



SOP – Mitbetreuung der Angehörigen von Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung in der Sterbephase

Karin Oechsle^{1,11} · Julia Berendt² · Tanja Gebert¹ · Maria Heckel² · Leopold Hentschel³ · Beate Hornemann³ · Elisabeth Jentschke⁴ · Martin Neukirchen⁵ · Birgitt van Oorschot⁶ · Michael Rechenmacher⁷ · Astrid Schnabel⁸ · Steffen Simon⁹ · Stephanie Stiel¹⁰ · Anneke Ullrich¹

¹ Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland; ² Palliativmedizinische Abteilung & Comprehensive Cancer Center, CCC Erlangen – EMN, Universitätsklinikum, FAU, Erlangen, Deutschland; ³ Psychoonkologischer Dienst, National Center for Tumor Diseases Dresden, NCT/UCC, Dresden, Deutschland; ⁴ Psychoonkologischer und Palliativpsychologischer Dienst, NCT WERA/CCCF, Würzburg, Deutschland; ⁵ Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Düsseldorf, Zentrum für integrierte Onkologie Aachen Bonn Cologne Düsseldorf (CIO ABCD), Düsseldorf, Deutschland; ⁶ Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, NCT WERA/CCCF, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland; ⁷ Zentrum für Palliativmedizin, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland; ⁸ Palliativsprechstunde im Universitären Krebszentrum Leipzig (UCCL), Cancer Center Central Germany (CCCG), Leipzig, Deutschland; ⁹ Zentrum für Palliativmedizin, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf (CIO ABCD), Düsseldorf, Deutschland; ¹⁰ Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; ¹¹ Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik, Universitäres Cancer Center, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Legende zur SOP

■ **Abb. 1** gibt eine Übersicht zu den verwendeten Symbolen und Notationen der Ablaufdiagramme in diesem Artikel.

Information über das bevorstehende Versterben und den Sterbeprozess

Der beginnende Sterbeprozess bei dem/der Patient:in wurde erkannt [1]:

- Information der Angehörigen, wenn möglich persönlich, ggf. auch telefonisch
- Wenn telefonisch: vorher fragen, wo und in welcher Situation der/die Angehörige sich gerade befindet. Anschließend ein persönliches Gespräch im Verlauf anbieten

Information der Angehörigen [1]:

- Über das bevorstehende Versterben der Patient:innen
- Über klinische Zeichen des Sterbeprozesses (z. B. Änderung des Atemrhythmus, Rasselatmung)
- Über veränderte/reduzierte Medikation
- Über fehlende Bedeutung von Essen und Trinken
- Über erhaltene Wahrnehmung bei fehlender Reaktionsfähigkeit (über Hören oder Körperkontakt)

Infobox 1

SOP („Standard Operating Procedure“) aus der Reihe „SOPs zur palliativen Versorgung von Patienten im Netzwerk der deutschen Comprehensive Cancer Center“, erstellt von der AG Palliativmedizin der von der Deutschen Krebshilfe geförderten CCC.

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00761-024-01585-0>) enthält weitere Supplemente: Fragebogen, Kurzanleitungen und Handreichungen.

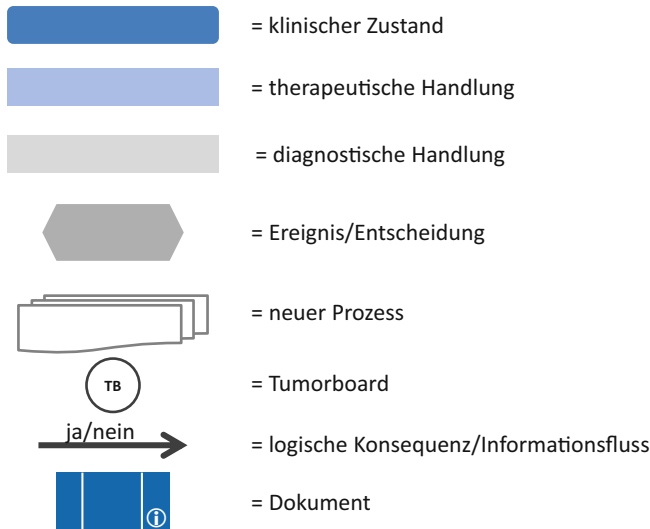


Abb. 1 ◀ Legende zur SOP

- Dass die Angehörigen noch etwas für die/den Sterbende:n tun können (z. B. da sein)
- Dass durch Berührung/Körperkontakt kein Schaden hervorgerufen werden kann
- Dass der Zeitpunkt des Versterbens nicht vorhersehbar ist (in An- oder Abwesenheit der Angehörigen)

Erstellt von: K. Oechsle, J. Berendt, M. Heckel, B. Hornemann, E. Jentschke, M. Neukirchen, B. van Oorschot, M. Rechenmacher, A. Schnabel, S. Simon, S. Stiel, A. Ullrich
 Geprüft von: T. Gebert, M. Neukirchen, M. Rechenmacher
 Freigegeben von: K. Oechsle
 Version 1.0
 Datum 26.06.2024
 Gültigkeit bis: 26.06.2029

Hauptquelle

S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung; Kurzversion 2.2; Kap. 5.2. „Behandlungspfad für Patienten und Angehörige“, Kap. 5.5.7. „Angehörige“ und Kap. 6.5. „Kommunikation mit Angehörigen“.

