

Von Schmerzbekämpfung bis zur Palliativen Sedation Praxis-Beispiele aus der Palliativmedizin

Dr. med. Gabriela Popescu

FMH Innere Medizin, Schwerpunkt Palliativmedizin, M.Sc. Palliative Care

Schmerzspezialistin SPS

18.3.2026

Palliative Care – Essentielle Merkmale

Wie?

Frühzeitig im Verlauf der Erkrankung
Kontinuität der Betreuung
Über den Tod hinaus, auch in der Trauerphase

Wen?

Patientenzentriert:
schwerkranken Menschen
Betreuungseinheit: Patient-
Angehörige

Wer?

Interprofessionelle Teams
Arzt – Pflege – Seelsorge -
Psychologe – Physio –
Sozial – Freiwillige - usw

Warum?

Multidimensionalität des Leidens
Das Bio-Psycho-Soziale und
Spirituelle Model

Ziele?

Lebensqualität-Verbesserung
Bejaht das Leben und normalisiert
das Sterben
Befähigt die Betroffenen

Wie Früh ist Frühzeitig?

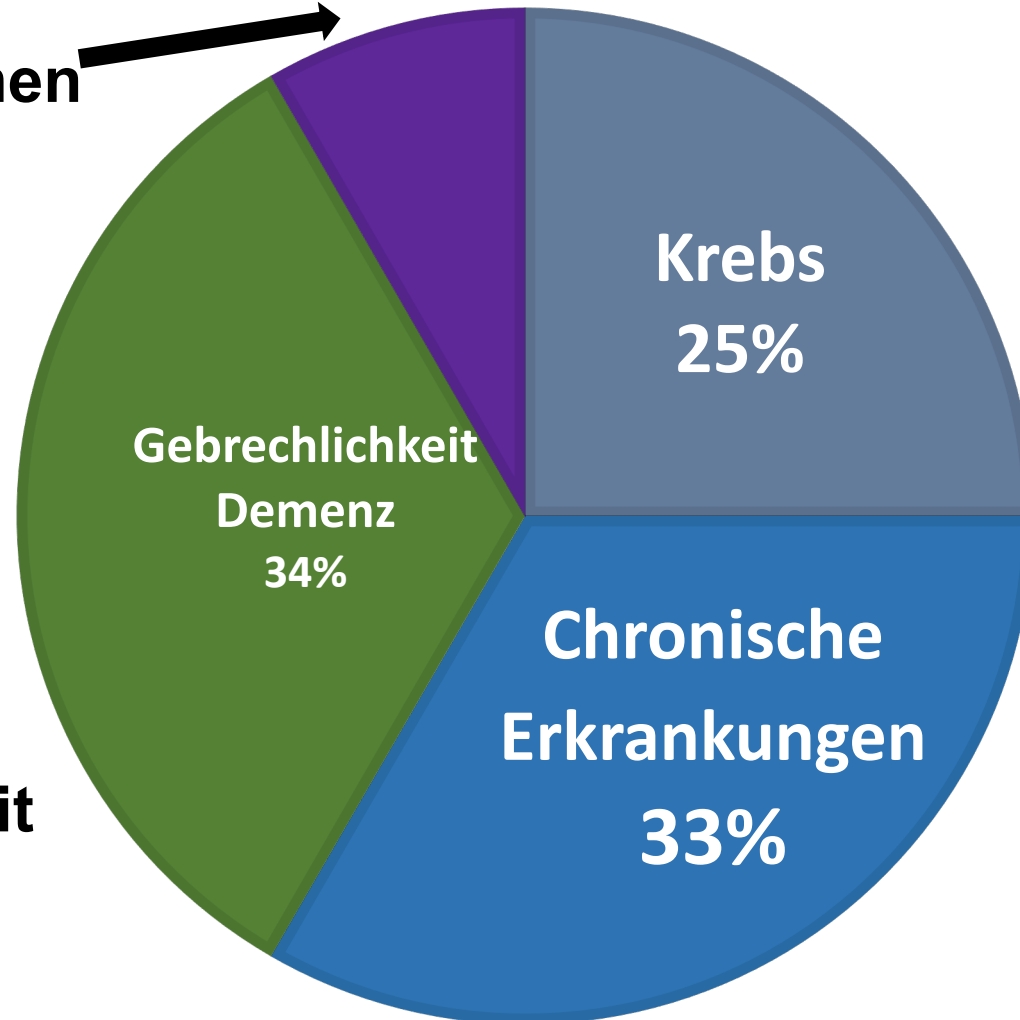


"I wish you'd called me sooner, Mrs. Moodie."

"Ich wünschte mir, Sie hätten mich früher gerufen."

TODESFÄLLE IN DER PRAXIS

Andere Ursachen
8%



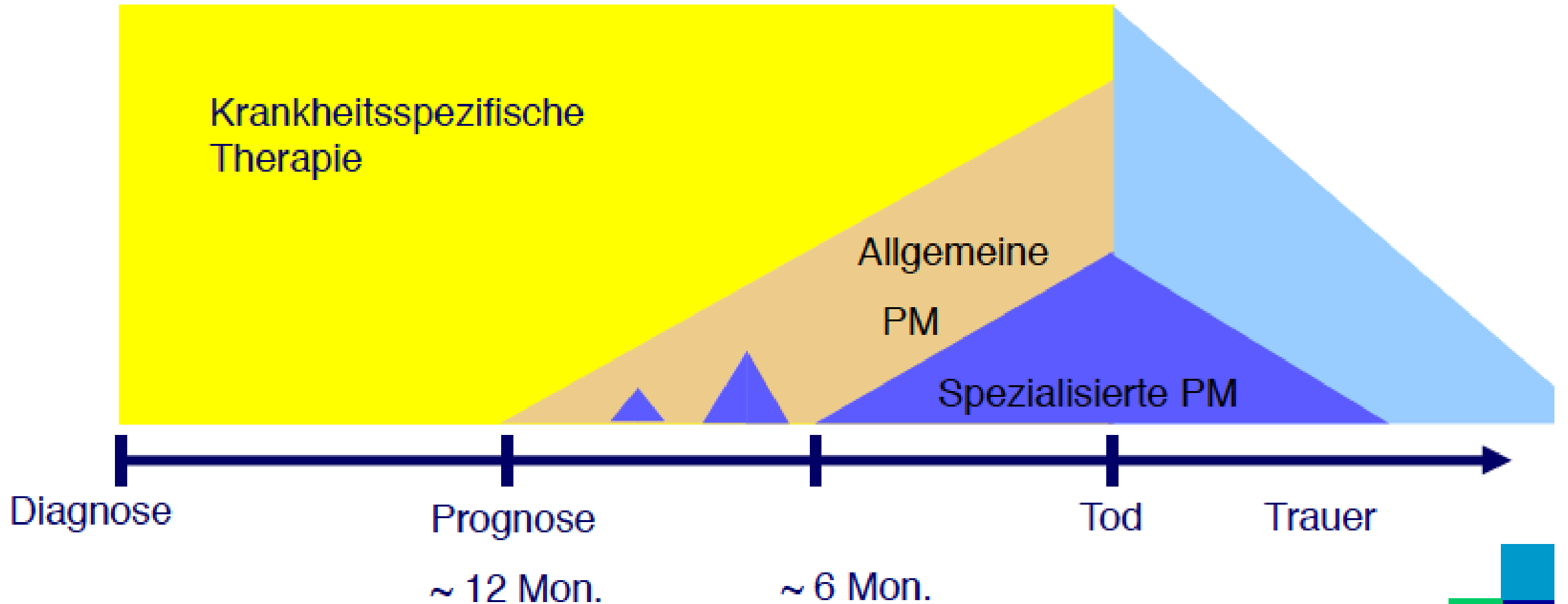
Klassischer Tumorverlauf



Gebrechlichkeit
/ Demenz



Wann? Warum? und Wie beginnt Palliative Care?



