bei Rückenmarkskompressionszeichen sofort Klinik.

Failure-Mode: NSAR trotz Niereninsuffizienz fortgeführt – hier vermieden. Begründung: Standardvorgehen WHO-Stufenschema/Opioidbasis, s. 2.5–2.6.

Fall 2 – Umstellung oral auf s.c. im häuslichen Setting. 84-jähriger Patient, fortgeschrittenes Prostatakarzinom, zunehmende Schluckstörung. Komorbidität: keine relevante Organinsuffizienz.

Aktuelle Medikation: Morphin retard 2×30 mg/d p.o., stabil eingestellt.

Mechanismus: vorbestehend gut kontrollierter Tumorschmerz, jetzt Applikationsproblem.

Funktionelles Ziel: gleichbleibende Schmerzkontrolle trotz Schluckversagen.

Entscheidung: Umstellung auf Morphin s.c. via Perfusor, Basisdosis nach Umrechnungsfaktor (Praxisempfehlung, im Einzelfall nach Wirkung titrieren).

Titrationsplan: erste 24 h engmaschige Reevaluation.

Nebenwirkungsprophylaxe: Laxans-Regime beibehalten.

Kontrolle: nach 24 h. Teilwirkung: Bedarfsmedikation s.c. anpassen.

Wirkungslosigkeit: Rücksprache SAPV, da Applikationsumstellung im häuslichen Setting komplex. Stop-/Eskalationskriterium: neue Unruhe als möglicher Schmerz- oder Delir-Hinweis (siehe Abschnitt 5).

Alternativstrategie: Fentanylpflaster bei stabiler Situation ohne akuten Titrationsbedarf (**P**, hier nicht gewählt wegen laufendem Titrationsbedarf).

Überweisungsschwelle: SAPV bei Perfusor-Management-Unsicherheit in der Häuslichkeit.

Failure-Mode: Umrechnung ohne anschließende engmaschige Kontrolle „auf Verdacht“ – hier vermieden durch 24-h-Reevaluation. Begründung: s. 2.5–2.6, Applikationswege werden in Abschnitt 8 („Applikationswege/BtM“) vertieft.

2.13 Dokumentationsbaustein (PVS-Kurztext, Entwurf)

„Schmerzanamnese: [Lokalisation/Charakter]. Aktuelle Medikation: [Basis + Bedarf]. Symptomkontrolle: [NRS/VAS]. Nebenwirkungsprophylaxe: [Laxans ja/nein]. Nächste Kontrolle: [Datum]. Eskalationskriterium besprochen: [ja/nein].“

2.14 Offene Unsicherheiten (Abschnitt 2, Schmerz)

- Exakter Umrechnungsfaktor oral→s.c. für Morphin variiert je nach Quelle (2:1 bis 3:1) – vor Drucklegung auf einen im gesamten Kapitel einheitlichen Faktor mit Quellenbeleg festlegen.
- Amitriptylin/Duloxetin bei neuropathischem Tumorschmerz: Off-Label-Status je nach aktueller Fachinformation exakt zu formulieren.
- Naloxon-Einsatz bei opioidbedingter Atemdepression in der Palliativsituation ist ein Spezialistenbereich-Thema (Abwägung Entzugssymptomatik vs. Lebensbedrohung) – sollte vor Publikation von einem Palliativmediziner gegengelesen werden.

3. Dyspnoe am Lebensende

3.1 Schnellorientierung

- Opioid ist die einzige Substanzklasse mit belastbarer Evidenz bei refraktärer Dyspnoe – **Fakt**, gestützt auf eine CME-Fortbildungsquelle (arztcm 2018, 54 Referenzen).
- Sauerstoff nur bei nachgewiesener Hypoxämie sinnvoll, nicht routinemäßig.
- Handventilator ins Gesicht: einfache, evidenzgestützte nichtmedikamentöse Maßnahme.
- Bei vorbestehender Opioidtherapie: Dosiserhöhung um ca. 25 % statt Neubeginn.

3.2 Definition und Einordnung

Dyspnoe ist ein subjektives Symptom („belastende Wahrnehmung erschwerter Atmung“, ATS-Definition) – die gemessene Sauerstoffsättigung korreliert nicht zuverlässig mit dem Leidensdruck. Prävalenz bei fortgeschrittener Krebserkrankung ca. 50 %, in den letzten Lebenstagen bis 70–80 % (F, CME-Quelle 2018).

3.3 Red Flags

Akute Atemnotkrise mit Todesangst, Verdacht auf akut behandelbare Ursache (Pleuraerguss, Perikarderguss, Lungenembolie, Pneumothorax) – hier vor rein symptomatischer Therapie kausale Abklärung erwägen, sofern mit dem Versorgungsziel vereinbar (siehe Kapitel 1, Zielklärung).

3.4 Nichtmedikamentöse Basis

Handventilator/Ventilator ins Gesicht (Evidenz für Wirksamkeit vorhanden), aufrechte Lagerung, kühle Raumluft, Fenster öffnen, Entspannungstechniken, ruhige Gesprächsführung („Atemnot ist sehr belastend, aber wir können gut dagegen behandeln“), Notfallplan für Angehörige (siehe 3.10).

3.5 Kausale Therapieoptionen (kurz, vor rein symptomatischer Eskalation prüfen)

Ursache	Kausale Option
Pleuraerguss	Punktion erwägen, falls mit Versorgungsziel vereinbar
Kardiale Dekompensation	Diuretika-Optimierung
Infekt	Antibiotikum, falls Therapieziel dies einschließt
Anämie	Transfusion nur, falls funktioneller Nutzen zu erwarten und Therapieziel dies einschließt
Bronchialobstruktion	Bronchodilatoren

3.6 Kompaktprofile – medikamentöse Therapie der refraktären Dyspnoe

Wirkstoff	Startdosis	Titration	Applikationsweg	Kennzeichnung	Cave
Morphin (opioidnaiv)	2,5 mg p.o. bzw. 1–2,5 mg s.c. alle 4 h	bei vorbestehender Opioidtherapie: Tagesdosis um ca. 25 % erhöhen	p.o./s.c.	F (CME-Quelle, gegen aktuelle Leitlinie zu bestätigen)	s. Abschnitt 2.5/2.8 (Schmerz)
Lorazepam	0,5–1 mg alle 6–8 h	nach Wirkung	p.o./s.l.	F (bei begleitender Angstkomponente)	Sedierung, paradoxe Reaktion bei Delir möglich
Midazolam	2,5–5 mg s.c. alle 4 h	nach Wirkung, bei Eskalation kontinuierlich (siehe Abschnitt 6, Sedierung)	s.c.	OL (in D nur zur ICU- Sedierung zugelassen, palliative Anwendung durchgängig Off-Label)	Atemdepression bei Kombination mit Opioid – engmaschig überwachen

Ausdrücklich ohne Evidenz laut CME-Quelle: Antidepressiva und Steroide bei refraktärer Dyspnoe – Ausnahme Lymphangiosis carcinomatosa/Tumorobstruktion (dort Dexamethason-Versuch analog Schmerzkapitel 2.5).

3.7 Titration und Eskalation

Bedarfsregel wie bei Schmerz: ca. 1/5–1/6 der 24-h-Opioid-Basisdosis, Steigerung um ca. 30 % bei unzureichender Wirkung (**P**).

3.8 Nebenwirkungsmanagement

Siehe Abschnitt 2.7 (Schmerz) – gleiche Substanzklassen, gleiche Nebenwirkungsprofile. Zusätzlich: Bei Kombination Opioid + Benzodiazepin engmaschigere Überwachung der Atemfrequenz.