Federführende Autorin: Prof. Dr. Karin Oechsle



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Screening der Angehörigenbedarfe in der Sterbephase

▣ **Abb. 2** stellt den Ablauf der Bedarfserhebung bei Patient:innen mit unheilbaren Krebserkrankungen dar.

Screening der Angehörigenbedarfe (CAREPAL-11 für die allgemeine onkologische und spezialisierte Palliativversorgung (APV / SPV) [2]

▣ **Abb. 3** zeigt einen CAREPAL-11-Fragebogen für Angehörige.

Multiprofessionelle bedarfsgerechte Mitbetreuung

Bedarfsgerechte Betreuung der Angehörigen – Empfehlungen spezialisierte Palliativversorgung (SPV) (CAREPAL-11) [2]

▣ **Abb. 4** zeigt die Empfehlungen SPV der bedarfsgerechten Mitbetreuung der Angehörigen mit CAREPAL-11 in Bezug auf den Fragebogen (▣ **Abb. 3**).

Gruppe 1: Aktuell stabile Angehörige

Gekennzeichnet durch: geringes Maß an psychopathologischen Symptomen; ausreichende Ressourcen (Lebensqualität, soziale Unterstützung) und ausreichende Erfüllung der Unterstützungsbedürfnisse

Empfehlung: Mitbetreuung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung „as

usual“. Wenn unzureichend: Einbindung der spezialisierten Palliativmedizin

Gruppe 2: Angehörige mit unerfüllten Bedürfnissen

Gekennzeichnet durch: unzureichende Erfüllung der Unterstützungsbedürfnisse, aber: geringes Maß an psychopathologischen Symptomen und ausreichende Ressourcen (Lebensqualität, soziale Unterstützung)

Empfehlung: Mitbetreuung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung „as usual“, aber mit Schwerpunkt auf der „praktischen Unterstützung“ durch Sozialdienst/Case-Management ± Pflegende ± Ärzt:innen. Ermittlung des Bedarfs an Informationen über die Erkrankung und Behandlung, Unterstützung für die Angehörigen selbst und das Wohlbefinden der Patient:innen, z. B. durch den Fragebogen „Family Inventory of Needs-questionnaire“ (FIN). Wenn unzureichend: Einbindung der spezialisierten Palliativmedizin

Gruppe 3: Psychisch belastete Angehörige

Gekennzeichnet durch: erhöhtes Risiko für psychopathologische Symptome und unzureichende Ressourcen (Lebensqualität, soziale Unterstützung), aber: ausreichende Erfüllung der Unterstützungsbedürfnisse

Empfehlung: Mitbetreuung im Rahmen der allgemeinen Palliativversorgung „as usual“ mit Einbezug der Psychoonkologie. Weitere Beurteilung der psychopathologischen Symptome (Angst und Depression) durch die Psychoonkolog:innen z. B. durch die Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) [5,6] und den Patient Health Questionnaire – Depression Module (PHQ-9) [7]. Beurteilung der Ressourcen der Angehörigen im Hinblick auf die Lebensqualität und die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung. Wenn unzureichend: Einbindung der spezialisierten Palliativmedizin

Gruppe 4: Angehörige mit komplexen Bedarfen

Gekennzeichnet durch: erhöhtes Risiko für psychopathologische Symptome; unzureichende Ressourcen (Lebensqualität, soziale Unterstützung) und unzureichende Erfüllung der Unterstützungsbedürfnisse

