

ewimed

ewimed Report

26

Datenerhebung 2025





Vorwort

In diesem Jahr erscheint der internationale ewimed Report bereits in der fünften Ausgabe. Im Mittelpunkt steht die Versorgung von Patienten mit malignem und nicht-malignem Pleuraerguss oder Aszites. Der Report fasst aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zusammen, lässt erfahrene Ärzte zu Wort kommen und zeigt anhand ausgewählter Fallbeispiele, wie sich der Einsatz subkutan getunnelter Pleura- und Peritonealverweilkatheter in der klinischen Praxis bewährt. Mit diesem umfassenden Überblick möchte die Publikation dazu beitragen, die Therapieoption in Europa weiter zu stärken und ihren Stellenwert in der medizinischen Versorgung zu unterstreichen.

Im weiteren Verlauf wird für die bessere Lesbarkeit der subkutan getunnelte Pleura-/oder Peritonealverweilkatheter als IPC abgekürzt.

Der ewimed Report 2026 basiert auf der Auswertung der Daten des ewimed Patientenfragebogens aus dem Jahr 2025. Erstmals fließen neben den Ergebnissen aus Deutschland auch Rückmeldungen aus Österreich in die Analyse ein. In einem weiteren Kapitel steht die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Mittelpunkt. Primarius Priv.-Doz. Dr. Stefan Watzka (Thoraxchirurgie) und Primarius Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, FERS (Pneumologie) berichten von ihrer gemeinsamen klinischen Tätigkeit aus dem Klinikum Floridsdorf und zeigen, wie eng die Fachdisziplinen verzahnt sind. Ergänzt wird das Kapitel der interdisziplinären Zusammenarbeit durch ein Ärzteinterview mit Hauke Weilert, der Einblicke in die Arbeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sowie in seine Rolle als klinischer Onkologe mit dem Einsatz der IPC-Therapie gibt. Darüber hinaus führt der Report in die Schweiz und beleuchtet die Bedeutung der IPC-Therapie in der Palliative Care, veranschaulicht durch ein konkretes Patientenfallbeispiel. Abgerundet wird die Ausgabe durch einen Ländervergleich unserer Vertriebs- und Serviceeinheiten der palliativmedizinischen Versorgungsangebote.

ewimed GmbH

Die ewimed GmbH ist ein wachsendes Medizintechnikunternehmen im Medical Valley Hechingen und spezialisiert sich seit über 30 Jahren auf die Drainage von Pleuraerguss und Aszites. Als Entwickler, Hersteller und Anbieter von Katheter- und Drainagezubehör stellt ewimed ein umfangreiches Produktspektrum zur Verfügung – sowohl für die symptomorientierte Behandlung von malignen und nicht-malignen Ergüssen als auch für den Einsatz im Krankenhaus und in der häuslichen Versorgung. Ergänzend zu den Produkten unterstützt ewimed Patienten mit einem umfassenden Versorgungskonzept: von der Katheterimplantation über die Drainage zu Hause bis hin zur fortlaufenden Betreuung. Mit Niederlassungen sowie Vertriebs- und Serviceeinheiten in Deutschland, Schweden, der Schweiz, Österreich, Ungarn, Dänemark, Norwegen, Belgien, den Niederlanden, Luxemburg und Rumänien zählt das Unternehmen zu den führenden Anbietern von Drainagesystemen in Europa. Gleichzeitig arbeitet ewimed kontinuierlich an neuen Lösungen, um die Therapie weiter zu verbessern. Seit der Gründung im Jahr 1991 steht dabei eines im Mittelpunkt: die Lebensqualität der Patienten nachhaltig zu unterstützen und zu sichern.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die getrennte Verwendung der Bezeichnungsformen für männlich, weiblich und divers (m/w/d) weitgehend verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Lotta und Egon Wiest, Geschäftsführer und
Gründer der Firma ewimed GmbH





Inhaltsverzeichnis

1. Ergebnisse des Patientenfragebogens Deutschland	4
1.1 Durchschnittliches Patientenalter	4
1.2 Verteilung der Geschlechter	4
1.3 Krankheitsursachen und Grunderkrankungen	5
1.4 Vorschlagende vs. implantierende medizinische Disziplin	6
1.5 Punktionen vor Implantation eines IPCs	7
1.6 Pleurodeseversuch (nur Pleuraerguss)	7
2. Ergebnisse des Patientenfragebogens Österreich	8
2.1 Durchschnittliches Patientenalter	8
2.2 Verteilung der Geschlechter	8
2.3 Krankheitsursachen und Grunderkrankungen	8
2.4 Vorschlagende vs. implantierende medizinische Disziplin	8
2.5 Punktionen vor Implantation eines IPCs	9
2.6 Pleurodeseversuch (nur Pleuraerguss)	9
3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der IPC-Therapie	10
3.1 Interdisziplinär zum Therapieerfolg bei Pleuraerguss: Dr. Valipour und Dr. Watzka im Gespräch	10
3.2 Interdisziplinäre onkologische Versorgung – Hauke Weilert über die Zusammenarbeit in einem ASV-Team	13
4. IPC in der palliativen Versorgung	15
4.1 Palliative Care in der Praxis – Sektorenübergreifende Zusammenarbeit	16
4.2 Palliativangebote im Ländervergleich	20
Kontakte	22
Abbildungsverzeichnis	23
Notizen	24



1. Ergebnisse des Patientenfragebogens Deutschland

Seit mehr als 15 Jahren erhebt ewimed im Rahmen der Patientenschulungen im häuslichen Umfeld wertvolle Rückmeldungen direkt von den Patienten. Unsere speziell qualifizierten Mitarbeitenden führen diese Befragungen persönlich durch und schaffen damit eine wertvolle Grundlage, um die Behandlung von Pleuraerguss und Aszites noch gezielter an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten.

Im ewimed Report 2026 werden die Ergebnisse der Patientenbefragung 2025 länderspezifisch ausgewertet und dargestellt. Neben Deutschland enthält der Report erstmals eine separate Auswertung der Befragung aus Österreich, welche zu Beginn des Jahres 2025 gestartet wurde.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Patientenbefragung 2025 in Deutschland veranschaulicht.

1.1 Durchschnittliches Patientenalter

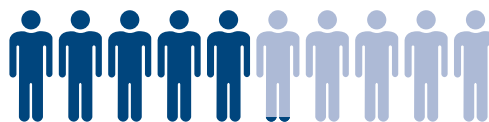
Im Jahr 2025 konnten wir beim durchschnittlichen Alter der Patienten mit Pleuraerguss einen leichten Anstieg auf 72,49 Jahre verzeichnen (2024: 72,21 Jahre). Auch bei Patienten mit Aszites zeigt sich ein Anstieg des Durchschnittsalters auf 67,36 Jahre (2024: 66,25 Jahre).

Pleuraerguss

ø72,49 Jahre

52%

männlich



48%

weiblich



1.2 Verteilung der Geschlechter

Das Geschlechterverhältnis bleibt insgesamt ausgeglichen. 52 % der Patienten mit Pleuraerguss sind männlich (2024: 54 %), beim Aszites beträgt der Männeranteil 51 % (2024: 53 %). Entsprechend sind 48 % der Pleuraerguss-Patientinnen weiblich (2024: 46 %) und 49 % der Aszites-Patientinnen (2024: 47 %).

Aszites

ø67,36 Jahre

51%

männlich



49%

weiblich



Abb. 1: Durchschnittliches Patientenalter und Verteilung des Geschlechts



1.3 Krankheitsursachen und Grunderkrankungen

Im folgenden Abschnitt des Fragebogens erfolgt eine Differenzierung der Krankheitsursachen in maligne und nicht-maligne Kategorien. Zudem wird die Grunderkrankung betrachtet, die zur Entstehung eines Pleuraergusses oder Aszites geführt hat.

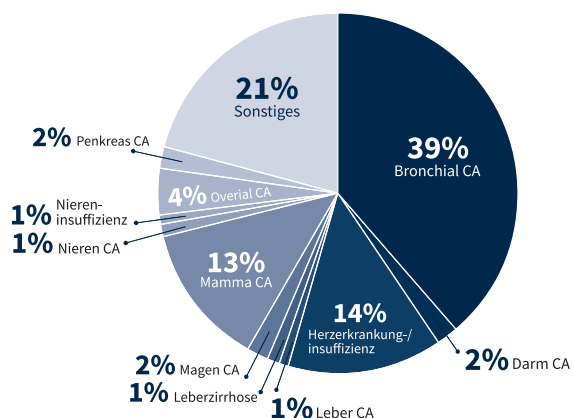
Krankheitsursachen – maligne und nicht-maligne

Bei Pleuraergüssen blieb der Anteil maligner Ursachen im Vergleich zum Vorjahr unverändert bei 76 %, während nicht-maligne Erkrankungen 24 % ausmachen. Auch beim Aszites zeigen sich keine Veränderungen: 78 % der Fälle sind auf maligne Ursachen zurückzuführen, 22 % auf nicht-maligne.