EPS-Test: Erkennen von palliativen Situationen

Allgemeine Indikatoren	Ja	Gewicht	Punkte
reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Patient/Patientin verbringt mehr als den halben Tag im Bett)		1	
Gewichtsverlust über 10 % in drei Monaten oder BMI unter 18		1	
mindestens ein unkontrolliertes Leiden (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erschöpfung, Depression, Appetitmangel, Schläfrigkeit, Beunruhigung), auf der VAS-Skala > 5 über mindestens 24 Stunden		3	
mindestens zwei notfallmässige Spitalzuweisungen in den letzten 12 Monaten		3	
zur Behandlung der Leiden sind mehr Professionen als Pflegende und Ärzte nötig		1	
schwierige Entscheidungsfindung bezüglich Behandlung der Grundkrankheiten (z.B. Dialyse starten oder abbrechen, Operationen, Chemotherapie weiterführen, palliative Sedation)		2	
schwierige Entscheidungsfindung, welche lebenserhaltenden Massnahmen in einer Krisensituation noch getroffen werden sollen		2	
Wunsch nach Palliativversorgung, Therapiebegrenzung, Suizidbeihilfe oder Sterbefasten		2	
Konflikt zwischen Patient/Patientin, familiärem Umfeld, Betreuenden in Bezug auf Therapieziele, Behandlung		1	
Ich wäre nicht erstaunt, wenn dieser Patient oder diese Patientin innerhalb von einem Jahr versterben würde.		2	
Punkte TOTAL (Allgemeine Indikatoren)			

EPS-Test: Erkennen von palliativen Situationen

Spezifische Indikatoren	Ja	Gewicht	Punkte
Fortschreitender Krebs mit Metastasen und Symptomlast		3	
Schwere Demenz (z.B. MMS < 10, in den meisten ATL auf Hilfe angewiesen), mit wiederholten Stürzen oder wiederholten Infekten oder fehlender Nahrungsaufnahme		1	
Progrediente neurologische Erkrankung mit Schluckstörung		3	
Herzinsuffizienz mit Atemnot bei kleinster Anstrengung (und Transplantation oder Kunstherz kommen nicht in Frage)		3	
Fortgeschrittene Lungenerkrankung mit Atemnot in Ruhe, unter Sauerstofftherapie oder nach künstlicher Beatmung		3	
Fortgeschrittene Nierenerkrankung (GFR < 10 ml/min), mit Wunsch auf Beendigung oder Verzicht auf Dialyse		3	
Leberzirrhose mit Aszites oder hepatischer Enzephalopathie, bakt. Peritonitis, Ösophagusvarizenblutung		3	
Punkte TOTAL (Spezifische Indikatoren)			
Punkte TOTAL (Allgemeine und spezifische Indikatoren)			

Interpretation:

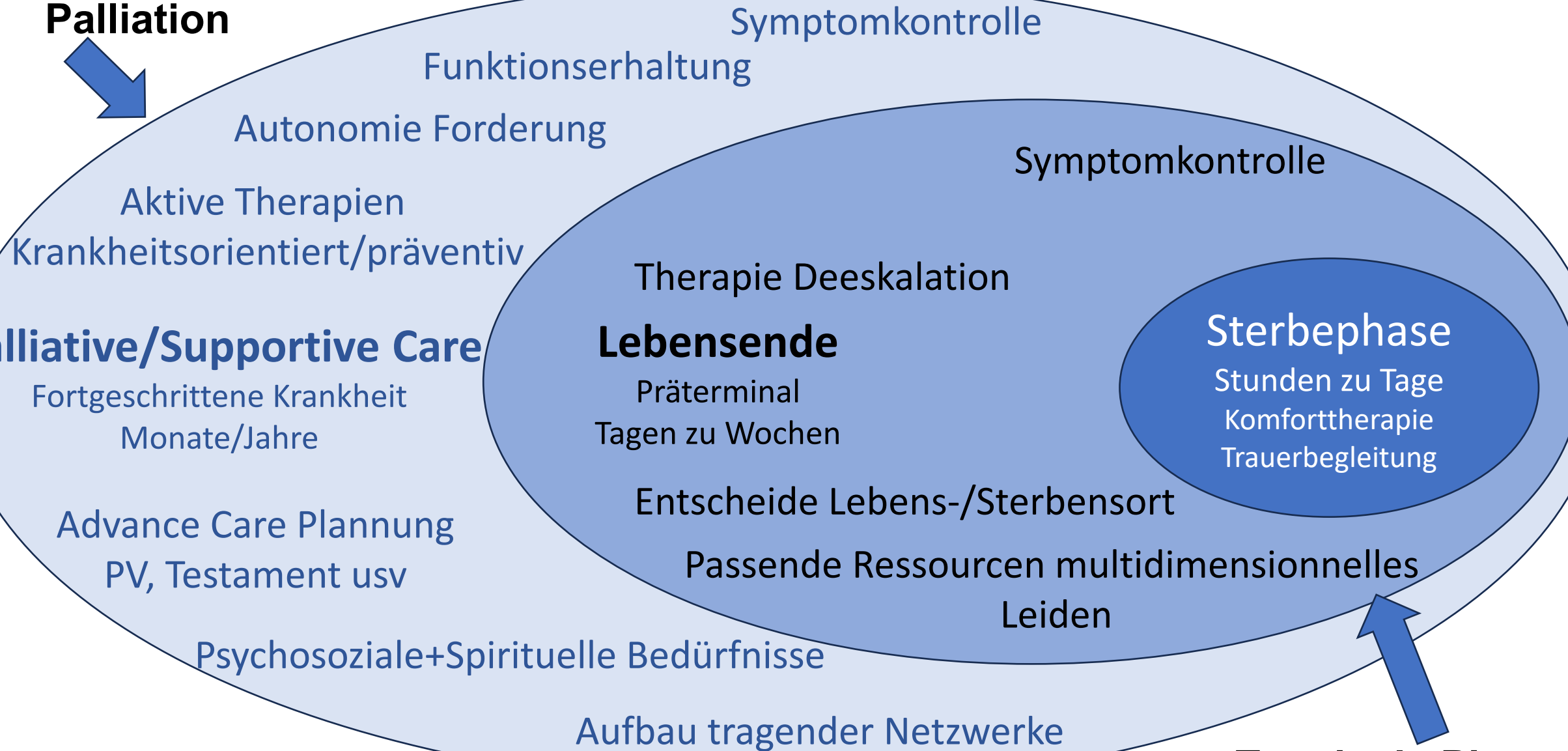
- > 5 Punkte: allgemeine Palliative Care durch Spitex, Hausarzt, Pflegeheim, Spitalabteilung
- > 10 Punkte: instabile und komplexe Situation, Bezug spezialisierte Palliative Care

Weiterführende Informationen: <https://www.andreasweberstiftung.ch/eps-test.htm>

**Rehabilitative
Palliation**



Palliative/Supportive Care



Symptomkontrolle
Funktionserhaltung
Autonomie Forderung
Aktive Therapien
Krankheitsorientiert/präventiv
Fortgeschrittene Krankheit
Monate/Jahre
Advance Care Planung
PV, Testament usw
Psychosoziale+Spirituelle Bedürfnisse
Aufbau tragender Netzwerke