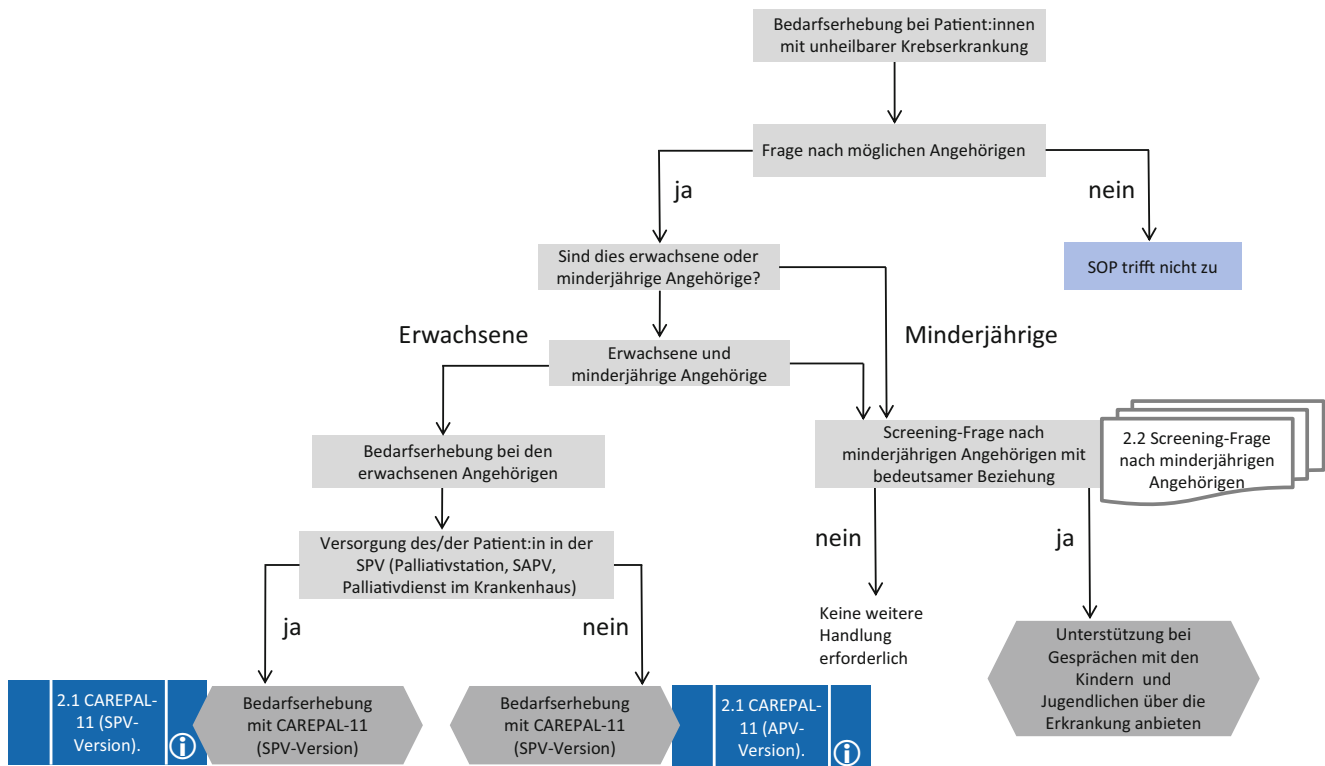


Abb. 2 ▲ Screening der Angehörigenbedarfe in der Sterbephase

Empfehlung: Einbindung spezialisierter Palliativmedizin inklusive Psychoonkologie + „praktische Unterstützung“ durch Sozialdienst/Case-Management ± palliativmedizinisch spezialisierte Pflegefachkräfte ± Ärzt:innen. Weitere Beurteilung der psychopathologischen Symptome (Angst und Depression) durch die Psychoonkolog:innen z. B. durch die Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) [5,6] und den Patient Health Questionnaire – Depression Module (PHQ-9) [7]. Beurteilung der Ressourcen der Angehörigen im Hinblick auf die Lebensqualität und die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung. Ermittlung des Bedarfs an Informationen über die Behandlung, Unterstützung für die Angehörigen selbst und das Wohlbefinden der Patient:innen, z. B. durch den Fragebogen „Family Inventory of Needs-questionnaire“ (FIN) [8]

Beantwortung Frage 9 mit „teilweise/nicht erfüllt“: emotionale Unterstützung durch alle Berufsgruppen, ggf. Einbindung Psychoonkologie

Beantwortung Frage 10 mit „teilweise/nicht erfüllt“: Einbindung Seelsorge

Beantwortung Frage 11 mit „teilweise/nicht erfüllt“: Weitergabe von Informa-

tionen darüber, was nach dem Versterben des/der Patient:in passiert

Bedarfsgerechte Betreuung der Angehörigen – Empfehlungen allgemeine onkologische Palliativversorgung (APV) (CAREPAL-11) [2]

■ **Abb. 5** zeigt die Empfehlungen APV der multiprofessionellen bedarfsgerechten Mitbetreuung der Angehörigen mit CAREPAL-11 in Bezug auf den Fragebogen (■ **Abb. 3**).

Gruppe 1: Aktuell stabile Angehörige

Gekennzeichnet durch: geringes Maß an psychopathologischen Symptomen; ausreichende Ressourcen (Lebensqualität, soziale Unterstützung) und ausreichende Erfüllung der Unterstützungsbedürfnisse

Empfehlung: Mitbetreuung im Rahmen der spezialisierten Palliativversorgung „as usual“

Gruppe 2: Angehörige mit unerfüllten Bedürfnissen

Gekennzeichnet durch: unzureichende Erfüllung der Unterstützungsbedürfnisse, aber: geringes Maß an psychopathologischen Symptomen und ausreichende Ressourcen (Lebensqualität, soziale Unterstützung)

Empfehlung: Mitbetreuung im Rahmen der spezialisierten Palliativversorgung „as usual“, aber mit Schwerpunkt auf der „praktischen Unterstützung“ durch Sozialdienst/Case-Management ± Pflegenden ± Ärzt:innen

Ermittlung des Bedarfs an Informationen über die Erkrankung und Behandlung, Unterstützung für die Angehörigen selbst und das Wohlbefinden der Patient:innen, z. B. durch den Fragebogen „Family Inventory of Needs-questionnaire“ (FIN)