Grunderkrankungen

Die Abbildung veranschaulicht die zugrunde liegenden Grunderkrankungen, die zur Entstehung eines Pleuraergusses oder Aszites geführt haben. Beim Pleuraerguss stellt das Bronchialkarzinom mit 39 % weiterhin die häufigste Ursache dar (2024: 38 %). An zweiter Stelle folgen Herzerkrankungen mit einem Anteil von 14 %, der im Vergleich zum Vorjahr unverändert geblieben ist. Das Mammakarzinom ist mit 13 % ebenfalls eine relevante Grunderkrankung (2024: 13 %). Beim Aszites ist die Leberzirrhose mit 18 % erneut die häufigste Ursache (2024: 18 %), gefolgt vom Pankreaskarzinom mit 17 % (2024: 17 %). Herzerkrankungen machen im Jahr 2025 einen Anteil von 13 % aus und liegen damit auf dem gleichen Niveau wie im Vorjahr.

Grunderkrankungen bei Pleuraerguss



Grunderkrankungen bei Aszites

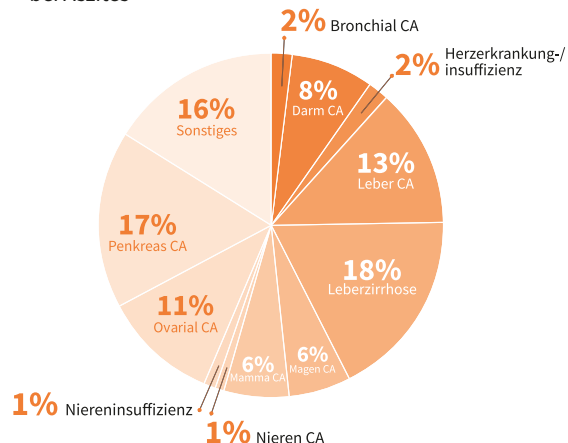


Abb. 2: Grunderkrankungen



1.4 Vorschlagende vs. implantierende medizinische Disziplin

Im Fragebogen wird zusätzlich erfasst, welche medizinischen Fachrichtungen sowohl die Indikation für eine IPC-Therapie stellen als auch die Implantation durchführen.

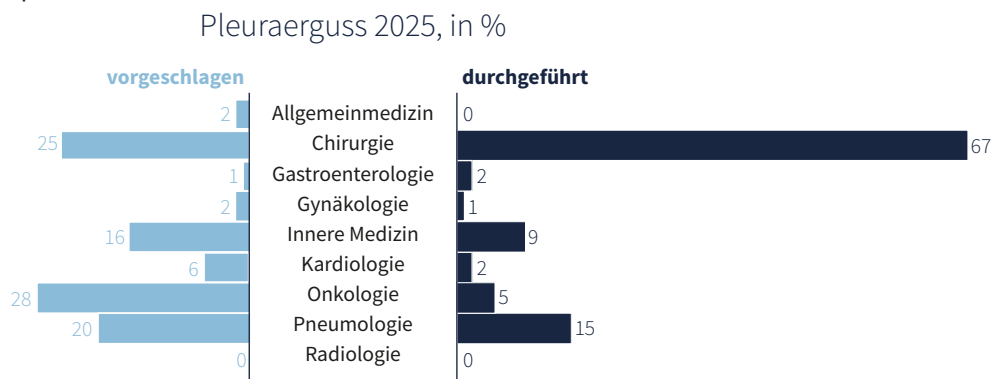


Abb. 3: Vorschlagende vs. implantierende medizinische Disziplin, Pleuraerguss

Bei der Behandlung des Pleuraergusses zeigt sich, dass im vergangenen Jahr verschiedene Fachdisziplinen den Einsatz eines IPCs empfohlen haben. Die Indikationsstellung erfolgte dabei überwiegend durch die Onkologie mit 28 % (2024: 26 %), sowie die Chirurgie mit 25 % (2024: 26 %). Die Pneumologie folgte mit einem Anteil von 20 % (2024: 21 %). Die tatsächliche Implantation des IPCs wurde bei Pleuraerguss überwiegend von der Chirurgie durchgeführt, die 67 % der Eingriffe übernahm (2024: 69 %). Die Pneumologie führte 15 % der Implantationen durch (2024: 15 %), während die Innere Medizin mit 9 % (2024: 7 %) und die Onkologie mit 5 % (2024: 5 %) beteiligt waren.

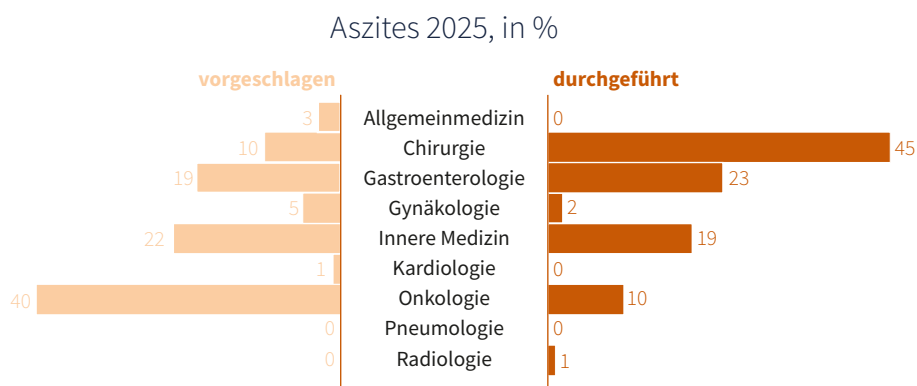


Abb. 4: Vorschlagende vs. implantierende medizinische Disziplin, Aszites

Bei Patienten mit Aszites wurde die Indikation zur IPC-Implantation im Jahr 2025 hauptsächlich durch die Onkologie gestellt, die einen Anteil von 40 % erreichte (2024: 39 %). Weitere zentrale Fachrichtungen waren die Innere Medizin mit 22 % (2024: 22 %) sowie die Gastroenterologie mit 19 % (2024: 17 %). Die Implantation selbst erfolgte bei Aszites in 45 % der Fälle durch die Chirurgie (2024: 45 %). Die Gastroenterologie übernahm 23 % der Eingriffe (2024: 19 %), gefolgt von der Inneren Medizin zu 19 % (2024: 20 %). Die Onkologie war an 10 % der Implantationen beteiligt (2024: 11 %).

1.5 Punktionen vor Implantation eines IPCs

Dieser Abschnitt stellt die Anzahl der vor einer IPC-Implantation durchgeführten Punktionen bei Pleuraerguss und Aszites dar.

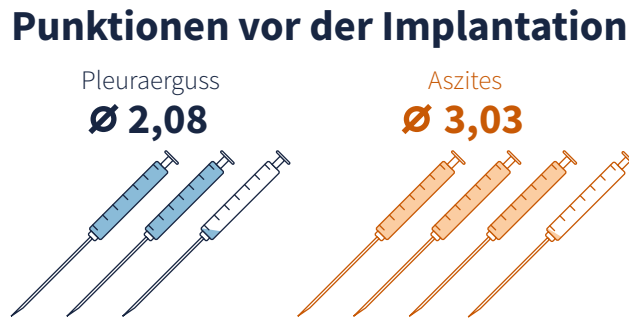


Abb. 5: Punktionen vor der Implantation

Beim Pleuraerguss ist die durchschnittliche Anzahl der Punktionen zum Vorjahr leicht auf 2,08 gesunken (2024: 2,16). Auch beim Aszites zeigt sich ein Rückgang: Die durchschnittliche Zahl der Punktionen verringerte sich auf 3,03 (2024: 3,29). Dies deutet darauf hin, dass IPCs zunehmend früher im Behandlungsverlauf eingesetzt werden. Dadurch kann sich die Lebensqualität der Betroffenen häufig verbessern, da Symptome meist verlässlicher und konstanter kontrolliert werden können.

1.6 Pleurodeseversuch (nur Pleuraerguss)

Der abschließende Abschnitt des ewimed-Patientenfragebogens untersucht, ob vor der Implantation eines IPCs bei Pleuraergüssen eine medikamentöse oder chirurgische Pleurodese (VATS/Talkum) durchgeführt wurde. Der entsprechende Anteil liegt bei 8 % und ist damit leicht rückläufig im Vergleich zum Vorjahr (2024: 9 %).

