

Übertherapie am Lebensende

Handlungsempfehlungen für die Bereiche
Notfallmedizin, Intensivmedizin und Onkologie

Alexandra Scherg, Martin Neukirchen, Kerstin Kremeike,
Bernd Oliver Maier, Bernd Alt-Epping, Heiner Melching,
Claudia Bausewein, Boris Zernikow

Auf einen Blick

- › Therapiezielfindung basiert auf zwei Säulen: der medizinischen Indikationsstellung und dem Patient:innenwillen
- › Die rasante Weiterentwicklung medizinischer Möglichkeiten birgt das Risiko von Übertherapie
- › Übertherapie meint das Verfolgen eines nicht (mehr) realisierbaren Therapieziels, oft unter Anwendung medizinischer Maßnahmen, deren Schaden den Nutzen übersteigen
- › Neben dem direkten Schaden am/an der Patient:in führt Übertherapie indirekt zu einem relevanten Verbrauch von Ressourcen, zur Verschärfung des Ressourcenmangels im Gesundheitswesen, einer Zunahme von moralischem Stress in den Behandlungsteams und einer Zunahme der Gesundheitskosten
- › Das Entstehen von Übertherapie wird auf verschiedenen Ebenen begünstigt:
 1. Betroffenenenebene: zunehmende Zahl hochbetagter, multimorbider Menschen in komplexen Erkrankungssituationen, mangelnde Gesundheitskompetenz und daraus resultierend unzureichende Vorausplanung von Krisen und Notfallsituationen (Advance Care Planning). Neben einem Mangel an präferenzorientierter, angemessener Versorgung am Lebensende werden oft maximaltherapeutische Maßnahmen angeboten und eingefordert
 2. Behandelndenebene: personeller Ressourcenmangel im Gesundheitswesen; Zunahme komplexer Therapieentscheidungen, die begleitet werden von Sorgen vor juristischen Folgen sowie von ökonomischen Fehlanreizen; unzureichende kommunikative Kompetenz und fehlende Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung
 3. Strukturebene: Versorgungslücken an der Schnittstelle von Palliativ- und Notfallmedizin; Ausrichtung medizinischer Maßnahmen an Machbarkeit anstelle von Sinnhaftigkeit und Angemessenheit (Intensivmedizin); Überdiagnostik und Prognose-unangemessene Therapieansätze (Onkologie); leistungsorientiertes Vergütungssystem mit Fehlanreizen
- › Die zeitgerechte Integration von Palliativmedizin hat einen präventiven Charakter in Bezug auf Übertherapie: neben der Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen unterstützen multiprofessionelle Palliativteams bei der Identifikation und Kommunikation angemessener Therapieziele und helfen so, die Krankenhausverweildauer zu verkürzen, Behandlungskosten zu senken und moralischen Stress in den primären Behandlungsteams im Falle unangemessen empfundener Therapien zu reduzieren
- › Voraussetzungen für eine funktionierende Integration der Palliativmedizin in Notfall- und Intensivmedizin und Onkologie sind:
 1. Stärkung der Allgemeinen Palliativversorgung
 2. Finanzierung von Advance Care Planning auch außerhalb von Pflegeheimen
 3. Verankerung palliativmedizinischer Strukturen in der Gesetzgebung zur Notfallreform
 4. Flächendeckende Implementierung und Finanzierung von Palliativdiensten im Krankenhaus
 5. Minimierung ökonomischer Fehlanreize
 6. Stärkung der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung in herausfordernder Kommunikation



Inhalt

3	—	1. Hintergrund
4	—	2. Faktoren, die Übertherapie begünstigen
4		2.1 Die Betroffenen
5		2.2 Die Behandelnden
5		2.3 Die Versorgungsstruktur
8	—	3. Wie kann Übertherapie am Lebensende vermieden werden?
8		3.1 Die präventive Rolle der Palliativmedizin
9	—	4. Handlungsempfehlungen
9		4.1 Fachübergreifende Empfehlungen
9		4.2 Handlungsempfehlungen – Notfall- und Akutmedizin
9		4.3 Handlungsempfehlungen – Intensivmedizin
10		4.4 Handlungsempfehlungen – Onkologie
11	—	5. Zusammenfassung
12	—	Literaturverzeichnis
16	—	Die Autorinnen und Autoren

1. Hintergrund

Die Medizin unterliegt einem ständigen Wandel mit besserem Verständnis von Erkrankungen und immer neuen Therapieoptionen. Therapieentscheidungen werden dabei für Ärzt:innen und Patient:innen immer herausfordernder. Oft wird eher danach gehandelt, was medizinisch möglich und nicht, was medizinisch in der gegebenen Situation am sinnvollsten ist. Dies führt häufig zu Übertherapie. **Dieses Papier möchte Übertherapie aus verschiedenen Perspektiven beleuchten und die Möglichkeiten der Palliativmedizin aufzeigen, zu angemessenen Therapieentscheidungen beizutragen.**

Die Entscheidung für eine therapeutische Maßnahme setzt einen Prozess der Therapiezielfindung voraus. Zunächst müssen Behandelnde realistische Therapieziele und angemessene Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele formulieren (Indikationsstellung). Diese Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen werden dann mit den Wünschen der Betroffenen (Patientenwille) abgestimmt, wobei eine gemeinsame Entscheidungsfindung angestrebt wird (*shared decision making*) (Hierundar et al., 2026). Dabei gilt es von ärztlicher Seite, Maßnahmen zu identifizieren, die einerseits grundsätzlich wirksam sind, das vorliegende Problem zu lösen, und andererseits in der individuellen Behandlungssituation mutmaßlich mehr Nutzen als Schaden erzielen (Alt-Epping et al., 2021; Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, 2016; Michalsen et al., 2021; Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, 2022).

In vielen Bereichen des deutschen Versorgungssystems ist jedoch Übertherapie ein relevantes Problem (Ludwig et al., 2022; Michalsen et al., 2021). **Übertherapie meint das Verfolgen eines nicht mehr realisierbaren Therapieziels, meist unter Anwendung medizinischer Maßnahmen, deren potenzieller Schaden den erwartbaren Nutzen übersteigt** (Chassin & Galvin, 1998).

Dieser Schaden kann einerseits unmittelbar durch die Übertherapie an sich verursacht werden (z. B. Versterben im Zusammenhang mit einer Operation mit fragwürdigem Therapieziel), andererseits aber mittelbar entstehen, weil der (mutmaßliche) Patientenwille keine Beachtung findet. Wird beispielweise der Sterbeort entgegen dem

vorab formulierten Wunsch der Patient:innen und dem moralischen Gefühl der pflegerisch Versorgenden vom Pflegeheim oder der Häuslichkeit ins Krankenhaus verlegt (Brownlee et al., 2017), schadet dies nicht nur den Patient:innen, sondern auch den Behandlungsteams. Moralischer Stress bei Mitarbeitenden, interprofessionelle Teamkonflikte und daraus resultierender Personalausfall sind die Folge (Lambden et al., 2019; Tanaka Gutiez et al., 2023).