Gruppe 3: Psychisch belastete Angehörige

Gekennzeichnet durch: hohen Leidensdruck und erhöhtes Risiko für psychopathologische Symptome und unzureichende Ressourcen (Lebensqualität, soziale Unterstützung), aber: ausreichende Erfüllung der Unterstützungsbedürfnisse

Name Angehörige:r: _____ Datum: _____
 (Name Patient:in: _____)

CAREPAL-11: Screening der Angehörigenbedarfe in der Sterbephase
 Sehr geehrte Angehörige, sehr geehrter Angehöriger,
 es ist uns sehr wichtig, Sie als Angehörige:n in den letzten Lebenstagen eines Ihnen nahestehenden Menschen so gut wie möglich zu unterstützen und für Sie da zu sein. Um uns ein erstes Bild davon zu machen, wie Ihr Befinden und Ihr Wunsch nach Information und Unterstützung ist, bitten wir Sie, diesen kurzen Fragebogen auszufüllen.

In welcher Beziehung stehen Sie zu dem/der Patient:in? _____ **Auswertung**
 (füllt der/die Behandelnde aus)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten Woche durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?					Index 1 (PSYQOL)
	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag	
1. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> +
2. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>

Die folgenden Fragen betreffen Ihren Gesundheitszustand in der letzten Woche. Wie stark haben Sie die folgenden Probleme beeinträchtigt?

3. Wie stark waren Ihre Schmerzen in der letzten Woche?	Ich hatte keine Schmerzen <input type="checkbox"/> 0	Sehr leicht <input type="checkbox"/> 0	Leicht <input type="checkbox"/> 0	Mäßig <input type="checkbox"/> 1	Stark <input type="checkbox"/> 1	Sehr stark <input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> +
4. Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in der letzten Woche daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 0	Sehr wenig <input type="checkbox"/> 0	Mäßig <input type="checkbox"/> 0	Ziemlich <input type="checkbox"/> 1	War dazu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> 1		<input type="text"/> =

Punktzahl Index 1 (PSYQOL):

Welche der folgenden Bedürfnisse empfinden Sie derzeit als erfüllt, teilweise erfüllt oder nicht erfüllt? Falls Sie ein Bedürfnis nicht haben, kreuzen Sie bitte „erfüllt“ an. **Index 2 (NEEDS)**

Mein Bedürfnis...	Erfüllt	Teilweise erfüllt	Nicht erfüllt	
5. genau zu wissen, welche Behandlungen und Medikamente der/die Patient:in bekommt, ist...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> +
6. zu wissen, welche Symptome aufgrund der Behandlung und Erkrankung zu erwarten sind, ist...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> +
7. Informationen zu erhalten, was mit dem/der Patient:in zu Hause zu tun ist, ist...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> +
8. mich vom Behandlungsteam akzeptiert zu fühlen, ist...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> =

Punktzahl Index 2 (NEEDS):

Auswertung
 (füllt der/die Behandelnde aus)

Mein Bedürfnis...	Erfüllt	Teilweise erfüllt	Nicht erfüllt	
9. nach emotionaler Unterstützung ist...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>
10. nach spiritueller und/oder religiöser Unterstützung ist...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>
11. Informationen zu erhalten, was nach dem Versterben des/der Patient:in passiert, ist...	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>

Ullrich A et al. The CAREPAL-8: a short screening tool for multidimensional family caregiver burden in palliative care. BMC Palliat Care 2024; doi: 10.1186/s12904-024-01480-w

Professur für Palliativmedizin mit Schwerpunkt Angehörigenforschung (Prof. Dr. med. Karin Oechsle), UKE Hamburg

