

Literatur zum Artikel:

Management der Chronischen Insomnie

von Prof. Dr. med. Ingo Fietze, Dr. med./HöH.Attestationskomm. Sofia Anelia Todorova-Rudolph, Markus B. Specht,
Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf

- [1] American Academy of Sleep Medicine (Hrsg.): The International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3), Third Edition. 2014
- [2] Wakefield JC. Diagnostic Issues and Controversies in DSM-5: Return of the False Positives Problem. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016;12:105–32. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814–112800. Epub 2016 Jan 11. PMID: 26772207.
- [3] The Lancet. ICD-11. *Lancet.* 2019 Jun 8;393(10188):2275. doi: 10.1016/S0140–6736(19)31205-X. Epub 2019 Jun 6. PMID: 31180012.
- [4] S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Version 3.1. AWMF-Registernummer: 063–0031
- [5] Levenson JC, Kay DB, Buysse DJ The pathophysiology of insomnia. *Chest.* 2015 Apr;147(4):1179–1192
- [6] Ellis JG, Perlis ML, Espie CA, Grandner MA, Bastien CH, Barclay NL, Altena E, Gardani M The natural history of insomnia: predisposing, precipitating, coping, and perpetuating factors over the early developmental course of insomnia. *Sleep.* 2021 Sep 13;44(9):zsab095. doi: 10.1093/sleep/zsab095
- [7] Fietze I, Laharnar N, Koellner V, Penzel T. The Different Faces of Insomnia. *Front Psychiatry.* 2021 Jun 29;12:683943. doi: 10.3389/fpsy.2021.683943. eCollection 2021
- [8] Carpi M, Marques DR, Liguori C Deriving Subtypes From the Insomnia Severity Index: A Latent Class Analysis and Comparison of Features. *Behav Sleep Med.* 2025 Jul 26:1–13
- [9] Zhou Y, Pan J, Cheng H, Xiao L, Zhang W, Huang H, Liu K, Fang L, Ma W, Xia Y, Li J, Lv D, Hu Y, Chang Y, Wang Z, Tao H, Zhang C, Li C, Peng Y, Zhao Q, Zhang Y, Mei J, Wang X, Wei T, Zhou M, Zhang Y, Chen Q, Chan NY, Zhang B, Wing YK, Lei B, Zhang J. Digital multi-modal approaches to subtyping insomnia disorder (DIMOSI): study design, rationale, digital platform, and preliminary baseline characteristics of a national prospective cohort study. *BMC Psychiatry.* 2025 Dec 10;26(1):74. doi: 10.1186/s12888–025–07648–9
- [10] Pejovic S, Vgontzas AN, Fernandez-Mendoza J, He F, Li Y, Karataraki M, Bixler EO. Insomnia with objective but not subjective short sleep duration is associated with incident cardiovascular and/or cerebrovascular disease. *J Clin Sleep Med.* 2024 Jul 1;20(7):1049–1057
- [11] Astara K, Tsimpolis A, Kalafatakis K, Vavougiou GD, Xiromerisiou G, Dardiotis E, Christodoulou NG, Samara MT, Lappas AS, Sleep disorders and Alzheimer's disease pathophysiology: The role of the Glymphatic System. A scoping review. *Mechanisms of Ageing and Development* 217 (2024) 111899 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).
- [12] Xiong R, Feng J, Zhu H, Li C, Hu P, Zou Y, Zhou M, Wang Y, Tang X. Evaluation of glymphatic system dysfunction in patients with insomnia via diffusion tensor image analysis along the perivascular space. *Quant Imaging Med Surg* 2025;15(2):1114–1124; <https://dx.doi.org/10.21037/qims-24-1447>
- [13] Lawson Y, Wilding GE, El-Solh AA. Insomnia and risk of mortality in older adults. *J Sleep Res.* 2024 Dec;33(6):e14229. doi: 10.1111/jsr.14229. Epub 2024 Apr 29.
- [14] Wang L, Hui X, Huang R, Xiao Y.J The association between sleep fragmentation and incident atrial fibrillation: a prospective cohort study in a community population. *Clin Sleep Med.* 2025 Jul 1;21(7):1191–1200
- [15] Bhaskar S, Hemavathy D, Prasad S. Prevalence of chronic insomnia in adult patients and its correlation with medical comorbidities. *J Family Med Prim Care.* 2016 Oct-Dec; 5(4): 780–784.
- [16] Heidbreder A, Kunz D, Young P, Benes H, Chalet FX, Vaillant C, Kaskel P, Fietze I, Schöbel C Insomnie in Deutschland – massive Unterversorgung? Ergebnisse einer prospektiv geplanten Subgruppenanalyse der National Health and Wellness Survey (NHWS). *Somnologie* 2024;[accessed Aug 21 2025].
- [17] Boer J, Höhle N, Rosenblum L, Fietze I. Impact of Gender on Insomnia. *Brain Sci.* 2023 Mar 12;13(3):480. doi: 10.3390/brainsci130304
- [18] Bruni O, Breda M, Nobili L, Fietze I, Capdevila ORS, Gronfier C. European expert guidance on management of sleep onset insomnia and melatonin use in typically developing children. *Eur J Pediatr.* 2024 Jul;183(7):2955–2964