Neben diesen direkten negativen Folgen von Übertherapie sind auch die indirekten Folgen wichtig. **Übertherapie verschärft den personellen Ressourcenmangel und trägt erheblich zu den Gesundheitskosten einer Gesellschaft bei** – insbesondere durch Zunahme der Behandlungskosten am Lebensende (Chastek et al., 2012). In der aktuellen politischen Diskussion um steigende Ausgaben und begrenzte Ressourcen im Gesundheitswesen in Deutschland scheint es sinnvoll, Ausgaben der Krankenkassen zunächst einmal dort zu senken, wo eine Übertherapie stattfindet. Elf Prozent der Gesundheitsausgaben werden im letzten Lebensjahr und 21,4 Prozent in den letzten drei Lebensjahren getätigt (French et al., 2017). Vor allem in den Bereichen der Notfall- und Intensivmedizin und Onkologie findet Übertherapie bei Menschen in palliativer Erkrankungssituation statt. Es ist daher aus medizinischen, ethischen und ökonomischen Gründen dringend geboten, sich des Problems der Übertherapie am Lebensende anzunehmen. Dazu ist eine differenzierte Analyse der Einflussfaktoren aufseiten der Betroffenen, der Behandelnden sowie der Versorgungsstrukturen erforderlich (Blaschke et al., 2021; Kreimeike et al., under review).

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin formuliert daher für diese Bereiche politische Handlungsempfehlungen, um – auf Basis einer christlichen Werteordnung und unter starker Beachtung des Patientenwillens – der Übertherapie am Lebensende entgegenzuwirken.

2. Faktoren, die Übertherapie begünstigen

2.1 Die Betroffenen

Die demografische Entwicklung führt zu einer wachsenden Zahl hochbetagter Menschen, die häufig nicht gesund altern, sondern oft unter mehreren palliativmedizinisch relevanten Erkrankungen mit unterschiedlichen Verläufen leiden (Seger & Gaertner, 2020):

Tod, Sterben, Trauer und eigener Endlichkeit eine untergeordnete Rolle. Häufig werden diese Themen tabuisiert und Wünsche und Ängste, die das Lebensende betreffen, bleiben unausgesprochen (Gronemeyer, 2007; Müller et al., 2024). Damit zusammenhängend gibt es trotz umfangreicher Maßnahmen in den letzten Jahrzehnten weiterhin keine umfassende Verfügbarkeit von

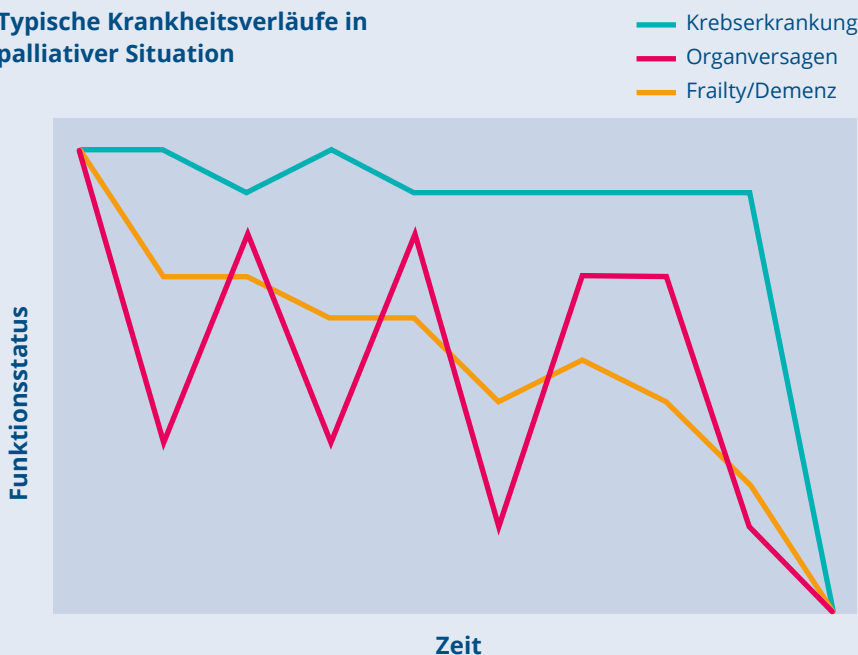
Vorsorgeinstrumenten wie Vorsorgevollmachten oder belastbaren Patient:innenverfügungen (Deutscher Bundestag, 2020; Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., 2022; Weber et al., 2024). Auch bezogen auf Vorausverfügungen für den Notfall (z. B. Notfallausweis) fehlt ein deutschlandweit anerkanntes Format (Böhm et al., 2026).

In der unmittelbaren Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankungssituation führen fehlende Auseinandersetzung, unzureichende Kommunikation und mangelnde Vorausplanung häufig zu dem **Wunsch nach Lebensverlängerung und zum Einfordern maximaltherapeutischer Maßnahmen** (Köhler, 2022; Michalsen et al., 2021), ohne deren erwartbares Outcome und die wahrschein-

lichsten Konsequenzen zu überblicken. Solche Wünsche entstehen häufig aufgrund fehlender gemeinsamer Zielklärung (Advance Care Planning) und dem Erleben, keine realistischen Alternativen aufgezeigt zu bekommen.

Abb 1: Schematische Darstellung typischer Krankheitsverläufe in palliativer Erkrankungssituation (DGIIN, DGIM, BDI et al., 2024)

Typische Krankheitsverläufe in palliativer Situation



Daraus resultieren häufig komplexe Erkrankungs- und Symptomkonstellationen, deren Verlauf und Prognose selbst für erfahrene Behandelnde schwer einzuschätzen sind, weil sich körperliche Symptome, psychische Belastungen, soziale Herausforderungen und existenzielle Fragen in besonderer Weise überlagern (siehe Abbildung 1). Gleichzeitig spielt die persönliche, intrafamiliäre und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit

2.2 Die Behandelnden

Der personelle Ressourcenmangel im Gesundheitswesen nahm in den letzten Jahren stetig zu. Aktuell sind 41 Prozent der Hausärzt:innen älter als 60 Jahre und betreuen bereits jetzt mehr als 1.250 Patient:innen jährlich, sodass neben dem Pflegenotstand ein Mangel in der ärztlichen Primärversorgung droht (Statistisches Bundesamt, 2025). Eine Kernaufgabe von Hausärzt:innen ist es, Menschen im Lebens- und Krankheitsverlauf zu begleiten, Krisensituationen zu antizipieren und in der Vorausplanung zu unterstützen (Advance Care Planning). Fällt diese lange Begleitung weg, drohen negative Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die frühzeitige Auseinandersetzung mit den Konsequenzen von hohem Alter, Krankheit und Gebrechlichkeit. Durch fehlende Vorausplanung wird in Krisensituationen am Lebensende vermehrt der Rettungsdienst in Anspruch genommen (Eisenreich, 2024).

Insbesondere in Akutsituationen werden aufgrund des Notfallgeschehens selbst, dem damit verbundenen Zeitdruck, Überforderung der Angehörigen und oft unvollständiger medizinischer Informationen immer wieder Maßnahmen eingeleitet, deren Sinnhaftigkeit im Verlauf infrage gestellt werden muss, weil sie keine realistischen Therapieziele verfolgen.

Aus immer komplexeren Erkrankungssituationen bei gleichzeitiger Weiterentwicklung medizinischer Behandlungsmöglichkeiten resultiert auch eine zunehmende Komplexität von Therapieentscheidungen. Auch forensische Ängste, Unsicherheit und ökonomische Faktoren (Nothacker et al., 2019) tragen zum Entstehen von Übertherapie bei.

