



*Sven Goldbach*

Goldbach PalliativPflegeteam, Hamburg

# Aspekte der ambulanten geriatrischen Palliativversorgung

## Definition Geriatrie

„Die Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention alter Patientinnen und Patienten sowie deren spezieller Situation am Lebensende befasst.“ (DGG o.J.)

## Definition Palliative Care

„Palliativmedizin, palliative Pflege, hospizliche Begleitung – all diese Begrifflichkeiten lassen sich unter dem Oberbegriff Palliative Care zusammenfassen und meinen einzelne Aspekte einer umfassenden Begleitung und Versorgung von Menschen am Lebensende.“

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliative Care als den Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten (Erwachsene und Kinder) und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (DHPV o.J.)

## Einleitung

Aufgrund des zunehmenden Lebensalters und chronisch fortschreitender Erkrankungen hat der Gesetzgeber im Dezember 2015 das Hospiz- und Palliativgesetz verabschiedet. Es ist der Regierung klar geworden, dass die demografische Entwicklung mit einem stark zunehmenden Lebensalter eine intensive Auseinandersetzung mit Fragen insbesondere zu pflegerischen Maßnahmen und medizinischen Behandlungen sowie zu psychosozialer Unterstützung in Vorbereitung auf die letzte Lebensphase erforderlich macht. Vor diesem Hintergrund können zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XII gemäß § 132g Abs. 1 SGB V eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Ziel hierbei sollte es sein, Bewohnerinnen in stationären Pflegeeinrichtungen bei pflegerischen, medizinischen, psychosozialen und sozialrechtlichen Problemen Informationen zu geben und zu beraten. Damit sollten Bewohnerinnen und Angehörige die Möglichkeit haben, Entscheidungen und Vorsorge für die letzte Lebensphase zu treffen. Eine Krankenhauseinweisung im letzten Lebensabschnitt mit einem Versterben in Notaufnahmen und/oder Krankenhausstationen sollte hiermit im Sinne der Bewohnerinnen vermieden werden können.

Provokativ möchte ich hier das bisherige praktische Gelingen dieses Gesetzes infrage stellen. Die Corona-Pandemie, sicherlich eine komplett neue Erfahrung für unser Gesundheits- und Versorgungssystem, hat gezeigt, dass ein großer Anteil hochbetagter und multimorbider Bewohnerinnen aus Pflegeein-

Zusammenfassung und Schlüsselwörter	Summary and Keywords
<b>Aspekte der ambulanten geriatrischen Palliativversorgung</b>	<b>Aspects of outpatient palliative geriatric care</b>
Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die palliative geriatrische Versorgung zunehmend wichtiger. Nur wenn wir dieser Thematik einen hohen Stellenwert einräumen, können wir uns den Anforderungen der Zukunft im Sinne einer umfassenden Versorgung unserer älteren Mitbürger stellen. Ärzte und Pflegefachkräfte aus allen Arbeitsbereichen müssen gemeinsam mit den Palliative-Care-Teams Wege und Kooperationen finden, um eine Spezialisierung der palliativen geriatrischen Versorgung voranzutreiben.	Due to the demographic development palliative geriatric care will become increasingly important. Only if we give this topic a high priority can we face the demands of the future in terms of comprehensive care for our older fellow citizens. Doctors and nurses from all areas of work must work with the palliative care teams to find ways and partnerships to advance the specialization of palliative geriatric care.
ambulante • geriatrische • Palliativversorgung	outpatient • palliative • geriatric care

richtungen mit einer Covid-19 Erkrankung stationär eingewiesen wurde und unter kompletter sozialer Isolierung, oft unter intensivmedizinischer Behandlung, in den Kliniken verstarb. Hätte man diese Situation besser gestalten können, wäre das Gesetz schon besser und weiter verbreitet bzw. umgesetzt gewesen?