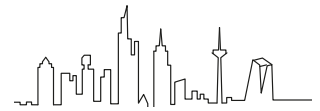
- [19] Wang S, Jülich ST, Lei X. Latent profile of the insomnia severity index: A longitudinal study. *Sleep Med.* 2024 Mar;115:202–209. doi: 10.1016/j.sleep.2024.02.027. Epub 2024 Feb 15. PMID: 38368737.
- [20] Clemente V, Ruivo Marques D, Miller-Mendes M, Morin CM, Serra J, Allen Gomes A. The European Portuguese version of the insomnia severity index. *J Sleep Res.* 2021 Feb;30(1):e13198. doi: 10.1111/jsr.13198. Epub 2020 Sep 30. PMID: 32997368.
- [21] Carpi M, Marques DR, Liguori C. Deriving Subtypes From the Insomnia Severity Index: A Latent Class Analysis and Comparison of Features. *Behav Sleep Med.* 2025 Nov-Dec;23(6):807–819. doi: 10.1080/15402002.2025.2539961. Epub 2025 Jul 26. PMID: 40734630.
- [22] Spiegelhalter, K., et al. „Leitlinie „Insomnie bei Erwachsenen“ – Update 2025 (AWMF Registernummer 063–003).“ *Somnologie* (2025): 1–38. Internationale Klassifikation der Krankheiten, Elfte Revision (ICD-11), Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>
- [23] Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, Carney CE, Harrington JJ, Lichstein KL, Sateia MJ, Troxel WM, Zhou ES, Kazmi U, Heald JL, Martin JL Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *J Clin Sleep Med.* 2021 Feb 1;17(2):263–298
- [24] Freund W, Weber F Funktion des Schlafs und Behandlung der primären Insomnie. The function of sleep and the treatment of primary insomnia. *Dtsch Arztebl Int* 2023; 120: 863–70
- [25] Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, Bastien C, Baillargeon L. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2009 May 20;301(19):2005–15
- [26] Morin CM, Buysse DJ. Management of Insomnia. *N Engl J Med.* 2024 Jul 18;391(3):247–258.
- [27] Morin CM, Khullar A, Robillard R, Desautels A, Mak MSB, Dang-Vu TT, Chow W, Habert J, Lessard S, Alima L, Ayas NT, MacFarlane J, Kendzerska T, Lee EK, Carney CE. Delphi consensus recommendations for the management of chronic insomnia in Canada. *Sleep Med.* 2024 Dec;124:598–605
- [28] Fietze I Ärztliche Psychotherapie 2018; 13(3):177–181
- [29] Dänschel I, Fietze I Chronische Schlafstörungen: Ein Therapie-vorschlag. *Der Hausarzt* 2024;17:50–54
- [30] Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med.* 2017 Feb 15;13(2):307–349
- [31] Ellis J, Ferini-Strambi L., García-Borreguero D, Heidbreder A, O'Regan D, Parrino L, Selsick H, Penzel T. Chronic Insomnia Disorder across Europe: Expert Opinion on Challenges and Opportunities to Improve Care. *Healthcare* 2023, 11, 716. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050716>
- [32] Boer J, Toncar T, Stange A, Rosenblum L, Fietze I Effect of graduated drug therapy for moderate-to-severe chronic insomnia on the severity of disease: an observational study in Germany. *J Clin Sleep Med.* 2025 Jan 1;21(1):33–45.
- [33] Mignot E, Mayleben D, Fietze I, Leger D, Zammit G, Bassetti CLA, Pain S, Kinter DS, Roth T; investigators. Safety and efficacy of daridorexant in patients with insomnia disorder: results from two multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet Neurol.* 2022 Feb;21(2):125–139
- [34] Lucey BP, Liu H, Toedebusch CD, Freund D, Redrick T, Chahin SL, Mawuenyega KG, Bollinger JG, Ovod V, Barthélemy NR, Bateman RJ Suvorexant Acutely Decreases Tau Phosphorylation and Abeta in the Human CNS. *Ann Neurol.* 2023 Jul;94(1):27–40.
- [35] Roth T, Walsh JK, Krystal A, Wessel T, Roehrs TA An evaluation of the efficacy and safety of eszopiclone over 12 months in patients with chronic primary insomnia. *Sleep Med.* 2005 Nov;6(6):487–95. doi: 10.1016/j.sleep.2005.06.004. Epub 2005 Oct 17
- [36] Fava M, McCall WV, Krystal A, Wessel T, Rubens R, Caron J, Amato D, Roth T. Eszopiclone co-administered with fluoxetine in patients with insomnia coexisting with major depressive disorder. *Biol Psychiatry.* 2006 Jun 1;59(11):1052–60
- [37] Pollack M, Kinrys G, Krystal A, McCall WV, Roth T, Schaefer K, Rubens R, Roach J, Huang H, Krishnan R. Eszopiclone co-administered with escitalopram in patients with insomnia and comorbid generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2008 May;65(5):551–62
- [38] Saputra BD, Levita J, Mustarichie R... Efficacy, Safety, and Drug-Drug Interactions for Insomnia Therapy in Covid-19 Patients. *J Multidiscip Healthc* 2022 Jan 21;15:137–152.
- [39] Boof ML, Dingemanse J, Lederer K, Fietze I, Ufer M. Effect of the new dual orexin receptor antagonist daridorexant on nighttime respiratory function and sleep in patients with mild and moderate obstructive sleep apnea. *Sleep.* 2021 Jun 11;44(6):zsaa275. doi: 10.1093/sleep/zsaa275
- [40] Boof ML, Dingemanse J, Brunke M, Esselmann A, Heymer P, Kestermann O, Lederer K, Fietze I, Ufer M. Effect of the novel dual orexin receptor antagonist daridorexant on night-time respiratory function and sleep in patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease. *J Sleep Res.* 2021 Aug;30(4):e13248. doi: 10.1111/jsr.13248. Epub 2021 Jan 8

Literatur zum Artikel:

Ein Blick auf die Gesundheitssysteme in Spanien und Dänemark – Teil 1

von Univ.-Prof. Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

- [1] Goldschmidt AJW: Mentoring fördert die jungen Führungskräfte in der Gesundheitswirtschaft – Erfolgsparameter des ersten Mentoringprogramms der B. Braun-Stiftung. *führen & wirtschaften* 1/2007: 55 (ISSN 0175–4548)
- [2] AOK Presse und Politik: Spanien: Dreigeteiltes System. URL: <https://www.aok.de/pp/hintergrund/europa/spanien/> – Abruf: 9. Juli 2026 18:52
- [3] Macher J, Arndts M, Busse R, Bigalke K, Zantow A: Gesundheit in Europa – Warum Spanien und Dänemark als Vorbild gelten. *Deutschlandfunk-Kultur*, 19. Feb. 2026, 18:30 (URL: <https://www.deutschlandfunkkultur.de/gesundheit-in-europa-was-spanien-und-daenemarkrichtig-machen-100.html>)
- [4] Healthcare Denmark: Innovating Better Life. Schirmherrin: Ihre Königliche Hoheit Mary Kronprinzessin von Dänemark. 2014 – Hinweis: Der Herausgeber Healthcare Denmark ist eine sog. Non-Profit Public-Private-Partnership, um Dänische Lösungen zur Gesundheitsversorgung international bekannt zu machen. (URL: <https://healthcaredenmark.dk>)



Literatur zum Artikel:

Hitze und Katastrophenschutz

Pierre E. Frevert

- [1] Krisenresilienz bei Extremhitze stärken. Positionspapier zum Hitzeaktionstag 11.06.2026.
https://hitzeaktionstag.de/wp-content/uploads/2026/06/Buendnis-Hitzeaktionstag-2026_Positionspapier-Krisenresilienz-bei-Extremhitze.pdf oder via Kurzlink: <https://t1p.de/hogoq>
- [2] Hessisches Ministerium des Innern und für Sport. Katastrophenschutz in Hessen.
Kurzlink: <https://t1p.de/fu0v8>
- [3] C Becker, T Griebe, C Weingart (2025). Hitzedom in Deutschland und wie gut wir darauf vorbereitet sind.
Z Gerontol Geriat 2025 · 58:254–260
<https://doi.org/10.1007/s00391-025-02459-9>
Online publiziert: 27. Juni 2025
- [4] https://www.premar-atlantique.gouv.fr/communiqués-presse/incendies-en-girondepremier-bilan-de-l-action-de-l-etat-en-mer-au-service-de-l-evacuation-de-la-presqu-ile-delege-cap-ferret-33?utm_source=chatgpt.com
- [5] Hessisches Brand- und Katastrophenschutzgesetz – HBKG
<https://innen.hessen.de/sites/innen.hessen.de/files/2022-02/HBKG%20idF%20vom%2030-09-2021.pdf>
oder via Kurzlink <https://t1p.de/te5rx>

Literatur zum Artikel:

Delir bei älteren Menschen

von Dr. med. Johannes Trabert

- [1] Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014 Mar 8;383(9920):911-22. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1. Epub 2013 Aug 28. PMID: 23992774; PMCID: PMC4120864.
- [2] DSM-5 ist ein Klassifikationssystem für psychische Störungen. Nach: European Delirium Association; American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med*. 2014 Oct 8;12:141. doi: 10.1186/s12916-0140141-2. PMID: 25300023; PMCID: PMC4177077.
- [3] Sidoli C, Zambon A, Tassistro E, et al. Prevalence and features of delirium in older patients admitted to rehabilitation facilities: a multicenter study. *Aging Clin Exp Res*. 2022;34(8):1827-1835. doi:10.1007/s40520-022-02099-8
- [4] Avelino-Silva TJ, Campora F, Curiati JAE, Jacob-Filho W. Prognostic effects of delirium motor subtypes in hospitalized older adults: A prospective cohort study. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191092. Published 2018 Jan 30. doi:10.1371/journal.pone.0191092
- [5] De Biasi J, Reininghaus E, Schoberer D. Delir bei Demenz : Früherkennung und Behandlung - ein narrativer Review [Delirium superimposed on dementia : Early detection and treatment]. *Z Gerontol Geriatr*. 2023;56(7):587-592. doi:10.1007/s00391-022-02125-4
- [6] Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jul 28;304(4):443-51. doi: 10.1001/jama.2010.1013. PMID: 20664045
- [7] Schmitt EM, Gallagher J, Albuquerque A, et al. Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. *Gerontologist*. 2019;59(2):327-337. doi:10.1093/geront/gnx153
- [8] Hendry K, Quinn TJ, Evans J, Scortichini V, Miller H, Burns J, Cunnington A, Stott DJ. Evaluation of delirium screening tools in geriatric medical inpatients: a diagnostic test accuracy study. *Age Ageing*. 2016 Nov;45(6):832-837. doi: 10.1093/ageing/afw130. Epub 2016 Aug 8. PMID: 27503794.
- [9] Carpenter CR, Lee S, Kennedy M, et al. Delirium detection in the emergency department: A diagnostic accuracy meta-analysis of history, physical examination, laboratory tests, and screening instruments. *Acad Emerg Med*. Published online May 16, 2024. doi:10.1111/acem.14935
- [10] Wang YY, Yue JR, Xie DM, et al. Effect of the Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program on Postoperative Delirium and Function in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2020;180(1):17-25. doi:10.1001/jamainternmed.2019.4446
- [11] Martinez FT, Tobar C, Beddings CI, Vallejo G, Fuentes P. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age Ageing*. 2012;41(5):629-634. doi:10.1093/ageing/afs060
- [12] De J, Wand AP. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *Gerontologist*. 2015 Dec;55(6):1079-99. doi: 10.1093/geront/gnv100. Epub 2015 Nov 5. Erratum in: *Gerontologist*. 2017 Apr 1;57(2):387. PMID: 26543179.
- [13] Feng C, Wu H, Qi Z, et al. Association of preoperative frailty with the risk of postoperative delirium in older patients undergoing hip fracture surgery: a prospective cohort study. *Aging Clin Exp Res*. 2024;36(1):16. Published 2024 Jan 31. doi:10.1007/s40520-023-02692-5

Literatur zum Artikel:

Kinder und Jugendliche mit Störungen der Emotionsregulation und selbst-verletzenden Verhaltensweisen

Bedeutung für die Suizidprävention und klinische Praxis Serie Teil 3

von *Charlotte Sachs*

- [1] Witt K, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2021;3:CD013667.
- [2] Ougrin D, et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020;59(2):180–190.
- [3] Glenn CR, Klonsky ED. J Clin Child Adolesc Psychol. 2020;49(3):1–12.
- [4] McCauley E, et al. JAMA Psychiatry. 2018;75(8):777–785.
- [5] Mehlum L, et al. J Child Psychol Psychiatry. 2019;60(10):1112–1122.
- [6] Hawton K, et al. Lancet Child Adolesc Health. 2021;5(10):737–748.

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

eHBA-Nr. 80276001081010000301 ausgestellt am 26.09.2023 für Dr. med.

Annette Bachmann, Bad Homburg

Arztausweis-Nr. 060216299 ausgestellt am 20.09.2022 für Dr. med.

Annette Bachmann, Bad Homburg

Arztausweis-Nr. 060477398 ausgestellt am 27.10.2025 für Marie Bauer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060592921 ausgestellt am 27.04.2026 für Bakkalaureus at-tibb wa-l-djiraha/Univ. Gezira

Bilal Al-Absi, Kassel

Arztausweis-Nr. 060245690 ausgestellt am 13.12.2022 für Dr. med.

Marlis Caesar, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060406301 ausgestellt am 28.07.2025 für Prof. Dr. med.

Yeong Choi, Bad Soden

Arztausweis-Nr. 060306397 ausgestellt am 19.02.2024 für apl. Prof. Dr. med.

Konstantinos Donas, Münster

Arztausweis-Nr. 060179475 ausgestellt am 28.02.2022 für

Heinrich Grosse-Holthaus, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060334741 ausgestellt am 01.08.2024 für Dr. med.

Dana Maresa Haag, Gießen

eHBA-Nr. 80276001081612023879 ausgestellt am 12.09.2023 für Dr. med.

Herbert Hansal, Bad Wildungen

Arztausweis-Nr. 060333160 ausgestellt am 22.07.2024 für Stefano Hellweg, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060259877 ausgestellt am 16.03.2023 für Todd Hess, Offenbach

Arztausweis-Nr. 060285020 ausgestellt am 09.10.2023 für Obermed.-Rätin i. R.

Dr. med. Sigrid Hohorst, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060442709 ausgestellt am 08.09.2025 für Martha Kaikki, Budenheim

Arztausweis-Nr. 060604854 ausgestellt am 08.05.2026 für Andreas Kalogeris, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060109224 ausgestellt am 25.08.2021 für Dr. med.

Christoph Kappus, Marburg

eHBA-Nr. 80276001081000076282 ausgestellt am 22.06.2021 für Dr. med.

Martin Kiel, Eiterfeld

Arztausweis-Nr. 060302136 ausgestellt am 29.01.2024 für Jonas Knoblich, Bensheim

Arztausweis-Nr. 060279865 ausgestellt am 28.08.2023 für Dr. med.

Jasmin Konrad, Hanau

Arztausweis-Nr. 060385966 ausgestellt am 30.05.2025 für Amelie Krimphoff, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060514652 ausgestellt am 02.02.2026 für Dr. med.

Doris Lünstroth-Lenk, Wiesbaden

eHBA-Nr. 80276001081000140237

ausgestellt am 11.04.2022 für

Christine Mägdefrau, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060204489 ausgestellt am 26.07.2022 für Dr. med.

Artur Medwedowsky, Heusenstamm

Arztausweis-Nr. 060321854 ausgestellt am 15.05.2024 für Damaris Moya

Legardac, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060261570 ausgestellt am 29.03.2023 für Dr. med.

Annette Oboth-Caspar, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060269417 ausgestellt am 02.06.2023 für Dr. med.

Matthias Pette, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060493562 ausgestellt am 04.12.2025 für Dr. med.

Peter Polzien, Friedberg

Arztausweis-Nr. 060203356 ausgestellt am 19.07.2022 für Dr. med.

Lothar Rokitzki, Lorsch

eHBA-Nr. 80276001081900091557 ausgestellt am 28.05.2026 für Eilidh Schäfer, Eschborn

Arztausweis-Nr. 060522095 ausgestellt am 12.02.2026 für Dr. med.

Birgit

Seemann-Ullrich,

Kelkheim

Arztausweis-Nr. 060140438 ausgestellt am 03.11.2021 für Elena Sidor, Fulda

Arztausweis-Nr. 060477375 ausgestellt am 27.10.2025 für Karoline Stein, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060156780 ausgestellt am 22.12.2021 für Dr. med. univ.

Franziska Stickl, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060642825 ausgestellt am 23.06.2026 für Dr. med.

Elke Weber, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060334558 ausgestellt am 31.07.2024 für Anton Zachgo, Dreieich

Arztausweis-Nr. 060620696 ausgestellt am 27.05.2026 für Susan Zerfass, Oberursel

Lösungen

Hier finden Sie die Lösungen zu dem medizinischen Kreuzworträtsel aus Ausgabe 07/08 2026, S. 431

Waagerecht

1 PEPSIN
6 NAHVISUS
8 NO
9 PARATHORMON
12 ODDI-SPHINCTER
13 TERIFLUNOMID
14 SOOR
15 NEER-EINTEILUNG
16 TF
18 MOOS-FASERN
19 ST-STRECKE

21 RIOLAN-ANASTOMOSE
25 AZ
26 ULNA
27 MUSCULUS TERES MAJOR
28 MUSSET-ZEICHEN
29 OTHÄMATOM
30 METHÄMOGLOBINÄMIE
31 HYDROZELE

Senkrecht

1 PYODERMIE
2 ENDOMETRIUM
3 PODOZYTEN
4 SPIROMETRIE
5 IATROGEN
6 NARES

7 HEERFORDT-SYNDROM
10 REN
11 TIETZE-SYNDROM
14 STRUMA
17 FILUM TERMINALE
18 MONS PUBIS
20 ZYSTE
22 VORLAST
23 ATEMNOT
24 DAS GROSSE NETZ
25 ARY-KNORPEL
29 OL

Lösungswort: Pneumonie

Fallbeispiel

Hessisches Ärzteblatt 7/8 2026: S. 423 und Hessisches Ärzteblatt 9 2026: Zwischen Pflicht und Patientenwillen

Im ärztlichen Alltag gilt es immer wieder unter Zeitdruck lebenswichtige Entscheidungen zu treffen. Es wäre gut, wenn (Ihre) Patienten dafür VORSORGEN! Würden.