Weitere Ursachen hierfür könnten die unzureichende ärztliche Ausbildung im Hinblick auf die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung (Harendza, 2022; Michalsen et al., 2021) und eine unzureichende kommunikative Kompetenz sein. Der medizinische Fortschritt, der sich beispielsweise in rasant wachsenden Möglichkeiten der medikamentösen Tumortherapie widerspiegelt, fordert von den Behandelnden eine klare Indikationsstellung zur Vermeidung von letztlich sinnlosen Therapiebemühungen (Futility) (Zen-

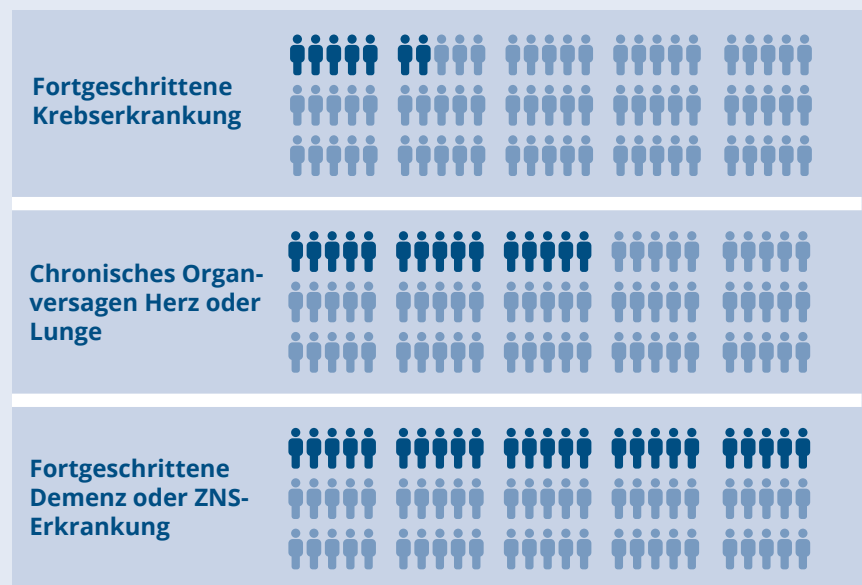
trale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, 2022). Zudem besteht kein Konsens in der Ärzteschaft, wann Patient:innen „zu krank“ sind, um bereits aus medizinischen Gründen eine nebenwirkungsträchtige Therapiemaßnahme nicht durchzuführen. Die Abwägung zwischen erhofftem Nutzen und befürchtetem Schaden wird dabei selten offen und transparent mit Patient:innen und An-/Zugehörigen thematisiert. Es fällt Ärzt:innen leichter, im Gespräch Behandlungsangebote in Aussicht zu stellen, als Betroffenen mitzuteilen, dass es keine sinnvollen krankheitsspezifischen Behandlungsansätze mehr gibt.

2.3 Die Versorgungsstruktur

Die Notfallmedizin ist zunehmend mit palliativmedizinisch relevanten Notfallsituationen konfrontiert. Ging man bisher davon aus, dass circa drei bis zehn Prozent der Notärzt:inneneinsätze in Palliativsituationen – meist onkologisch Erkrankte – stattfinden, so zeigt eine aktuelle Befragung unter Notfallversorgenden, dass die Einsatzhäufigkeit in Palliativsituationen mit nicht-onkologischen Erkrankungen (z. B. Demenz, chronische Herzinsuffizienz, COPD) deutlich höher, nämlich bei zehn bis 25 Prozent liegt und damit jeden vierten bis zehnten Einsatz des Rettungsdienstes betrifft.

Abb. 2: Befragung #palliamedic unter Notfallversorgenden 07-10/2025 bundesweit (alle Bundesländer repräsentiert)

Rettungsdienst-Einsätze in palliativen Erkrankungssituationen

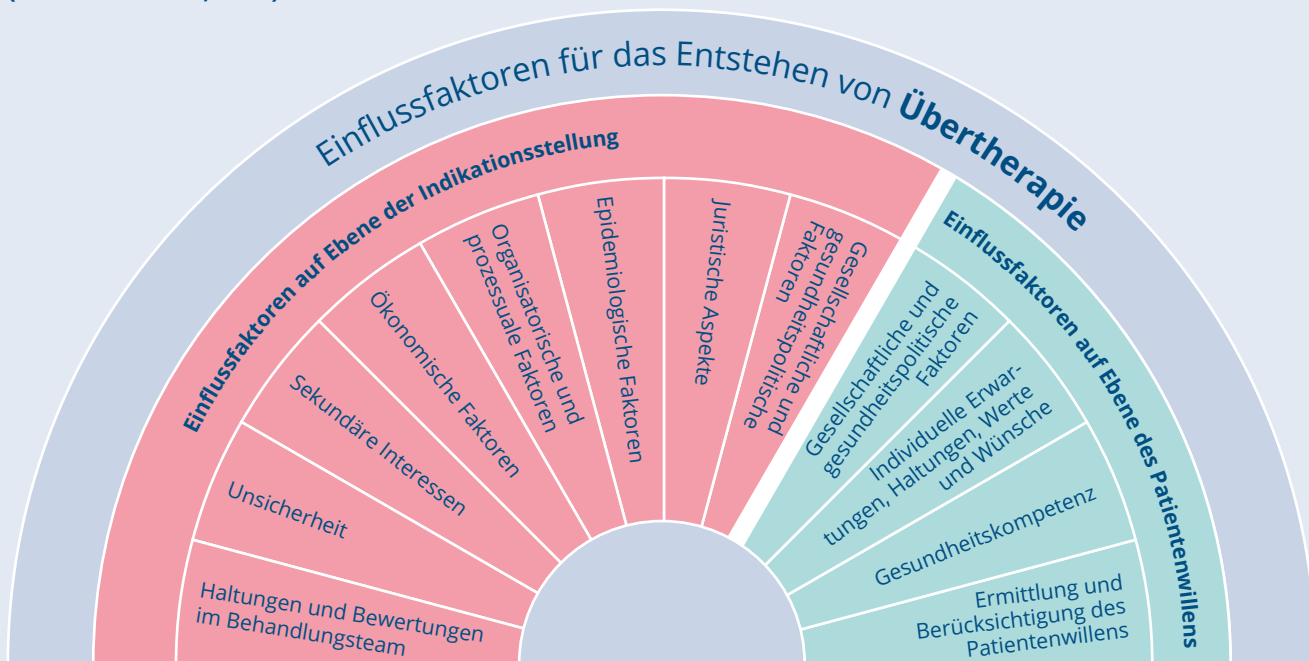


n=650 (davon Ärzt:innen: 253, Notfallsanitäter:innen: 312)

53 % Berufserfahrung > 10 Jahre

(Grafik aus der #palliamedic-Befragung der Autor:innen (eigene Daten))

Abb. 3: Einflussfaktoren für das Entstehen von Übertherapie in der Intensivmedizin (Michalsen et al., 2021)



Um den daraus resultierenden Anforderungen gerecht zu werden, braucht es einerseits eine **Basisqualifikation der Notfallversorgenden (Rettungsdienst und KV-Notdienst) zu palliativmedizinisch relevanten Themen**, andererseits bei komplexer Symptomlast eine **Verfügbarkeit spezialisiert-palliativmedizinischer Expertise in den Strukturen der Notfallversorgung**.