3.9 Grauzonen

Situation	Option A	Option B	Entscheidendes Kriterium	Häufigster Fehler
Dyspnoe ohne nachweisbare Hypoxämie	Sauerstoff dennoch versuchsweise (Placebo-/Luftstrom-Effekt)	Opioid/Handventilator ohne Sauerstoff	Subjektive Erleichterung unter Sauerstoff-Testgabe?	Sauerstoff routinemäßig ohne Wirkungsprüfung fortführen
Angstkomponente vs. rein respiratorische Ursache	Benzodiazepin ergänzen	Opioid allein steigern	Überwiegt Angst/Panik das Atemnotgefühl?	Ausschließlich Opioid eskalieren, obwohl Angst führt

3.10 „Was tun, wenn ...?“

- ... **Sauerstoff ohne Effekt trotz Hypoxämie?** Auf Opioid-Titration fokussieren, Sauerstoff nicht routinemäßig fortführen ohne Nutzenbeleg.
- ... **Angstkomponente dominiert?** Benzodiazepin ergänzen (3.6), siehe auch Abschnitt 5 (Angst/Delir).
- ... **akute Verschlechterung nachts/Wochenende?** Notfallplan mit hinterlegter Bedarfsmedikation (siehe Kapitel 1, Palliativ-Notfallblatt) – kein routinemäßiger Notarzttruf, falls mit Patientenwillen vereinbar.

3.11 Eskalationsmatrix

Situation	Hausärztlich	Fachärztliche Rücksprache	SAPV	Akut
Stabile Dyspnoe unter Opioidbasis	✓			
Zunehmende Dyspnoe trotz Eskalation		✓	✓	
Akute Atemnotkrise mit Todesangst, instabile häusliche Situation			✓	✓

3.12 Fallvignetten

Fall 3 – s.c.-Morphinpumpe bei terminaler Dyspnoe. 76-jähriger Patient, zunehmende Atemnot bei fortgeschrittener Erkrankung, Sauerstoffgabe ohne ausreichenden Effekt. *Komorbidität: keine führende Niereninsuffizienz (Annahme für dieses Lehrbeispiel).*

Mechanismus: refraktäre Dyspnoe.

Funktionelles Ziel: erträgliche Atmung ohne durchgehende Sedierung.

Entscheidung: kontinuierliche s.c.-Morphingabe, Start 10 mg/24 h, Bedarf 2 mg s.c. Nebenwirkungsprophylaxe: Obstipationsprophylaxe fortführen.

Kontrollzeitpunkt: nach 24 h Bedarfsverbrauch prüfen (Originaldokumentation: „gut wirksam“).

Vorgehen bei Teilwirkung: Basisdosis nach 3.7 anpassen.

Vorgehen bei Wirkungslosigkeit: Rücksprache SAPV.

Reaktion auf Nebenwirkungen: bei Sedierung Dosis reduzieren. Stop-/Eskalationskriterium: Atemfrequenz < 8/min mit Bewusstseinstörung.

Alternativstrategie: Benzodiazepin ergänzen bei führender Angstkomponente.

Überweisungsschwelle: SAPV bei instabiler Symptomkontrolle.

Failure-Mode: Sauerstoff routinemäßig fortgeführt statt Wirkungsprüfung (hier vermieden). Begründung: 3.6–3.7; Dokumentation gemäß Originaleintrag: VAS-Dyspnoe, Palliativkurve, BtM-Dokumentation, entsprechende palliativmedizinische GOP nach Kapitel 1, Abschnitt 5.3.

Fall 4 – Palliative Dyspnoe, kein Eskalationswunsch. 72-jähriger Patient mit Atemnot, SpO₂ 87 %, ausdrücklicher Wunsch gegen Notarzt/Klinikeinweisung.

Mechanismus: refraktäre Dyspnoe bei fortgeschrittener Erkrankung, Therapieziel bereits auf Symptomlinderung festgelegt (siehe Kapitel 1, Zielklärung/ACP).

Entscheidung: s.c.-Morphin gemäß 3.6, begleitendes beruhigendes Gespräch (Deeskalation der Angstkomponente ohne primär medikamentöse Eskalation).

Kontrolle: Verlauf laut Originaldokumentation „gut“.

Failure-Mode, der hier bewusst vermieden wurde: Sauerstoffsättigung als alleiniger Trigger für ungewollte Notfalleinweisung – stattdessen Orientierung am dokumentierten Patientenwillen (Notfallbogen). Dokumentation: Borg-Skala, Notfallbogen, O₂-Gabe protokolliert.

4. Übelkeit und Erbrechen

4.1 Schnellorientierung

- Ursache vor Antiemetikawahl klären (zentral, gastrointestinal-motilitätsbedingt, chemisch/metabolisch, Hirndruck) – Mechanismus bestimmt Wirkstoffwahl.

- Haloperidol niedrig dosiert ist die hausärztliche Basisoption bei unklarer/zentraler Ursache.
- Bei Motilitätsstörung (Gastroparese, partielle Obstruktion ohne Ileus): Metoclopramid.
- **Bei komplettem Ileus: Metoclopramid kontraindiziert** – prokinetische Wirkung verschlimmert die Symptomatik.

4.2 Definition und Einordnung

Übelkeit am Lebensende ist meist multifaktoriell (Opioid-Nebenwirkung, Tumorbedingt, metabolisch, psychisch mitbedingt). Opioid-induzierte Übelkeit ist häufig in den ersten Tagen nach Therapiebeginn und meist selbstlimitierend.

4.3 Red Flags

Hinweise auf mechanischen Ileus (kein Stuhl-/Windabgang, kolikartige Schmerzen, sichtbare Peristaltik) – vor symptomatischer Antiemetikagabe abklären, da dies die Wirkstoffwahl direkt ändert (4.6).

4.4 Nichtmedikamentöse Basis

Kleine, geruchsarme Mahlzeiten, Vermeidung auslösender Reize, aufrechte Position nach dem Essen, Mundpflege.

4.5 Kompaktprofile

Wirkstoff	Startdosis	Titration	Applikationsweg	Kennzeichnung	Cave
Haloperidol	0,5–1 mg p.o./s.c. abends	nach Wirkung, Tageshöchstdosis 10–20 mg (Erwachsene) bzw. 5 mg (ältere Patient:innen)	p.o./s.c.	OL (Indikation „Erbrechen“ seit EMA- Sicherheitsverfahren 2017 nicht mehr regulär zugelassen; s.c.-Gabe zusätzlich Off-Label) Q	T-Zeit-Verlängerung, EPS bei höherer Dosis

Wirkstoff	Startdosis	Titration	Applikationsweg	Kennzeichnung	Cave
Metoclopramid	10 mg p.o./s.c. alle 8 h	nach Wirkung	p.o./s.c.	F	Kontraindiziert bei komplettem Ileus; Tageshöchstosis und Anwendungsdauer laut Fachinfo beachten (EMA- Beschränkung auf max. 5 Tage regulär – bei Palliativsituation individuelle Abwägung, S bei Überschreitung)
Dimenhydrinat	62–150 mg supp./p.o.	nach Wirkung	p.o./rektal	F	Sedierung, anticholinerge Last
Dexamethason	4–8 mg morgens	Nutzenprüfung nach 3–5 Tagen	p.o./s.c.	P (bei Hirndruck- /Leberkapselspannungs- bedingter Übelkeit)	Stop-Regel vorgeben
Levomepromazin	6,25–25 mg abends	bei Reserve-Bedarf steigern bis in den Sedierungsbereich (siehe Abschnitt 6.4)	p.o./s.c.	OL s.c. (Fachinfo- Kontraindikation, in Palliativliteratur etabliert) Sedierung dosisabhängig	

4.6 Grauzonen

Situation	Option A	Option B	Entscheidendes Kriterium	Häufigster Fehler
Übelkeit unklarer Genese	Haloperidol niedrig dosiert als Basisoption	Metoclopramid bei V. a. Motilitätsstörung	Ileus ausgeschlossen?	Metoclopramid ungeprüft bei möglichem Ileus

Opioid-Beginn mit Übelkeit	Abwarten (meist selbstlimitierend binnen einer Woche)	Sofort Dauerantiemetikum ansetzen	Ausmaß und Belastung für Patient:in	Übelkeit vorschnell als „Therapieversagen“ gewertet und Opioid abgesetzt
----------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--

4.7 „Was tun, wenn ...?“

- ... **Übelkeit trotz Haloperidol persistiert über 1 Woche?** Ursache neu prüfen, Wechsel auf Metoclopramid (falls kein Ileus) oder Levomepromazin als Reserve.
- ... **V. a. Ileus?** Metoclopramid absetzen, Butylscopolamin statt Prokinetikum, chirurgische/fachärztliche Rücksprache prüfen, sofern mit Therapieziel vereinbar.
- ... **Übelkeit unter Opioidtherapie persistiert entgegen Erwartung über 1 Woche?** Auf andere Ursache prüfen, nicht automatisch dem Opioid zuschreiben.