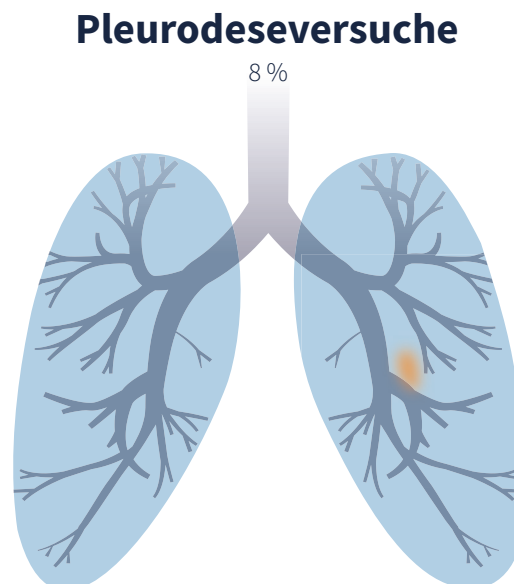


Abb. 6: Pleurodeseversuche



2. Ergebnisse des Patientenfragebogens Österreich

Erstmals umfasst der ewimed Report auch Patientendaten aus Österreich. Die folgende Auswertung zeigt die Ergebnisse der Befragung 2025 und ergänzt die deutschen Daten um eine weitere internationale Perspektive. Dadurch wird es möglich, Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Versorgung, in der Behandlung sowie in der wahrgenommenen Lebensqualität über Ländergrenzen hinweg zu betrachten.

2.1 Durchschnittliches Patientenalter

Im Jahr 2025 beträgt das durchschnittliche Alter der Patienten mit Pleuraerguss 70 Jahre, während das Durchschnittsalter der Patienten mit Aszites bei 65 Jahren liegt.

2.2 Verteilung der Geschlechter

Das Geschlechterverhältnis zeigt, dass 51 % der Pleuraerguss-Patienten männlich sind, während der Männeranteil beim Aszites 59 % beträgt. Entsprechend entfallen 49 % der Pleuraerguss-Fälle sowie 41 % der Aszites-Fälle auf Frauen.

2.3 Krankheitsursachen und Grunderkrankungen

Im folgenden Abschnitt des Fragebogens werden die Krankheitsursachen in maligne und nicht-maligne Kategorien unterteilt. Darüber hinaus erfolgt eine Analyse der zugrunde liegenden Grunderkrankungen, die zur Entstehung eines Pleuraergusses oder Aszites geführt haben.

Krankheitsursachen – maligne und nicht-maligne

Bei Pleuraergüssen sind in 87 % der Fälle maligne Ursachen verantwortlich, während 13 % auf nicht-maligne Erkrankungen zurückzuführen sind. Bei Aszites entfallen 90 % der Fälle auf maligne Ursachen und 10 % auf nicht-maligne.

Grunderkrankungen

Beim Pleuraerguss ist das Bronchialkarzinom mit einem Anteil von 45 % die häufigste Ursache, gefolgt vom Mammakarzinom mit 8 %. Beim Aszites stellt das Pankreaskarzinom mit 24 % die häufigste Grunderkrankung dar. Weitere relevante Ursachen sind das Darmkarzinom mit 13 % sowie das Leberkarzinom mit 12 %.

2.4 Vorschlagende vs. implantierende medizinische Disziplin

Im Fragebogen wird zudem erfasst, welche medizinischen Fachrichtungen sowohl die Empfehlung für eine IPC-Behandlung aussprechen als auch die Implantation durchführen.



Bei Pleuraergüssen zeigt sich, dass im vergangenen Jahr mehrere Fachdisziplinen den Einsatz eines IPCs empfohlen haben. Die Indikationsstellung erfolgte dabei überwiegend durch die Onkologie mit 42 % sowie die Pneumologie mit 29 %. Die Innere Medizin war mit einem Anteil von 14 % ebenfalls beteiligt. Die Implantation des IPCs wurde bei Pleuraerguss in 50 % der Fälle durch die Chirurgie durchgeführt. Weitere Eingriffe übernahmen die Pneumologie mit 24 % sowie die Innere Medizin mit 13 %.

Bei Patienten mit Aszites wurde die Indikation zur IPC-Implantation im vergangenen Jahr vor allem durch die Onkologie gestellt, die einen Anteil von 57 % erreichte. Die Innere Medizin war mit 16 % beteiligt, gefolgt von den Chirurgen mit 15 %.

Die Implantation selbst erfolgte bei Aszites überwiegend durch die Chirurgie, die 60 % der Eingriffe durchführte. Sowohl die Innere Medizin als auch die Onkologie waren jeweils mit 12 % an den Implantationen beteiligt.

2.5 Punktionen vor Implantation eines IPCs

Dieser Abschnitt stellt die durchschnittliche Anzahl der vor einer IPC-Implantation durchgeführten Punktionen bei Pleuraerguss und Aszites dar.

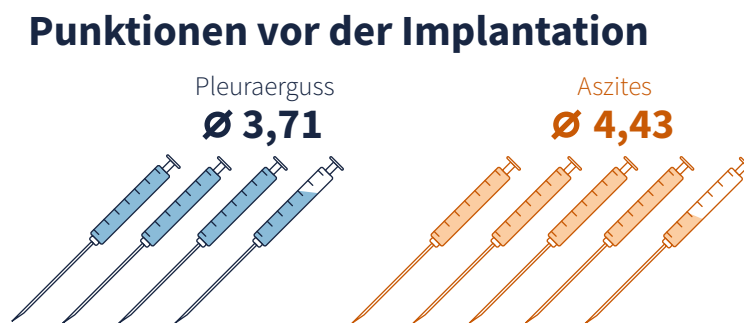


Abb. 7: Punktionen vor der Implantation

Beim Pleuraerguss beträgt die durchschnittliche Zahl der Punktionen 3,71.
Bei Aszites liegt die durchschnittliche Anzahl der Punktionen bei 4,43.

2.6 Pleurodeseversuch (nur Pleuraerguss)

Der abschließende Abschnitt des ewimed-Patientenfragebogens untersucht, ob vor der Implantation eines IPCs bei Pleuraergüssen eine medikamentöse oder chirurgische Pleurodese (VATS/Talkum) als Therapieoption durchgeführt wurde. Der entsprechende Anteil beträgt 1 %.



3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der IPC-Therapie

3.1 Interdisziplinär zum Therapieerfolg bei Pleuraerguss: Dr. Valipour und Dr. Watzka im Gespräch

In unserem aktuellen Report beleuchten wir ein interdisziplinäres Gespräch zwischen Prim. Priv.-Doz. Dr. Arschang Valipour, FERS (Pneumologie) und Prim. Priv.-Doz. Dr. Stefan B. Watzka, BA, MA, FACS (Thoraxchirurgie), beide in der Klinik Floridsdorf in Wien tätig. Die beiden in Österreich tätigen Experten diskutieren gemeinsam zentrale Herausforderungen und aktuelle Entwicklungen in der Patientenversorgung. Das Gespräch zeigt, wie eng pneumologische und thoraxchirurgische Expertisen ineinandergreifen, von der Diagnostik über therapeutische Entscheidungen bis hin zu innovativen Versorgungskonzepten

Welche Rolle spielt die enge Zusammenarbeit zwischen Thoraxchirurgie, Pneumologie sowie anderen Fachabteilungen und Kliniken bei der Versorgung von Patienten mit Pleuraerguss? Und inwiefern profitieren die Beteiligten voneinander?

Valipour: Aus Sicht der Lungenabteilung ist die Versorgung von Patienten mit Pleuraerguss ein typisches Beispiel, warum interdisziplinäre Zusammenarbeit entscheidend ist. Pleuraerguss ist keine isolierte Erkrankung, sondern ein Symptom mit vielfältigen Ursachen, wie beispielsweise einer Infektion, Herzinsuffizienz, einem Malignom oder einer Autoimmunerkrankung. Je nach Ursache kommen unterschiedliche Behandlungswege infrage, darunter konservative Therapien, Punktionen, die medizinische Thorakoskopie, thorakale Chirurgie, Pleurodese sowie IPCs.

Eine Abstimmung mit der Thoraxchirurgie, ggf. aber auch der Radiologie und der Pathologie zur Ursachenklärung und Therapieplanung ist dabei unerlässlich.

Watzka: Eine enge Zusammenarbeit zwischen Thoraxchirurgie, Pneumologie und weiteren Fachbereichen ermöglicht eine schnelle, kompetente und wohnortnahe Versorgung von Patienten mit Pleuraerguss. Sie verbessert sowohl die Indikationsstellung und Durchführung der IPC-Implantation als auch die anschließende Betreuung und macht die Behandlung insgesamt niederschwelliger und effizienter.

Valipour: In besonders komplexen Befundkonstellationen sind auch multidisziplinäre Fallbesprechungen für schnelle Entscheidungen und standardisierte Wege sinnvoll, um zu einer gemeinsamen Entscheidung zu kommen, ob eine diagnostische und/oder therapeutische Punktion, eine medizinische Thorakoskopie oder videoassistierte thorakale Chirurgie (VATS), oder eine IPC-Anlage am sinnvollsten erscheint.