In der Intensivmedizin ist Übertherapie ein bekanntes Problem, welches seine Ursachen im Bereich von Indikationsstellung und Patientenwillen hat (Michalsen et al., 2021).

Für den sensiblen Bereich der prognostischen Unsicherheit wurden Maßnahmen wie der „zeitlich begrenzte Therapieversuch“ entwickelt, um medizinisch sinnvolle Therapieentscheidungen zu fördern, diese finden jedoch im klinischen Alltag noch unzureichende Anwendung (Jöbges et al., 2024). In Anbetracht der demografischen Entwicklung und zunehmenden Multimorbidität nimmt die Relevanz von Übertherapie in der Intensivmedizin und die damit verbundenen Behandlungskosten deutlich zu. So versterben beispielsweise über 70 Prozent der über 80-Jährigen, die in deutschen Intensivstationen invasiv beatmet werden, während des Krankenhausaufenthaltes (Karagiannidis et al., 2024). Dabei bestehen **Schwierigkeiten** vor allem darin, **zu entscheiden, wann mit hinreichender Wahrscheinlichkeit das gesetzte intensivmedizinische Therapieziel nicht mehr erreicht werden kann** und konsequenter-

weise das intensivmedizinische Behandlungsziel auf ein symptomlinderndes, also palliatives Behandlungsziel geändert werden sollte. Im Kontext der Exploration des (mutmaßlichen) Patientenwillens besteht in unserer Gesellschaft weiterhin Uneinigkeit darüber, ob ein schieres Überdauern auf der Intensivstation – eine Lebenszeitverlängerung unter Intensivbedingungen ohne Aussicht auf Besserung oder gar Verlegung/Entlassung – als rechtfertigendes Therapieziel für die Fortsetzung der Intensivtherapie gelten darf oder nicht.

Im **onkologischen Kontext** lässt sich die Entstehung von Übertherapie auf drei unterschiedliche Kategorien zurückführen:

- Übertherapie aufgrund von Überdiagnostik** (zum Beispiel im Rahmen der Prostatakrebs-Vorsorge, Hamdy et al., 2023),
- Übertherapie aufgrund spezifischer Behandlungsmodalitäten:** Maßnahmen, insbesondere in fortgeschrittenen Krankheitsstadien, orientieren sich eher an der technischen Verfügbarkeit von Behandlungsoptionen als an evidenzbasiertem Outcome (z. B. medikamentöse Therapieverfahren, interventionelle Ansätze),

3. Übertherapie aufgrund patient:innenbezogener Faktoren (Cherny et al., 2025): Altersunangemessene Therapieansätze beschreiben die Diskrepanz zwischen einem selektiven Patient:innenklientel in Studien und der Lebensrealität im klinischen Alltag, in der hochbetagte und multimorbide Patient:innen deutlich stärker repräsentiert sind (Feliu et al., 2021). Unter Prognose-unangemessenen Therapieansätzen ist die Therapieeinleitung zu einem Zeitpunkt zu verstehen, in dem die verbleibende Lebenszeitprognose nicht mehr ausreichend ist bis zum Eintritt der Wirksamkeit der Therapie. Dennoch werden viele Therapien ohne Berücksichtigung dieses Zeitraumes auch in absehbarer sterbensnaher Situation eingeleitet (Chen et al., 2016; Falchook et al., 2017). Einerseits spiegelt sich die mangelnde Einbindung der Haltung der betroffenen Patient:innen in Vernachlässigung der Partizipation in Entscheidungsfindung wider. Andererseits fällt es Ärzt:innen schwer, kein Angebot mehr machen zu können, u. a. weil sie die Möglichkeiten der palliativmedizinischen Versorgung nicht kennen.

3. Wie kann Übertherapie am Lebensende vermieden werden?

3.1 Die präventive Rolle der Palliativmedizin

Palliativmedizin richtet sich an Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen und deren Umfeld. Die Aufgabe der Palliativmedizin ist es, Belastungen auf körperlicher, psychischer, sozialer und existenzieller Ebene zu identifizieren und zu lindern. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist der multiprofessionelle Ansatz eines der Kernmerkmale der Palliativmedizin: Das Palliativteam, bestehend aus Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, psychosozialen und therapeutischen Mitarbeitenden, ist zuständig für realistische Therapiezielfindung, Symptomlinderung und Versorgungsplanung – im engen interdisziplinären Austausch mit weiteren Behandelnden.

Die **zeitgerechte Integration der Palliativmedizin in die Strukturen der Akut-, Notfall- und Intensivversorgung** kann helfen, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und Übertherapie zu reduzieren, indem die Wünsche und Wertvorstellungen der Betroffenen für die weitere Behandlung evaluiert und dokumentiert (Advance Care Planning), Therapiezielgespräche forciert und Handlungsalternativen aufgezeigt werden. Die Krankenhausverweildauer kann verkürzt, Behandlungskosten gesenkt und moralischer Stress in den primären Behandlungsteams reduziert werden (Michels et al., 2023).

Eine besondere Rolle kommt der Palliativmedizin im Bereich der Therapiezielfindung zu: Intensivmediziner:innen, Notfallmediziner:innen, Onkolog:innen, Chirurg:innen und Vertreter:innen anderer medizinischer Disziplinen kommen im Kontext komplexer Erkrankungssituationen häufig in die Situation, eine selbst indizierte Therapie im Krankheitsverlauf kritisch hinterfragen zu müssen. Diese Situation kann das Risiko bergen, dass mit allen Mitteln versucht wird, das ursprünglich in Aussicht gestellte Ziel doch noch zu erreichen – vielleicht, um dem Gefühl des Versagens entgegenzuwirken. Ein Palliativteam kann an dieser Stelle helfen, durch eine externe und moderierende Position realistische Therapieziele zu formulieren (Meier, 2023).

4. Handlungsempfehlungen

4.1 Fachübergreifende Empfehlungen

Handlungsempfehlung 1: Palliativmedizin soll frühzeitig in die Akutmedizin integriert werden (Michels et al., 2023).

Handlungsempfehlung 2: Im gemischten Modell der interdisziplinären Zusammenarbeit erfolgt die allgemeine Palliativversorgung durch Primärbehandler:innen, bei komplexen Symptomgeschehen soll im stationären Setting, wenn verfügbar, ein palliativmedizinischer Dienst (PMD) oder im ambulanten Setting ein Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) hinzugezogen werden (Michels et al., 2023).

Handlungsempfehlung 3: Bei der Festlegung der medizinischen Indikation soll – unter Berücksichtigung des Patientenwillens – ein realistisches Therapieziel formuliert werden.

Fazit für die Politik: Zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen ist eine Stärkung der Allgemeinen Palliativversorgung und eine Finanzierung von Advance Care Planning auch außerhalb von Pflegeheimen erforderlich.

4.2 Handlungsempfehlungen – Notfall- und Akutmedizin

Handlungsempfehlung 4: Zur Identifikation von palliativmedizinischem Behandlungsbedarf in Akutsituationen sollte in der präklinischen und klinischen Notfallversorgung flächendeckend ein entsprechendes Screening eingesetzt werden, z. B. das *palliative care and rapid emergency screening* (p-CaRES, Schmitz et al., 2025).