Abb. 3 ◀ Screening der Angehörigenbedarfe

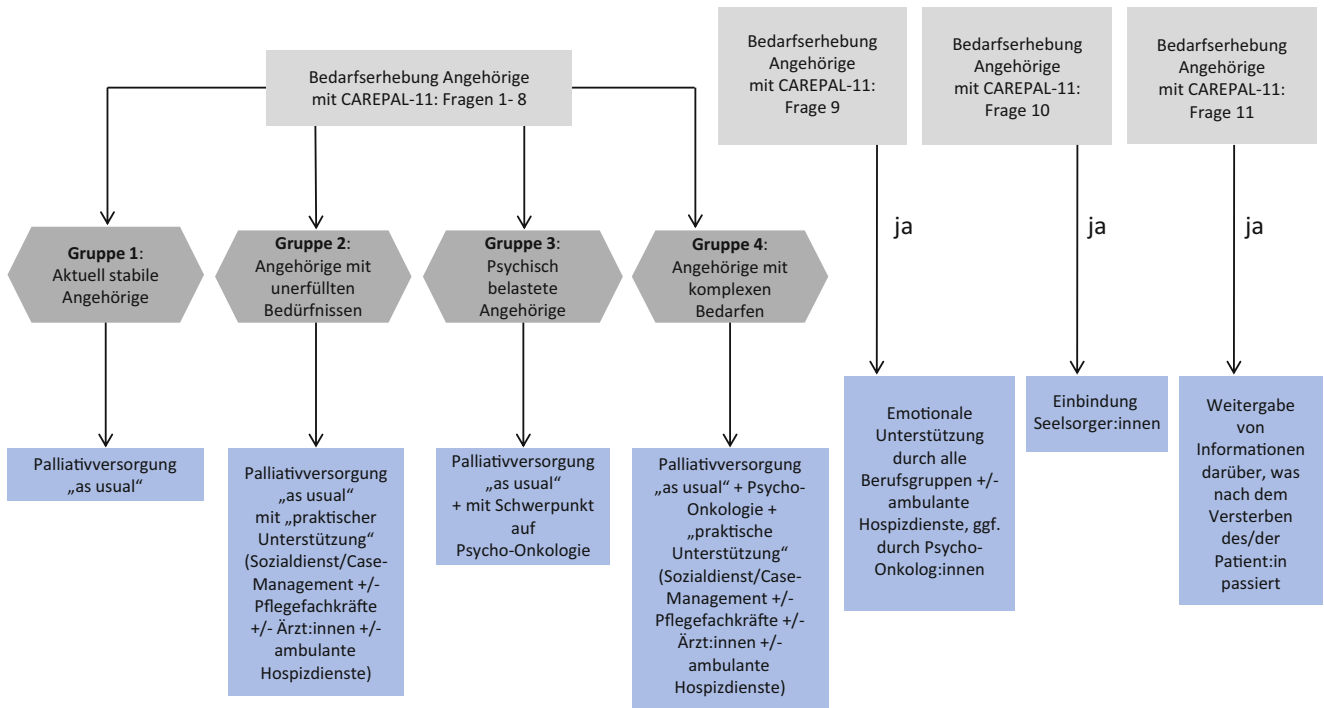


Abb. 4 ▲ Bedarfsgerechte Mitbetreuung SPV[2]

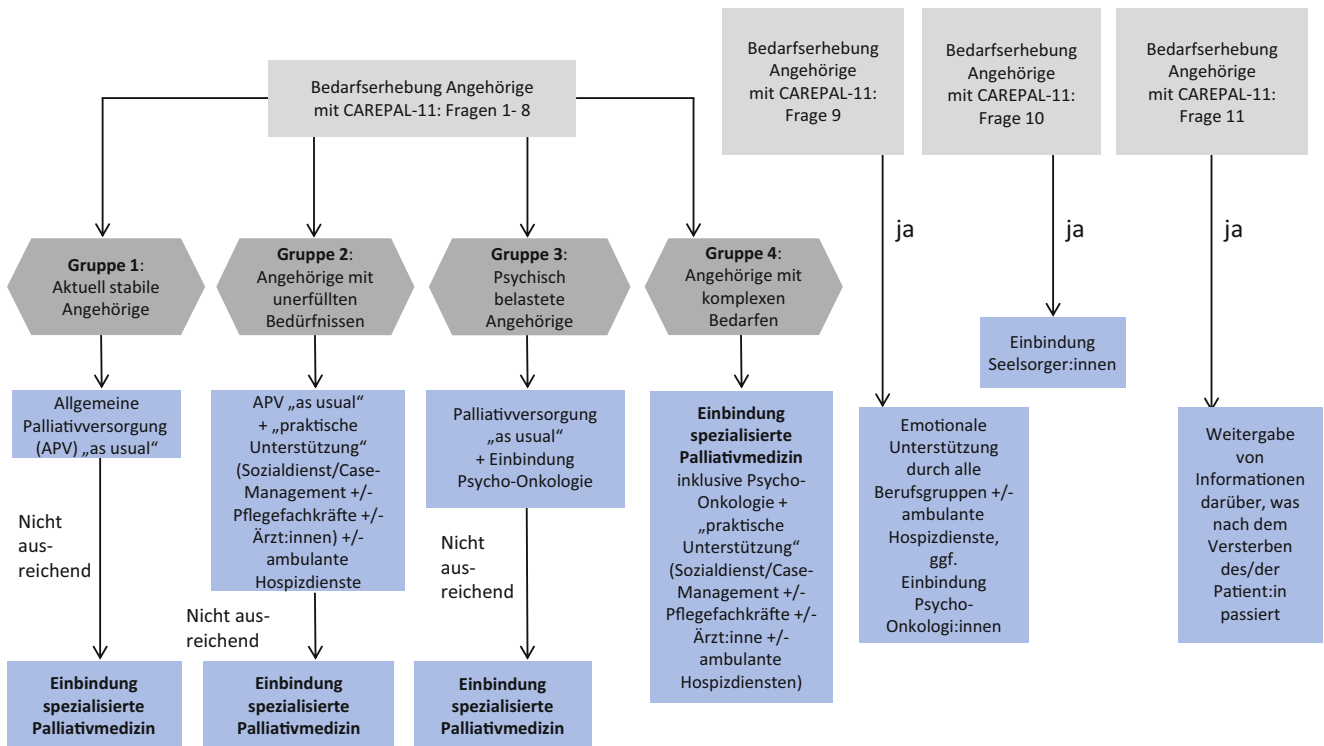


Abb. 5 ▲ Multiprofessionelle bedarfsgerechte Mitbetreuung: APV[2]