Lebensende

Präterminal
Tagen zu Wochen

Entscheide Lebens-/Sterbensort

Passende Ressourcen multidimensionelles
Leiden

Symptomkontrolle

Therapie Deeskalation

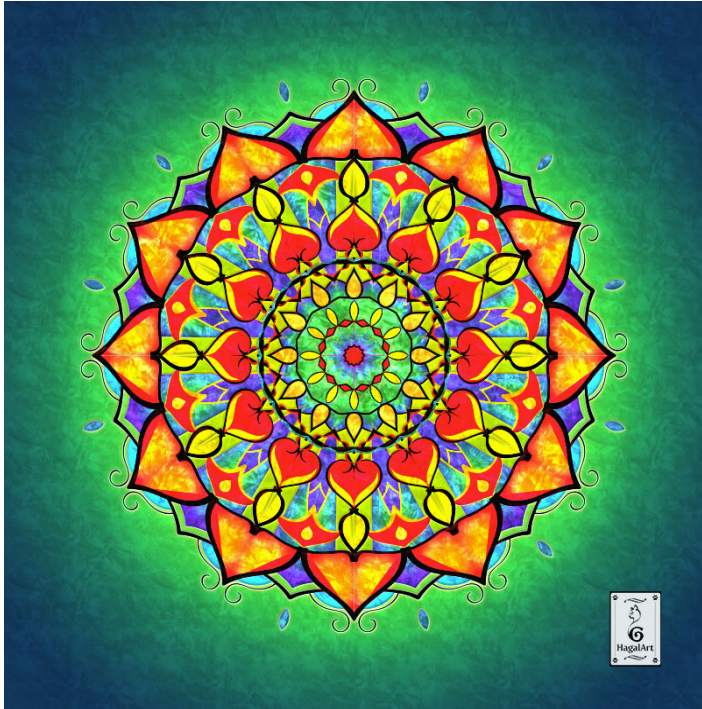
Sterbephase

Stunden zu Tage
Komforttherapie
Trauerbegleitung

Terminale Phase



Ein Weg zum erleuchteten Zentrum des Geistes



Anna, 45 Jahre alt,
Kolon Carzinom, Metastasen im Becken, Lungen, Leber,
Bauchdecke, Knochen;

03.2024 – ungeheure Schmerzen im Gesäss,
Multidimensionnelles Leiden; Stationärer Aufenthalt mit
seltener Schmerzmittel Kombination und Strahlentherapie.
Patientin schmerzfrei, bis Sommer keine Opiate mehr.

04.24-06.25 – Ambulante Betreuung Hausärztin, Onkologe,
anthroposophischer Arzt, Radiotherapeut, Palliativärztin

07.25 – Leberversagen, Gelbsucht, Aszites – Spricht wieder auf Bestrahlung an.

01.26 – Bauchschmerzen, Ileus, irreversibles Leberversagen; Austritt nach Hause
Betreut bis zuletzt durch die Familie, unterstützt von Mobilien Palliativen Diensten,
lokaler Spitex, Seelsorgerin, Freiwillige, u.A.

Zu jedem Preis leben wollen

Das “Unsterblichkeitssyndrom”

- Starke Ambivalenz von Patienten, Angehörigen aber auch von im kurativen Bereich tätigen Ärzten;
- Das Lebensende scheint mehrmals unmittelbar bevorzustehen; wird aber durch neue Therapieversuche immer wieder verschoben;
- Lebensverlängerung um jeden Preis :
 - manchmal ungeachtet der Beschwerden welche der Krebs und/oder die Therapie verursacht;
 - manchmal ungeachtet der Ressourcen die dafür gebraucht werden (finanziell, personell, emotional seitens des Umfeldes)
- Der Tod scheint manipulierbar geworden zu sein

Palliative Care – Essentielle Merkmale

Wie?

Frühzeitig im Verlauf der Erkrankung
Kontinuität der Betreuung
Über den Tod hinaus, auch in der Trauerphase

Wen?

Patientenzentriert:
schwerkranken Menschen
Betreuungseinheit: Patient-
Angehörige

Wer?

Interprofessionelle Teams
Arzt – Pflege – Seelsorge -
Psychologe – Physio –
Sozial – Freiwillige - usw

Warum?

Multidimensionalität des Leidens
Das Bio-Psycho-Soziale und
Spirituelle Model

Ziele?

Lebensqualität-Verbesserung
Bejaht das Leben und normalisiert
das Sterben
Befähigt die Betroffenen

Patienten in Zentrum der Betreuung

- Patienten werden zu **Partner** / Mitwirkende;
- **Ganzheitlichkeit** der Betreuung: Zentrum der Betreuung: kein Organ, Kein Problem und keine Krankheit sondern eine Person mit ihrem Universum und ihren Werten,
- **Betreuungs Einheit** : Patient und Angehörige /Zugehörige zusammen;
- Familie, Freunde, Tiere,

Ein Veteran der Balkan Kriege

- Mirko, 73 J.a
- Kleinzelliges Karzinom der Lunge mit Knochen und ZNS Metastasen;
- Infekt nach der ersten Chemotherapie, Herzstillstand - reanimiert, Koma, Nierenversagen, Dialyse.
- In einem PH mit stärksten Schmerzen;
- Auf Palliativstation: Schmerzkontrolle, Physische Rehabilitation, Besprechung der Prognose aber auch von Zielen und Hoffnungen:
- “in meinem Dorf nochmals Pflaumen Schnaps zu brennen”.
- Frieden und Versöhnung unter seinen Kinder zu spüren.
- “Mirko hat auf der Palliativstation seine Würde wieder gespürt”

Jesus wird mich heilen!

- Christina, 43 J.a, Alleinstehend, eine Tochter (12 J.a)
- Mamma Karzinom, ausgedehnt metastasiert, inklussive Hirnmetastasen;
- Kann in ihrem Glaubensbild auf keinen Fall das Lebensende integrieren.
- Bei der aller letzt möglichen Immuntherapie entwickelt sie ein Delirium (mit Delfinen Schwimmen). Wird ins Hospiz verlegt. Nach Beendung der Immuntherapie verschwindet die Verwirrung und sie tritt auf eigenen Wunsch nach Hause aus:
- Frühzeitig in der Betreuung: Kontakt mit der minderjährigen Tochter
 - Begleitung durch die Seelsorgerin, Psychologin, Sozialberaterin auf akuter Palliativstation; in der Onko Sprechstunde; im Hospiz; zu Hause;
 - Mit der Beistandsschaft des Kindes permanent in Kontakt
 - Durch eine intensive Team Arbeit konnte eine Katastrophe am Lebensende vermieden werden.
 - Unsere Türe bleibt warmherzig für die Tochter und die Schwester immer offen.



Palliative Care – Essentielle Merkmale

Wie?

Frühzeitig im Verlauf der Erkrankung
Kontinuität der Betreuung
Über den Tod hinaus, auch in der Trauerphase

Wen?

Patientenzentriert:
schwerkranken Menschen
Betreuungseinheit: Patient-
Angehörige

Wer?

Interprofessionelle Teams
Arzt – Pflege – Seelsorge -
Psychologe – Physio –
Sozial – Freiwillige - usw

Warum?

Multidimensionalität des Leidens
Das Bio-Psycho-Soziale und
Spirituelle Model

Ziele?

Lebensqualität-Verbesserung
Bejaht das Leben und normalisiert
das Sterben
Befähigt die Betroffenen

Die multiprofessionelle und interdisziplinäre Arbeit in Palliative Care



Der beste Kranfahrer der Schweiz – Würde und Aufmerksamkeit

Körperlich:

- Mesotheliom, neuropatische und Thoraxwandschmerzen; körperlicher Zerfall

Psychologisch:

- Verlust seines Eigenbilds als Heldenfigur und Frauenidol;

Spirituell:

- Freiheit und Einheit mit der Natur, zerbrechen von Familien Werten
- seine Krankheit ist eine Berufskrankheit.