Handlungsempfehlung 5: Alle in der Notfallversorgung Tätigen sollen im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung eine Basisqualifikation für eine allgemeine palliativmedizinische Versorgung erhalten (DGIIN, DGIM, BDI et al., 2024; Michels et al., 2023).

Handlungsempfehlung 6: Es sollten ad hoc verfügbare Teams der Spezialisierten Palliativversorgung etabliert werden (z. B. als neue Kategorie der SAPV), um die Versorgung in der Häuslichkeit oder in Pflegeeinrichtungen in palliativen Notfallsituationen mit komplexer Symptomlast zu unterstützen, den Rettungsdienst sowie die zentralen Notaufnahmen zu entlasten und nicht gewünschte oder nicht indizierte Transporte ins Krankenhaus zu vermeiden (Bathe et al., 2026; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege, 2024).

Zusätzlich sollte über die Leitstellen die (telemedizinische) Verfügbarkeit einer/eines Palliativmediziner:in 24/7 gewährleistet sein, um Notfallversorgende zu palliativmedizinischen Fragen zu beraten.

Fazit für die Politik: Zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen ist eine Verankerung der genannten palliativmedizinischen Strukturen in der Gesetzgebung zur Notfallreform erforderlich.

4.3 Handlungsempfehlungen – Intensivmedizin

Handlungsempfehlung 7: Zur Identifikation von palliativmedizinischem Behandlungsbedarf sollte ein Screening bei allen Intensivpatient:innen durchgeführt werden, die länger als 24 Stunden auf der Intensivstation liegen (z. B. Pall-ICU Score, Tenge et al., 2025; www.pc-icu.com).

Handlungsempfehlung 8: Ein zeitlich limitierter Therapieversuch (*time-limited trial*) sollte bei Unsicherheiten bezüglich des Nutzens und des Risikos der eingeschlagenen Therapie, der Ermittlung der Prognose und des patientenzentrierten Therapieziels erwogen werden (Michels et al., 2023).

Handlungsempfehlung 9: Bei einer absehbar längeren Behandlung auf einer Intensivstation (über fünf Tage) sollten mindestens einmal wöchentlich Gespräche mit den Patient:innen und ihren An-/Zugehörigen über den aktuellen Gesundheitszustand unter Berücksichtigung palliativmedizinischer Aspekte geführt und daran angepasste Therapieziele durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung (*shared decision making*) vereinbart werden (Michels et al., 2023).

Fazit für die Politik: Zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen ist eine flächendeckende Implementierung von Palliativdiensten im Krankenhaus erforderlich.

4.4 Handlungsempfehlungen – Onkologie

Handlungsempfehlung 10: Vor Einleitung diagnostischer Maßnahmen und tumorspezifischer Therapien sollte eine kritische Indikationsprüfung unter Berücksichtigung verfügbarer Evidenz und patientenbezogener Faktoren und Reflexion möglicher Fehlanreize erfolgen. Bei fortgeschrittener Grunderkrankung sollte die Spezialisierte Palliativmedizin zum interdisziplinären Austausch in komplexen Entscheidungsprozessen einbezogen werden (Dasch et al., 2017; Ludwig et al., 2022).

Handlungsempfehlung 11: Bei inkurabler und fortgeschrittener Grunderkrankung sollte die Indikation zur Fortführung tumorspezifischer Therapien und deren Begrenzung sowie die Festlegung und Kommunikation weiterer Behandlungsgrenzen aktiv reevaluiert werden (z. B. Reanimation, intensivmedizinische Behandlung, Ludwig et al., 2022).

Handlungsempfehlung 12: Zur Ermittlung persönlicher Werte, Vorausplanung und den erforderlichen Raum für Ambivalenz sollten multiprofessionelle Gesprächsangebote gemacht werden (z. B. durch einen Palliativdienst im Krankenhaus, Ludwig et al., 2022).

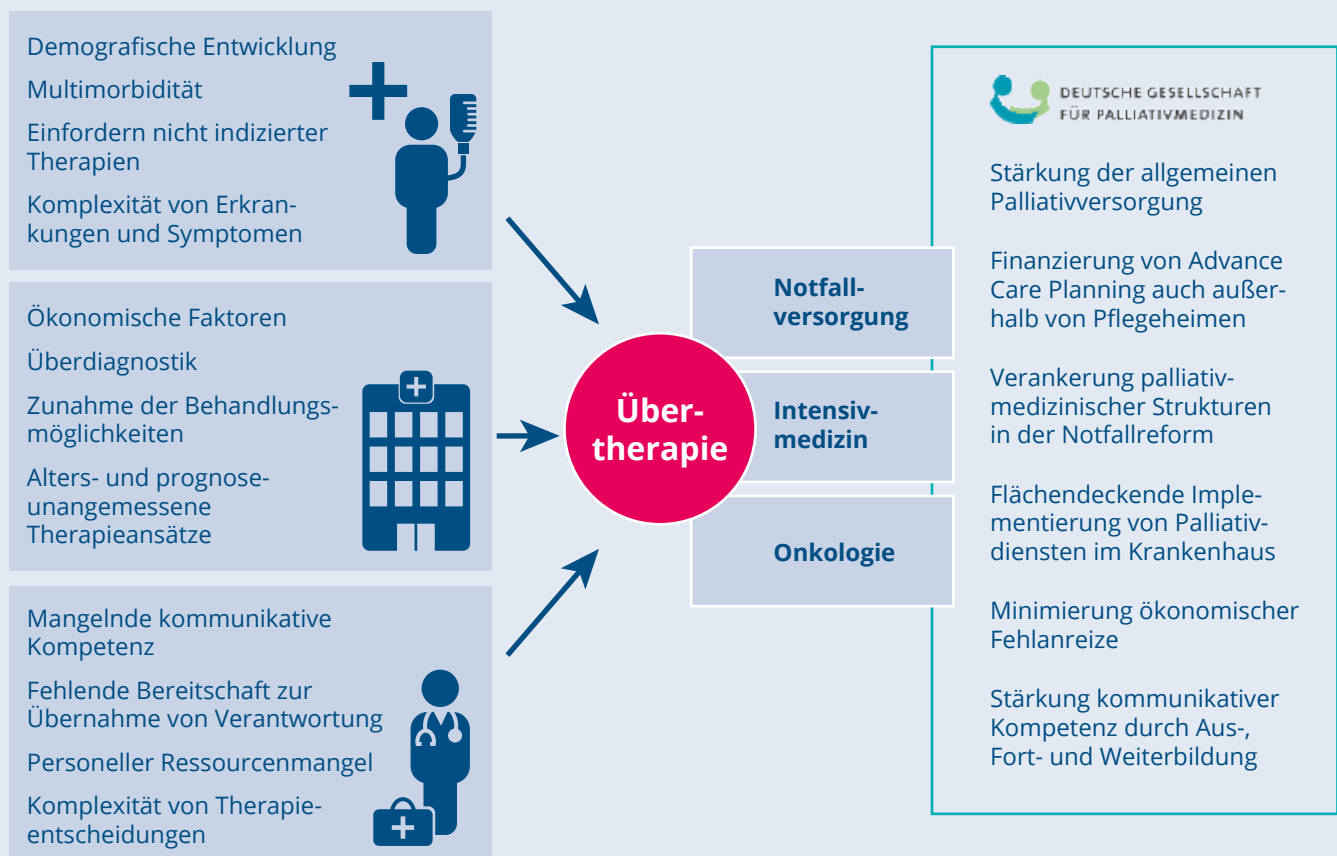
Fazit für die Politik: Zur Umsetzung der Handlungsempfehlungen müssen Strategien zur Minimierung ökonomischer Fehlanreize entwickelt werden und die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung in herausfordernder Kommunikation muss gestärkt werden.