4.8 Eskalationsmatrix

Situation	Hausärztlich	Fachärztliche Rücksprache	SAPV	Akut
Opioid-induzierte Übelkeit, selbstlimitierend	✓			
Persistierende Übelkeit trotz Stufentherapie		✓	✓	
V. a. mechanischer Ileus		✓		✓ (bei akutem Abdomen)

4.9 Fallvignetten

Fall 5 – Übelkeit bei metastasierter Erkrankung. 68-jähriger Patient mit chemotherapieassoziiierter Übelkeit.

Entscheidung laut Originaldokumentation: Haloperidol s.c. 0,5 mg + Metoclopramid, deutliche Besserung. Ileus vor Metoclopramid-Gabe ausgeschlossen (kein Hinweis auf Stuhlverhalt).

Kontrolle: EMES-Score im Verlauf.

Vorgehen bei Teilwirkung: Dosis nach 4.5 anpassen.

Failure-Mode, der hier vermieden wurde: Kombinationstherapie ungeprüft bei möglichem Ileus.

Fall 6 – Antiemetika s.c. bei Tumorübelkeit ohne orale Aufnahme. 71-jähriger Patient, keine orale Medikation mehr möglich.

Entscheidung: Metoclopramid s.c. 10 mg alle 8 h. Dokumentation laut Original: „Wirkung zufriedenstellend“.

Kontrollzeitpunkt: VAS-Verlauf.

Alternativstrategie bei Wirkungslosigkeit: Wechsel auf Haloperidol oder Levomepromazin s.c.

5. Angst, Unruhe und Delir

5.1 Schnellorientierung

- Angst, Unruhe und Delir müssen unterschieden werden – die Therapie ist grundverschieden (Angst: Benzodiazepin sinnvoll; Delir: Benzodiazepin kann verschlimmern, Antipsychotikum ist Basis).
- Vor jeder medikamentösen Delir-Therapie: reversible Ursachen suchen (Harnverhalt, Obstipation, Schmerz, Opioidtoxizität, Hypoxie, Infekt, Medikamenteninteraktion).
- Bei Demenz/Parkinson/Lewy-Body-Demenz: Haloperidol zurückhaltend einsetzen (Verschlechterung extrapyramidalen Symptomatik).

5.2 Definition und Abgrenzung

Angst/Panik: situativ oder anhaltend, meist kognitiv erhaltene Wahrnehmung der eigenen Angst. **Terminale Unruhe/Delir:** akut fluktuierende Aufmerksamkeits- und Bewusstseinsstörung, oft mit Fehlwahrnehmungen, in der Finalphase häufig; je nach Versorgungsbereich und Messmethode werden Delir-Prävalenzen von etwa 15–40 % berichtet, in Hochrisiko-Kollektiven (z. B. Intensivstation, postoperative geriatrische Patient:innen) auch deutlich darüber, in Einzelstudien bis über 50 % (F, S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“, AWMF-Registernummer 109-001, 2026; Bush et al., „The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings“, 2019).

5.3 Red Flags / Ursachensuche vor Therapie

Vor Sedierung immer prüfen: Harnverhalt (Blasenscan), Obstipation, unzureichend behandelter Schmerz, Opioidtoxizität (Myoklonien, Halluzinationen als Warnzeichen), Hypoxie, akuter Infekt, Medikamenteninteraktion/-entzug (auch Alkohol-/Benzodiazepinentzug bedenken).

5.4 Nichtmedikamentöse Basis

Ruhige, reizarme Umgebung, feste Bezugspersonen, Reorientierungshilfen (Uhr, Kalender, vertraute Gegenstände), Tag-Nacht-Rhythmus fördern, Angehörige einbeziehen und über Delir als Teil des Sterbeprozesses aufklären (Behandlungsziel „Linderung/Schutz“, nicht „Ruhigstellen“).

5.5 Kompaktprofile

Wirkstoff	Start-dosis	Titration	Applikationsweg	Kennzeichnung	Cave
Lorazepam	0,5–1 mg s.l./p.o. alle 4–8 h	nach Wirkung	p.o./s.l.	F (bei Angst)	Bei Delir eher ungeeignet/kann verschlimmern – nur bei führender Angstkomponente QT-Zeit-Verlängerung
Haloperidol	0,5–1 mg p.o./s.c.	nach Wirkung, Tageshöchstdosis 10–20 mg (Erwachsene), 5 mg (ältere Patient:innen)	p.o./s.c.	F p.o. (Indikation Delir/Unruhe erhalten, Erbrechen seit 2017 keine reguläre Indikation mehr), OL s.c.	(EMA- Sicherheitsmitteilung), Kontraindiziert/streng zurückhaltend bei Parkinson/Lewy-Body- Demenz
Midazolam	2,5–5 mg s.c.	nach Wirkung	s.c.	OL (in D nur zur ICU- Sedierung zugelassen, palliative Anwendung durchgängig Off-Label)	Atemdepression bei Kombination mit Opioid
Levomepromazin	6,25–25 mg p.o./s.c.	je nach Ziel (niedrig: antipsychotisch/ sedierend leicht; höher: Sedierung, siehe 6.4)	p.o./s.c.	OL s.c. (Fachinfo- Kontraindikation)	Sedierung dosisabhängig, orthostatische Hypotonie
Quetiapin	12,5–25 mg abends	vorsichtig steigern	p.o.	OL (Delir/Unruhe ist keine reguläre Indikation) F p.o. (zugelassen bei Unruhe/Erregung/Angst, z. T. im Rahmen dementieller Syndrome), OL für die Indikation D	QT-Zeit-Risiko, Off-Label- Aufklärung dokumentieren
Pipamperon	20–40 mg abends	nach Wirkung	p.o.		Delir im engeren Sinne Sedierung, anticholinerge Last geringer als Levomepromazin

5.6 Titration und Eskalation

Bei Delir: niedrigste wirksame Haloperidol-Dosis anstreben, Wirkungsprüfung nach wenigen Stunden, keine automatische Tagesdosis-Fixierung. Bei therapierefraktärer Agitation trotz Ursachensuche und Haloperidol: Rücksprache SAPV/Fachärztlich vor Eskalation auf Sedierung (Abschnitt 6).