Sozial:

- umgeben von Frauen, die alle ständig stritten;
Angst, dass ihn die Geliebte nicht mehr ins Haus lässt



Palliative Care – Essentielle Merkmale

Wie?

Frühzeitig im Verlauf der Erkrankung
Kontinuität der Betreuung
Über den Tod hinaus, auch in der Trauerphase

Wen?

Patientenzentriert:
schwerkranken Menschen
Betreuungseinheit: Patient-
Angehörige

Wer?

Interprofessionelle Teams
Arzt – Pflege – Seelsorge -
Psychologe – Physio –
Sozial – Freiwillige - usw

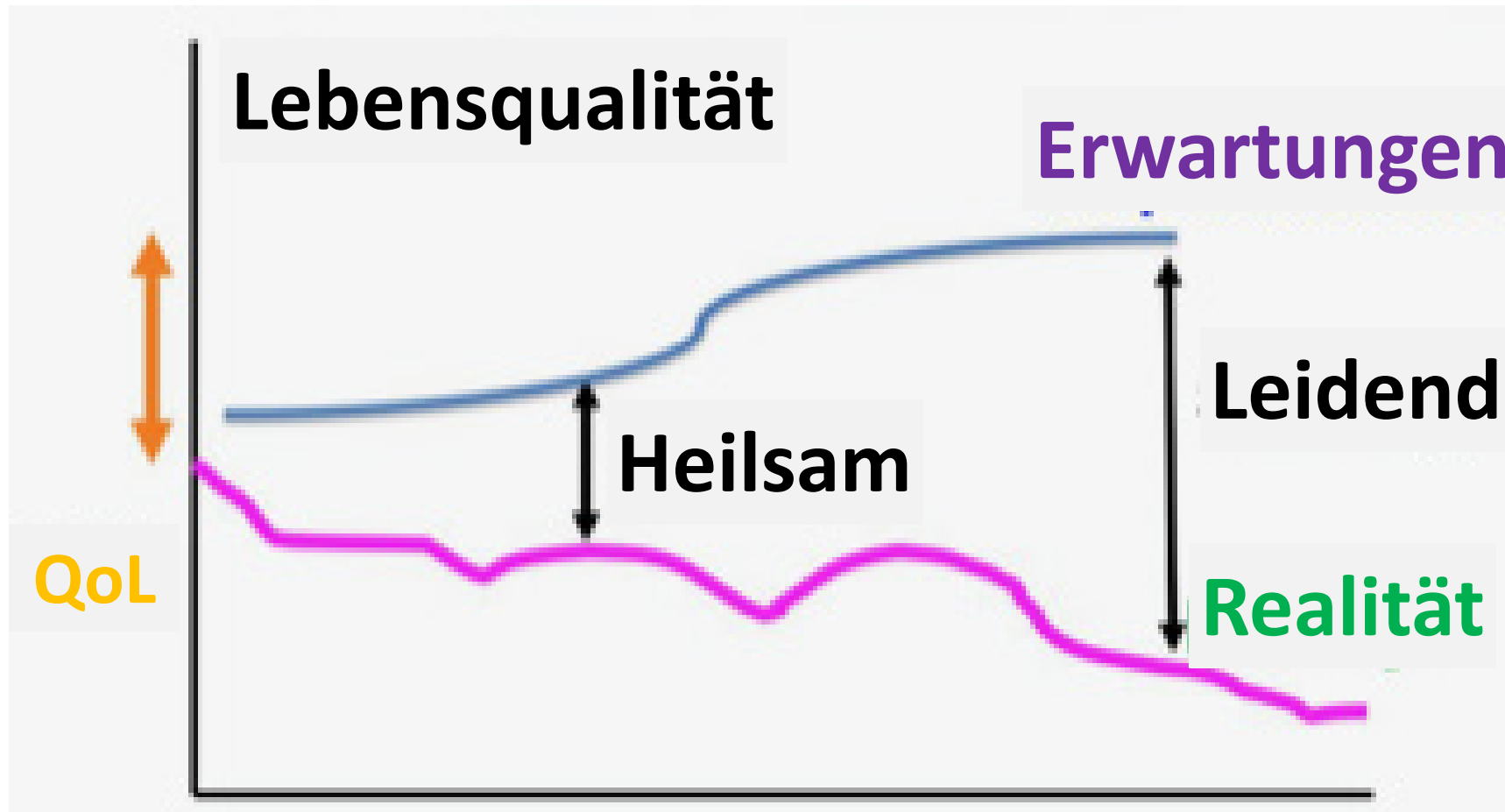
Warum?

Multidimensionalität des Leidens
Das Bio-Psycho-Soziale und
Spirituelle Model

Ziele?

Lebensqualität-Verbesserung
Bejaht das Leben und normalisiert
das Sterben
Befähigt die Betroffenen

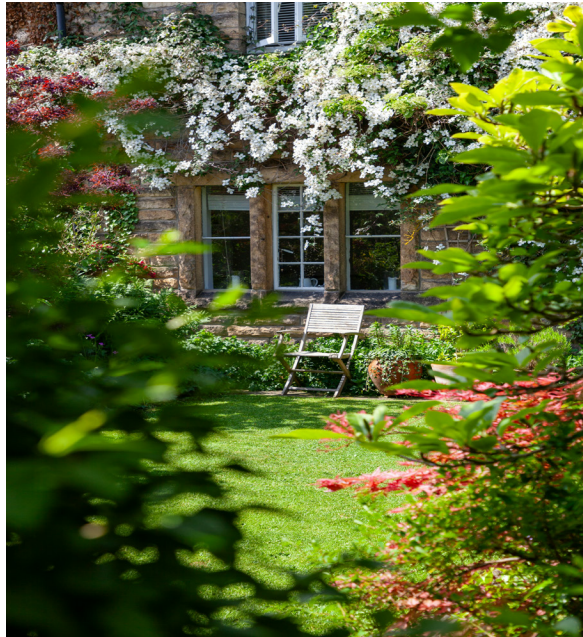
Lebensqualität gegen Lebensende beeinflussen (The Calman Gap)



Meinem Rollenmodell gerecht bleiben Den Schein der Gesundheit wahren.

- **Helena, 56 J.a, Diagnose eines Mammakarzinoms**
- **für 5 Jahre: Operation, Chemotherapie, Radiotherapie, Zoledronat, endokrine Therapie**
- **Danach als «geheilt»** aus der onkologischen Betreuung entlassen
- **Nach 6 Monate:** zunehmende Beschwerden beim Wasserlösen
- **Blasenspiegelung: Diagnose eines trippel-negativen Mammakarzinoms**
- **4 Monate Chemo-Immuntherapie** mit Paclitaxel und Bevacizumab
- Hierunter progrediente Bauchbeschwerden (Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust, rezidivierende Urosepsis, Harnstau bds. und schliesslich kompletter Ileus)
- **Nach Chemotherapie:** Verlegung auf die Palliativstation zur End-of-life-care bei Ileus

LEBENSQUALITÄT – WÜRDE - SELBSTBESTIMMTHEIT



19.03.2026

Wieder arbeiten können

Nächste Angehörigen begleiten
Ein traditionelles Sommerfest in ihrer Heimat

Rückkehr nach Hause vorbereiten

Palliative Care – Essentielle Merkmale

Wie?