5. Zusammenfassung

Übertherapie ist ein ethisch und ökonomisch relevantes und drängendes Problem in vielen Bereichen der Medizin. Ursachen für Übertherapie lassen sich auf Betroffenen-, Behandelnden- und Strukturebene identifizieren. Palliativmedizin hat hier einen präventiven Charakter und kann helfen, Übertherapie zu vermeiden und bereits eingeleitete Behandlungen hinsichtlich ihrer medizinischen Sinnhaftigkeit zu reevaluieren und zu begrenzen, wenn diese nicht gewünscht oder nicht mehr indiziert sind. Gleichzeitig ist es Aufgabe der Palliativmedizin, sich für die Anwendung und Einhaltung therapeutischer Sorgfaltskriterien (Therapiezieldefinition, Medikamentendosierungen) auch nach Beendigung krankheitsspezifischer Therapien (z. B. in der Sterbephase) einzusetzen.

Zur Umsetzung der beschriebenen Handlungsempfehlungen ist eine politische Weichenstellung erforderlich. **Mit hoher zeitlicher Dringlichkeit sind die auskömmliche Finanzierung und flächendeckende Implementierung von Palliativdiensten im Krankenhaus und eine gesetzliche Verankerung palliativmedizinischer Strukturen und Expertise in der Notfallreform umzusetzen. Parallel ist eine Basisqualifikation „Palliativversorgung“ in allen Gesundheitsberufen anzustreben.**

Abb. 4: Übersicht politischer Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Palliativmedizin mit dem Ziel der Reduktion von Übertherapie in den Bereichen Notfallversorgung, Intensivmedizin und Onkologie.



Quelle: Alexandra Scherg, eigene Darstellung

Literaturverzeichnis

- A** Alt-Epping, B., Bausewein, C., Voltz, R., Simon, S. T., Pralong, A. & Simon, A. (2021). Therapieziel-findung und Kriterien der Entscheidungsfindung. In: *Onkologie up2date*, 3(01), S. 19–32. <https://doi.org/10.1055/a-1302-9424>.
- B** Bathe, J., Häske, D., Savinsky, G. & Jacob, M. (2026). DIVI-Positionspapier Rettungsdienst 2030: Strategien für eine nachhaltige präklinische Notfallversorgung. In: *Notfall + Rettungsmedizin*, 29(1), S. 39–46. <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01440-0>.
- Blaschke, K., Meyer, I., Strupp, J., Kasdorf, A. & Voltz, R. (2021). Versorgung von Menschen im letzten Lebensjahr: Ein CoRe-Net Versorgungsbericht. https://www.core-net.uni-koeln.de/wp-content/uploads/2022/07/Report_LYOL-C_fin_Druckfassung2_Juli22.pdf (letzter Abruf: 24.03.2026).
- Böhm, L., Tenge, T., Weber, V., Feddersen, B., Bernhard, M., Neukirchen, M., Schallenburger, M. & Diehl-Wiesenecker, E. (2026). Therapiezielermittlung, Vorsorgeplanung und Gesprächsführung in der Notaufnahme. In: *Notfall + Rettungsmedizin*, 29(1), S. 67–77. <https://doi.org/10.1007/s10049-025-01680-8>.
- Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heath, I., Nagpal, S., Saini, V., Srivastava, D., Chalmers, K. & Korenstein, D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. In: *The Lancet (London, England)*, 390(10090), S. 156–168. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5).
- C** Chassin, M. R. & Galvin, R. W. (1998). The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. In: *Jama*, 280(11), S. 1000–1005. <https://doi.org/10.1001/jama.280.11.1000>.
- Chastek, B., Harley, C., Kallich, J., Newcomer, L., Paoli, C. J. & Teitelbaum, A. H. (2012). Health care costs for patients with cancer at the end of life. In: *Journal of Oncology Practice*, 8(6), S. 75s–80s. <https://doi.org/10.1200/JOP.2011.000469>.
- Chen, R. C., Falchook, A. D., Tian, F., Basak, R., Hanson, L., Selvam, N. & Dusetzina, S. (2016). Aggressive care at the end-of-life for younger patients with cancer: Impact of ASCO's Choosing Wisely campaign. In: *Journal of Clinical Oncology*, 34(18_suppl), LBA10033. https://doi.org/10.1200/JCO.2016.34.18_suppl.LBA10033.
- Cherny, N. I., Nortjé, N., Kelly, R., Zimmermann, C., Jordan, K., Kreye, G., Le, N.-S. & Adelson, K. B. (2025). A taxonomy of the factors contributing to the over-treatment of cancer patients at the end of life. What is the problem? Why does it happen? How can it be addressed? In: *ESMO Open*, 10(1), 104099. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.104099>.
- D** Dasch, B., Kalies, H., Feddersen, B., Ruderer, C., Hiddemann, W. & Bausewein, C. (2017). Care of cancer patients at the end of life in a German university hospital: A retrospective observational study from 2014. In: *PloS one*, 12(4), e0175124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175124>.
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (2016). Frühe Evaluation des Therapieziels bei Intensivpatienten. https://www.klug-entscheiden.com/empfehlungen/detailansicht?tx_nnke_single%5Baction%5D=single&tx_nnke_single%5Bcontroller%5D=Entry&tx_nnke_single%5Buid%5D=62&cHash=f32ab6b74d1e8e-674ca8cb601b69d6e9 (letzter Abruf: 24.03.2026).
- Deutscher Bundestag (2020, 28. Juli). Zahl der Patientenverfügungen: hib 789/2020. https://www.bundestag.de/webarchiv/presse/hib/2020_07/707306-707306 (letzter Abruf: 24.03.2026).
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (2022, 22. November). Wie die Deutschen über das Sterben denken. <https://www.dhpv.de/presseinformation/wie-deutsche-ueber-das-sterben-denken.html> (letzter Abruf: 24.03.2026).