Hier ist ein Fall aus dem ärztlichen Alltag. Wir bieten Ihnen fünf Lösungsmöglichkeiten an. Sie können diese im Kopf durchspielen oder sich auch mit einem Link unten an einer Abstimmung dazu beteiligen. Wenn Sie mögen, teilen Sie uns auch Ihre Gedanken und Ihre Meinung unter Ihrem Klarnamen mit.

Die Lösungen werden wir im nächsten HÄBI diskutieren.

Der (wahre) Fall:

Die haben ärztlichen Bereitschaftsdienst im Vogelsberg. Dabei haben Sie einen Dienst-PKW mit einem Fahrer, der auch Rettungsassistent ist. Um 21:00 werden Sie gerufen zur 87jährigen Rosa Wehner in Kleindorf. Sie kennen Frau Wehner von einigen Vertretungen und haben auch guten Kontakt zu ihrem Hausarzt. Als sie dort ankommen, ist Frau Wehner hoch fiebrig. Der Ehemann und ihre drei Kinder sind vor Ort und sehr aufgeregt. Frau Wehner hatte schon über Wochen stark abgebaut. Sie war immer eine starke, autonome Bauersfrau. Über Vollmacht und Verfügung hat sie sich keine Gedanken gemacht. Aber ganz klar hat sie ihrem Mann vor fünf Jahren gesagt, so wie die Nachbarin wolle sie nicht sterben. Alt und mit Schläuchen im Krankenhaus.

Vor einer Stunde sei sie vergrippt gewesen, aber noch gut drauf. Dann hat sie ihre Kommunionskerze geholt, angesteckt und aus dem Gottlob den Abschnitt über schwere Krankheit und Sterben gebetet. Das Gesangbuch liegt noch auf dem Nachttisch. Jetzt hat sie einen Blutdruck von 85/40, das Herz ist deutlich tachyarrhythmisch. Sie hat wohl eine Pneumonie und im Rahmen der Exsikkose noch einen ausgedehnten zerebralen Insult erlitten. Sie schluckt noch etwas, aber mühsam. Sie bewegt eine Seite nicht mehr, kann nicht sprechen und zeigt keine Reaktion auf Ansprache. Die Atemfrequenz ist 44/min mit einer Sättigung von 82 %. Die Familie ist aufgeregt und durcheinander.

Sie müssen JETZT entscheiden. Bis morgen hat es so sicher keine Zeit. Wie gehen Sie vor?

a) **Grundlage:** Ihr Rettungsassistent hat gleich schon nach der ersten Befunderhebung gefragt, ob er den RTW nachfordern soll. Er stellte völlig zu Recht eine akute Lebensbedrohung fest. Die Familie ist sich einig, dass die Ehefrau und Mutter zuhause in Ruhe sterben soll. Die Rechtslage ist eindeutig, hier darf keine Familie entscheiden, ja, nicht einmal Auskunft zu Ihrer ärztlichen Einschätzung bekommen.

Entscheidung: Sie lassen den RTW nachfordern, legen in der Zeit eine Infusion, versorgen die Patientin mit den notwendigen Medikamenten und bringen sie mit dem RTW auf die Intensivstation des Krankenhauses in der Nähe.

b) **Grundlage** wie Fall a. Sie kennen den Hausarzt aber gut. Sie wollen mehr Informationen. Sie rufen ihn zuhause an und er bestätigt, dass die Patientin vermutlich so nicht mehr ins Krankenhaus wollte. Sie sind sich aber einig, dass hier ja nichts richtig reflektiert wurde und schriftlich festgelegt wurde.

Entscheidung: Die Patientin kommt also unter Maximaltherapie ins Krankenhaus und wird dann unverzüglich unter Betreuung gestellt, damit über weiteres Vorgehen entschieden werden kann.

c) **Grundlage** wie Fall b.

Entscheidung: Sie entscheiden jedoch, dass Frau Wehner jetzt zunächst zuhause bleibt und behandeln mit dem Hausarzt zusammen rein palliativ. Sie informieren am nächsten Morgen das zuständige Amtsgericht, dass eine Betreuung im Eilverfahren notwendig ist.

d) **Grundlage** wie Fall b.

Entscheidung: Der Hausarzt kennt Familie und Patientin sehr gut. Auch ohne Vollmacht und Verfügung wird entschieden, rein palliativ vorzugehen. Sie informieren den Pfarrer für die Krankensalbung, die noch nicht veranlasst worden war und senken medikamentös Fieber und Atemfrequenz. Dazu verordnen Sie ein Antibiotikum als Saft um ihr eine Chance zu geben und legen eine subkutane Infusion als minimal invasive Maßnahme.

e) **Grundlage** wie Fall b.

Entscheidung: Der Hausarzt kennt Familie und Patientin sehr gut. Auch ohne Vollmacht und Verfügung wird entschieden, rein palliativ vorzugehen. Sie informieren den Pfarrer für die Krankensalbung, die noch nicht veranlasst worden war und senken medikamentös Fieber und Atemfrequenz. Sie entscheiden mit der Familie und dem Hausarzt, nichts zu tun, was das Leben verlängern würde, sondern rein symptomatisch, leidenslindernd zu behandeln.

Infokasten:

Ärzte werden immer wieder um Hilfe beim Ausfüllen von Vorsorgeunterlagen gefragt. Eine Patientenverfügung zu besprechen dauert – gut gemacht – selten weniger als 90 min. Das ist nicht wirtschaftlich. Die noch wichtigere Vorsorgevollmacht geht immer in fünf oder maximal zehn Minuten. Die Deutsche PalliativStiftung versendet kostenlos hochwertige Vorlagen und stellt vielfältige Informationen zum Ausfüllen zur Verfügung.

Antworten der Leser, anonymisiert

=====

Antwort 1

"e".

Der Gesetzgeber verlangt nicht zwingend eine schriftliche Verfügung. Da der Hausarzt den Wunsch der Patientin, nicht im Krankenhaus versterben zu wollen, bestätigt und sich dieses auch mit den Aussagen des Ehemannes deckt, liegt ein mutmaßlicher Wille vor, der einer Patientenverfügung entspricht.

Die Pneumonie ist als ein Symptom des Sterbeprozesses anzusehen und bedarf keiner antibiotischen Therapie in diesem Gesamtzusammenhang. Insofern erfolgt lediglich eine symptomatische Behandlung der belastenden Symptome. Die Patientin verbleibt zu Hause im Kreis der Familie und ihrer gewohnten Umgebung.

Mit freundlichen Grüßen

=====

Antwort 2

Sehr geehrtes Redaktionsteam,
vielen Dank für diese praxisnahe Falldarstellung.

Jede Ihrer 5 dargestellten Handlungsmöglichkeiten mag ihre Berechtigung haben. Für mich, als ältere Ärztin (im Ruhestand) mit jahrzehntelanger intensivmedizinischer und später auch palliativ-medizinischer Erfahrung kommt jedoch nur die **Entscheidung "e"** in Betracht. Selbstverständlich ist der persönliche Wunsch der Angehörigen nicht von Belang. Aber sie konnten gemeinsam und auch in Übereinstimmung mit dem Hausarzt, ziemlich exakt den Willen der Patientin wiedergeben. Somit ist die rein palliative Versorgung - nach Möglichkeit im häuslichen Umfeld - die beste Umsetzung des Patientenwillens.