Frühzeitig im Verlauf der Erkrankung
Kontinuität der Betreuung
Über den Tod hinaus, auch in der Trauerphase

Wen?

Patientenzentriert:
schwerkranken Menschen
Betreuungseinheit: Patient-
Angehörige

Wer?

Interprofessionelle Teams
Arzt – Pflege – Seelsorge -
Psychologe – Physio –
Sozial – Freiwillige - usw

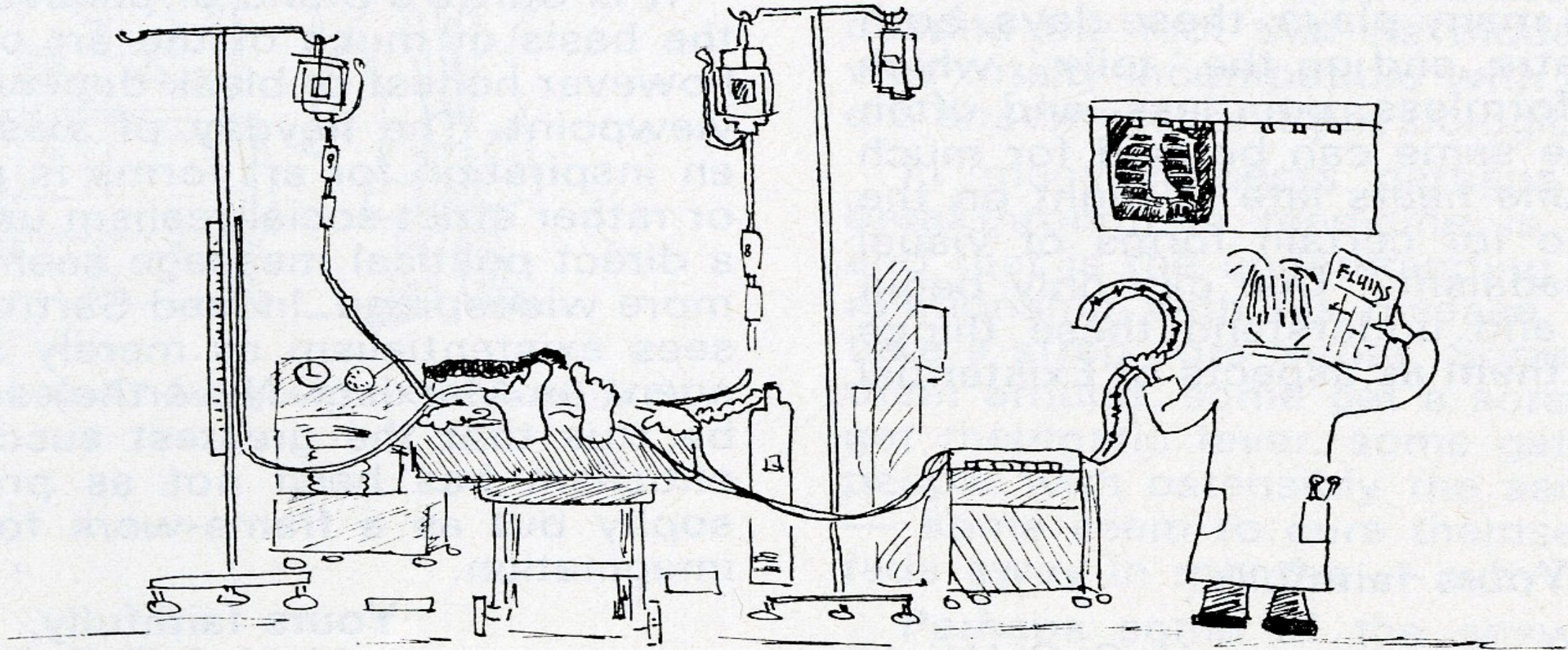
Warum?

Multidimensionalität des Leidens
Das Bio-Psycho-Soziale und
Spirituelle Model

Ziele?

Lebensqualität-Verbesserung
Bejaht das Leben und normalisiert
das Sterben
Befähigt die Betroffenen

Stelle der (Palliativ)Mediziner

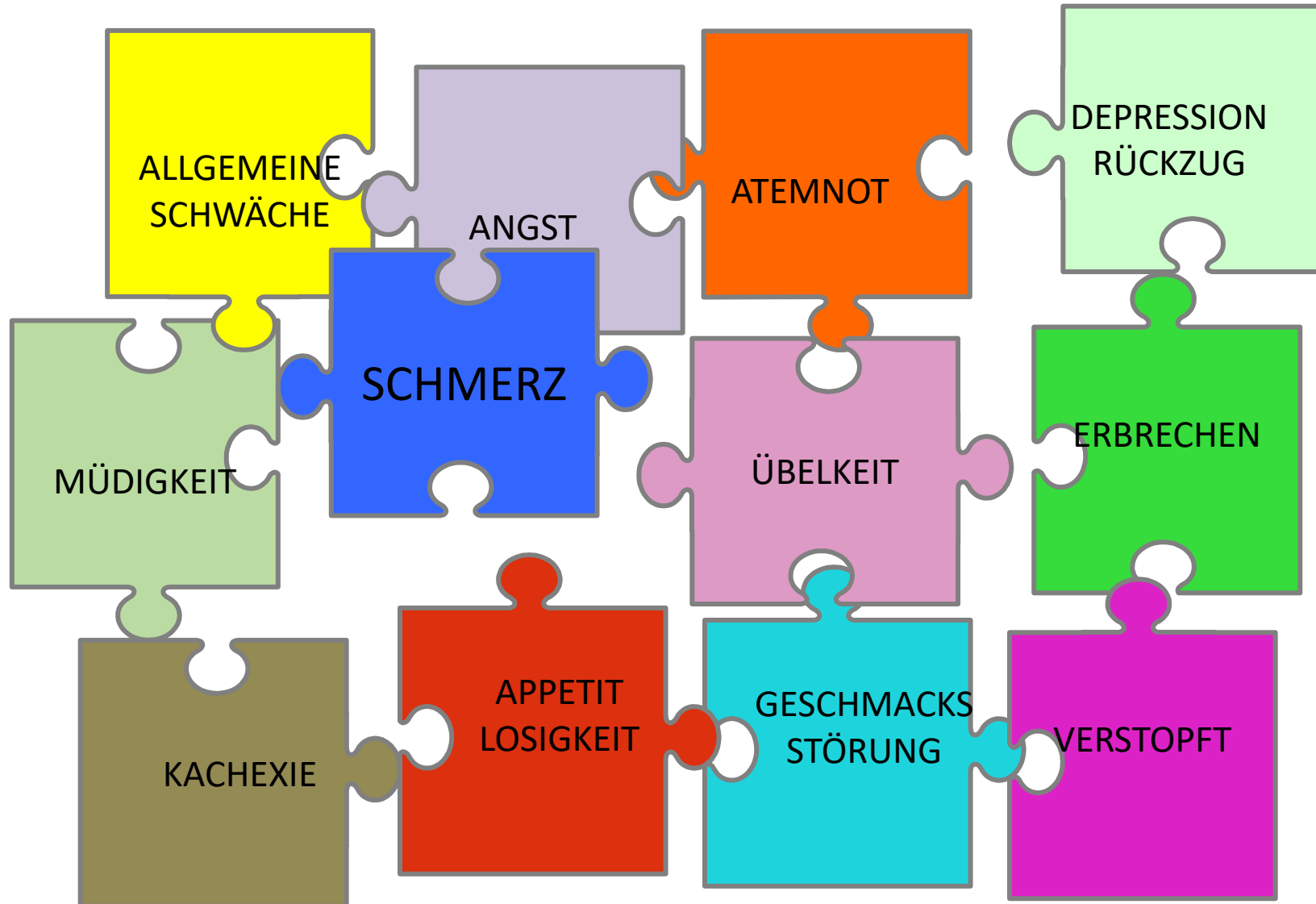


You are looking a lot better today, aren't you?