Nach welchen Kriterien wird entschieden, ob ein Katheter implantiert wird? Wer ist an dieser Entscheidung beteiligt und wer wirkt im Prozess noch mit?

Watzka: Die Entscheidung darüber, ob ein IPC implantiert werden soll, wird unter verschiedenen Gesichtspunkten getroffen. An vorderster Stelle steht das

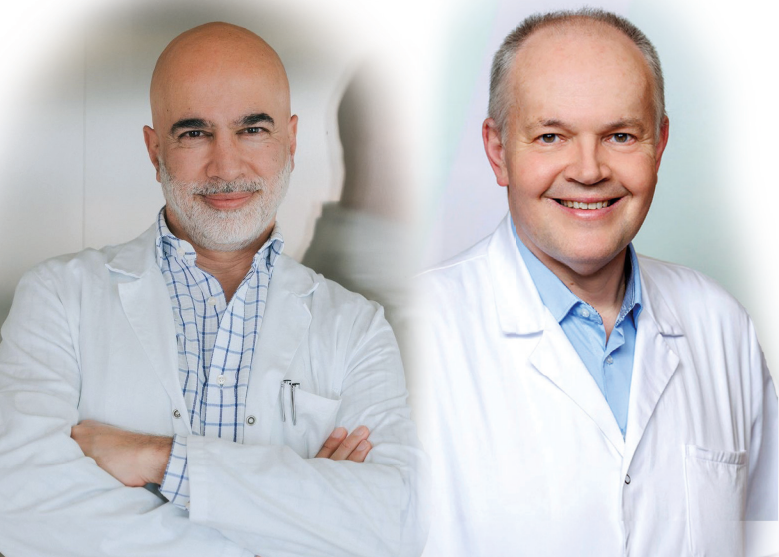


Abb. 8: Prim. Priv. Doz. Dr. Arschang Valipour und Prim. Priv. Doz. Dr. Stefan B. Watzka



klinische Bild der Patienten, ihre Beeinträchtigung durch Dyspnoe, die Häufigkeit bzw. Notwendigkeit von Pleurapunktionen, aber auch die Bereitschaft der Patienten, die mit einer IPC-Therapie einhergehenden Änderungen des Lebensstils zu akzeptieren. Beispielsweise ermöglicht das regelmäßige Ablassen der Flüssigkeit im häuslichen Umfeld eine bessere Symptomkontrolle und mehr Alltagssicherheit; auch Veränderungen beim Liegen auf der betroffenen Seite werden häufig bewusst wahrgenommen und können entsprechend berücksichtigt werden. Aus medizinischer Perspektive kommt ein IPC insbesondere dann zum Einsatz, wenn alternative Behandlungsoptionen wie eine Pleurodese – beispielsweise mittels Talkums – nicht möglich, kontraindiziert oder aufgrund einer laufenden systemischen Therapie (z. B. Chemotherapie, Immuntherapie) nicht sinnvoll sind. Auch Situationen, in denen eine Talkumpleurodese voraussichtlich keinen ausreichenden oder dauerhaften Effekt erzielen würde, können die Indikation für eine IPC-Implantation stärken.

Valipour: Ergänzend zu den Ausführungen von Kollegen Watzka ist noch zu erwähnen, dass bei der Indikationsstellung Faktoren wie das Vorhandensein einer „trapped lung“, die zu erwartende Lebenszeit, sowie etwaige Kontraindikationen (aktive Infektion, unkontrollierte Gerinnungsstörung, stark lokulierte Ergüsse) mit in die Überlegungen aufgenommen werden müssen. Selbstverständlich spielen auch die häuslichen Versorgungsmöglichkeiten und psychosozialen Aspekte eine wichtige Rolle.

Das erklärte Ziel muss sein, den Komfort betroffener Patienten zu gewährleisten und durch eine permanente Ableitung den Bedarf wiederkehrender Konsultationen im Spitalsbereich zu verringern.

Watzka: Dadurch gewinnt die Behandlung an Alltagstauglichkeit, Planbarkeit und Selbstbestimmung. Insgesamt bietet die IPC-Therapie somit eine patientenzentrierte, flexible und in vielen Fällen lebensqualitätssteigernde Alternative für Menschen mit rezidivierenden oder therapierefraktären Pleuraergüssen.

Welche Erfahrungen haben Sie mit der Anwendung von IPCs im klinischen Alltag gesammelt?

Watzka: Die Anwendung von IPCs ist seit vielen Jahren ein fester Bestandteil des klinischen Alltags in beiden beteiligten Abteilungen, sodass im täglichen Ablauf ein hohes Maß an Sicherheit, Routine und Professionalität gewährleistet ist. Durch diese langjährige Erfahrung verfügt das gesamte medizinische und pflegerische Personal über eine fundierte Expertise im Umgang mit diesen Kathetern, sowohl hinsichtlich der Implantation als auch der anschließenden Versorgung und Beobachtung.

Valipour: Unsere klinische Erfahrung bestätigt, dass eine rasche und nachhaltige Symptomlinderung (vor allem Dyspnoe) durch kontinuierliche oder intermittierende Drainage möglich ist. In vielen Fällen konnten dadurch Krankenhausaufenthalte reduziert bzw. wiederholte stationäre Punktionen vermieden werden. Während das Haupteinsatzgebiet naturgemäß bei den malignen Pleuraergüssen liegt, hatten wir durchaus auch schon vereinzelt Erfahrung bei chronisch-rezidivierenden Ergüssen nicht-maligner Genese. Manche Patienten erreichen durch den IPC eine spontane Pleurodese, sodass der Katheter später entfernt werden kann.

Watzka: Ebenso bedeutsam ist die Bereitschaft der Patienten, sich auf die mit einer IPC-Therapie verbundenen Veränderungen einzulassen. Dazu gehört das regelmäßige Ablassen der Pleuraflüssigkeit, das vielen Betroffenen spürbare Erleichterung verschafft und die Atmung im Alltag verbessern kann. Häufig lässt sich die Drainage gut in den Tagesablauf integrieren, je nach Situation gemeinsam mit Angehörigen oder unterstützt durch geschultes Pflegepersonal. Gerade zu Beginn können neue körperliche Eindrücke auftreten, etwa ein vorübergehendes Druck- oder Fremdkörpergefühl oder Veränderungen beim Liegen auf der betroffenen Seite. Wenn diese Punkte vorab in Ruhe besprochen werden, schafft das Sicherheit im Umgang, entlastet und kann die Lebensqualität spürbar verbessern. Derzeit arbeiten wir daran, eine systematische Erfassung von „Real-World“-Daten jener Patienten zu etablieren, die in unserem Haus mit IPCs versorgt wurden. Ziel ist es, die Versorgung weiter zu verbessern, den Einsatz von IPCs noch besser zu evaluieren und wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über Behandlungsergebnisse, Toleranz, Komplikationsraten und den klinischen Nutzen im Alltag zu gewinnen. Diese Datenerhebung soll künftig eine wichtige Grundlage für weitere Qualitätsentwicklung und mögliche Forschungsprojekte darstellen.



Valipour: Wir sind schon sehr auf die ersten Daten unserer „Real-World“ Analyse der IPCs an unseren beiden Abteilungen gespannt. Zu erwähnen ist an dieser Stelle auch noch die von ewimed zusätzlich durchgeführte Schulung von Betroffenen und Angehörigen im häuslichen Umfeld. Diese führt auch zu einer gewissen Entlastung des Spitalpersonals und andererseits zu einer Betreuung im Eigenheim, ein Aspekt, der von vielen Patienten geschätzt wird.

Welche Entwicklungen wünschen Sie sich zukünftig für beide Fachabteilungen, um Patienten besser versorgen zu können? Und wie könnte sich die Behandlung für Pleuraerguss / IPC-Therapie weiterentwickeln?

Watzka: Um zukünftig Patienten mit Pleuraerguss noch besser und zeitnaher versorgen zu können, wünschen wir uns in erster Linie eine noch einfachere Abwicklung der administrativen Abläufe mit den Krankenkassen*. Eine einheitliche Anerkennung dieser Indikationen würde die Versorgung deutlich erleichtern und die Behandlungsmöglichkeiten erweitern.

Valipour: Auch wiederkehrende kardiogene Ergüsse oder manche Pleuraergüsse unklarer Ätiologie profitieren unter Umständen nach Ausschöpfung sämtlicher konservativer Therapieoptionen von einer IPC-Therapie. Was man für die Zukunft auch andenken könnte, ist die Nutzung des IPC-Katheters für therapeutische Zwecke, beispielsweise zur Installation zytotoxischer, chemischer bzw. immunologischer Substanzen.

Wie hat sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit bislang bewährt und sehen Sie Potenzial, künftig noch weitere Fachrichtungen oder Abteilungen stärker einzubinden?