Der Bedarf an einer guten palliativen geriatrischen Versorgung zeigt sich zunehmend auch in unserem Palliative-Care-Team in Hamburg. Die demografische Entwicklung und Zunahme multimorbider geriatrischer Patienten verändert unser Arbeitsspektrum zunehmend. Haben wir im Jahr 2015 ca. 12 % unserer Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt, waren es im Jahr 2020 bereits ca. 17 %. Im Altersdurchschnitt unserer Patientinnen können wir auch feststellen, dass sich das Alter nach oben verschoben hat. Im Jahr 2010 lag dieses im Durchschnitt bei 69 Jahren, im Jahr 2015 bei 71 Jahren, und im Jahr 2020 hatten unsere Patientinnen ein durchschnittliches Alter von 75 Jahren (Versorgungszahlen PalliativPartner Hamburg Auszug palliDoc/S. Goldbach).

Wir haben in Deutschland in den letzten Jahren eine gute geriatrische Versorgung in den Kliniken ausgebaut. Viele spezialisierte geriatrische Stationen sind entstanden und werden von anderen Fachbereichen und Zuweisern von außen gut angenommen. Ebenfalls wurden die ambulanten Strukturen in Formen von Tagespflegen und ehrenamtlichen Hilfen ausgebaut. Stationäre Pflegeeinrichtungen haben besonders im Bereich der demenziellen Erkrankungen ihre Angebote ausgeweitet.

Auch die palliative Versorgungsstruktur ambulant sowie stationär in den meisten Gegenden Deutschlands wurde gut und flächendeckend ausgebaut. Palliativstationen, palliative Konsildienste in den Kliniken, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), ambulante ehrenamtliche Hospizdienste und stationäre Hospize der Erwachsenen- und Kinderversorgung finden sich im gesamten Land.

Eine gute Zusammenführung der Fachbereiche Geriatrie und Palliation findet sich bisher nur in wenigen stationären geriatrischen Palliativstationen. Der Ausbau des § 132g SGB V zur individuellen Versorgungsberatung am Lebensende ist in den meisten stationären Pflegeeinrichtungen bis heute nicht umgesetzt. Verlässliche Daten dazu liegen leider bisher nicht vor. Krankenkassen und Versorger haben eine gezielte und adäquate Umsetzung bisher noch nicht flächendeckend erzielen können.

Für die ambulante Versorgung stehen die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) und die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) zur Verfügung. Je nach Versorgungsteam ist die spezialisierte kompetente geriatrische Palliativversorgung unterschiedlich stark im Team integriert.

Ein Lichtblick ist, dass die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

(DGG) eine gemeinsame Arbeitsgemeinschaft gebildet haben. Hier soll zukünftig ein Augenmerk darauf liegen, wie man Palliation und Geriatrie besser zusammenführen kann. Ein Ziel der AG lautet, zukünftig vermehrt wissenschaftliche Fragestellungen an der Schnittstelle von Geriatrie und Palliativmedizin zu bearbeiten. Die AG will dadurch den palliativmedizinischen Versorgungsbedarf in der Geriatrie genauer identifizieren (DGP 2019).

Ebenso hat sich in Hamburg zum Beispiel das Forum Palliative Geriatrie unter der Organisation der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management) zusammengeschlossen. Hier diskutieren und erarbeiten Leistungserbringer aus stationärer Pflege, ambulanter Pflege, sozialen Einrichtungen sowie die Pflegewissenschaft zusammen Konzepte, die die Versorgungsstruktur der palliativen Geriatrie in Hamburg verbessern und stärken sollen.

### Besondere Anforderung an die palliative geriatrische Palliativversorgung

In der „normalen“ Palliativversorgung Erwachsener sehen wir einen Großteil an Patienten mit rein onkologischen Krankheitsbildern. In den letzten Jahren konnten wir zunehmend beobachten, dass Patienten mit pulmonologischen, kardiologischen und neuromuskulären Krankheitsbildern dazukommen. Meist sehen wir eine Haupterkrankung als behandlungsbedürftigen Schwerpunkt.

Die palliative geriatrische Versorgung unterscheidet sich von anderen palliativen Versorgungsangeboten wie z. B. denen für Tumorpatientinnen und -patienten. Die hochbetagten, älteren und/oder sterbenden Menschen sind oft nicht mehr in der Lage, ihre Bedürfnisse allgemein verständlich zu formulieren. Sie sind oft multimorbide, sehr schwach, extrem müde und/oder oft zu demenz, um sich adäquat mitteilen zu können. Hinzu kommen häufig schwere körperliche Einschränkungen aufgrund des Alters. Deshalb liegt ein großer Schwerpunkt der Arbeit im Erschließen von Kommunikationswegen zwischen Patientinnen und Versorgern.