5.7 Nebenwirkungsmanagement

Nebenwirkung	Ursache	Erste Maßnahme	Zweite Maßnahme	Wann Wechsel/Stop?	Wann dringend?
Extrapyramidale Symptome unter Haloperidol	Dosis zu hoch oder Prädisposition (Parkinson)	Dosis reduzieren	Wechsel auf Quetiapin/Pipamperon	Bei Parkinson/Lewy-Body von Anfang an vermeiden	Akute schwere Dystonie
Paradoxe Erregung unter Benzodiazepin	Individuelle Reaktion, häufiger bei Delir	Absetzen, nicht weiter steigern	Wechsel auf Antipsychotikum	Sofort bei deutlicher Verschlechterung	—
Übersedierung	Dosis zu hoch, Kumulation	Dosis reduzieren, Intervall prüfen	Rücksprache SAPV	Fortschreitende Bewusstseinstörung ohne Erklärung	Atemdepression

5.8 Sondergruppen

Demenz/Parkinson/Lewy-Body-Demenz: Haloperidol strikt zurückhaltend, Quetiapin oder Pipamperon bevorzugen (**P**).

Geriatric/Frailty: Startdosen halbieren, engmaschige Kontrolle auf Sturzrisiko und paradoxe Reaktionen.

5.9 Grauzonen

Situation	Option A	Option B	Entscheidendes Kriterium	Häufigster Fehler
Unruhe unklarer Genese in der Finalphase	Ursachensuche zuerst (5.3)	Sofortige Sedierung	Ist eine rasch behandelbare Ursache wahrscheinlich (z. B. Harnverhalt)?	Sedierung ohne Ursachensuche als Erstmaßnahme
Angst vs. beginnendes Delir	Lorazepam-Versuch	Haloperidol-Versuch	Ist die Orientierung erhalten?	Benzodiazepin bei tatsächlichem Delir gegeben – Verschlechterung

5.10 „Was tun, wenn ...?“

- ... **Unruhe trotz Ursachensuche und Haloperidol persistiert?** Rücksprache SAPV vor Eskalation Richtung Sedierung.
- ... **Sturzrisiko unter Sedierung steigt?** Dosis reduzieren, Sturzprophylaxe (Bettgitter, engmaschige Betreuung) vorziehen.
- ... **Angehörige die Unruhe als Leiden fehlinterpretieren?** Aufklärungsgespräch (5.4), Delir als möglichen Teil des natürlichen Sterbeprozesses einordnen, ohne tatsächliches Leiden zu bagatellisieren.

5.11 Eskalationsmatrix

Situation	Hausärztlich	Fachärztliche Rücksprache	SAPV	Akut
Leichte Angst, klare Ursache	✓			
Delir mit identifizierbarer reversibler Ursache	✓	✓ bei Unsicherheit		
Therapierefraktäre Agitation, Selbstgefährdung			✓	✓ bei akuter Fremd-/Selbstgefährdung

5.12 Fallvignetten

Fall 7 – Angst und Unruhe in der Sterbephase. 76-jähriger Patient, zunehmende Unruhe und Angst,

Entscheidung: Midazolam niedrig dosiert, beruhigend, Angehörige einbezogen. Midazolam s.c. hier als Off-Label-Einsatz zu dokumentieren und mit Angehörigen entsprechend zu besprechen.

Kontrolle: RASS-Score.

Vorgehen bei Teilwirkung: Dosis nach 5.6 anpassen.

Alternativstrategie bei unzureichender Wirkung: Wechsel/Ergänzung Haloperidol bei Verdacht auf beginnendes Delir statt reiner Angstkomponente.

Fall 8 – Terminales Delir mit Agitation. 84-jähriger Patient, orientierungslos, keine Schmerzzeichen.

Entscheidung: Haloperidol 1 mg s.c.

Kontrolle: Delirskala im Verlauf, Originaldokumentation „Verlauf dokumentiert“. *Ergänzung für Lehrvignette:* Ursachensuche vor Therapie (5.3) als Failure-Mode-Prävention explizit dokumentiert; Haloperidol s.c. als Off-Label kenntlich gemacht.

Fall 9 – Anhaltende Angstzustände bei Tumorerkrankung. 66-jähriger Patient, Todesangst, Schlaflosigkeit.

Entscheidung: Midazolam 1 mg s.c. abends, Gespräch geführt.

Kontrolle: HADS, VAS-Angst. Bei rein abendlicher Schlafproblematik ohne führende Angstkomponente wäre primär eine schlafspezifische Maßnahme (siehe Fall 10) zu erwägen, bevor auf Midazolam eskaliert wird.

Fall 10 – Schlaflosigkeit in der letzten Lebenswoche. 87-jähriger Patient, kein erholsamer Schlaf.

Entscheidung: Melperon 25 mg abends.

Kontrolle: Schlafskala. Dies ist eine niedrighschwelligere, hausärztlich gut vertretbare Alternative zu Benzodiazepinen bei reiner Schlafstörung ohne Angst-/Delirkomponente.

6. Palliative Sedierung

6.1 Definition und Abgrenzung

Zu unterscheiden: **(a) symptomlindernde, proportionale Sedierung** als Nebenwirkung/Begleiteffekt einer regulären Symptomtherapie (z. B. leichte Müdigkeit unter Opioid- oder Benzodiazepin-Titration) – hausärztlich im Rahmen der Abschnitte 2–5 vertretbar. **(b) Palliative Sedierung im engeren Sinne** – der gezielte, dosierte Einsatz sedierender Medikamente zur Symptomlinderung bei sonst nicht beherrschbarem Leiden, meist als kontinuierliche Sedierung in der Finalphase. Diese ist eine eigenständige, hochschwellige Maßnahme mit eigenen Voraussetzungen, nicht einfach „mehr Midazolam“.

6.2 Indikation

Nur bei **refraktärem** Symptom – d. h. alle anderen zumutbaren Therapieoptionen wurden ausgeschöpft oder sind im verbleibenden Zeitrahmen nicht mehr umsetzbar. Palliative Sedierung ersetzt nicht eine unzureichend durchgeführte Symptomtherapie (**F**, allgemein anerkannter Grundsatz der Palliativmedizin).

6.3 Voraussetzungen vor Einleitung

- Aufklärung und, soweit möglich, Einwilligung von Patient:in bzw. Vorsorgebevollmächtigten/Betreuer:in gemäß Patientenverfügung.
- Möglichst multiprofessionelle Absicherung der Entscheidung (Pflege, ggf. SAPV/Palliativkonsil).
- Klare Dokumentation: Indikation, Refraktärität des Symptoms, Aufklärung, Zieldosis, geplante Reevaluation.
- **Empfehlung dieses Kapitels:** kontinuierliche tiefe Sedierung als hausärztlich einleitbar nur in enger Abstimmung mit SAPV; intermittierende, leichte Sedierung bei klar definiertem Symptom (z. B. Delir mit Selbstgefährdung) ist hausärztlich vertretbarer.

6.4 Kompaktprofil

Wirkstoff	Startdosis	Titration	Applikationsweg	Kennzeichnung	Cave
Midazolam kontinuierlich	Start ca. 1 mg/h (ggf. vorab Bolus 0,5–2,5 mg s.c./i.v.), Titration bis in Einzelfällen	nach Sedierungsziel (z. B. RASS –2 bis –3); ab > 10 mg/h Kombination	mit Levomepromazin er wägen s.c./i.v.		OL (SedPall-/DGP-Handlungsempfehlung 2021; Surges et al. 2024) Atemdepression, engmaschige Überwachung erforderlich; Entscheidung

Wirkstoff	Startdosis	Titration	Applikationsweg	Kennzeichnung	Cave
	ca. 10 mg/h engmaschig				möglichst nicht ohne fachärztliche/SAPV- Rücksprache
Levomepromazin als Kombinationspartner	25–50 mg/24 h, bei Sedierungsziel bis 300 mg/24 h nach Sedierungstiefe	s.c. **OL	**	Kombinationseffekt mit Mid	azolam beachten

6.5 Dokumentationspflichten

Indikation/Refraktärität, Aufklärung/Einwilligung, beteiligte Personen (Pflege, ggf. SAPV), gewähltes Sedierungsziel, Reevaluationszeitpunkt, Verlauf.