Da das **Ehegattennotvertretungsrecht** (gemäß § 1358 BGB) greift, besteht auch keine Notwendigkeit umgehend eine Betreuung zu beantragen.

Ein Antibiotikum als Saft erscheint mir eine überflüssige "Alibi-Therapie" zu sein.

Ich bin gespannt, auf die weiteren Diskussionsbeiträge.

Mit freundlichen Grüßen

Ärztin für Anästhesie und Intensivmedizin

Zusatzbezeichnung: Palliativmedizin

Jetzt: im Ruhestand

=====

Antwort 3

Antwort: E.

Mit freundlichen Grüßen.
Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
Facharzt für Dermatologie; Allergologie.
Von meinem iPhone gesendet

=====

Antwort 4

Lösungsmöglichkeit d)

Gesendet mit der GMX Mail App

=====

Antwort 5

Guten Abend, ich würde mich ganz **klar für "e"** entscheiden. Die Patientin selbst hat durch ihr Verhalten gezeigt, dass sie mit ihrem Lebensende rechnet. Aufgrund der Aussagen der Familie und des langjährigen Hausarztes entspricht diese Entscheidung dem mutmaßlichen Willen der Patientin.

Mit freundlichen Grüßen

Ärztin für Innere Medizin/Palliativmedizin

=====

Antwort 6

Sehr geehrter Herr Kollege,

ich möchte mich gerne wie angeboten an eine Abstimmung über die angebotenen Lösungsmöglichkeiten beteiligen. Ich habe früher auch Notdienst gefahren und für mich wäre auf jeden Fall die **Entscheidung B** die richtige.

Beste Grüße

=====

Antwort 7

Ganz klar, **Entscheidung e)**, rein palliatives Vorgehen:

Mit der Familie sollte man ohne Zeitdruck das rein palliative Vorgehen im Sinne der Patientin besprechen und erklären. Ferner noch zu einer adäquaten Mundpflege anleiten, einerseits um ein möglicherweise aufkommendes Durstgefühl zu vermindern, andererseits, um den Angehörigen die Möglichkeit zu geben, selbst etwas für Fr. Wehner tun zu können.

Da Fr. Wehner sehr religiös war, ist auch die Hinzuziehung des Pfarrers völlig richtig, selbst wenn die Patientin das in dieser Situation nur noch unterschwellig oder auch gar nicht mehr mitbekommen sollte.

Patientin und Familie werden durch alle diese Maßnahmen, die Fr. Wehner ein friedliches Versterben zu Hause und im Kreise ihrer Familie ermöglichen, deutlich entlastet sein.

Facharzt für Anästhesie, Anästhesiologische Intensivmedizin, Notfallmedizin,
Palliativmedizin
Tätig im SAPV-Team Hanau

Antwort 8

Sehr geehrter Herr Kollege Sitte,

Ich bin als Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
regelmäßig mit solchen und vergleichbaren Situationen konfrontiert

Von der menschenwürdigen Seite aus würde ich in dem beschriebenen **Fall e)**
wählen. Selbstverständlich wäre diese Entscheidung formal rechtlich durchaus
angreifbar.

Ich persönlich finde es sehr schade, dass mittlerweile die ärztliche Versorgung sich
mehr an der formalen Juristischen Sichtweise, als am Menschen achtenden
medizinisch sinnvollen Handeln orientiert

Grundsätzlich ist nach meiner Auffassung immer der Wille des Patienten
ausschlaggebend in Verbund mit dem medizinisch Sinnvollen.

Es ist gerade Inhalt der ärztlichen Kunst diesen Willen in der jeweiligen Situation zu
ermitteln.

Für mich ist es daher wichtiger diesen Willen zu ermitteln, z. B. auch durch
Fremdanamnese, als hier auf einem Schriftstück zu beharren, welches für die
jeweilige Situation oft unbrauchbar ist

Vielen Dank, dass Sie sich diesem wichtigen Thema annehmen.

Ich hoffe für die Zukunft, dass der Mensch wieder mehr in den Mittelpunkt des
ärztlichen Handelns rückt und nicht die juristische Betrachtung oder die Befürchtung
von rechtlichen Konsequenzen

Mit freundlichen Grüßen

Seit 1984 ärztlich tätig

Antwort 9

Sehr geehrter Herr Kollege Sitte,

vielen Dank für die interessante Seite unter Fortbildung im Hessischen Ärzteblatt 7/8
2026 S.423

Herzlichen Dank auch, dass Sie einen so alltäglichen Fall aufgegriffen haben, denn
er spiegelt die Realität notdiensttuender Ärztinnen und Ärzte wider.

Ob in diesem Fall eine Krankenhausbehandlung notwendig ist oder nicht ist natürlich
schwierig. Nach den vorliegenden Angaben der Symptome könnte die Diagnose
Pneumonie lauten, es liegt also primär eine durchaus behandelbare Krankheit vor,
erschwert allerdings durch einen Apoplex oder eine schwere TIA.

Im Gespräch mit Angehörigen, die anwesend sind und aufgeregt, kommt heraus,
dass die Patientin selbst eine Behandlung ablehnen würde. Sehr wohl sind
Angehörige zu hören, wenn es um so schwierige Probleme geht, denn sie kennen
eventuell den mutmaßlichen Willen der Patientin und dieser ist oberstes Gebot bei
jedweder Behandlung. Hier kommt klar zum Ausdruck, dass die Patientin klar

geäußert hat, dass sie eine intensivmedizinische Behandlung ablehnt. Kann eine Pneumonie auch ohne Intensivmedizin behandelt werden? Klare Antwort: ja. Was ist aber mit der geschilderten neurologischen Komponente des Falles? Ist es zumutbar eine komplette Diagnostik und Therapie, inklusive invasiver Tools bei einer 87jährigen durchzuführen? In diesem Fall klares nein, denn die Patientin hat dies ihren Angehörigen gegenüber eigentlich klar geäußert.

So würde ich **rein palliativ** in diesem Fall vorgehen. Keine Antibiose. Flüssigkeit nur oral, falls Ablehnung selbst das nicht. Analgesie oral, sublingual. Einschaltung des SAPV am nächsten Tag.

Die Patientin hat ein Recht, friedlich gehen zu dürfen und dass dies für sie geschehen wird, hat sie deutlich gemacht durch die religiösen Rituale. Die Menschen selbst haben eine Vorahnung, was mit ihnen geschieht.

Nun noch etwas Grundsätzliches. Eine ausgefüllte Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht sind leider selten, das ist die Realität. Wir als Gesellschaft sind nicht mehr in der Lage solche schwierigen Themen des Lebensendes zu führen, was sehr bedauerlich ist, denn viele Probleme könnten gelöst sein und würden auch die Arbeit des Rettungsdienstes und der Notdienste deutlich erleichtern.

Dafür gibt es viele Möglichkeiten, die schlechteste ist das Ausfüllen einer Patientenverfügung ohne Hilfe, denn einige medizinische Fragen können Laien nur schwerlich verstehen und bearbeiten.