Häufige Krankheitsbilder und/oder Symptome in der palliativen Geriatrie sind:

- Demenz unterschiedlicher Art und Ursache
- Multimorbidität
- Karzinomkrankung in Zusammenhang mit Demenz und/oder Multimorbidität
- Hirninfarkte
- Parkinson
- Folgezustände nach schweren Operationen
- Rezidivierende Infektionen (z. B. Pneumonie)
- Dysphagie
- Schmerzen



- Dyspnoe
- Somnolenz
- Verwirrtheit
- Unruhe
- Stark ausgeprägte Ängste
- Umgekehrter Tag-Nacht-Rhythmus
- Hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf
- Große Gefahr der Überlastung des sozialen Umfeldes

### Versorgung

Großes Ziel muss es sein, die Primärversorger wie den Hausarzt, das Pflegeheim, den Pflegedienst und Fachärzte mit den spezialisierten Palliativversorgern zusammenzubringen. Eine gute, kontinuierliche und disziplinübergreifende Versorgung kann besonders in der palliativen geriatrischen Versorgung nur gemeinsam gelingen. Das Personal aus dem Primärversorgungsbereich und aus den Palliative-Care-Teams muss im Umgang mit geriatrischen Patienten besonders geschult oder ausgebildet sein. Hier ist vor allem anzumerken, dass allein das Schmerzmanagement nicht wie bei „herkömmlichen“ Patienten durchgeführt werden kann. Neben speziellen Schmerzmanagementsystemen wie den bekannten Beurteilungsskalen müssen insbesondere bei Patienten mit Kommunikationsstörungen zwingend auch nichtverbale Instrumente wie BESD (Beurteilung von Schmerz bei Demenz) oder ECPA (Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes) zum Einsatz kommen. Beide Skalen und Erläuterungen dazu sind bei allen Pflegedokumentationsanbietern abrufbar und zu erhalten. Die hohe Sensibilität und kompetente Krankenbeobachtung der Mitarbeiterinnen sind darüber hinaus von großer Bedeutung. Die Behandlung der Schmerzen sollte immer mit einer individuell abgestuften Arzneimitteltherapie und speziellen palliativpflegerischen Maßnahmen erfolgen. Neben Analgetika der Stufe I und II kommen Opiate oral, transdermal, intrabukkal, intranasal, subkutan und intravenös zur Anwendung. Je nach Zustand und Toleranz sollte hier das passende Präparat gewählt werden.

Zum weiteren Procedere gehört eine gute Koordination der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen (z. B. Physiotherapie, Logopädie, Fachärzte) und von Hospizdiensten (ehrenamtliche psychosoziale Unterstützung von Patientinnen und Angehörigen). Die Symptomlinderung durch Anwendung von Medikamenten und/oder anderen Maßnahmen (z. B. Aromatherapie, Akupunktur, Wickel, Lymphpunktionen, Aszites-Punktionen, spezielle Lagerungen usw.) sollte immer im Rahmen der Toleranz der Patientinnen erfolgen. Die Führung eines individuellen Behandlungsplans, vorbeugendes Krisenmanagement und Bedarfsinterventionen müssen zwischen Primärversorger und Palliativteam engmaschig abgeglichen und besprochen werden.

Einer der wichtigsten Bestandteile der geriatrischen Palliativversorgung ist das Umsorgen des sozialen Umfeldes und speziell der Angehörigen. Die Versorgung von demenziell Erkrankten und/oder multimorbiden Patientinnen stellt die Angehörigen vor größte Herausforderungen und birgt die große Gefahr der Überforderung. Besonders in diesem Bereich ist eine Versorgung ohne ein stabiles soziales Umfeld undenkbar. Die Angehörigen hier im besonderen Maße mit einzubeziehen und alle möglichen Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten ist unabdingbar, um die Versorgung stabil zu halten. In besonderem Maße muss hier auf die Angehörigen eingegangen und deren psychosoziale und körperliche Belastungssituation wahrgenommen werden. Das soziale Umfeld bzw. die Angehörigen – man kann es nicht oft genug betonen – sind die tragende Säule der ambulanten geriatrischen Palliativversorgung.