Empfehlung: Mitbetreuung im Rahmen der spezialisierten Palliativversorgung „as usual“, aber mit Schwerpunkt Psychoonkologie. Weitere Beurteilung der psychopathologischen Symptome (Angst und Depression), z. B. durch die Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) [5,6] und den Patient Health Questionnaire – Depression Module (PHQ-9) [7]. Beurteilung der Ressourcen der Angehörigen im Hinblick auf die Lebensqualität und die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung

Gruppe 4: Angehörige mit komplexen Bedarfen

Gekennzeichnet durch: erhöhtes Risiko für psychopathologische Symptome; unzureichende Ressourcen (Lebensqualität, soziale Unterstützung) und unzureichende Erfüllung der Unterstützungsbedürfnisse

Empfehlung: Einbindung spezialisierter Palliativmedizin inklusive Psychoonkologie + „praktische Unterstützung“ durch Sozialdienst/Case-Management ± Pflege ± Ärzt:innen. Weitere Beurteilung der psychopathologischen Symptome (Angst und Depression), z. B. durch die Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) [5,6] und den Patient Health Questionnaire – Depression Module (PHQ-9) [7]. Beurteilung der Ressourcen der Angehörigen im Hinblick auf die Lebensqualität und die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung. Ermittlung des Bedarfs an Informationen über die Erkrankung und Behandlung, Unterstützung für die Angehörigen selbst und das Wohlbefinden der Patient:innen, z. B. durch den Fragebogen „Family Inventory of Needs-questionnaire“ (FIN) [8].

Beantwortung Frage 9 mit „teilweise/nicht erfüllt“: emotionale Unterstützung durch alle Berufsgruppen, ggf. Einbindung Psychoonkologie

Beantwortung Frage 10 mit „teilweise/nicht erfüllt“: Einbindung Seelsorge

Beantwortung Frage 11 mit „teilweise/nicht erfüllt“: Weitergabe von Informationen darüber, was nach dem Versterben des/der Patient:in passiert

Unterstützende Gespräche mit Angehörigen Sterbender führen

Angehörige werden in der Sterbephase nochmal wichtiger und rücken mehr in den Fokus [1].

- Wiederholte Aufklärung und Information ist nötig, da psychische Belastung, Schock, Zweifeln, Ungläubigkeit etc. das umfassende Verstehen des nahenden Versterbens erschweren können.
- Angehörige zur Selbstfürsorge motivieren: Unterstützung aus dem eigenen Umfeld einfordern, Beratungsangebote in Anspruch nehmen, Ruhepausen anregen und ermöglichen

Aber auch akzeptieren, dass das Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse für Angehörige wichtig sein kann (z. B. „alles getan haben zu wollen“)

- Wertschätzung der Leistung der Angehörigen: Selbst betroffen und belastet zu sein und den/die Patient:in zu unterstützen, ist eine besondere Leistung.

Oder z. B. Anerkennung dafür, viele Stunden am Bett eines geliebten Menschen zu sitzen und auf das zu warten, was eigentlich nicht passieren darf: sein/ihr Versterben

- Zeit für Gespräche und Begegnungen: den Angehörigen zeigen, dass man auch sie als Betroffene wahrnimmt; auch kurze Gespräche signalisieren Interesse, Verbundenheit und Unterstützung; aber auch begrenzte Zeit offen ansprechen
- Wiederholtes Angebot zur Einbindung seelsorgerischer oder psychologischer Unterstützung

Einbindung der Angehörigen in die Versorgung der Sterbenden

Angehörigen soll eine Einbindung in die Versorgung des/der Sterbenden angeboten werden (unter Berücksichtigung des Patient:innenwillens) [1].

Dies dient dazu, dass Angehörige sich „nützlicher“ und gebraucht fühlen.

Es zeigt ihnen, wie sie ihrem geliebten sterbenden Menschen noch etwas Gutes tun können.

Angehörige können in gewünschtem Umfang z. B. in folgende Versorgungsmaßnahmen eingebunden werden:

- Körperpflege
- Lagerung (was sind Schlafvorlieben?)
- Mundpflege (Lieblingsgetränke ggf. mitbringen)
- Von dem/der Sterbenden geschätzte Musik/Fernsehsendungen laufen lassen
- Etwas vorlesen (Lieblingsbuch/ Zeitung)
- Hand-/Fuß-/Kopfmassagen durchführen
- Alltagsunterhaltungen im Beisein des Sterbenden
- Für eigene Wäsche sorgen (T-Shirts, ...)
- ...
- Da sein! (Sehr wertvoll, aber häufig unterschätzt)

Abspraken für die Zeit des Versterbens

Abspraken zum Vorgehen für den Zeitpunkt des Versterbens sollen spätestens bei Erkennen des beginnenden Sterbeprozesses mit den Angehörigen abgestimmt werden.

Diese Absprachen sollen für alle Behandelnden/Versorgenden gut sichtbar in der Patient:innenakte dokumentiert werden.

Auch hierbei muss der Patient:innenwille berücksichtigt werden.