Deshalb gibt es ja inzwischen Vereine, die sich um solche Fragen kümmern, z. B. die ambulante Ethikberatung in Hessen e. V. (AEBH im Netz zu finden) Der Verein ist vor 10 Jahren in der Landesärztekammer gegründet worden und hat sich auf die Fahnen geschrieben, Menschen in schwierigen medizinischen Situationen zu beraten, dazu gehört meiner Meinung nach auch die Unterstützung bei Patientenverfügungen und Beratung bei Betreuungsverfügungen und Vorsorgevollmachten. Es gibt inzwischen einige Regionalgruppen, die etabliert sind in der jeweiligen Region und dort vor Ort beraten. Jeder der in schwierigen Situation Hilfe braucht kann sich melden und beraten lassen (Hausärzte, Pflegepersonal, Mitarbeiter von Senioreneinrichtungen, Angehörige, Betroffene).

Es wäre wünschenswert, wenn die Arbeit des AEBH und seiner Regionalgruppen auch in der Ärzteschaft und bei Pflegenden bekannter wäre, aber das wird noch ein langer Weg sein.

Mit freundlichen Grüßen

=====

Antwort 10

Guten Tag,

vielen Dank für den realitätsnahen Fall! Ich bin sehr gespannt auf die Lösung!

Meine Antwort:

Toll, wenn man den Hausarzt in dieser Situation erreicht. In diesem Szenario hätte ich mich für **d) oder e)** entschieden (je nach mutmaßlichem Willen und in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit Kindern und Hausarzt, für oder gegen kausale Therapie mittels Antibiose). Rechtlich wäre die Einleitung einer Betreuung sicher korrekt – im Alltag hätte ich mich vermutlich auf die vorangegangenen

Gespräche mit Hausarzt/Familie verlassen, um zu verifizieren, dass dieser Weg dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht.

Ich bin gespannt auf die Auflösung. Könnten Sie mir diese bitte mailen, da ich das hessische Ärzteblatt nicht erhalte.

Bitte geben Sie mir kurz Bescheid, ob und in welcher Form meine Antwort mit Klarnamen veröffentlicht wird. Das möchte ich eher nicht.

Viele Grüße,

=====

Antwort 11

Es mutete schon sehr eigentümlich an, wenn auf einer Seite zur "Fort- & Weiterbildung" für eine klare, häufig in ähnlicher Weise vorkommende, medizinische Sachlage das Organ der Hessischen Landesärztekammer den Fort-/Weiterzubildenden keine einzige gesetzeskonforme Entscheidungsmöglichkeit anbietet! Bei den ersten 3 Entscheidungsmöglichkeiten (a,b,c) mißachtet man den "mutmaßlichen Patientenwillen", bei den letzten 2 (d,e) die "ärztliche Schweigepflicht"!

Die Sachlage ist insofern völlig klar, daß eine intensivmedizinische Behandlungsnotwendigkeit bei einer hochbetagten Patientin vorliegt. Eine solche Behandlung hat sie – in "gesunden Zeiten" – ihrem Ehemann gegenüber für sich persönlich abgelehnt! (Kriterium des "mutmaßlichen Patientenwillens", n. BGH). Zudem hat sie in ihrer jetzigen, kritischen Situation nicht nach einem Arzt gerufen, sondern sich "Hilfsmittel" ihres christlichen Glaubens ans Krankenbett geholt.

Nach deutscher Rechtsprechung ist die Respektierung des Patientenwillen "oberste Pflicht" des Arztes. Sollte dieser nicht schriftlich festgehalten sein, oder mündlich geäußert werden können, muss man sich an den sog. "mutmaßlichen Patientenwillen" halten. Die Äußerungen des Ehemannes, des Hausarztes und das Verhalten der Patientin selbst, die keinen Arzt rufen ließ, sondern ein Gebetbuch zu Hilfe nahm, lassen den Schluß zu, daß eine Krankenhauseinweisung – mit der zwangsläufig erforderlichen intensivmedizinischen Behandlung – dem Patientenwillen widerspricht.

Somit kämen nur die **Entscheidungen d & e** in Frage. In beiden Fällen ist der Bruch der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber einem Geistlichen, (Pfarrer, Priester, Rabbi oder Imam), gesetzlich nicht zulässig. Die bei "d" angeregte Verordnung eines Antibiotikums "in Saffform", ist wegen der Aspirationsgefahr bei bestehender Schluckstörung abzulehnen.

Fiebersenkung, Flüssigkeitszufuhr parenteral, ggf. Schmerzmittel, z.B. sublingual, wären Maßnahmen, die "ärztlicher Pflicht" und "mutmaßlichem Patientenwillen" gerecht wird!

Natürlich gibt es ältere Auffassungen von "Ärztlichen Pflichten". Im sog. "Hippokratischem Eid" heißt es: Das Heil des Kranken ist "oberstes Gesetz" (lat. "Salus aegroti suprema lex"). Daraus wurde die ärztliche Pflicht zur unbedingten Lebensrettung abgeleitet. Man muss diesen Satz akzeptieren, wenn ein Hilfesuchende(r) eine(n) Arzt/Ärztin zum Handeln auffordert. Aber schon im Altertum

wurde diese Pflicht mit bemerkenswerten, geradezu modernen, Forderungen eingeschränkt:

1. Nicht schaden ("Primum non nocere") –
2. Vorsichtig sein ("secundum cavere") –
3. Heilen ("tertium sanare"),
(Scribonius, 50 n. Chr.)

Natürlich kann man viele Todesfälle als "Schaden" ansehen – ein Mensch geht für immer, ein Verlust für die Angehörigen und Freunde.

Andererseits wünschen sich vermutlich die meisten Menschen friedlich im Kreise ihrer Familie sterben zu dürfen.

Eine hochbetagte Patientin, mit kritisch niedrigem Blutdruck, niedriger Sauerstoffsättigung und Hemiparese, geht ein hohes Behandlungsrisiko ein. Die Folgen sind nicht selten schwerstbehindert in einer Pflegeeinrichtung weiterleben zu müssen. Zwar als Folge einer Krankheit, zudem aber auch als Ergebnis einer Behandlung, die sie definitiv nicht gewollt hat. Für diesen Zustand gibt es dann nur eine (Er-)Lösung.

Mit den Informationen, die dem Vogelsberger Bereitschaftsdienst, (den ich auch persönlich gut kenne), in diesem Fall zur Verfügung standen, sollte die Entscheidung trotzdem nicht zu schwierig gewesen sein.

Arzt für Innere Medizin

=====

Antwort 12

Guten Abend Herr Sitte,
mit den in der Fallbeschreibung gegebenen Informationen schwanke ich zwischen Lösungsmöglichkeit d) und e), würde unter den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten jedoch **eher zu e)** tendieren.

Zur Begründung:

Jede Behandlung stellt zunächst ein Übergriff dar. Dieser muss dem wahren Willen der Patientin entsprechen. Wenn der wahre Wille nicht in einer Patientenverfügung dokumentiert wurde, muss der mutmaßliche Wille ermittelt werden. Darüber bestand in diesem Fall Einigkeit unter allen Beteiligten (= nicht mit Schläuchen im Krankenhaus sterben). Da der mutmaßliche Wille plausibel und übereinstimmend ermittelt werden konnte, sehe ich auch nicht die Notwendigkeit für die Einrichtung einer Betreuung im Eilverfahren.

Das aufgeschlagene Gotteslob zeigt, dass sich die Patientin der Ernsthaftigkeit ihrer Situation bewusst war. Ein Sterbewunsch und die Ablehnung aller lebenserhaltender Maßnahmen kann daraus aus meiner Sicht jedoch nicht abgeleitet werden.

Diese Argumentation spricht für Möglichkeit d)
(= Verbleib zuhause, dort aber ambulante lebenserhaltende Maßnahmen beginnen).

Jedoch beinhaltet die Möglichkeit d) auch eine subkutane Infusion. Ein Sterben mit Schläuche hat die Patientin abgelehnt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die "Schläuche" stellvertretend für alle invasiven Maßnahmen stehen.