Symptom-Alphabet

- Aggression, Angst, Appetitlosigkeit, Atemnot
- Bewusstseinsstörung
- Depression, Durst
- Erschöpfung
- Fieber
- Geschmackstörung
- Kachexie
- Müdigkeit, Mundtrockenheit
- Oedeme
- Schlafstörung, Schluckbeschwerden, Schmerzen, Schwindel
- Unruhe
- Vereinsamung, Verwirrung
- Wundgeruch, Wundliegen, Wut
- Zerbrechlichkeit, Zorn
- S. Porchet-Munro, V. Stolba, E. Waldmann – Den letzten Mantel mache ich selbst – Über Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care – Schwabe Verlag 2014 – Seite 42

Symptom-Puzzles => Vernetztes Denken



Entstehung eines wichtigen Konzepts in der Palliativen Betreuung

Holistische Schmerzdefinition

Der “Absolute Schmerz”



Rene Leriche:
“Der Schmerz ist
das Resultat
der Interaktion
eines Stimulus
mit dem
ganzen Individuum.”.

Dame Cicely Saunders:
“Total Pain ist
der Schmerz,
der alle physische,
psychologische,
soziale
spirituelle und
praktische Leiden verkörpert.



Entstehung eines wichtigen Konzepts in der Palliativen Betreuung

- Die Verwendung des Begriffs „Total Pain“ war ein bewusster Versuch, Medizinstudenten und andere dazu anzuregen, die verschiedenen Facetten der Not eines Sterbenden zu betrachten – über die Notwendigkeit von Schmerzmitteln hinaus bis hin zu menschlichem Verständnis und praktischer sozialer Hilfe. Dies schliesst den Einsatz solcher Medikamente nicht aus, relativiert ihn aber.

Saunders (1984) in „The philosophy of terminal care“. In Saunders C et al. The Management of Terminal Malignant Disease. London. Edward Arnold:232-241

Total Pain

das multidimensionelle Konzept in der Palliativen Betreuung



“MIR TUT ALLES WEH!”

Fallbeispiele

Hokus Pokus Spitaldirektor Fentanyl Induzierte Hyperalgesie

Körperlich:

- Urothelkarzinom mit Knochenmetastasen und neuropathischen, interkostalen Schmerzen

Psychologisch:

- Kontroll-Verlust bei einem langjährigen (lebenslang) Direktor;

Spirituell:

- Verhandlungsstrategien, "falls Gott existieren sollte"

Sozial:

- sehr hübsche Frau, Alkoholikerin und total abhängig von ihm



Opioide – Segen oder Flucht?

- Missbrauchpotential: von Abhängigkeitspotential zu Opioidkrise;
- “Opioidsedation” – Myoklonien sehr unangenehm, hypoaktives Delirium
- Opioidinduzierte Hyperalgesie (DD Opioidtoleranz, DD Tumorprogress)

Opioid Krise in der USA

Fentanyl - OxyContin



«Painkiller» Serie

Ly Moro – Kunst und Glaube

Körperlich: Mamma Ca mit Knochenmetastasen

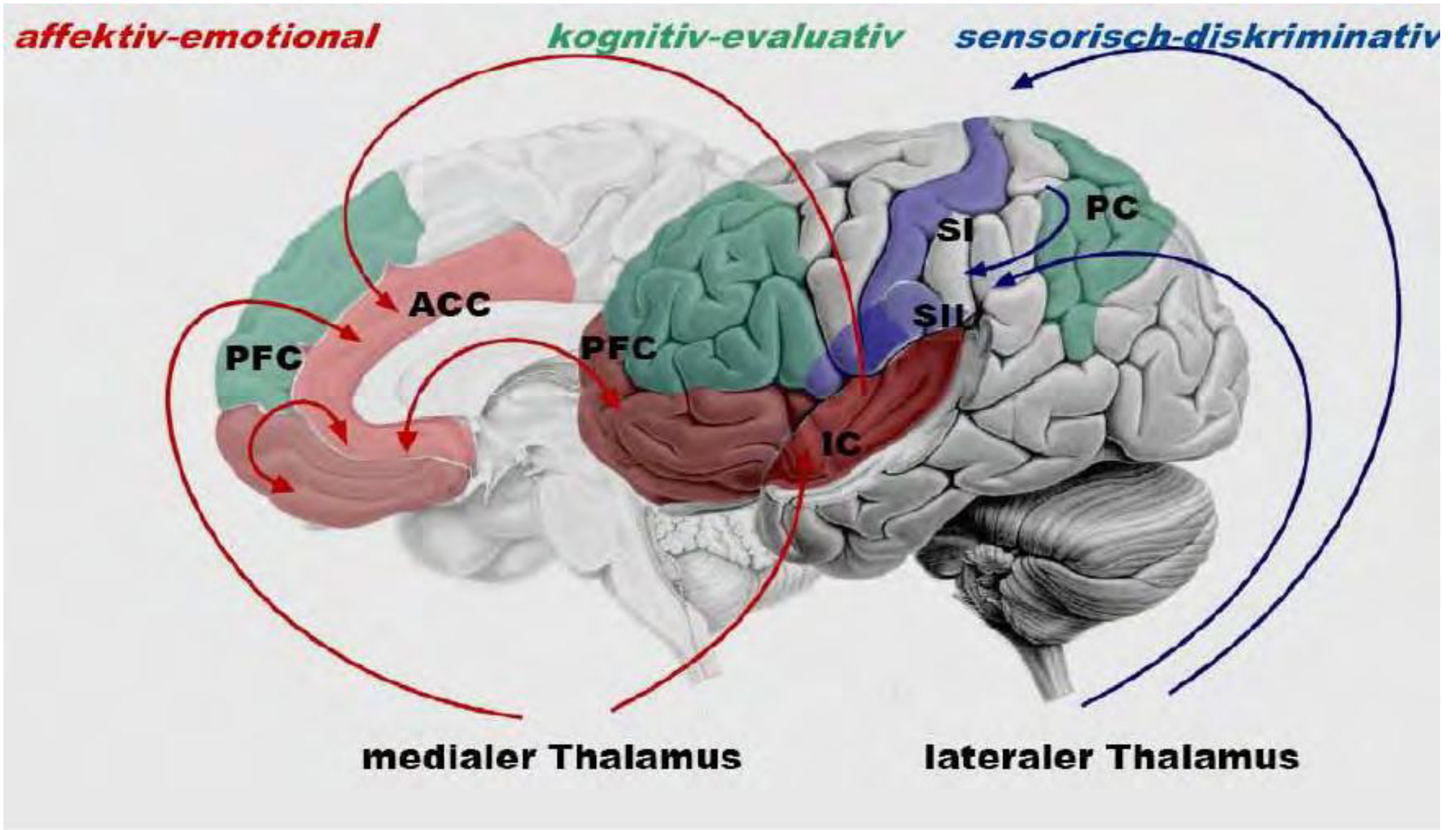
Psychologisch: Trauerarbeit; Kunsterben



Spirituel: tiefe Glaubenskrise

Sozial: 2 erw Söhne und viele liebe Verwandte, Horror von PH, lebte in ihrem Atelier





Und was ist die Palliative Sedation?