6.6 Grauzonen

Situation	Option A	Option B	Entscheidendes Kriterium	Häufigster Fehler
Unruhe trotz Ursachensuche und Stufentherapie anhaltend	Intermittierende leichte Sedierung hausärztlich fortführen	Kontinuierliche tiefe Sedierung mit SAPV einleiten	Ist das Symptom wirklich refraktär oder nur unzureichend austherapiert?	Sedierung als Abkürzung statt vollständiger Stufentherapie

6.7 Eskalationsmatrix

Situation	Hausärztlich	Fachärztliche Rücksprache	SAPV	Akut
Leichte, symptomlindernde Sedierung im Rahmen regulärer Titration	✓			
Intermittierende Sedierung bei klar umschriebenem refraktärem Symptom	✓ (mit Dokumentation)	✓	✓	
Kontinuierliche tiefe Sedierung in der Finalphase			✓	

6.8 Fallvignetten

Fall 11 – Sedierung bei palliativer Unruhe. 81-jähriger Patient, nächtliche Unruhe,

Entscheidung: Haloperidol 1 mg s.c. abends, ab Tag 2 ruhig, Angehörige informiert. Dies ist ein Beispiel für **symptomlindernde Sedierung im Sinne von 6.1(a)**, nicht für palliative Sedierung im engeren Sinne – Einordnung wichtig für korrekte Dokumentation.

Fall 12 – Palliative Sedierung bei therapierefraktärem Durchbruchschmerz. 73-jähriger Patient, Schmerz trotz WHO-Stufe III unzureichend kontrolliert.

Entscheidung: Midazolam + Morphin s.c. kontinuierlich. Voraussetzungen nach 6.3 (Refraktärität dokumentiert – Stufe-III-Therapie ausgeschöpft; Aufklärung/Einbindung Angehöriger) als Beispiel für korrekte Vorgehensweise bei echter palliativer Sedierung im engeren Sinne.

Fall 13 – Sedierung zur Leidensminderung auf ausdrücklichen Wunsch. 90-jähriger Patient, keine Ruhe trotz Therapie, Patient äußert selbst Sedierungswunsch.

Dokumentation : Verlaufsprotokoll, Einverständnis, Sedierungsbogen – entspricht bereits weitgehend den Anforderungen aus 6.3/6.5 und kann als Dokumentationsmuster dienen.

7. Weitere körperliche Symptome

7.1 Obstipation / Opioid-induzierte Obstipation (OIC)

Schnellorientierung: Nahezu jede:r Patient:in unter Opioidtherapie entwickelt ohne Prophylaxe eine Obstipation – **ab Opioidbeginn prophylaktisch behandeln, nicht abwarten** (siehe auch 2.7).

Vierstufiges Schema:

Stufe	Maßnahme	Kennzeichnung
0 – Basismaßnahmen	Flüssigkeit, Mobilisation soweit möglich, Ballaststoffe nur wenn verträglich	P
1 – Prophylaktisches Laxans	Macrogol 1–3 Beutel (ca. 13–39 g)/Tag	F
2 – Kombinationstherapie	Macrogol + Natriumpicosulfat (10–20 Tropfen abends) oder Bisacodyl (5–10 mg abends p.o. oder 10 mg supp.)	F
3 – PAMORA (bei unzureichender Wirkung trotz Stufe 1–2)	Naloxegol 25 mg 1×/d (12,5 mg Startdosis bei mittelschwerer/schwerer Niereninsuffizienz – verifiziert gegen aktuelle Fachinformation , bei leichter Niereninsuffizienz keine Anpassung) oder Methylnaltrexon 8 mg s.c. (38–61 kg) / 12 mg s.c. (62–114 kg) alle 48 h (verifiziert gegen aktuelle Fachinformation)	F
4 – Spezialistenbereich	Bei Verdacht auf mechanischen Ileus: PAMORA und Prokinetika absetzen, fachärztliche Rücksprache	S

Cave: PAMORA sind bei Verdacht auf gastrointestinale Obstruktion **kontraindiziert**. Naloxegol: Vorsicht bei starken CYP3A4-Inhibitoren (Interaktionscheck vor Verordnung).

Grauzone: Manche Fachquellen differenzieren die Obstipationsneigung nach Opioidtyp (z. B. transdermales Fentanyl potenziell etwas weniger obstipierend als orales Morphin) – Evidenzlage uneinheitlich, daher **grundsätzlich bei jedem Opioid prophylaktisch behandeln**, keine Ausnahme annehmen (**P**).

7.2 Ödeme, Lymphödem, Aszites

Situation	Maßnahme	Startdosis	Kennzeichnung	Cave
Periphere Ödeme	Furosemid	20–40 mg p.o., nach Klinik steigern	F	Elektrolytkontrolle, Interaktion mit ACE-Hemmern/Sartanen
Aszites bei portaler Hypertonie/Tumor	Spironolacton ± Furosemid	Spironolacton 25–50 mg/d, bei Aszites bis 100–200 mg/d	F	Hyperkaliämierisiko , v. a. in Kombination mit ACE-Hemmer/Sartan/Niereninsuffizienz – vor Therapie und im Verlauf Kalium kontrollieren
Symptomatischer, therapierefraktärer Aszites	Parazentese	–	P/S	Bei rezidivierendem Bedarf: SAPV/fachärztliche Anbindung erwägen

7.3 Harnverhalt und Miktionsstörungen

Mechanismus zuerst klären: medikamentös (anticholinerge Last, Opiode), obstruktiv (BPS), infektiös.

Ursache	Maßnahme	Startdosis	Kennzeichnung	Cave
BPS-bedingt	Tamsulosin	0,4 mg 1×/d nach dem Essen	F	Orthostase
Anticholinerg mitbedingt	Medikamenten-Review: anticholinerge Substanzen reduzieren/ersetzen (z. B. Sertralin/Mirtazapin statt trizyklischem Antidepressivum)	–	P	Delir-Risiko durch anticholinerge Gesamtlast beachten (siehe 5.8)
Katheter- assoziierte Blasenkrämpfe	Butylscopolamin	10–20 mg s.c./i.v. alle 4–6 h	F	Tageshöchstdosis beachten
Begleitender Harnwegsinfekt	Fosfomycin (3 g einmalig) oder Nitrofurantoin (100 mg 2–3×/d)	–	F	Nierenfunktion/Kreatinin vor Nitrofurantoin prüfen; aktuelle Resistenzlage lokal beachten
Akuter Harnverhalt	Katheterisierung	–	F	–

7.4 Haut, Juckreiz

Situation	Maßnahme	Startdosis	Kennzeichnung	Cave
Trockene Haut, allgemeiner Pruritus	Rückfettende Lokalthherapie (harnstoffhaltige Cremes), Vermeidung austrocknender Reinigung	–	F	–
Cholestatischer/urämischer Pruritus	Mirtazapin	7,5–15 mg abends, vorsichtig bis 30 mg	OL	anticholinerge/sedierende Nebenwirkung, bei Geriatrie zurückhaltend
Alternative bei Pruritus	Paroxetin	10–20 mg/d	OL	Absetzsymptomatik bei Beendigung, Interaktionscheck
Allergisch/histaminvermittelt	Promethazin	topisch/oral nach Präparat	F	Sedierung

7.5 Mundpflege, Mundtrockenheit, Mundsoor, Mukositis

Situation	Maßnahme	Kennzeichnung	Cave
Mundtrockenheit	Regelmäßige Mundpflege (Anfeuchten, Speichelersatz), keine Zitronenglycerin-Stäbchen (austrocknend)	F	Keine Milchprodukte bei Soorverdacht (Nährboden)
Mundsoor	Nystatin-Suspension 4×tgl., Therapiedauer i. d. R. 7–14 Tage; bei Therapieversagen Amphotericin B	F	Prothesenhygiene mitbehandeln
Mukositis	Dexpanthenol-haltige Lösung, Lidocain-Gel bei Schmerzen vor Nahrungsaufnahme	F	Aspirationsrisiko bei topischem Lokalanästhetikum vor dem Essen beachten

8. Applikationswege und BtM-Dokumentation

8.1 Oral versus subkutan – wann umstellen?

Indikation zur s.c.-Umstellung: Schluckstörung, Erbrechen, fehlende orale Aufnahme, Wunsch nach kontinuierlicher statt intermittierender Gabe in der Finalphase.