Watzka: Die interdisziplinäre Zusammenarbeit hat sich bislang in mehrfacher Hinsicht äußerst bewährt. Besonders wertvoll ist der kontinuierliche fachliche Austausch, der sowohl die Versorgungsqualität als auch die Sicherheit im Umgang mit komplexen Verläufen, etwa bei therapierefraktären oder unklaren Pleuraergüssen, spürbar verbessert hat. Auch organisatorisch zeigt sich der Vorteil: Patienten werden rascher gesehen, diagnostische Wege verkürzt und Entscheidungen gemeinsam getragen, was zu einer höheren Behandlungsqualität und höheren Zufriedenheit auf Seiten der Patienten wie auch des Behandlungsteams führt.

Valipour: Neben der Pneumologie und Thoraxchirurgie können bei der Behandlung mit IPCs auch weitere Fachrichtungen einbezogen werden, um Ursache, sichere Anlage, Komplikationsmanagement, Symptomkontrolle und die ambulante Versorgung sicherzustellen. Beispielsweise Palliativmediziner (Symptomkontrolle, Lebensqualitätsziele und häusliche Versorgung), Infektiologen (Infektverdacht oder Empyem Management), Nephrologen (renale Ursachen oder Dialysepatienten), Rheumatologen (autoimmune Pleuraerkrankungen), Hämatologen (hämatologische Ursachen oder Gerinnungsprobleme), aber auch Hausärzte und Sozialarbeiter, die in die Langzeitbetreuung, Koordination und die soziale Versorgung Betroffener integriert sind.

Watzka: Auch palliative Dienste könnten, abhängig vom individuellen Krankheitsverlauf, noch früher in den Prozess integriert werden, um die Betreuung umfassender und patientenzentrierter zu gestalten. Insgesamt zeigt sich: Die bestehende Zusammenarbeit funktioniert sehr gut und eine Erweiterung des interdisziplinären Netzwerks könnte die Versorgung künftig noch weiter verbessern.

Valipour: Ziel der multidisziplinären Einbindung ist eine verbesserte Diagnostik und Therapie der Grunderkrankung, Minimierung von Risiken, optimierte Symptomkontrolle und eine koordinierte, patientenorientierte Nachsorge zu erreichen.

Herzlichen Dank an Prim. Priv. Doz. Dr. Arschang Valipour, FERS und Prim. Priv. Doz. Dr. Stefan B. Watzka, BA, MA, FACS, für das offene, praxisnahe Gespräch und die wertvollen Einblicke in die interdisziplinäre Patientenversorgung.



3.2 Interdisziplinäre onkologische Versorgung – Hauke Weilert über die Zusammenarbeit in einem ASV-Team

Hauke Weilert ist seit dem 1. Januar 2025 Chefarzt der Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin an der Asklepios Klinik Barmbek sowie Leiter des Onkologischen Zentrums. Der Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin war zuvor acht Jahre als leitender Oberarzt in derselben Abteilung tätig. Er ist ebenso Teamleiter des ASV-Teams. Im Rahmen dieses Reports haben wir Herrn Weilert zu aktuellen Herausforderungen und Entwicklungen in der onkologischen Versorgung befragt - von der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im ASV bis hin zum Einsatz von IPC zur Verbesserung der Lebensqualität.

i Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist ein von der gesetzlichen Krankenversicherung getragenes Versorgungsangebot für Patienten mit seltenen oder besonders komplexen Erkrankungen. In interdisziplinären Teams arbeiten speziell qualifizierte Fachärzte sektorenübergreifend zusammen, um eine koordinierte und qualitativ hochwertige Behandlung sicherzustellen.

Sie verfügen mit Ihrem ASV-Team über ein enges Netzwerk niedergelassener Onkologen. Inwiefern trägt dieses Netzwerk dazu bei, Ihre Patienten auch nach der Entlassung zuverlässig und wohnortnah zu versorgen?

Als Chefarzt der onkologischen Station sehe ich unsere Aufgabe vor allem darin, als zentrale Schaltstelle für komplexe Diagnostik und Therapieempfehlungen zu fungieren. Wichtig ist mir jedoch, dass die eigentliche Versorgung der Patienten wohnortnah durch die niedergelassenen Onkologen erfolgt. Ein enger Austausch mit diesen Kollegen ist für mich essenziell. Wir erhalten Patienten zur Abklärung oder für spezielle Therapien und geben sie anschließend bewusst in die ambulante Betreuung zurück. Das ist nicht nur sinnvoll, sondern auch im Sinne der Patienten, die ihre behandelnden Ärzte meist seit Jahren kennen. Über die ASV-Teams gelingt uns zudem eine gute Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Inklusiv der Möglichkeit, auch anspruchsvolle Diagnostik ambulant zu ermöglichen. Unser Ziel bleibt dabei immer: hohe Qualität bei gleichzeitig wohnortnaher Betreuung.

Die Asklepios Klinik Barmbek gilt seit Jahren als Vorreiterin im ASV-Modell in Hamburg für onkologische Erkrankungen. Wie hat sich die Zusammenarbeit zwischen Ihrer Onkologie und den niedergelassenen Kollegen historisch entwickelt?

Als stationäre Onkologie verstehen wir uns klar als Kooperationspartner der niedergelassenen Kollegen. Unser Ziel ist es, dort zu unterstützen, wo ambulant

Grenzen erreicht werden. Sei es bei der Diagnostik, bei akuten Komplikationen oder komplexeren Therapien. Ich lege großen Wert auf persönliche Erreichbarkeit: Viele niedergelassene Kollegen rufen mich oder meine Oberärzte direkt an, was ich ausdrücklich begrüße. Diese direkte Kommunikation ist für mich der Schlüssel einer funktionierenden Zusammenarbeit, gerade in einem großen Zentrum wie unserem, das schnell unpersönlich wirken könnte. In Wirklichkeit sind wir aber eng vernetzt, nicht nur in Hamburg, sondern bis ins Umland hinein. Diese Struktur ist über die Jahre gewachsen. Unsere Stärke liegt in der Kombination aus Verantwortung, Ansprechbarkeit und Präsenz. Das hat wesentlich dazu beigetragen, dass wir in Barmbek die Onkologie so erfolgreich aufbauen konnten, eng verzahnt mit einem starken palliativen Schwerpunkt. Wir betreiben auch ein großes MVZ im Haus, was die Wege für ambulante Anbindungen extrem kurz macht. Wenn zum Beispiel ein Patient nach einer Chemotherapie Fieber oder Luftnot hat, können wir sofort reagieren und stationär übernehmen. Für mich bleibt entscheidend: Was braucht



Abb. 9: Chefarzt Hauke Weilert



der Patient? Er braucht schnelle Diagnosen, verlässliche Ansprechpartner und eine gute Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Wir verfolgen dabei konsequent das Prinzip: Alles stationär, was muss, aber alles ambulant, was geht.

Herr Weilert, wann sprechen Sie Ihre Patienten gezielt auf die Therapiemöglichkeit des IPCs an? Wie gestalten Sie dieses Gespräch und welche Erfahrungen machen Sie in Bezug auf die Reaktionen und das Verständnis der Patienten für diese Behandlungsmethode?

Ob und wann ich einen IPC vorschlage, hängt stark von der individuellen Situation ab. Bei großen Pleuraergüssen oder Aszitesmengen, insbesondere bei fortgeschrittener Erkrankung, überlegen wir oft schon bei der ersten Punktion, ob eine dauerhafte Lösung sinnvoll ist. Ich entscheide das nicht schematisch. Bei gut behandelbaren Erkrankungen oder unklarer Dynamik setzen wir oft zunächst auf Punktionen, beobachten die Ergussmenge und sprechen die Option IPC frühzeitig an. Wichtig ist mir, die Patienten nicht zu überfordern, sondern transparent aufzuzeigen: Wir haben einen Plan. Viele Patienten werden auch gezielt von niedergelassenen Onkologen oder SAPV-Teams zu uns überwiesen, mit dem Wunsch, eine Drainage zu legen. In solchen Fällen prüfen wir die Vorgeschichte genau, oft ist die Drainage im Vorfeld schon besprochen worden. Diese enge Kooperation mit dem ambulanten Bereich schätze ich sehr. Ich weiß, dass der Gedanke an einen sichtbaren Schlauch für viele erst einmal abschreckend ist, das darf man nicht unterschätzen. Viele Patienten zögern anfangs. Aber wenn sie erleben, wie schnell Ergüsse nachlaufen und wie belastend häufige Punktionen sind, ändert sich die Perspektive oft schnell. Entscheidend sind für mich Selbstständigkeit und Lebensqualität.

Mit dem IPC können Patienten zu Hause, auch täglich, kleine Mengen ablassen. Viele berichten, dass sie damit kaum noch Beschwerden haben. Und wenn der Katheter nicht mehr gebraucht wird, entfernen wir ihn problemlos.