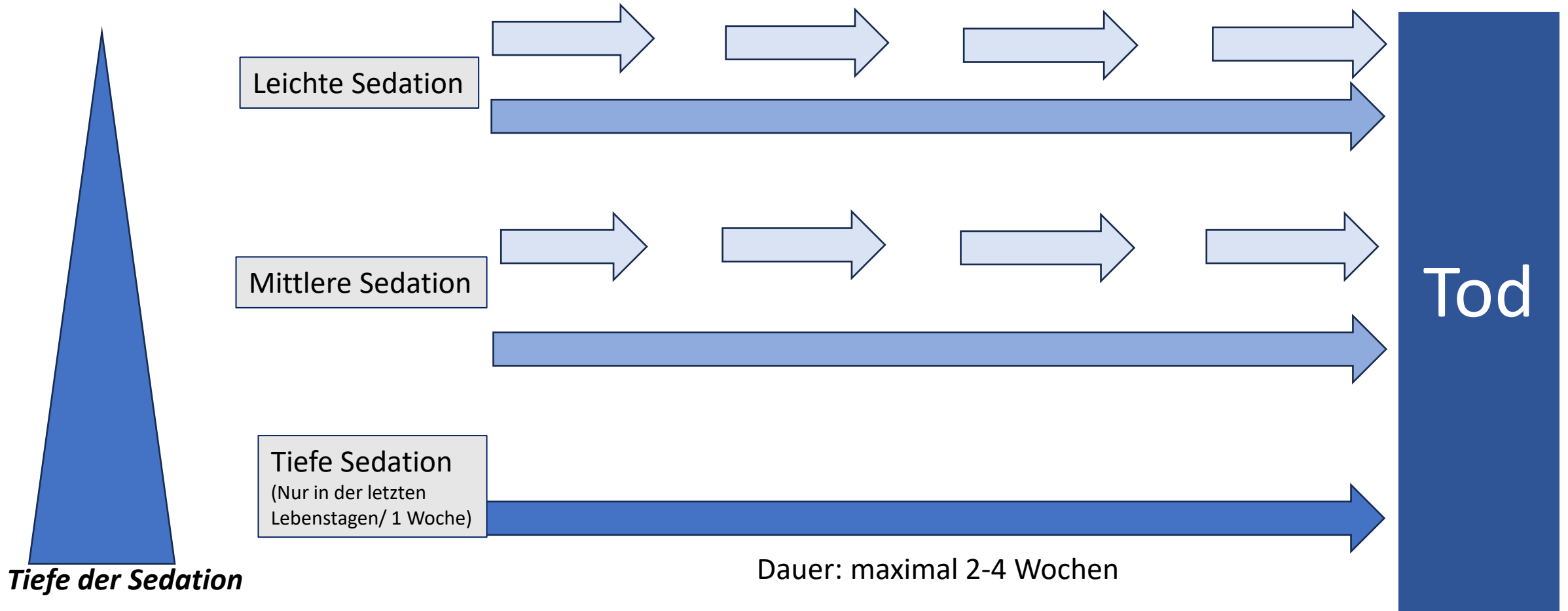
- Palliative Sedierung ist die überwachte Verwendung von sedierenden Medikamenten, die einen Zustand verminderten oder fehlenden Bewusstsein herbeiführen sollen um die Belastung durch anderfalls unerträgliches Leiden auf eine Weise zu lindern, die für den Patienten, für die Angehörigen und für das medizinische Personal akzeptabel ist.
- keine Medikament-Nebenwirkung! Nicht mit Opiaten sedieren!

Refraktäre (Therapie-resistente) Symptome

- Delirium (41-83%);
 - Schmerz (25-65%);
 - Atemnot (16-59%)
-
- Und das existentielle Leiden?

Tiefe und Dauer der Sedation

nach Michel Beauverd et al, "Palliative Sedation- revised Recommendations",
Swiss Med Wkly 2024; 154: 3590



Entscheidungsprozesse und Vorbereitung der palliativen Sedation

- Multidisziplinäre Analyse:
 - Ist der allgemeine Zustand für den Patienten tolerabel?
 - Gibt es Symptome, die Therapie-resistent (-refraktär) sind?
 - Gibt es psychologische, familiäre, soziale oder spirituelle Faktoren, die einen negativen Einfluss oder im Gegenteil, eine Ressource sein können?
 - Kann ein spezialisiertes Palliative Care Team für Optimierung der Symptom-Therapie beigezogen werden?
 - Zeitraum in dem der Tod zu erwarten ist?
 - Intermittierend – in den letzten 4-6 Wochen;
 - Tief, kontinuierlich – Stunden, Tagen, maximal 1bis 2 Wochen.

Wie tief soll eine tiefe Sedation sein?



Ruhige Haltung im Zimmer,
Respektvolles Reden,
Angehörigen begleiten
Patienten NICHT als
HOLZBRETTER im Bett
betrachten

Fallbeispiele

- Kurzdauernde kontinuierliche intermediäre Sedierung am Lebensende, aufgrund Gefährdung durch Unruhe: Anna, die Mandala Künstlerin;
- Kurzdauernde kontinuierliche leichte Sedierung am Lebensende aufgrund der irreversiblen Atemnot: der beste Kranfahrer der Schweiz
- Kurzdauernde, intermittierende tiefe Sedierung bei akutem Delirium mit suizidal Impulsen
 - Ein damaliger Spitaldirektor bei Fentanyl induzierter Hyperalgesie

Unfinished Business



- Herr W, 76 jA, Adenokarzinom des Dickdarmes, ausgedehnt metastasiert; Schmerzen bei Metastasen in Knochen und Bauch
- Seine Frau seit Kurzem in Remission nach Mamma Karzinom;
- War noch beruflich aktiv und zuverlässig bis vor 2 Monate;
- Er war extrem Pflichtbewusst

Unfinished Business

- Zuhause V.a. beginnendes Delir, hospitalisiert zur Schmerzeinstellung
- In Spital: multifaktorielles Delirium, sehr agitiert, Selbst-Gefährdung;
- Notfallsedierung mit sehr hohen Dosen einer Sedativa Kombination
- Die Ehefrau und die Tochter konnten die Situation nicht mehr aushalten;
- Der Patient hatte seine administrative Bilanz bei seiner Arbeit nicht abgeschlossen. Er hatte auch den Vorsorge Auftrag und das Testament noch nicht unterschrieben;

“Das Leben tut mir weh”