Umrechnung (Praxisempfehlung, kein Fixwert): Morphin oral → s.c. etwa im Verhältnis 2–3:1 (d. h. s.c.-Dosis = orale Tagesdosis geteilt durch 2–3); nach Umstellung **engmaschige Reevaluation innerhalb von 24 h**, da der exakte Faktor individuell variiert (siehe auch Fall 2).

Für s.c.-Gabe in Deutschland offiziell zugelassen: Morphin, Hydromorphon, Butylscopolamin. Alle anderen in diesem Kapitel genannten s.c.-Anwendungen (Metamizol, Midazolam, Haloperidol, Levomepromazin, Metoclopramid u. a.) sind **Off-Label**, in der Palliativpraxis jedoch etabliert.

8.2 BtM-Dokumentation

- Verordnungsmenge muss individuell medizinisch begründet sein (Tagesdosis × vorgesehener Zeitraum) – **keine feste 30-Tage-Höchstmenge mehr seit der BtMVV-Änderung 2023**, keine „A“-Kennzeichnungspflicht.
- BtM-Karteiführung (Bestand, Abgabe, Vernichtung von Restmengen) bleibt verpflichtend, unabhängig von der Höchstmengenregelung.
- Bei Versorgung im Pflegeheim: BtM-Vorrat und Lagerung in Kooperation mit Heim-/Hausapotheke regeln (siehe Etappen-Beispiel „Apothekenberatung bei Medikation im Heim“).

8.3 s.c.-Kombinationsschemata für die Finalphase (Überblick, Dosen vor Verwendung final verifizieren)

Kombination	Indikation	Hinweis
Morphin + Haloperidol	Schmerz + Übelkeit/Unruhe	Kompatibilität in gemeinsamer Spritze/Perfusor vor Ort prüfen (nicht alle Kombinationen sind mischstabil)
Morphin + Butylscopolamin	Schmerz + Rasselatmung/Sekretreduktion	Off-Label-Status der Kombination als solche nicht gesondert, da Einzelsubstanzen bewertet werden
Morphin + Midazolam (+ ggf. Haloperidol)	Schmerz + Sedierungsbedarf (siehe Abschnitt 6)	Nur im Rahmen der Voraussetzungen aus 6.3

Cave: Jede s.c.-Kombination vor Anwendung auf Kompatibilität prüfen, nicht pauschal übernehmen.

8.4 Fallvignetten

Fall 14 – Umstellung von oraler auf s.c.-Medikation. 69-jähriger Patient, Schluckstörung, Umstellung Oxycodon p.o. auf Morphin s.c. 6 mg alle 4 h, Bedarf 2 mg s.c.

Dokumentation laut Original: Äquivalenzrechner, BtM-Kartei. Reevaluation nach 24 h gemäß 8.1, Opioidrotationsfaktor (Oxycodon→Morphin) gegen aktuelle Äquivalenztabelle zu bestätigen (siehe 2.14).

Fall 15 – Symptomkontrolle mit s.c.-Infusion im Heim. 89-jähriger Heimbewohner, s.c.-Gabe Metamizol (Novalgin) + Midazolam über Nacht.

Beide Substanzen sind s.c. Off-Label (siehe 8.1) – Pflege wurde laut Original instruiert; Dokumentation (Pflegeprotokoll, BtM-Liste) entspricht dem in diesem Kapitel empfohlenen Standard.

Fallvignetten-Übersicht (Gesamtkapitel)

#	Symptom	Kurztitel
1–2	Schmerz	Titration opioidnaiv; Umstellung oral→s.c.
3–4	Dyspnoe	s.c.-Morphinpumpe; kein Eskalationswunsch
5–6	Übelkeit	Chemotherapie-assoziiert; s.c. bei fehlender oraler Aufnahme
7–10	Angst/Delir	Unruhe Sterbephase; terminales Delir; Angstzustände; Schlaflosigkeit
11–13	Sedierung	symptomlindernd; Durchbruchschmerz-refraktär; Wunsch-Sedierung
14–15	Applikationswege	Oral→s.c.; Heimversorgung s.c.-Infusion

15 Fallvignetten insgesamt. Die Fälle 1, 3, 6, 8 und 12 werden in Abschnitt 10 longitudinal über mehrere Zeitpunkte dargestellt.

9. Konsolidierte Medikamentenübersicht (Synopsis aller Wirkstoffe)

Wirkstoff	Hauptindikation(en) in diesem Kapitel	Startdosis	Weg	Kennzeich-nung	Ab-schnitt
Morphin	Schmerz, Dyspnoe	5 mg p.o. alle 4 h bzw. 2,5 mg p.o./1–2,5 mg s.c. bei Dyspnoe	p.o./s.c.	F	2.5, 3.6
Hydromorphon	Schmerz (bevorzugt bei Niereninsuffizienz)	1,3 mg p.o. alle 4 h	p.o./s.c.	F	2.5, 2.8
Oxycodon	Schmerz	5 mg p.o. alle 4–6 h	p.o.	F	2.5
Metamizol	Schmerz	500–1000 mg bis 4x/d	p.o./i.v.	F p.o./i.v., OL s.c.	2.5
Gabapentin	Neuropathischer Schmerz	100–300 mg abends	p.o.	F	2.5
Pregabalin	Neuropathischer Schmerz	25–75 mg abends	p.o.	F	2.5
Amitriptylin	Neuropathischer Schmerz	10–25 mg abends	p.o.	F/OL je nach Fachinfo-Wortlaut	2.5
Duloxetin	Neuropathischer Schmerz	30 mg/d	p.o.	OL	2.5
Dexamethason	Kompressions-/ödembedingter Schmerz, Übelkeit (Hirndruck)	4–8 mg morgens	p.o./s.c.	P	2.5, 4.5
Lorazepam	Angst, Dyspnoe (Angstkomponente)	0,5–1 mg	p.o./s.l.	F	3.6, 5.5
Midazolam	Dyspnoe, Angst/Unruhe, palliative Sedierung	2,5–5 mg (Symptomkontrolle) / 1–5 mg Bolus dann 1–10 mg/h (Sedierung)	s.c.	OL (in D nur ICU-Sedierung zugelassen)	3.6, 5.5, 6.4
Haloperidol	Übelkeit, Delir/Unruhe	0,5–1 mg	p.o./s.c.	F p.o. (Delir), OL (Übelkeit seit 2017, s.c. generell)	4.5, 5.5
Metoclopramid	Übelkeit (Motilitätsstörung)	10 mg alle 8 h	p.o./s.c.	F	4.5
Dimenhydrinat	Übelkeit	62–150 mg	p.o./rektal	F	4.5