Das gehört für mich selbstverständlich dazu. Ich bin überzeugt: Der IPC ist eine echte Hilfe. Und wir tun alles, um Patienten bestmöglich zu begleiten: individuell, transparent und mit dem Ziel, ihnen Autonomie zu ermöglichen.

Wie erleben Sie die Auswirkungen auf die Lebensqualität Ihrer Patienten durch den IPC, insbesondere bei fortgeschrittenen malignen Erkrankungen? Haben Patienten zum Beispiel Angst davor, damit in den Urlaub zu fahren? Wie gehen Sie damit um?

Gerade zu Beginn erleben wir viel Unsicherheit und Angst, was verständlich ist, denn wir behandeln oft Menschen mit weit fortgeschrittener Erkrankung, häufig im palliativen Kontext. Für uns steht dabei immer die Frage im Zentrum: Was ist unser Therapieziel? Die Antwort ist klar, Lebensqualität und Freiheit. Der Einsatz des IPCs ist in diesem Zusammenhang ein großer Fortschritt: Er ermöglicht es, dass Patienten nicht mehr alle paar Tage zur Punktion müssen. Viele empfinden den Schlauch anfangs als beängstigend oder sind unsicher in der Handhabung. Wird dann aber dankend angenommen. Durch den IPC gewinnen unsere Patienten mehr Selbstständigkeit, und sogar Reisen sind wieder möglich. Die Rückmeldungen sind eindeutig: Die Lebensqualität verbessert sich spürbar.

Wenn Sie einen Wunsch frei hätten: Welche konkreten technischen, organisatorischen oder strukturellen Weiterentwicklungen würden Sie sich für die klinische Onkologie wünschen?

Was mir den Alltag am meisten erschwert, sind die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ein historisch gewachsenes, aber zunehmend hinderliches System. Die Trennung führt zu enormem organisatorischem Aufwand: unterschiedliche Strukturen, inkompatible EDV-Systeme und fehlende Schnittstellen. Ich darf zum Beispiel keine ambulanten Befunde einsehen. Die ASV ist ein Schritt in die richtige Richtung, weil sie ambulante Tätigkeiten auch stationären Onkologen erlaubt. Aber die Barrieren sind nach wie vor hoch und die Ressourcen, die wir aufwenden müssen, um sie zu überwinden, stehen in keinem Verhältnis. Dabei profitieren unsere Patienten vom Wechsel zwischen ambulant und stationär. Die Ambulantisierung ist grundsätzlich sinnvoll. Aber sie erschwert oft die Kommunikation und Kontinuität in der Versorgung. Hier gibt es Reformbedarf. Wir müssen diese Mauern dringend abbauen, um effektiver und patientenorientierter arbeiten zu können.

Vielen Dank an Herrn Hauke Weilert für die anschauliche Darstellung, wie vernetzte Strukturen zwischen Klinik und Praxis Versorgungslücken schließen und Patienten im Alltag spürbar entlasten.



4. IPC in der palliativen Versorgung

Maligner Aszites und Pleuraerguss ist bei vielen palliativ versorgten Patienten mit einer hohen Symptomlast und einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität verbunden. Ziel der palliativen Behandlung ist es, diese Beschwerden wirksam zu lindern und zugleich belastende Interventionen zu minimieren.

Getunnelte IPCs stellen in diesem Zusammenhang eine praktikable Therapieoption dar, die eine kontinuierliche Symptomkontrolle ermöglicht und häufig im ambulanten Setting eingesetzt wird. Ihre Anwendung erfordert eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen ärztlichen, pflegerischen und palliativen Versorgungsstrukturen.

Vor diesem Hintergrund analysiert die Studie von Wong et al., *Indwelling Peritoneal Catheters for Managing Malignancy-Associated Ascites*¹, aus dem Jahr 2015 den Einsatz von IPCs bei Patienten mit malignem Aszites und liefert wichtige Erkenntnisse zur Sicherheit, Symptomlinderung und Verbesserung der Lebensqualität im palliativen Versorgungskontext.

Es wurde der Einsatz von IPCs zur Behandlung von malignem Aszites bei Palliativpatienten untersucht. Insgesamt wurden bei 386 Patienten 395 Katheter implantiert.

Die technische Erfolgsrate lag bei 100 %, die durchschnittliche Verweildauer der Katheter betrug 66 Tage. Komplikationen traten in 5,57 % der Fälle auf, wobei nicht-tödliche Infektionen mit 3,8 % am häufigsten waren. In 4,05 % der Fälle kam es zu keiner erneuten Aszitesbildung, sodass der Katheter wieder entfernt werden konnte. Nach Katheterimplantation zeigte sich eine deutliche Verbesserung der Dyspnoe gemessen anhand eines signifikant erhöhten Transitional Dyspnea Index im Vergleich zum Ausgangswert. Bei einer kleinen Patientengruppe, die wiederholt Fragebögen zur Lebensqualität (EORTC) ausfüllte, verbesserte sich zudem die allgemeine Lebensqualität signifikant. Auch Funktionsbereiche sowie Symptome wie Müdigkeit, Schmerzen, Dyspnoe und Appetitlosigkeit gingen deutlich zurück.

Insgesamt kommen die Autoren zu dem Schluss, dass IPCs eine sichere, praktikable und komplikationsarme palliative Behandlungsoption darstellen, die bei ausgewählten Patienten zu einer relevanten Symptomlinderung und Verbesserung der Lebensqualität führen kann.

¹ Wong, B. C. T., et al.: *Indwelling Peritoneal Catheters for Managing Malignancy-Associated Ascites*, Sage Journals, 2015



4.1 Palliative Care in der Praxis – Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Palliative Care geht weit über die rein medizinische Behandlung unheilbar erkrankter Patienten hinaus. Sie basiert auf dem Konzept des Total Pain, der Schmerz als multidimensionales Phänomen begreift: körperlich, psychisch, sozial und spirituell. Entsprechend richtet sich die palliative Versorgung nicht nur auf Symptomkontrolle, sondern auf das Erkennen und Lindern aller Ebenen dieses ganzheitlichen Leidens. Ziel ist es, Menschen ohne kurative Therapieoption – ebenso wie deren Angehörige – darin zu unterstützen, Lebensqualität zu erhalten oder wiederzugewinnen.

Damit dieses Ziel erreicht werden kann, braucht es ein fein abgestimmtes Zusammenspiel verschiedener Fachdisziplinen und Professionen. Ärzte, Pflegefachpersonen, Therapeuten, Psychologen, Sozialdienste und freiwillige Mitarbeiter tragen jeweils perspektivisch unterschiedliche, aber gleichermaßen zentrale Bausteine zur Versorgung bei.



Abb. 10: Dr. med. Sivan Schipper und Tamara Schellenbaum

Palliative Care steht damit beispielhaft für ein Versorgungskonzept, das medizinisch-fachliche Kompetenz und menschliche Zuwendung verbindet und in der interdisziplinären Kooperation zu einem unverzichtbaren Qualitätsmerkmal wird.

Ein exemplarisches Beispiel für gelebte Palliative Care bietet die Palliativabteilung des Spitals Uster in der Schweiz. Unter der Leitung von Dr. med. Sivan Schipper versorgt das Team mit hoher fachlicher Expertise und großem Engagement Patienten in palliativen Situationen. Die Abteilung demonstriert im klinischen Alltag eindrücklich, dass hochwertige Palliativmedizin nur durch konsequente interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit möglich ist und dass diese Zusammenarbeit weit über das eigentliche Kernteam hinausreicht.

Für eben diese Arbeit wurde die Palliativabteilung des Spitals Uster im Dezember 2024 mit dem Qualitätszertifikat von *qualitépalliative* ausgezeichnet.

Interdisziplinarität – über die Grenzen hinaus

Eine Patientengeschichte aus dem Spital Uster

Herr M. war 72 Jahre alt als er im Februar 2025 die Diagnose einer alkoholinduzierten toxischen Leberzirrhose erhielt. Herr M. ist in Serbien geboren und lebt seit den 70er Jahren mit seiner Familie in der Schweiz. Er war verwitwet und hatte mehrere Kinder und Enkelkinder. Bis zu seiner Hospitalisation lebte er gemeinsam mit seiner Tochter, dem Schwiegersohn und seinem Enkelkind zusammen.