Neben der ambulanten Versorgung muss auch der stationären Altenpflege in der palliativen geriatrischen Versorgung ein hoher Stellenwert beigemessen werden. Ein Großteil der Betroffenen ist bereits in stationären Pflegeeinrichtungen aufgenommen bzw. muss aus defizitären Versorgungsgründen in einer Pflegeeinrichtung aufgenommen werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen der stationären Pflegeeinrichtung und einem palliativen Netzwerk sollte in der heutigen Zeit selbstverständlich sein. Da die personelle Ausstattung in vielen Pflegeeinrichtungen scharf bemessen ist und eine palliative Zusatzqualifikation des Pflegepersonals in einem Großteil der Pflegeeinrichtungen nicht zum Standard gehört, ist hier eine unterstützende und kollegiale Zusammenarbeit für den Bewohner und seine Angehörigen entscheidend, wenn es um die Versorgungsqualität und die Symptomlinderung in der letzten Lebensphase geht. Zusätzlich zeigen sich bei einer guten Kooperation zwischen Pflegeeinrichtung und palliativem Netzwerk gute Synergien für beide Seiten. Das Palliativnetzwerk profitiert von der Wissensansammlung über geriatrische Erkrankungsbilder, und die Pflegeeinrichtung erhält eine palliative Versorgungskompetenz. Diese Vorteile für beide Seiten kann man in gemeinsamen Fort- und Weiterbildungen, Informationsveranstaltungen für Bewohnerinnen und Angehörige, Fallbesprechungen und kollegialen Beratungen sehr gut noch weiter ausbauen. Aus den Erfahrungen der letzten zehn Jahre aus unserem Palliative-Care-Team in Kooperation mit über zwanzig stationären Pflegeeinrichtungen in Hamburg kann ich dieser Zusammenarbeit nur Positives abgewinnen, besonders im Sinne der Bewohnerinnen, aber auch für beide Seiten des Personals.

Auch in der stationären geriatrischen Palliativversorgung bietet der Einsatz von ambulanten Hospizdiensten (Ehrenamt) eine extreme hilfreiche und sinnvolle Unterstützung. Ebenfalls kann der Einsatz von Seelsorgern hier eine große Hilfe für alle Beteiligten sein.

## Frühzeitige Einbindung in die Palliativversorgung

Die frühzeitige palliative Intervention, besonders in der palliativen Geriatrie, vermag wahrscheinlich nicht nur massive therapeutische Eingriffe zu reduzieren, sie kann das Leben mitunter auch verlängern. Seit der wegberaubenden Studie von Jennifer Temel und Kolleginnen (Temel et al. 2010) über die Auswirkungen einer bereits ab der Diagnosestellung der Inkurabilität einsetzenden palliativmedizinischen Mitbetreuung wurde die Bedeutung des Konzepts einer „frühzeitigen Integration“ („early integration“) von Palliativmedizin nochmals sehr deutlich hervorgehoben: Unheilbar an Krebs erkrankte Patientinnen profitieren von einer schon früh im Erkrankungsverlauf eingebrachten palliativen Versorgungsintervention mit Blick auf Erhalt und Steigerung ihrer Lebensqualität, auf die Stabilität ihres sozialen Umfeld, auf die Umsetzung ihrer Behandlungs- und Versorgungspräferenzen sowie auf die Vermeidung von Fehl- und Übertherapien sowie die dadurch entstehenden Kosten. Sicherlich kann man aus dieser Studie einige Vergleiche zu nichtonkologischen Krankheitsbildern in der Palliation ziehen und dadurch deutliche Vorteile auch für eine „early integration“ in die palliative geriatrische Versorgung sehen.