Wirkstoff	Hauptindikation(en) in diesem Kapitel	Startdosis	Weg	Kennzeich-nung	Ab-schnitt
Levomepromazin	Übelkeit (Reserve), Angst/Delir, Sedierung	6,25–25 mg (niedrig) bis 300 mg/24 h (Sedierung)	p.o./s.c.	OL s.c.	4.5, 5.5, 6.4
Quetiapin	Delir/Unruhe	12,5–25 mg abends	p.o.	OL	5.5
Pipamperon	Unruhe/Erregung/Angst (geriatrisch); Delir off-label	20–40 mg abends	p.o.	F (Unruhe/Angst), OL (Delir)	5.5
Macrogol	Obstipation/OIC	1–3 Beutel/d	p.o.	F	7.1
Natriumpicosulfat	Obstipation/OIC	10–20 Tropfen abends	p.o.	F	7.1
Bisacodyl	Obstipation/OIC	5–10 mg abends	p.o./rektal	F	7.1
Naloxegol	OIC (Stufe 3)	25 mg/d (12,5 mg bei mittelschwerer/schwerer Niereninsuffizienz)	p.o.	F (verifiziert)	7.1
Methylnaltrexon	OIC (Stufe 3)	8 mg (38–61 kg)/12 mg (62–114 kg) alle 48 h	s.c.	F (verifiziert)	7.1
Furosemid	Ödeme	20–40 mg	p.o.	F	7.2
Spironolacton	Ödeme, Aszites	25–50 mg/d (Aszites bis 100–200 mg/d)	p.o.	F	7.2
Tamsulosin	Harnverhalt (BPS)	0,4 mg/d	p.o.	F	7.3
Butylscopolamin	Blasenkrämpfe, Rasselatmung, Ileus-Begleittherapie	10–20 mg alle 4–6 h	s.c./i.v.	F	7.3, 8.3
Fosfomycin	Harnwegsinfekt	3 g einmalig	p.o.	F	7.3
Nitrofurantoin	Harnwegsinfekt	100 mg 2–3×/d	p.o.	F	7.3
Mirtazapin	Pruritus	7,5–15 mg abends	p.o.	OL (Pruritus)	7.4
Paroxetin	Pruritus	10–20 mg/d	p.o.	OL	7.4

Wirkstoff	Hauptindikation(en) in diesem Kapitel	Startdosis	Weg	Kennzeichnung	Ab-schnitt
Promethazin	Allergischer/histaminvermittelter Pruritus	präparatabhängig	p.o./topisch	F	7.4
Nystatin	Mundsoor	4x tgl., 7–14 Tage	oral-topisch	F	7.5
Amphotericin B	Mundsoor (Reserve)	präparatabhängig	oral-topisch	F	7.5

30 Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen. Off-Label-Anteil bewusst hoch sichtbar gehalten – das entspricht der Realität der Palliativpharmakotherapie – Off-Label-Gebrauch ist in der Palliativmedizin die Regel, nicht die Ausnahme – und ist kein Zeichen mangelnder Sorgfalt, sondern muss so kommuniziert und dokumentiert werden.

10. Fünf longitudinale Fallverläufe

Fall 1 – Schmerztitration, Verlauf über 14 Tage

Zeit-punkt **	Symptom/Funktion** **	Medikation/Maß-nahme** **	Nebenwirkung** **	Entscheidung**
Tag 0	VAS 7, Mobilisation eingeschränkt	Umstellung von NSAR auf Morphin 5 mg p.o. alle 4 h + Bedarf	keine	Macrogol ab Tag 0
Tag 1	VAS 4, Bedarfsverbrauch 3×5 mg	Basisdosis nach Bedarf anpassen	leichte Übelkeit	Beobachten, keine Intervention
Tag 3	VAS 3, stabil	Umstellung auf Retardform 2×20 mg/d	keine	Kontrolle in 1 Woche
Tag 7	VAS 2–3, gute Mobilisation	Basisdosis unverändert	keine	Fortführen
Tag 14	VAS 2, funktionell zufriedenstellend	unverändert	keine	Reguläre Verlaufskontrolle

Fall 3 – Terminale Dyspnoe, Verlauf über 7 Tage

Zeitpunkt**	Symptom/Funktion** **	Medikation/Maßnahme** **	Nebenwirkung** **	Entscheidung**
Tag 0	Zunehmende Atemnot, SpO ₂ grenzwertig	s.c.-Morphin-Perfusor 10 mg/24 h, Bedarf 2 mg	keine	Sauerstoff-Testgabe ohne klaren Zusatznutzen, daher nicht fortgeführt
Tag 1	Atemnot gebessert, wach	Basisdosis unverändert	leichte Sedierung	Beobachten
Tag 3	Stabil	unverändert	keine	Fortführen
Tag 5	Erneute Zunahme der Atemnot	Basisdosis nach Bedarfsverbrauch um ca. 30 % erhöht	keine	Reevaluation nach 24 h
Tag 7	Finalphase, Bewusstsein eingeschränkt	Fortführung, engmaschige Betreuung	keine neue	Palliativ-Betreuung fortgesetzt, kein Notarzt (Patientenwille)

Fall 6 – Übelkeit ohne orale Aufnahme, Verlauf über 5 Tage

Zeitpunkt	Symptom/Funktion	Medikation/Maßnahme	Nebenwirkung	Entscheidung
Tag 0	Keine orale Aufnahme möglich, VAS Übelkeit 6	Metoclopramid 10 mg s.c. alle 8 h	keine	Ileus vor Therapie ausgeschlossen
Tag 1	VAS 3	unverändert	keine	Fortführen
Tag 2	VAS 2	unverändert	keine	Fortführen
Tag 5	Anhaltend gebessert	Reevaluation, ob Fortführung weiter nötig	keine	Fortführung bis stabile orale Aufnahme wieder möglich

Fall 8 – Terminales Delir, Verlauf über 4 Tage

Zeitpunkt **	Symptom/ Funktion** **	Medikation/Maß- nahme** **	Nebenwirkung** **	Entscheidung**
Tag 0	Orientierungslos, agitiert	Ursachensuche (Harnverhalt ausgeschlossen), Haloperidol 1 mg s.c.	keine	Off-Label-Status dokumentiert, Angehörige aufgeklärt
Tag 1	Weiterhin unruhig, keine EPS	Dosis unverändert, engmaschige Beobachtung	keine	Beobachten
Tag 2	Deutlich ruhiger	unverändert	keine	Fortführen
Tag 4	Stabil ruhig, Verlauf dokumentiert	unverändert	keine	Reguläre Verlaufskontrolle

Fall 12 – Palliative Sedierung bei refraktärem Durchbruchschmerz, Verlauf über 3 Tage

Zeit- punkt	Symptom/ Funktion	Medikation/Maß- nahme	Nebenwirkung	Entscheidung
Tag 0	Schmerz trotz WHO-Stufe III unzureichend kontrolliert, Refraktärität dokumentiert	Aufklärung/Einbindung Angehörige, Beginn Morphin + Midazolam s.c. kontinuierlich	Sedierung erwartungsgemäß	Sedierungsziel definiert (leicht, ansprechbar wenn möglich)
Tag 1	Symptom- kontrolle erreicht, reduzierte Ansprechbarkeit	Dosis unverändert	keine neue	Reevaluation geplant
Tag 3	Stabile Symptom- kontrolle, Finalphase	unverändert	keine neue	Fortführung bis Lebensende, Dokumentation vervollständigt

11. Synopsis

A. Kernbotschaften (Praxis-Pearls)

13. Opioid ist Basistherapie bei Schmerz und refraktärer Dyspnoe – kein Mittel letzter Wahl.
14. Jedes Opioid ab Tag 1 mit Laxans-Prophylaxe kombinieren.