- DGIIN, DGIM, BDI et al. (2024). Curriculum Klinische Akut- und Notfallmedizin – Schwerpunkt Innere Medizin: Empfehlung zu Weiterbildungsinhalten der Inneren Medizin in der Notaufnahme. In: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, 119(Suppl 1), S. 1–50. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01113-3>.
- E** Eisenreich, E. W. (2024). Rettungsdienst-Einsätze bei Patienten in der palliativen Situation: Eine retrospektive Untersuchung von Einsatzdaten in der Region Oldenburg. https://reposit.haw-hamburg.de/bitstream/20.500.12738/15778/1/BA_Rettungsdienst-eins%a4tze.pdf (letzter Abruf: 24.03.2026).
- F** Falchook, A. D., Dusetzina, S. B., Tian, F., Basak, R., Selvam, N. & Chen, R. C. (2017). Aggressive End-of-Life Care for Metastatic Cancer Patients Younger Than Age 65 Years. In: *Journal of the National Cancer Institute*, 109(9). <https://doi.org/10.1093/jnci/djx028>.
- Feliu, J., Espinosa, E., Basterretxea, L., Paredero, I., Llabrés, E., Jiménez-Munárriz, B., Antonio-Rebollo, M., Losada, B., Pinto, A., Gironés, R., Custodio, A. B., Del Muñoz, M. M., Gómez-Mediavilla, J., Torregrosa, M. D., Soler, G., Cruz, P., Higuera, O. & Molina-Garrido, M. J. (2021). Undertreatment and overtreatment in older patients treated with chemotherapy. In: *Journal of Geriatric Oncology*, 12(3), S. 381–387. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.10.010>.
- French, E. B., McCauley, J., Aragon, M., Bakx, P., Chalkley, M., Chen, S. H., Christensen, B. J., Chuang, H., Côté-Sergent, A., Nardi, M. de, Fan, E., Échevin, D., Geoffard, P.-Y., Gastaldi-Ménager, C., Gørtz, M., Ibuka, Y., Jones, J. B., Kallestrup-Lamb, M., Karlsson, M., Kelly, E. et al. (2017). End-Of-Life Medical Spending In Last Twelve Months Of Life Is Lower Than Previously Reported. In: *Health Affairs (Project Hope)*, 36(7), S. 1211–1217. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0174>.
- G** Gronemeyer, R. (2007). Sterben in Deutschland: Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. S. Fischer. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-10-028712-0> (letzter Abruf: 24.03.2026).
- H** Hamdy, F. C., Donovan, J. L., Lane, J. A., Metcalfe, C., Davis, M., Turner, E. L., Martin, R. M., Young, G. J., Walsh, E. I., Bryant, R. J., Bollina, P., Doble, A., Doherty, A., Gillatt, D., Gnanapragasam, V., Hughes, O., Kockelbergh, R., Kynaston, H., Paul, A., Neal, D. E. et al. (2023). Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. In: *New England Journal of Medicine*, 388(17), S. 1547–1558. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2214122>.
- Harendza, S. (2022). Taking responsibility. In: *GMS Journal for Medical Education*, 39(2), Doc27. <https://doi.org/10.3205/zma001548>.
- Hierundar, A., Deffner, T., Kumpf, O., Riessen, R. & Jöbges, S. (2026). Wie gelingt patientenzentrierte Kommunikation auf der Intensivstation? Eckpunkte der Kommunikation in der Intensivmedizin der Sektion Psychologische Versorgungsstrukturen, der Sektion Qualität und Ökonomie und der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). In: *Die Anaesthesiologie*, 75(1), S. 39–43. <https://doi.org/10.1007/s00101-025-01610-w>.
- J** Jöbges, S., Seidlein, A.-H., Knochel, K., Michalsen, A., Duttge, G., Supady, A., Dutzmann, J., Meier, S., Barndt, I., Neitzke, G., Nauck, F., Rogge, A. & Janssens, U. (2024). Zeitlich begrenzter Therapieversuch („time-limited trial“, TLT) auf der Intensivstation: Handlungsempfehlung der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN. In: *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 119(4), S. 291–295. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01112-4>.
- K** Karagiannidis, C., Krause, F., Bentlage, C., Wolff, J., Bein, T., Windisch, W. & Busse, R. (2024). In-hospital mortality, comorbidities, and costs of one million mechanically ventilated patients in Germany: a nationwide observational study before, during, and after the COVID-19 pandemic. In: *The Lancet Regional Health – Europe*, 42, 100954. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100954>.
- Köhler, J.-M. (2022). Therapiebegrenzung aufgrund fehlender Indikation in der Intensivmedizin – eine Analyse von Stellungnahmen medizinischer Fachgesellschaften in Deutschland und in den USA. <https://doi.org/10.53846/goediss-34>.

- Kremeike, K., Kowalski, C., Bausewein, C., Hoffmann, W., Jurkschat, J., Lewitzka, U., Nducha-Lauer, K., Voltz, R., Weihrauch, B., Winkler, E., Zeißig, S. & Wedding, U. (under review). Ansätze für ein gutes letztes Lebensjahr jenseits von Über-, Unter- und Fehlversorgung – Impulse für Versorgungsforschung, Politik und Praxis: Diskussionspapier – DNVF-Forum 2025. In: Das Gesundheitswesen.
- L** Lambden, J. P., Chamberlin, P., Kozlov, E., Lief, L., Berlin, D. A., Pelissier, L. A., Yshuvayev, E., Pan, C. X. & Prigerson, H. G. (2019). Association of Perceived Futile or Potentially Inappropriate Care With Burnout and Thoughts of Quitting Among Health-Care Providers. In: *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36(3), S. 200–206. <https://doi.org/10.1177/1049909118792517>.
- Ludwig, W.-D., Schildmann, J. & Gockel, M. (2022). Übertherapie am Lebensende in der Onkologie. In: *Therapeutische Umschau*, 79(1), S. 53–60. <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a001328>.
- M** Meier, S. (2023). Sterben und Tod im Sprachgebrauch auf der Intensivstationen. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 24(03), S. 121–127. <https://doi.org/10.1055/a-1989-2382>.
- Michalsen, A., Neitzke, G., Dutzmann, J., Rogge, A., Seidlein, A.-H., Jöbges, S., Burchardi, H., Hartog, C., Nauck, F., Salomon, F., Duttge, G., Michels, G., Knochel, K., Meier, S., Gretenkort, P. & Janssens, U. (2021). Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN. In: *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 116(4), S. 281–294. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00794-4>.
- Michels, G., John, S., Janssens, U., Raake, P., Schütt, K. A., Bauersachs, J., Barchfeld, T., Schucher, B., Delis, S., Karpf-Wissel, R., Kochanek, M., Bonin, S. von, Erley, C. M., Kuhlmann, S. D., Müllges, W., Gahn, G., Heppner, H. J., Wiese, C. H. R., Kluge, S., Neukirchen, M. et al. (2023). Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin: Konsensuspapier der DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGfN, DGNI, DGG, DGAI, DGINA und DG Palliativmedizin. In: *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 118(Suppl 1), S. 14–38. <https://doi.org/10.1007/s00063-023-01016-9>.
- Müller, H., Gramm, J., Kiepke-Ziemes, S., Zude, H. U., Lingl, W., Münch, U., Schütt, S., Fleck, C., Kersting, E. & Berthold, D. (2024, 31. Juli). Positionspapier Trauer: Entfremdung, kein Tabu. <https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/240805%20Positionspapier%20der%20AG%20Psychosoziale%20spirituelle%20und%20trauerspezifische%20Versorgung%20Trauer%20Entfremdung%20kein%20Tabu.pdf> (letzter Abruf: 24.03.2026).
- N** Nothacker, M., Busse, R., Elsner, P., Fölsch, U. R., Gogol, M., Jungehülsing, G. J., Kopp, I., Marckmann, G., Maschmann, J., Meyer, H.-J., Miller, K., Wagner, W., Wienke, A., Zimmer, K.-P. & Kreienberg, R. (2019). Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 144(14), S. 990–996. <https://doi.org/10.1055/a-0891-3940>.
- S** Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. (2024). *Fachkräfte im Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.4126/FRL01-006473488>.
- Schmitz, J., Tewes, M., Mathew, B., Bubel, M., Kill, C., Risse, J., Huessler, E.-M., Kowall, B. & Salvador Comino, M. R. (2025). Validation of the Palliative Care and Rapid Emergency Screening (P-CaRES) Tool in Germany. In: *Journal of Clinical Medicine*, 14(7). <https://doi.org/10.3390/jcm14072191>.
- Seger, W. & Gaertner, T. (2020). Multimorbidität: Eine besondere Herausforderung. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 117(44).
- Statistisches Bundesamt (2025, 1. September). Auf einen Hausarzt oder eine Hausärztin kommen im Schnitt 1 264 Einwohnerinnen und Einwohner [Pressemitteilung]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_N046_231.html?templateQueryString=Haus%C3%A4rzte (letzter Abruf: 24.03.2026).
- T** Tanaka Gutiez, M., Efstathiou, N., Innes, R. & Metaxa, V. (2023). End-of-life care in the intensive care unit. In: *Anaesthesia*, 78(5), S. 636–643. <https://doi.org/10.1111/anae.15908>.