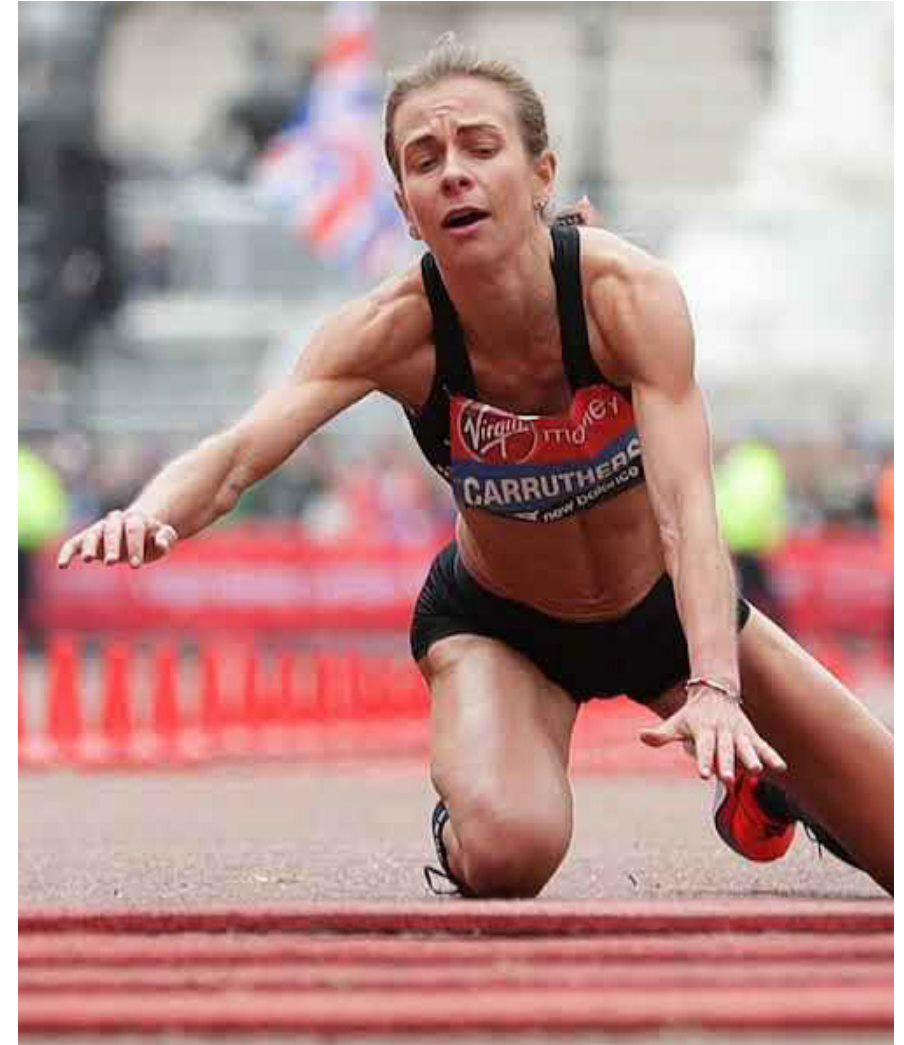
Das existentielle Leiden

- Frau A.B, 46 Jahre alt, Triathlon Siegerin, Ingenieurin, Wissenschaftlerin, Atheistin.
 - Kolon Karzinom mit ausgedehnter Knochen und Lebermetastasierung
 - Symptompuzzle: Schmerzen (ossär, viszeral und neuropathisch), Übelkeit, Cachexie, Schlaflosigkeit und Angst. Die letzten 3 Wochen tetraplegisch.
 - Alle bekannten/experimentellen (nicht)invasiven Behandlungen wurden auf ihren ausdrücklichen Wunsch angewendet.
- Keine Kinder, Lebenspartner fürsorglich und einfühlsam, viele Freunde auch unter den behandelnden Ärzten und Pflegenden

“Das Leben tut mir weh”

Das existentielle Leiden

- **Palliativmedizin**: Gute Symptomkontrolle, aber Angst und starker Lebensüberdruß, für die Betreuenden und Angehörigen kaum auszuhalten.
- **Seelsorge**: letzten Marathon zu Ende laufen
- **Psychoonkologie**: Sorge um sie und um ihren Partner
- **Team Supervision** und **ethische Reflektion**
- Intermittierende Palliative Sedierung mit niedrigdosiertem Dormicum iv.
 - Selbstbestimmungsbedürfnis der Patientin wahrgenommen.
 - Raum zum friedlichen Abschiedsnehmen



PALLI POD

Palliative Care - Leben bis zuletzt

PALLI POD

Palliative Care - Leben bis zuletzt

PALLI POD

Palliative Care - Leben bis zuletzt

#37-1 Palliative Care und Pioniergeist



Podcast von
Gabriela Meissner

PALLI POD

Palliative Care - Leben bis zuletzt

#37-3-Angehörige in der Palliative Care



Podcast von
Gabriela Meissner

#37-2-Interprofessionalität in der Palliative Care



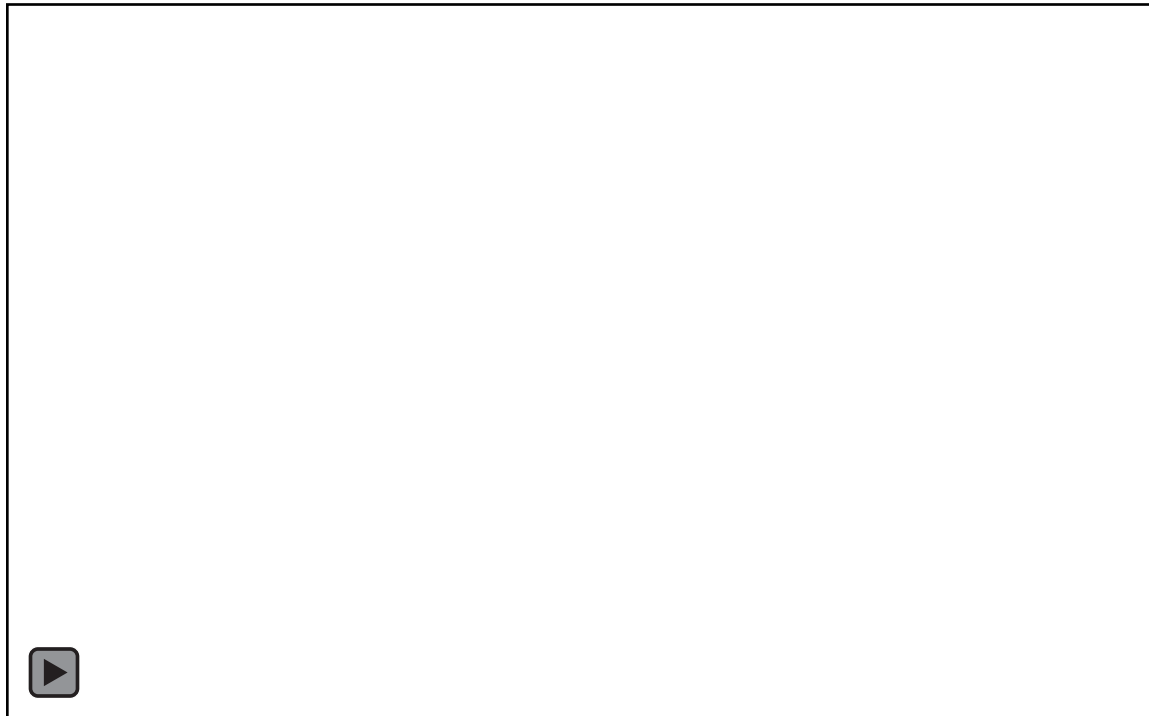
Podcast von
Gabriela Meissner

Podcast mit Gabriela Meissner
<https://pallipod.ch/2025/09/>

“Ich sehe Dich”

Die Multidimensionalität des Leidens

- <https://mediathek.hhu.de/playlist/126>



Dr. Christian Schulz MSc,
*Interdisziplinäres Zentrum
für Palliativmedizin
Universitätsklinikum Düsseldorf,
aktuell University of Toronto*



Gabriela.Popescu@tumor-zentrum.ch

Die Palliative Sedation - Ein Ethisches Dilemma

Negativ	Positiv
<ul style="list-style-type: none">• Eine gefährliche „Waffe“ für Unerfahrene• Leben wird verkürzt, da auch Flüssigkeit und Ernährung gestoppt wird?• irreversible Beeinträchtigung des Bewusstseins• Patient kann sich nicht wehren, ruhig gestellt, aber was erlebt er???• Prinzip des Schadens?	<ul style="list-style-type: none">• Immer Teamentscheidung mit Einbezug des Betroffenen.• Leben wird nicht verkürzt ! (siehe Studie unten)• Sedierung ist Zeichen des bevorstehenden Todes!• Falls keine Notfall: zuerst intermittierend probieren• Fürsorge/Autonomie