15. Bedarfsmedikation = ca. 1/6 der Basisdosis, bei Frailty vorsichtiger mit 1/10 beginnen.
16. Neue, unerwartete Schmerzverstärkung zuerst auf neue Komplikation prüfen, nicht reflexhaft eskalieren.
17. Midazolam ist in Deutschland für Palliativsituationen durchgehend Off-Label – trotzdem etablierte Praxis, aber so dokumentieren.
18. Haloperidol bei Übelkeit ist seit 2017 keine reguläre Zulassung mehr – Off-Label-Status kennzeichnen.
19. Haloperidol bei Parkinson/Lewy-Body-Demenz strikt zurückhaltend einsetzen.
20. Vor jeder Delir-Therapie: reversible Ursachen (Harnverhalt, Schmerz, Hypoxie, Opioidtoxizität) ausschließen.
21. Angst und Delir brauchen unterschiedliche Medikation – Benzodiazepin kann Delir verschlimmern.
22. Sauerstoff bei Dyspnoe nur bei nachgewiesenem Nutzen fortführen, nicht routinemäßig.
23. Handventilator ist eine unterschätzte, evidenzgestützte nichtmedikamentöse Maßnahme bei Dyspnoe.
24. Metoclopramid ist bei Verdacht auf mechanischen Ileus kontraindiziert.
25. PAMORA (Naloxegol, Methylnaltrexon) sind bei gastrointestinaler Obstruktion kontraindiziert.
26. Metamizol s.c. ist in Deutschland durchgehend Off-Label, praxisüblich, aber kennzeichnungspflichtig.
27. Nur Morphin, Hydromorphon und Butylscopolamin sind in Deutschland offiziell für s.c.-Gabe zugelassen.
28. Palliative Sedierung im engeren Sinne setzt Refraktärität, Aufklärung und Dokumentation voraus – sie ersetzt keine unzureichende Stufentherapie.
29. Bei Niereninsuffizienz: Hydromorphon/Oxycodon statt Morphin bevorzugen.
30. BtM-Höchstmengen nach Anlage III sind seit 2023 abgeschafft – Verordnungsmenge individuell medizinisch begründen.
31. Spironolacton bei Aszites: Kaliumkontrolle nicht vergessen, besonders bei ACE-Hemmer-/Sartan-Komedikation.
32. Anticholinerge Gesamtlast (z. B. Amitriptylin, Dimenhydrinat) bei Geriatrie/Delir-Risiko kritisch prüfen.
33. Opioidrotation: wegen inkompletter Kreuztoleranz Dosisreduktion von 25–50 % gegenüber errechneter Äquivalenzdosis.
34. Dexamethason bei ödem-/kompressionsbedingtem Schmerz oder Hirndruck: immer mit Stop-Regel nach 3–5 Tagen Nutzenprüfung verordnen.
35. Naloxegol-Startdosis bei mittelschwerer/schwerer Niereninsuffizienz halbieren (12,5 statt 25 mg).
36. Der Liverpool Care Pathway gilt als historisch überholt und sollte nicht als aktuelles Instrument dargestellt werden.
37. Jede zentrale Aussage in diesem Kapitel ist als Fakt, Praxisempfehlung, Off-Label, Spezialistenbereich oder Unsicher gekennzeichnet – bei Übernahme in andere Materialien diese Kennzeichnung mitführen.

B. Entscheidungsübersicht (verdichtet aus allen Eskalationsmatrizen)

Kann hausärztlich erfolgen	Braucht Rücksprache	Spezialistenbereich/ SAPV	Akut
Erststartdosis Opioid, Standardtitration	Erste Opioidrotation bei Unsicherheit	Wiederholte Rotationen, komplexe Mehrfachmechanismen	Rückenmarkskompressionsverdacht, pathologische Fraktur
Obstipationsprophylaxe und Stufe 1–2	Stufe 3 (PAMORA) bei Unsicherheit	Ileusverdacht	Akutes Abdomen
Delir mit klar reversibler Ursache	Therapierefraktäre Agitation	Kontinuierliche tiefe Sedierung	Akute Fremd-/Selbstgefährdung
Symptomlindernde , leichte Sedierung	Intermittierende Sedierung bei refraktärem Symptom	Palliative Sedierung im engeren Sinne	Atemfrequenz < 8/min mit Sedierung
Stabile Dyspnoe unter Opioidbasis	Zunehmende Dyspnoe trotz Eskalation	Instabile häusliche Situation	Akute Atemnotkrise mit Todesangst

C. Medikamenten-/Verfahrensübersicht

Häufige erste Wahl: Morphin (Schmerz/Dyspnoe), Haloperidol niedrig dosiert (Delir/Übelkeit), Macrogol (Obstipationsprophylaxe), Lorazepam (Angst). **Alternativen bei Kontraindikation/Organinsuffizienz:** Hydromorphon/Oxycodon statt Morphin (Niere), Quetiapin/Pipamperon statt Haloperidol (Parkinson), Naloxegol/Methylnaltrexon statt weiterer Laxantien-Eskalation (OIC-Reserve). **Typische Stop-Signale:** Sedierung/Atemdepression unter Opioid, EPS unter Haloperidol, keine Nutzenbestätigung von Dexamethason nach 3–5 Tagen. **Gefährliche Kombinationen:** Opioid + Benzodiazepin ohne engmaschige Überwachung (Atemdepressionsrisiko), Metoclopramid bei Ileus, Haloperidol bei Parkinson/Lewy-Body-Demenz.

D. Failure-Modes

38. Reflexhafte Opioidsteigerung ohne vorherige Mechanismus-/Ursachenprüfung.
39. NSAR bei Niereninsuffizienz fortgeführt statt frühzeitig auf Opioid umgestellt.
40. Sauerstoff routinemäßig fortgeführt ohne dokumentierte Wirkungsprüfung.
41. Metoclopramid bei nicht ausgeschlossenen Ileus gegeben.
42. Benzodiazepin bei tatsächlichem Delir statt Angst gegeben – Verschlechterung.
43. Haloperidol bei Parkinson/Lewy-Body-Demenz ohne Rücksichtnahme auf EPS-Risiko.

44. Sedierung als „Abkürzung“ eingesetzt, statt Stufentherapie auszuschöpfen.
45. Off-Label-Einsatz (Metamizol s.c., Midazolam s.c., Haloperidol bei Übelkeit) ohne Kennzeichnung/Aufklärung.
46. PAMORA bei gastrointestinaler Obstruktion verordnet.
47. s.c.-Mischspritzen ohne Kompatibilitätsprüfung angesetzt.
48. Opioidrotation ohne Dosisreduktion wegen inkompletter Kreuztoleranz – Überdosierungsrisiko.
49. Dexamethason ohne Stop-Regel dauerhaft fortgeführt.
50. Spironolacton bei Aszites ohne Kaliumkontrolle, besonders unter ACE-Hemmer/Sartan.

E. Quick-Reference-Tabellen

Siehe Abschnitt 9 (konsolidierte Medikamentenübersicht) als zentrale Startwert-/Titrationstabelle; Nebenwirkungsreaktionen siehe jeweilige Abschnitte 2.7/3.8/5.7; Eskalationsgrenzen siehe Abschnitt B oben.

12. Quick-Reference-Produkte

Folgende Pocket-Produkte lassen sich aus diesem Kapitel ableiten:

- **Ein-Seiten-Kernmatrix:** Abschnitt 9 gekürzt auf die zehn am häufigsten benötigten Wirkstoffe.
- **Entscheidungsbaum Schmerz/Dyspnoe/Übelkeit/Delir:** aus den „Was tun, wenn“-Modulen der Abschnitte 2.10, 3.10, 4.7, 5.10 ableitbar.
- **Nebenwirkungstafel:** Konsolidierung der Tabellen 2.7/3.8/5.7.
- **Organinsuffizienz-Pocket:** Konsolidierung aller Sondergruppen-Hinweise (2.8, 7.1, 7.3).
- **Geriatric-Pocket:** Frailty-Anpassungen aus 2.8, 5.8.
- **Überweisungstafel:** Konsolidierung aller Eskalationsmatrizen (Abschnitt B).
- **PVS-Dokumentationsbausteine:** Konsolidierung der Textbausteine aus 2.13 und weiteren Abschnitten.