Tenge, T., Hadler, R., Mahal, E., Ahrens, E., Wachtendorf, L. J., Redaelli, S., Rieseemann, S., Paschold, B.-S., Chen, G., Khan, S., Schwartz, J., Schallenburger, M., Allain, R. M., Lee, K., Neukirchen, M. & Schaefer, M. S. (2025). Development and validation of a prediction score for early identification of palliative care needs for patients in the intensive care unit: a multicentre retrospective cohort study. In: *eClinicalMedicine*, 89, 103519. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103519>.

- W** Weber, V., Hübner, A., Pflock, S., Schamberger, L., Somasundaram, R., Boehm, L., Bauer, W. & Diehl-Wiesenecker, E. (2024). Advance directives in the emergency department – a systematic review of the status quo. In: *BMC Health Services Research*, 24(1), 426. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10819-1>.

www.pc-icu.com. Early detection of Palliative Care need in Intensive Care Unit patients. <https://www.pc-icu.com/> (letzter Abruf: 24.03.2026).

- Z** Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2022). Zum Umgang mit „Futility“. In: *Deutsches Ärzteblatt*. Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.3238/arztebl.zeko_sn_futility_2022.

Die Autorinnen und Autoren

Dr. Alexandra Scherg

Alexandra Scherg ist Internistin, Palliativmedizinerin und Notärztin. Als Leitende Oberärztin verantwortet sie den Palliativdienst am Elbe Klinikum Stade. Seit 2021 ist sie Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und engagiert sich insbesondere an der Schnittstelle der Palliativ- und Notfallmedizin sowie zu Themen der Aus- und Weiterbildung.

Prof. Dr. Martin Neukirchen

Martin Neukirchen ist Facharzt für Anästhesiologie und Professor für Palliativmedizin und leitet am Universitätsklinikum Düsseldorf das Palliativzentrum mit Palliativstation, Palliativdienst, Spezialisierter ambulanter Palliativmedizin (SAPV), Palliativhochschulambulanz sowie einem Hospizdienst. Wissenschaftlich interessiert er sich besonders für die Schnittstelle von Palliativ- zu Intensivversorgung und Notfallmedizin, u. a. um durch Findung realistischer Therapieziele Übertherapie am Lebensende zu vermeiden.

PD Dr. Kerstin Kremeike

Kerstin Kremeike ist Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin an der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin des LMU Klinikums München. Sie forscht zum Umgang mit Todeswünschen, zu Versorgungsfragen im letzten Lebensjahr sowie zu gesellschaftlichen Ansätzen zur Stärkung der Kompetenz im Umgang mit schwerer Krankheit, Sterben, Tod und Trauer.

Dr. Bernd Oliver Maier MSc

Bernd Oliver Maier ist Chefarzt der Medizinischen Klinik III am St. Josefs-Hospital Wiesbaden und leitet dort das Onkologische Zentrum. Er war über 18 Jahre im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, zuletzt als Vizepräsident bis 2024. Neben der klinischen Arbeit umfassen seine Arbeitsschwerpunkte u. a. die Weiterentwicklung und Finanzierung palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen, die Vernetzung onkologischer und palliativmedizinischer Behandlungsansätze und die niederschwellige Implementierung medizinethischer Fallerörterungen im Klinikalltag. Er ist wissenschaftlicher Leiter der internationalen Sytler Palliativtage und war Kongresspräsident der DGP Kongresse 2008 und 2020.

Prof. Dr. Bernd Alt-Epping

Bernd Alt-Epping ist Facharzt für Innere Medizin mit Spezialisierungen in Hämatologie/Onkologie, Palliativmedizin, Notfallmedizin, Spezieller Schmerztherapie und Klinischer Ethikberatung und leitet die Klinik für Palliativmedizin mit Lehrstuhlprofessur an der Universität Heidelberg. Neben der Arbeit für Patient:innen in allen Bereichen der Palliativversorgung liegen weitere Arbeitsschwerpunkte auf klinischer Forschung und Ethikforschung, auf Lehre und Bildungsarbeit sowie auf dem Engagement im Vorstand der DGP und in die Gesellschaft hinein.

Heiner Melching

Heiner Melching ist Sozialpädagoge und Trauerbegleiter (ITA). Er ist seit 2009 Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und Mitglied des Interfraktionellen Gesprächskreises Hospiz- und Palliativversorgung im Deutschen Bundestag und der DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und AWMF.

Prof. Dr. Claudia Bausewein

Claudia Bausewein ist Direktorin der Klinik für Palliativmedizin am LMU Klinikum München und Inhaberin des Lehrstuhls für Palliativmedizin an der LMU München. Seit 2021 ist sie Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen Komplexität in der Palliativversorgung, Atemnot bei fortgeschrittenen Erkrankungen, Arzneimitteltherapie in der Palliativversorgung, Einsatz sedierender Medikamente in der Palliativversorgung und assistierter Suizid.

Prof. Dr. Boris Zernikow

Boris Zernikow ist Chefarzt an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik – Universität Witten/Herdecke und leitet dort das Kinderpalliativzentrum. Zudem ist er Inhaber des Lehrstuhls für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin an der Universität Witten/Herdecke. Seit 2024 ist er Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen Erfassung und Therapie leidvoller Krankheitssymptome bei lebensbedrohlich erkrankten Kindern, die Evaluation komplexer Interventionen bei jungen Menschen mit seltenen Erkrankungen sowie die multimodale Schmerztherapie in der Pädiatrie.

Impressum

Der Text dieser Publikation gibt ausschließlich die persönliche Meinung der Autorinnen und Autoren wieder.

Herausgeberin: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V., 2026, Berlin

Kontakt:

Dr. Dana Fennert

Gesellschaftlicher Zusammenhalt

Analyse und Beratung

dana.fennert@kas.de

Tel. +49 30 26996-3590

Bildnachweis Cover: grafvision, smarterpix

Gestaltung und Satz: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.

Druck: Kern GmbH, Bexbach

Printed in Germany.

Hergestellt mit finanzieller Unterstützung der Bundesrepublik Deutschland.

Diese Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. dient ausschließlich der Information. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder -helfenden zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament.



Der Text dieses Werkes ist lizenziert unter den Bedingungen von „Creative Commons Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 international“, CC BY-SA 4.0 (abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>).

ISBN 978-3-98574-352-0

Diese Publikation beleuchtet die Herausforderung der Übertherapie am Lebensende, vor dem Hintergrund des Patientenwillens, einer alternden Gesellschaft, wachsender medizinischer Möglichkeiten und zunehmender Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen und zeigt politische Handlungsmöglichkeiten auf.