1 Medizinischer Verlauf

Der Patient trat aufgrund einer dekompensierten Leberzirrhose mit hepatischer Enzephalopathie (Verwirrtheit, Schläfrigkeit, Flapping Tremor) und Vierquadrantenaszites bei vorbestehender äthyltoxischer Leberzirrhose sowie einer vorbestehenden pauci-immunen Glomerulonephritis ein. Dies war die vierte Hospitalisation im gleichen Jahr (zwei Vorhospitalisationen wegen dekompensierter Leberzirrhose, eine Hospitalisation wegen Glomerulonephritis). Die hepatische Enzephalopathie wurde durch die Steigerung der Lactulosedosis erfolgreich therapiert, der Patient



zeigte sich zunehmend orientiert. Es erfolgte zudem eine Aszitespunktion mit Abfluss von 2,6 l klarer Flüssigkeit mit normaler Zellzahl und die intravenöse Gabe von 20g Albumin. Der Versuch der Dosissteigerung von Spironolacton und niedrig dosiertem Torasemid führte zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion mit zunehmender Hyperkaliämie. Bei erneut rasch progredientem Aszites entschieden wir uns gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen zur Implantation eines IPCs. Eine TIPS-Anlage wurde interdisziplinär geprüft, aufgrund des erhöhten Risikos einer Exazerbation der bestehenden Enzephalopathie wurde dies jedoch verworfen.

Basierend auf der instabilen Situation, der infausten Prognose und dem ausdrücklichen Wunsch des Patienten, wurde gemeinsam mit den Angehörigen die Therapieentscheidung getroffen, auf sämtliche lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten und lebensqualitätsorientierte Ziele zu erarbeiten. In mehreren Rundtischgesprächen kristallisierte sich heraus, dass sein zentrales Anliegen darin bestand, seinen letzten Lebensabschnitt in seiner Heimat Serbien zu verbringen – ein Wunsch, dessen Realisierung auch von seiner Familie mitgetragen wurde, der aber aufgrund der komplexen und instabilen gesundheitlichen Situation eine große Herausforderung darstellte.

2 Implantation eines IPCs

Zur effektiven Symptomkontrolle und Vermeidung weiterer Spitalaufenthalte und Parazentesen wurde am 22.07.2025 ein IPC implantiert. Dieser Eingriff erfolgte komplikationslos auf dem medizinischen Ambulatorium. Am Tag darauf wurden die Töchter von Herrn M. durch ewimed in der Handhabung und Pflege des Katheters direkt im Spital instruiert und bereits vier Tage später reiste die Familie gemeinsam nach Serbien.

In Serbien übernahmen die Töchter die täglichen Drainagen. Bei Bedarf, zum Beispiel zur geplanten Fadenentfernung, zogen sie eine in Serbien niedergelassene Ärztin bei. Es erfolgte ein mehrmaliger telefonischer Austausch mit ewimed, um Fragen hinsichtlich der Katheterversorgung zu klären. Dank moderner Medien wie Facetime wurden Wundverhältnisse beurteilt und Tipps im Handling durch eine Mitarbeiterin von ewimed gegeben. Auch Dr. med Sivan Schipper und Tamara Schellenbaum standen weiterhin mit der Familie in telefonischem Austausch und berieten sie in medizinischen und pflegerischen Fragen.

3 Interdisziplinarität und Interprofessionalität im Fall von Herrn M.

Die Versorgung von Herrn M. ist ein Beispiel für gelungene, patientenzentrierte, interprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliativversorgung, welche den Patienten und dessen Angehörige ins Zentrum stellt.

Ärztlicher Dienst

Die Palliativmediziner und Gastroenterologen standen in engem Austausch zwecks Evaluation möglicher Behandlungsoptionen. Im weiteren Verlauf stand insbesondere die kontinuierliche Anpassung der Medikation angesichts der komplexen hepatorenenalen Situation sowie die Durchführung des Advance Care Planning, einschließlich Medikationsplan, Notfallplanung und Behandlungszielklärung im Fokus. Die Implantation des IPCs wurde während des stationären Aufenthalts geplant und durch Dr. med. Sivan Schipper durchgeführt.

Therapieentscheidungen werden bei uns im interdisziplinären Behandlungsteam gemeinsam mit den Patienten und deren Angehörigen getroffen [...] die Tatsache, dass ich als Palliativmediziner die Peritonealkathetersysteme selbst implantiere, gibt mir aber natürlich noch mehr Flexibilität. So bin ich nicht auf Verfügbarkeiten anderer Disziplinen angewiesen und kann schneller agieren. Durch die frühere Implantation profitieren Patienten dann länger von dem System [...]

- Dr. med. Sivan Schipper



Palliativpflege

Die Palliativpflege stellte die tägliche, klinische Betreuung sicher, überwachte systematisch die Symptomatik und koordinierte die Vorbereitung der häuslichen Versorgung. Eine zentrale Rolle spielte die Schulung der Angehörigen in der sicheren Durchführung der Drainagen. Besonderer Bedeutung kam der APN (Advanced practice nurse) und Pflegeexpertin Tamara Schellenbaum zu, die durch ihre serbischen Sprachkenntnisse eine verlässliche Kommunikationsbrücke schuf, transkulturelles Verständnis förderte und so wesentlich zur Vertrauensbildung beitrug.

Spezialisierte ambulante Dienste

Die Palliativ SpiteX sowie die psychiatrische SpiteX begleiteten den Patienten im häuslichen Umfeld und unterstützten die Symptomkontrolle, insbesondere hinsichtlich Fatigue, Dyspnoe und psychischer Belastungen. Angesichts der bestehenden depressiven Symptomatik trugen sie wesentlich zur Stabilisierung der emotionalen Situation und zur Entlastung der Angehörigen bei.

Sozialberatung/ Case Management

Die Sozialberatung koordinierte die logistischen, organisatorischen und finanziellen Aspekte der geplanten Rückkehr des Patienten in seine serbische Heimat. Dazu gehörte die Abklärung der dortigen medizinischen Versorgungsstrukturen, die Sicherstellung relevanter Dokumente sowie die Unterstützung bei administrativen Fragen, etwa zur Verfügbarkeit und Mitnahme notwendiger Medikamente über die Landesgrenzen hinweg. Damit wurde ein zentraler Patientenwunsch strukturiert vorbereitet und realisierbar gemacht.

Therapiedienste: Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung

Physiotherapie und Ergotherapie förderten Mobilität, Kraft und Alltagskompetenzen, um funktionelle Ressourcen trotz progredienter Erkrankung möglichst lange zu erhalten. Die Ernährungsberatung unterstützte mit leberspezifischen Empfehlungen, ging auf Appetitlosigkeit ein und passte die Ernährung an den klinischen Verlauf an – ein wichtiger Baustein zur Stabilisierung des Allgemeinzustands.

Freiwilligenarbeit und therapeutische Zusatzangebote

Freiwillige Helfer stellten eine wertvolle Ergänzung zur professionellen Betreuung dar, insbesondere während Phasen der Agitiertheit und aggressiven Verhaltensweisen im Rahmen der hepatischen Enzephalopathie. Sie boten emotionale Entlastung für die Familie und sorgten für zusätzliche Präsenz und Orientierung. Auch von therapeutischen Zusatzangeboten wie der Musiktherapie und dem Therapiehund profitierte der Patient; sie wirkten stabilisierend, reduzierten Unruhe und Agitation, förderten nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten und erhöhten subjektives Wohlbefinden.

Zusammenspiel der Disziplinen

Die Komplexität des Krankheitsbildes, medizinische, pflegerische, psychosoziale und existentielle Faktoren erforderten ein dynamisches Zusammenspiel aller beteiligten Professionen. Dieses basierte auf folgenden Grundsätzen:

- + Regelmäßiger Austausch im Rahmen eines einmal wöchentlich stattfindenden interprofessionellen Rapportes
- + Gemeinsame Definition von realistischen Behandlungszielen unter engem Einbezug der Patientenwünsche und dessen Angehörigen
- + Enge Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Betreuungsteam, Angehörigen und Nachbetreuenden, in diesem Fall Hausärzte und Pflegefachkräfte in Serbien, sowie mit spitalexternen Versorgungsangeboten (u.a. mit ewimed)
- + Gemeinsames Erkennen und Behandeln von belastenden Symptomen, gemeinsames Anstreben einer psychosozialen Entlastung und Vorbereitung des letzten Lebensabschnitts

Die Versorgung von Herrn M. zeigt, wie durch eine abgestimmte, interprofessionelle Betreuung bei komplexen palliativen Krankheitsbildern eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden kann. Die Implantation des IPCs ermöglichte dem Patienten eine effektive Symptomkontrolle und ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten Umfeld [...]

- Tamara Schellenbaum



IPC als Bestandteil des Total Pain Behandlungsansatzes?

Das Behandlungsziel sowie die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten konnte auf mehreren Ebenen erreicht werden.

Verbesserung belastender physischer Symptome

Medizinisch ermöglichte der Katheter eine fein dosierbare Entlastung des Abdomens, was zu einer unmittelbaren Reduktion der abdominellen Spannung und der damit einhergehenden Symptomatik führte. Mobilität wie auch die Alltagsfunktionalität verbesserten sich. Darüber hinaus stabilisierte die regelmäßige Ableitung des Aszites die hepatische Enzephalopathie, deren episodische Exazerbationen zuvor in engem Zusammenhang mit der Flüssigkeitsakkumulation stand. Durch die geringeren Druckschwankungen und die Entlastung des portalen Systems, ließ sich eine konstantere kognitive Situation erzielen, was wiederum die Kommunikation und Interaktion des Patienten im sozialen Umfeld erleichterte.