Im Rahmen der „early integration“ ist ein Advance Care Planning (ACP; vorausschauende Versorgungsplanung) unabdingbar. ACP ist ein Konzept für den und mit dem Patienten, um seine Behandlung und Pflege in seinem Sinne zu gestalten. Anhand eines kontinuierlichen, strukturierten Beratungs- und Begleitungsprozesses werden mögliche Erwartungen festgestellt sowie eindeutig und verständlich formuliert. Damit wird sichergestellt, dass der Patient umfassend informiert und aufgeklärt ist und seine Wünsche dem jeweiligen Behandlungsteam und den Angehörigen bekannt sind. So kann der mutmaßliche Wille der betroffenen Person auch in Situationen vertreten werden, in denen sie dazu selbst nicht mehr in der Lage ist. ACP stellt insofern „eine dynamische Form der Patientenverfügung“ dar (Wikipedia). Für uns beschreibt ACP ein Konzept im breiteren Sinne einer systematischen, interprofessionell begleiteten Kommunikation und eines Implementierungsprozesses zwischen Patientinnen, Angehörigen und weiteren an der Behandlung beteiligten Personen durch kompetente Gesprächsbegleitende aus dem Palliative-Care-Team. Der Prozess umfasst die bestmögliche Sensibilisierung, Reflexion, Dokumentation und ggf. klinische Umsetzung der Behandlungswünsche von Patientinnen hinsichtlich ggf. eintretender Situationen. Bereits durch eine entsprechende ACP-Notfallplanung allein können eine Verbesserung verschiedener Parameter (z. B. Krankenhauseinweisung, frühzeitige Symptomlinderung, Überforderung des sozialen Umfeldes) und eine Wirksamkeit hinsichtlich der Umsetzung gewünschter Therapien in der Onkologie und in anderen Fachbereichen nachgewiesen werden (Mack et al. 2012). Zudem kann man davon ausgehen, dass

frühzeitige Prognose- und Behandlungsgespräche das Vertrauen der Patienten in ihre Versorger deutlich stärken.

Leider wird die Integration der Palliativversorgung nach wie vor von den Primärversorgern nicht immer als notwendig anerkannt. Damit ist bei einem nicht unerheblichen Anteil der Patienten eine frühzeitige Aufnahme in die Palliativversorgung weiterhin nicht möglich. Zudem fehlt es vielen Patientinnen und ihrem sozialen Umfeld bzw. den Angehörigen am Bewusstsein über die Unheilbarkeit der Erkrankung und an Wissen über und Zugang zur Palliativversorgung. Auch deshalb verzögert sich der Beginn der Palliativversorgung, Pflege und Betreuung, oder es kommt erst gar nicht dazu. Hier ist es weiterhin von großer Notwendigkeit, dass die Hospiz- und Palliativbewegung, Ärzte- und Pflegeverbände, aber auch die Politik und Kostenträger gegenüber der Öffentlichkeit, den Primärversorgern und besonders gegenüber den Betroffenen eine gute und flächendeckende Informations- und Aufklärungskampagne zur Hospiz- und Palliativversorgung weiterführen.

## Zusammenfassung und Ausblick

An dieser Stelle muss man sagen, dass das Hospiz- und Palliative-Care-Angebot in der breiten Bevölkerung auch heute immer noch nicht hinreichend bekannt ist. Erkrankte mit palliativer Diagnosestellung wie auch ihr soziales Umfeld bzw. ihre Angehörigen unterdrücken den Gedanken an das Sterben und den Tod, wodurch eine palliative Versorgungsstruktur oftmals spät oder gar nicht greifen kann. Wie bereits beschrieben, ist es unabdingbar, weiterhin breitgefächert Informations- und Aufklärungsarbeit zu leisten. Ebenso müssen auch auf der Ebene der Gesundheits- und Sozialberufe mehr Fort- und Weiterbildung sowie Schulungen zur Palliativversorgung stattfinden. Nur wenn Medizinische Fachangestellte, Pflegefachkräfte, Ärzte, Betreuungskräfte, Heilerziehungspfleger usw. grundsätzlich über die Möglichkeiten der Palliativversorgung informiert, geschult und aufgeklärt sind, können wir erwarten, dass dies auch gelebt und unterstützt sowie an die Bevölkerung weitergegeben wird. Ebenfalls sollten sich das Verständnis, aber auch der Mut von Primärversorgern, aber auch von Palliativversorgern dahingehend entwickeln, die frühzeitige Einbindung der Palliativversorgung („early integration“) zu etablieren und umzusetzen.