Diese Absprachen sollen umfassen:

- **Wer** soll informiert werden? Name, Beziehungsgrad und Telefonnummer dokumentieren!
- Wer soll *nicht* durch das Stationsteam informiert werden? (Z. B. selbst hilfsbedürftige Mutter)
- **Wann** soll informiert werden? Wenn sich die letzten Stunden abzeichnen? Oder erst nach Versterben des geliebten Menschen?
- **Zu welcher Zeit** soll informiert werden? Rund um die Uhr? Oder erst am nächsten Morgen?

Information über Unterstützungsangebote

Voraussetzung

Erstellung einer Übersicht an Unterstützungsangeboten für die verschiedenen Versorgungsstrukturen im eigenen CCC.

Stellen Sie sicher, dass Angehörige niederschwellig Zugang zu diesen Informationen bekommen [1].

Weisen Sie Angehörige bei Bedarf explizit auf diese Angebote hin.

Beispiele

- Informationsbroschüren für Angehörige Sterbender
- Ambulante Hospizdienste
- Schulungen für (pflegende) Angehörige Sterbender, „Letzte-Hilfe-Kurse“, Pflegekurse der Krankenkassen
- Seelsorgerische/religiöse Begleitung
- Psychologische Betreuung
- „Wir als Behandler:innen/Versorgungsteam sind immer auch für Sie als Angehörige da.“
- Trauerbegleitungsangebote/ Trauergruppen
- Selbsthilfegruppen

Umgang mit Sprachlosigkeit und Emotionen

Sprachlosigkeit der Angehörigen

Sprachlosigkeit zugestehen, z. B.: „Ich verstehe, dass Ihnen da gerade die Worte fehlen bei dieser schlimmen Nachricht.“ Sprachlosigkeit mit den Angehörigen aushalten und ihr Raum geben, bis die Angehörigen „ihre Sprache wiedergefunden“ haben.

Emotionen der Angehörigen

Angesichts des bevorstehenden Versterbens eines geliebten Menschen sind starke Emotionen eine normale Reaktion auf eine solch besondere Situation. Auch eine emotionale Leere ist normal.

- Starke Emotionen sind Ausdruck der Bedeutsamkeit dessen, was gerade passiert.
- Weinen ist normal!

- Anerkennung der Untröstlichkeit oft hilfreich: „Da kann man gar nichts Tröstliches sagen, es ist wirklich traurig.“
- Vorschneller Trost oder Ratschläge können das Erleben der Angehörigen bagatellisieren.
- Würdigung des Leids ist der erste Schritt: „Ich sehe, was das gerade mit Ihnen macht“ – erst danach: tröstende Worte, das Aufmerksam-machen auf andere Blickwinkel etc.
- Aktiv fragen, was man für die Angehörigen tun kann

Informationen dazu, was nach dem Versterben passiert

Angehörige sollen spätestens nach dem Versterben und der Abschiednahme Informationen angeboten werden darüber, was nun mit dem/der Verstorbenen passiert [1].

Und darüber, was Angehörige nun tun können und sollten.

Dies sollte auch eine Unterstützung bei Umsetzung einer religionspezifischen Abschiednahme beinhalten.

Jedes CCC sollte dafür die lokal geltenden entsprechenden Informationen, z. B. in einem Flyer, zusammenstellen.

Diese Informationen umfassen:

- Das Stationsteam steht weiter für Rückfragen zur Verfügung. Angebot!
- Wohin wird der/die Verstorbene nun verbracht (z. B. Anatomie, Rechtsmedizin, direkt zum Bestatter)? Inkl. Kontaktdaten
- Wo können Angehörige erneut Abschied nehmen (z. B. Bestatter, Rechtsmedizin)?
- Wer stellt die Todesbescheinigung aus?
- Wer fragt nach einer Obduktion oder Gewebespende?
- Wer leitet die Todesbescheinigung an das zuständige Standesamt weiter?

Informationen dazu, was Angehörige tun können

Jedes CCC sollte dafür die lokal geltenden entsprechenden Informationen, z. B. in einem Flyer, zusammenstellen.

Diese Informationen können umfassen (Beispiele):

- Wenn Sie mögen, benachrichtigen Sie Angehörige und Freunde.
- Suchen Sie zu Hause eventuell vorhandene Verträge oder Verfügungen der/des Verstorbenen, z. B. auch einen Vorsorgevertrag mit einem Bestattungsinstitut.
- Informieren Sie ein Bestattungsinstitut Ihrer Wahl. Können Sie als Angehörige die Beerdigungskosten nicht tragen, haben Sie die Möglichkeit, beim zuständigen Sozialamt einen Antrag auf Beihilfe zu stellen (§ 74 SGB XII).
- Informieren Sie den/die Hausärzt:in, andere behandelnde Ärzt:innen, den Pflegedienst etc.
- Melden Sie bestehende Versicherungen der/des Verstorbenen ab.
- Informieren Sie die Banken. Kündigen Sie eventuell vorhandene Daueraufträge.
- Kündigen Sie Verträge und Mitgliedschaften, die auf den Namen der/des Verstorbenen laufen.
- Informieren Sie ggf. die Glaubensgemeinde der/des Verstorbenen.