Außerdem stellt sich die Frage, welche Heilungswahrscheinlichkeit die Patientin bei einer ausschließlich ambulant durchgeführten Therapie hätte. Vermutlich würde mit Möglichkeit d) primär das Sterben verlängert werden, mindestens aber ein Zustand dauerhaft erreicht werden, der durch die Patientin mutmaßlich nicht akzeptiert ist (subkutane Infusion).

Daher würde ich mich für Möglichkeit e) entscheiden. Es bestand Einigkeit, dass die Patientin zuhause versterben darf. Ich unterstelle dabei, dass die Familie diese Entscheidung auch mit den Einstellungen der Patientin begründen konnte und sie damit dem mutmaßlichen Willen der Patientin entspricht.

Beste Grüße,

=====

Antwort 13

Hallo zusammen,

ich würde **Entscheidung e** wählen. Der mutmaßliche Willen lässt sich meines Erachtens aus der Handlung ableiten, die Frau Wehner vorgenommen hat, bevor sie das Bewusstsein verlor. Sie scheint gemerkt zu haben, dass eine Krise auf sie zukommt und sich im Gebet damit auseinandergesetzt. Das lässt auf eine gefasste Einstellung zum eigenen Sterben schließen. Da Angehörige und Hausarzt dies bestätigen, ist die ausschließlich palliative Behandlung mutmaßlich im Sinne von Frau Wehner. Eine Antibiose und die Gabe von Flüssigkeit hätten das Risiko, dass Frau Wehner in einem stark verschlechterten Allgemeinzustand weiterleben würde. Dieser Zustand würde für sie als aktive und autonome Persönlichkeit mutmaßlich zu einem nicht gewollten Leidensweg führen.

Mit freundlichen Grüßen

ACP-Gesprächsbegleiterin

Gesundheitliche Versorgungsplanung § 132g SGB V

=====

Antwort 14

Liebes Team,

das Fallbeispiel mit seinen 5 Optionen finden wir hier im BVP-Team Lebenshilfe Gießen sehr spannend und anregend.

Hier nun unser Kommentar bzw. Lösungsansatz dazu:

Lösungsansatz: d)

Begründungen:

- Der mutmaßliche Wille (= Äußerungen von früher über die Nachbarin) ist genauso bindend wie eine schriftliche Patientenverfügung.
- Es gibt glaubwürdige Zeugen, nämlich der Ehemann, die drei Kinder und auch der Hausarzt, können diesen den mutmaßlichen Willen bestätigen. Dabei gibt es keinen Widerspruch.
- Der Ehemann kann wegen dem **Ehegatten-Notvertretungsrecht** für seine Ehefrau stellvertretend entscheiden. Er kennt ihre Einstellung und Wünsche sehr gut.

- Der Pfarrer sollte unbedingt bestellt werden, da Fr. Wehner religiöse Werteeinstellungen zeigte.
- Die Behandlung sollte zuhause erfolgen, um ihr eine Chance zu geben sich zu erholen und/oder in Ruhe zuhause zu versterben. Es gibt nur die Aussage von ihr, dass sie im Krankenhaus nicht versterben möchte.

Wir sind dann gespannt auf das Meinungsbild.

Herzliche Grüße

Beratungsdienst Behandlung im Voraus Planen

=====

Antwort 15

Sehr geehrter Herr Dr. Sitte, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr ebenso wichtiges wie interessantes Fallbeispiel wie von der ACP versandt.

Vorweg: Ich bin weder Arzt noch Jurist.

Mir fehlt auf Grundlage von Fall b) die Option **Ehegattennotvertretung** – freilich mehr aus Sicht der Patientenseite: Formular [\(Muster-\)Formulare - Bundesärztekammer](#) downloaden; Notarzt bitten, es auszufertigen; mit Hausarzt konfliktfreies Palliativregime, wonach zuhause sterben lassen keines Betreuungsgerichtsbeschlusses bedarf.

Rückfragen gerne.

Falls das so nicht gehen würde, wäre ich sehr daran interessiert, auch warum.

Im Übrigen ‚fürchte ich‘, dass nur Option a) rechtlich sicher wäre. Als interessierter Halblaie würde ich medizinethisch auch b) – e) für gangbar halten; mir **läge d)** am nächsten, wobei den Pfarrer vorrangig die Familie informieren könnte.

Meine Zeilen dürften veröffentlicht werden, auch sinngemäß; beides allerdings nicht mit Klarname.

Mit freundlichen Grüßen

Seelsorger & Gesprächsbegleiter Gesundheitliche Versorgungsplanung (GVP)

=====

Antwort 16

Guten Abend liebe Kollegen und Kolleginnen,

durch die Mailingliste der AEM habe ich von Ihrem Angebot erfahren, die eigene Meinung zum dargestellten Fall mitzuteilen. Dies möchte ich gerne tun und wäre auch an der Auswertung interessiert, da diese Fälle ja wirklich sowohl im hausärztlichen Notdienst als auch im Krankenhaus regelmäßig vorkommen. Das Hessische Ärzteblatt steht mir, als Anästhesistin in NRW, dafür nicht zur Verfügung.

Gedanken zu den Möglichkeiten a-c:

Meines Erachtens könnte hier vom **Ehegattennotvertretungsrecht** Gebrauch gemacht werden, sodass der Ehemann, der möchte, dass seine Frau in Ruhe zu Hause versterben darf und ihren Wunsch auch mit früheren Äußerungen belegen kann, dies

so entscheiden darf. Zudem scheint Frau Wehner das nahende Ende gefühlt zu haben und sich mit Kerze und Gebet friedlich auf das Sterben vorbereitet zu haben. Auch die Aussage des Hausarztes, dass die Patientin vermutlich nicht mehr in ein Krankenhaus gebracht werden wollte, ist als mutmaßlicher Wille anzusehen.

Die Antwort, dass hier die Familie nicht rechtsgültig entscheiden darf, ist, wenn das Ehegattennotvertretungsrecht anwendbar ist, nicht richtig.

Gedanken zu den Möglichkeiten d und e:

Antwort d scheint minimal invasiv zu sein, ist aber meines Erachtens trotzdem nicht mit dem Patientenwillen übereinzubringen. Zur Pneumonie, die in diesem Zustand mit 87 Jahren schon eine lebensbedrohliche Situation darstellt, hat Frau Wehner noch einen ausgedehnten Apoplex erlitten. Nachdem, was die Familie und der Hausarzt sagen, ist nicht davon auszugehen, dass Frau Wehner in dieser Situation ein Weiterleben gewünscht hätte. Für mich ist die **Möglichkeit e die Einzige**, bei der ich ein gutes Gewissen hätte, dem Patienten- und Familienwillen (auch dies ist nicht einfach von der Hand zu weisen, aber natürlich nachrangig) gerecht zu werden. Bei guter Symptomkontrolle ist das Versterben im Kreise der Familie meines Erachtens das, was sich sicher viele alte Menschen wünschen würden.

Beste Grüße aus der Eifel

=====

Antwort 17

Sehr geehrte Damen und Herren,

hier meine Einschätzung zum Fall (St. Elisabeth Hospizverein Unterallgäu-Memmingen e.V.):

Entscheidung = E)

- Ich als Bereitschaftsarzt mache mir Bild von der Situation:
 - Es gibt Hinweise zum mutmaßlichen Willen aus Aussagen durch die Familie, dass Fr. W. sterben dürfe und wohl auch möchte. Sie hat sich vermutlich ebenfalls Gedanken dazu gemacht (Kerze, Bibel).
 - Es gibt Hinweise zum mutmaßlichen Willen durch Aussage über Nachbarin
- Durch Gespräch mit Hausarzt wird Patientenwille bestätigt. Durch Hausarzt erhalte ich die Information, dass ihr Zustand seit "Wochen stark abgebaut" hat.
- Theoretisches Vorgehen, um Entscheidung = E zu stützen
 - Der Hausarzt könnte durch "**Ehegattennotvertretungsrecht**" die "Gesundheitssorge / Gesundheitsangelegenheiten" an den Ehemann übertragen (https://www.bmjv.de/DE/themen/vorsorge_betreuungsrecht/ehgattennotvertretung/ehgattennotvertretung_node.html)
 - Der Ehemann kann als "Vertreter" den Willen kommunizieren und in Untersuchungen / Behandlungen einwilligen oder ablehnen.
 - ggf. wird "Vertreterdokumentation" erstellt (bzw. FeNo-Vertreterdokumentation)

=====

Antwort 18

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich stimme für **Antwort e)**. Durch die Aussagen der Angehörigen und des Hausarztes ist eine rein palliative Therapie meines Ermessens nach genannter Diagnosestellung genau im Sinne der Patientin.