Die bisherigen Ausführungen haben hoffentlich einen Einblick gegeben, dass sich die palliative geriatrische Versorgung doch in einigen Punkten von der „normalen Palliativversorgung“ abgrenzt bzw. Spezifikationen zeigt. Ähnlich wie in der palliativen Versorgung von Kindern sind hier besondere Fachkenntnisse erforderlich und in der Versorgung von großer Bedeutung.

Eine flächendeckende kompetente und spezialisierte palliative geriatrische Versorgung kann zu einer deutlichen Verbesserung der gesamten medizinischen und geriatrischen Versorgungsstruktur führen. Sollte diese Versorgungsform weiter



ausgebaut werden, ist davon auszugehen, dass eine Vielzahl von Krankenhauseinweisungen vermieden werden kann, dass es erheblich mehr Menschen ermöglicht wird, in ihrer Häuslichkeit (dies impliziert auch stationäre Pflegeeinrichtungen) symptomgemindert versterben zu können, und dass das soziale Umfeld bzw. die Angehörigen körperlich und psychosozial deutlich entlastet werden können. Damit lassen sich letztlich auch bislang häufige Konsequenzen wie somatische und psychosomatische Erkrankungen von pflegenden Angehörigen verhindern.

Des Weiteren wird so die Position und Motivation von Pflegefachkräften in stationären Pflegeeinrichtungen gestärkt. Im Rahmen der Kooperation mit dem Palliativnetzwerk können sich diese bei gemeinsam versorgten Patientinnen auf die ständige Ruf- und Einsatzbereitschaft des PCT verlassen. So lassen sich Einsätze des kassenärztlichen Notfalldienstes und/oder Notarzteinsätze vermeiden, das Personal der Pflegeeinrichtung hat seine festen Ansprechpartner und kann gemeinsam mit diesen im Sinne der Bewohnerinnen fachgerechte Entscheidungen zur weiteren Behandlung treffen.

Die große Hoffnung besteht darin, dass aufgrund vieler bundesweiter Initiativen ein weiterer Auf- und Ausbau der geriatrischen Palliativversorgung und eine weitere Vernetzung der Primär- und Palliativversorger im Rahmen der palliativen geriatrischen Versorgung erfolgen. ■

#### Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenskonflikt gegenüber Dritten vorliegt.

#### Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) (o.J.) Was ist Geriatrie? <https://www.dggeriatrie.de/ueber-uns/was-ist-geriatrie>. Zugegriffen: 28. Juni 2021
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2019) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und Deutsche Gesellschaft für Geriatrie etablieren gemeinsame Arbeitsgruppe „Geriatrie und Palliativmedizin“. <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/dgp-und-dgg-etablieren-gemeinsame-arbeitsgruppe-geriatrie-und-palliativmedizin.html>. Zugegriffen: 29. Juni 2021
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) Palliative Care. [https://www.dhvp.de/themen\\_palliativecare.html](https://www.dhvp.de/themen_palliativecare.html). Zugegriffen: 28. Juni 2021
- Mack JW, Cronin A, Keating NL et al. (2012) Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. *J Clin Oncol* 30:4387–4395
- Seite „Advance Care Planning“. In: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 25. März 2021, 10:40 UTC. URL: <https://de.wikipedia.org/w/index.php>. Zugegriffen: 29. Juni 2021
- Temel J, Greer J, Muzikansky A et al. (2010) Early palliative care for patients with metastatic nonsmall-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363:733–742

#### Angaben zum Autor

Sven Goldbach  
 Fachpflegekraft Palliative Care, staatl. anerkannte Pflegedienstleitung, Pflegeberater nach § 7a SGB XI  
 Goldbach PalliativPflegeTeam  
 Jessenstr. 4  
 22767 Hamburg  
[goldbach@palliativpflege-team.de](mailto:goldbach@palliativpflege-team.de)