Selbstreflexion – eigene Haltung und Erfahrungen

Das Begleiten eines sterbenden Menschen und seiner/ihrer Angehörigen darf Behandler:innen und Versorgende aller Berufsgruppen emotional berühren.

Es ist Ausdruck der Wertschätzung, die sie gegenüber dem menschlichen Leben und der individuellen Person empfinden.

Daher ist es legitim, diesen Raum zu geben, z. B. durch eine kurze Auszeit im Alltag oder Austausch mit Kolleg:innen.

Jeder Mensch hat eine ganz individuelle Vorstellung von einem „guten Sterben“ inklusive der damit verbundenen Angehörigenbegleitung – auch Behandler:innen und Versorgende.

Da dies das eigene Handeln beeinflussen kann, sollte man sich als Behandler:innen und Versorgende bewusst machen, wie man selbst als Angehörige:r eines sterbenden nahestehenden Menschen begleitet werden möchte.

Dies hilft einerseits, sich besser in die Situation der Angehörigen einzufühlen; andererseits hilft dies auch, zwischen den eigenen Erwartungen und denen der individuellen Angehörigen zu unterscheiden.

Selbstfürsorge/eigene Trauer

Auch für die Behandler:innen und Versorgenden endet mit dem Versterben eines/einer Patient:in mindestens eine Beziehung – wenn Angehörige mitbetreut werden, sind es mehrere.

Dies führt damit auch zu bewussten oder unbewussten Trauerreaktionen bei ihnen.

Im hektischen Klinikalltag sind diese Abschiede und die Trauerreaktionen nicht immer bewusst. Dennoch finden sie statt und benötigen Raum. Sonst können sie zu langfristigen Problemen führen.

Daher ist es auch für Behandler:innen und Versorgende wichtig, der eigenen Trauer Raum zu geben.

Hierfür eignen sich Pausen im Alltag, gemeinsame Abschiedsrituale und/oder Gedenkveranstaltungen im Team, Supervisionen oder Balint-Gruppen.

Die eigene Trauer darf auch mit den Angehörigen geteilt werden, z. B. durch gemeinsame Abschiede am Bett des/der Verstorbenen, gemeinsame Abschiedsrituale und/oder Gedenkveranstaltungen mit den Angehörigen und dem multiprofessionellen Team.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Karin Oechsle

Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik, Universitäres Cancer Center, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Deutschland
k.oechsle@uke.de

Datenschutz- und Nutzungsbedingungen. Bei der Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse den SOP-Autoren mitgeteilt werden.

Der/die Benutzer:in selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

Die urheberrechtliche Regelung dieses Beitrags ist auf der ersten Beitragsseite unter den bibliografischen Angaben zu finden. Diese gilt ebenfalls für Abbildungen, sofern in den jeweiligen Legenden nicht anders angegeben.

Für eine Zitierung oder einen Verweis auf diesen Beitrag und dessen Abbildungen ist die Zitierweise auf der Beitragsseite auf SpringerLink link.springer.com unter „About this article“ > „Cite this article“ zu finden.

Der Beitrag kann zu wissenschaftlichen Zwecken von den Autor:innen genutzt und geteilt werden.

Für eine Weiterverwendung des Beitrags oder von Teilen (z. B. Abbildungen) davon müssen die Rechte über das Copyright Clearance Center eingeholt werden. Gehen Sie dazu auf der 1. Beitragsseite über den QR-Code oder oben links über den angegebenen Link auf die Webseite des Beitrags und dort in der rechten Spalte auf „Rights and permissions“ > „Reprints and permissions“.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Oechsle, J. Berendt, T. Gebert, M. Heckel, L. Hentschel, B. Hornemann, E. Jentschke, M. Neukirchen, B. van Oorschot, M. Rechenmacher, A. Schnabel, S. Simon, S. Stiel und A. Ullrich geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung; Kurzversion 2.2; Kap. 5.2. „Behandlungspfad für Patienten und Angehörige“, Kap. 5.5.7. „Angehörige“ und Kap. 6.5. „Kommunikation mit Angehörigen“.
2. Ullrich A et al The CAREPAL-8: a short screening tool for multidimensional family caregiver burden in palliative care. *BMC Palliat Care* 2024; 23:195
3. Rapa E, Hanna JR, Mayland CR, Mason S, Moltrecht B, Dalton LJ (2021) Experiences of preparing children for a death of an important adult during the COVID-19 pandemic: a mixed methods study. *BMJ Open* 11(8):e53099
4. Hanna JR, Rapa E, Miller M, Turner M, Dalton LJ (2022) Conversations About Children When an Important Adult Is at End of Life: An Audit. *Am J Hosp Palliat Care* 39(7):806–811
5. Lowe B, Decker O, Muller S et al (2008) Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care* 46:266–274
6. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B (2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 166(10):1092–1097
7. Lowe B, Spitzer R, Zipfel S et al (2002) PHQ-D – Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual – Komplettversion und Kurzform, 2. Aufl. Pfizer
8. Schur S, Neubauer M, Amering M et al (2015) Validation of the Family Inventory of Needs (FIN) for family caregivers in palliative care. *Palliat Support Care* 13:485–491

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.