=====

Antwort 19

Meinungsäußerung zu der vorgestellten Fallsituation:

Die Patientin ist hochaltrig, AZ seit Wochen vermindert, jetzt schwerwiegende Erkrankung (Schlaganfall). Sie hat sich auf den Tod vorbereitet (Gotteslob gelesen). Wenn wie in **Fall e)** mit Familie und Hausarzt Einigkeit besteht, dass der mutmaßliche Wille der Pat. ein Versterben ohne invasive Maßnahmen ist, ist eine palliative Begleitung ohne zielgerichtete Therapie der indizierte Weg.

Nach den Kriterien zur ethischen Bewertung wird die Autonomie der Patientin berücksichtigt. Die Maßnahme der Palliation ist fürsorglich (Leid wird abgewendet: Mühe beim Sterben vermindert, Überleben mit stärkster Behinderung abgewendet). Schaden wird mutmaßlich nicht angerichtet: die Überlebensaussichten sind ohnehin gering. Die Frage nach Gerechtigkeit stellt sich hier nicht.

Facharzt für Neurologie, Geriatrie

Medizinische Begutachtung

Dipl.-Gesundheitsökonom

=====

Antwort 20

Entscheidung e) !

=====

Antwort 21

Sehr geehrter Herr Sitte,

der Fall hat mir Kopfzerbrechen gemacht.

(Früher „Ärztin auf dem Dorf“ in Niedersachsen, jetzt der Liebe wegen in Hessen und seit 18 Jahren in einem überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst)

Am ehesten könnte ich die **Version e)** mit meinem Gewissen vereinbaren – aber ob das die juristisch sauberste Lösung ist, weiß ich nicht. – Ich befürchte, dass das die **Version a)** wäre.

=====

„Auflösung“ zum **Fallbeispiel**

Hessisches Ärzteblatt 7/8 2026: S. 423

Zwischen Pflicht und Patientenwillen

4176 Zeichen

Liebe Leser,

beim Praxisfall aus dem Sommerheft ging es um eine alte Dame, die nachts im Ärztlichen Bereitschaftsdienst besucht wird. Sie war unmittelbar vital gefährdet und nicht mehr ansprechbar. Weder Vollmacht noch Verfügung lagen vor. Die Familie war sich einig, dass sie nicht mehr ins Krankenhaus will und eine Sterbebegleitung gewünscht sei.

Es wurden fünf mögliche Vorgehensweisen für den ÄBD vorgeschlagen. Hierzu gab es erfreuliche 21, meist sehr differenzierte Rückmeldungen.

Die Vorgehensweisen A) und B) bevorzugen die eher juristische Absicherung.

Vorgehen A: RTW anfordern, unter Maximaltherapie ins Krankenhaus.

Keine Stimme

Vorgehen B: nach Rücksprache mit dem Hausarzt wird die Patientin gegen den Willen der Angehörigen ins Krankenhaus gebracht.

1 Stimme

Vorgehen C: Bis zum Morgen Therapie zuhause, Betreuung einleiten.

keine Stimme.

Vorgehen D) und E) neigen eher dazu nach medizinischer Indikation und ärztlichem Anspruch einem mutmaßlichen Patientenwillen zu folgen auch ohne ausreichende rechtliche Absicherung.

Vorgehen D primär eine Palliativversorgung zuhause in Absprache mit der Familie und wenig invasivem Versuch der Lebensrettung.

3 Stimmen

Vorgehen E: Nach dem mutmaßlichen Patientenwillen reine Palliation zuhause.

15 Stimmen.

Zwischen D und E schwankten zwei Kollegen und fünfmal wurde genannt, dass man doch auch die Ehegattennotvertretung anwenden könnte.

Vorweg.

Der vorliegende Fall kommt in der täglichen Praxis immer wieder in ähnlicher Weise vor. Das betonten die Antwortenden. Der Fall war, wie es meist vorkommt, so konstruiert, dass es keine eindeutige juristisch und ärztlich unangreifbare Lösung gibt. Das ist unser Alltag.

Dabei entsprachen die möglichen Antworten durchaus den verschiedenen realistischen Vorgehensweisen.

Wirkliche Patienten, echte Fälle können meist nicht in Normen gepresst werden.

Zur Ehegattennotvertretung (EGNVR)

Die juristisch korrekte (!) Anwendung einer EGNVR nachts im Notfall hält auch der Autor für sehr problematisch. Hierzu nimmt der Jurist Stellung. Gerne hören wir von den Lesern, ob und wie bei Ihnen das EGNVR zuhause im Notfall schon zur Anwendung kam. Ein relativ einfaches Formular zur EGNV finden Sie unter <https://palliativstiftung.com/de/shop/gedrucktes/vorsorgemappe> .

Wir stecken als Ärzte in der Behandlung des unmittelbaren Notfalls immer in der Klemme zwischen ethisch, ärztlich angemessenem Handeln und den juristischen, strafrechtlichen Anforderungen, Bedrohungen. Die Mehrheit der Leser hat sich, wie es auch der Autor täte, dafür entschieden, dass man versucht, schnell und dennoch angemessen möglichst valide Informationen einzuholen, um die Situation UND den mutmaßlichen Patientenwillen einzuschätzen und dann eine Therapie vorzuschlagen.

Jede Therapie setzt aber die Einwilligung voraus.

In dubio pro vita?

Eine Feststellung zur EGNV kann rechtssicher jetzt schwerlich vorliegen, deswegen wäre ein Transport in die Klinik angemessen, dort könnte dann unverzüglich das EGNVR festgestellt oder wenn der Ehegatte durch Alter, Kognition oder Emotion dazu nicht in der Lage ist, die Betreuung eingeleitet werden.

In der Praxis wird sowohl bei Notfällen wie auch bei erwartbaren Verschlechterungen des Allgemeinzustandes jedoch regelhaft von diesem Vorgehen abgewichen, sei es zuhause oder im Pflegeheim, denn auch im Heim liegen bei deutlich weniger als 50 % der Bewohner ausreichende Vorsorgeunterlagen bereit.

So ist es Alltag, dass Behandler vor Ort es auch ohne rechtlich sichere Einwilligung, die ein (mögliches) Sterben-Zulassen erlaubt, es ärztlich als geboten sehen, im mutmaßlichen Sinne des Patienten zu handeln!

Eine mögliche Lösung?

Einfache und sichere Lösungen gibt es in Notfällen selten. Aber die Einwilligung in Behandlung kann leicht rechtssicher durch die Vorsorgevollmacht geregelt werden.

Deshalb: Sprechen Sie Ihre Patienten immer wieder darauf an. Sie müssen nicht selbst dazu beraten, das ist in der Praxis oft zu aufwändig und kann delegiert werden. Die Patientenverfügung ist für Ihr ärztliches Vorgehen im Notfall zweitrangig.

Entscheidend im Notfall ist das Vorliegen einer gültigen Vorsorgevollmacht für medizinische Entscheidungen.