Autonomie und psychosoziale Entlastung

Weitere Parazentesen konnten vermieden werden. Das Gefühl von Selbstbestimmung und Kontrolle nahm zu. Ein nicht zu unterschätzender Faktor, insbesondere vor dem Hintergrund der bestehenden depressiven Symptomatik.

Erfüllung des Patientenwunsches

Von zentraler Bedeutung war schließlich, dass der IPC die Realisierung des letzten Patientenwunsches erleichterte: Seinen Lebensabend trotz schwerer Krankheit in der Heimat Serbien zu verbringen, was für den Patienten auf emotionaler und spiritueller Ebene elementar war.

Zusammenfassend stellte der IPC somit keine lebensverlängernde, sondern eine konsequent lebensqualitätsorientierte Maßnahme dar, die sowohl die körperliche Symptomlast als auch die psychosoziale Belastung nachhaltig reduzierte und dem Patienten einen höheren Grad an Autonomie und Würde im letzten Lebensabschnitt ermöglichte.

4 Nachwort

Am 18. August 2025 verstarb Herr M. unter guter Symptomkontrolle im Beisein seiner Angehörigen — wie von ihm gewünscht in seiner Heimat Serbien.

*Wir sind Doktor Schipper, Tamara, dem ganzen Team und auch ewimed für diese großartige Zusammenarbeit und Unterstützung in der Versorgung unseres Vaters sehr dankbar[...]
- die Familie von Herr M.*

Wir von ewimed wünschen der Familie von Herrn M. alles Liebe und Gute für die Zukunft und sind berührt von deren Zusammenhalt und Engagement für ihren Vater. Ein großes Dankeschön unsererseits geht zudem an Dr. med Sivan Schipper und Tamara Schellenbaum, welche uns diesen Einblick in ihren Alltag auf der Palliativabteilung des Spital Usters gaben und für ihren Einsatz, welchen sie und ihr Team tagtäglich leisten. Wir sind stolz, dazu einen kleinen Beitrag leisten zu dürfen.

Um es in den Worten von Herrn M. zu sagen, welche er nach erfolgter Instruktion der Drainagen im Spital Uster an die ewimed-Mitarbeiterin richtete:

„Hvala i dovidjenja...“

„Danke und hoffentlich Auf Wiedersehen...“



4.2 Palliativangebote im Ländervergleich

Die Palliativversorgung in Europa ist je nach Land unterschiedlich organisiert und entwickelt sich kontinuierlich weiter. Während in vielen Ländern bereits etablierte Versorgungsstrukturen bestehen, liegen die zukünftigen Schwerpunkte zunehmend auf dem Ausbau ambulanter Angebote, einer frühzeitigen Integration palliativer Ansätze sowie der Stärkung von Vernetzung, Qualitätssicherung und interdisziplinärer Zusammenarbeit.

In diesem Kontext spielen auch moderne Versorgungsoptionen wie der IPC eine wichtige Rolle, um Patienten eine möglichst schonende, sichere und wohnortnahe Behandlung zu ermöglichen. Die folgenden Länderbeispiele geben einen Überblick über aktuelle Strukturen, zentrale Herausforderungen und strategische Entwicklungsziele in der spezialisierten Palliativversorgung.

Deutschland

Die palliative Versorgung in Deutschland ist breit aufgestellt und fest im Gesundheitssystem verankert. Sie umfasst die allgemeine Palliativversorgung durch Hausärzte sowie Pflegedienste und wird durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ergänzt. SAPV-Teams arbeiten interdisziplinär und verfügen in der Regel über eine ärztliche Leitung bzw. ärztliche Mitarbeit. Weitere wichtige Bausteine sind Hospize sowie Palliativstationen in Krankenhäusern.

Deutschlandweit gibt es zahlreiche Versorgungsangebote: In Krankenhäusern bestehen rund 330 Palliativstationen, zudem etwa 270 Hospize für Erwachsene und ca. 20 Kinderhospize. Den größten Anteil stellen die SAPV-Teams mit mehr als 400 Einrichtungen. In allen Bereichen sind speziell weitergebildete Ärzte tätig, die schwerkranke Menschen medizinisch begleiten, Beschwerden lindern und die Lebensqualität bestmöglich erhalten. Aufgrund des demografischen Wandels wird die Bedeutung der palliativen Versorgung weiter zunehmen.

Schweiz

In der Schweiz ist die spezialisierte Palliativversorgung gut etabliert. Sie umfasst zahlreiche zertifizierte stationäre Einrichtungen – im Jahr 2023 waren es 35 Palliativeinheiten mit insgesamt 399 Betten – sowie spitalinterne Konsiliar-dienste und mobile Palliativteams. Auf Grundlage einer nationalen Strategie fördert heute die Plattform Palliative Care die Vernetzung, den Wissensaustausch und die Qualitätsentwicklung. In den kommenden Jahren liegt der Schwerpunkt darauf, diese Versorgungsangebote gezielt weiterzuentwickeln und die Versorgungsqualität durch verstärkte Zusammenarbeit sowie eine verbesserte Datengrundlage nachhaltig zu erhöhen.

Österreich

In Österreich sind spezialisierte Hospiz- und Palliativangebote inzwischen weitgehend flächendeckend etabliert, in Tirol beispielsweise seit 2019. Dazu zählen zentral koordinierte Palliativstationen, Hospize, mobile Palliativteams für die häusliche Betreuung sowie Palliativambulanzen. In den kommenden zehn Jahren liegt der Schwerpunkt auf dem weiteren Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen, insbesondere mobiler Teams sowie der palliativmedizinischen Grundversorgung durch gezielte Schulungen in Pflegeheimen und der Hauskrankenpflege. Parallel dazu wird die akademische Verankerung der Palliativmedizin gestärkt, unter anderem durch die Einrichtung einer Stiftungsprofessur für Palliativmedizin in Innsbruck. Ergänzend sollen Caring Communities gefördert werden, um die Begleitung am Lebensende stärker in der Gesellschaft zu verankern und durch eine optimierte häusliche Versorgung vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Ein weiterer Fokus liegt auf der Entlastung pflegender Angehöriger sowie der engeren Vernetzung von Hausärzten mit spezialisierten Palliativteams.



Schweden

In Schweden steht in der Palliativversorgung ein ganzheitlicher, personenzentrierter Ansatz im Mittelpunkt. Nationale Leitlinien des Gesundheitswesens verfolgen das Ziel, die Versorgung am Lebensende besser zugänglich, gerechter und einheitlicher zu gestalten. Ergänzend dazu unterstützt ein nationales Palliativregister die systematische Erfassung von Versorgungsdaten und trägt so zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung bei. In den kommenden Jahren sollen diese Maßnahmen dazu beitragen, die Lebensqualität unheilbar erkrankter Menschen weiter zu verbessern und ihr Leiden wirksam zu lindern.

Dänemark

In Dänemark gewinnt die Palliativversorgung zunehmend an Bedeutung. Krankenhäuser und Kommunen haben spezialisierte Palliativteams etabliert, die heute deutlich häufiger in Anspruch genommen werden, Patienten länger mit chronischen und lebenslimitierenden Erkrankungen leben und mehr Zeit in der palliativen Phase verbringen. In den kommenden Jahren liegt der Fokus darauf, die bereichsübergreifende Zusammenarbeit weiter zu stärken und Palliative Care früher im Krankheitsverlauf zu integrieren. Ziel ist es, eine optimale Symptomlinderung zu gewährleisten und die Lebensqualität in der letzten Lebensphase bestmöglich zu erhalten.

Ungarn

In Ungarn wurde die Hospiz- und Palliativversorgung in den vergangenen Jahren deutlich ausgebaut. Landesweit bestehen heute zahlreiche ambulante Hospizdienste, die mehr als 80 % der Regionen abdecken, sowie mehrere stationäre Hospize. Dennoch bestehen weiterhin Herausforderungen: Psychosoziale Unterstützungsangebote sind bislang unterrepräsentiert und der Zugang zur Palliativversorgung ist für Nicht-Krebspatienten noch stark eingeschränkt. In den kommenden zehn Jahren liegt der Fokus darauf, die Finanzierung und personellen Ressourcen zu stärken, um eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Versorgung am Lebensende sicherzustellen. Zudem soll der multidisziplinäre, ganzheitliche Ansatz weiter ausgebaut und Palliative Care früher im Krankheitsverlauf integriert werden, sodass neben der körperlichen Symptomkontrolle auch seelische, soziale und spirituelle Unterstützung für Patienten und ihre Angehörigen gewährleistet ist.



Falls Sie Interesse haben, am ewimed Report 2027 mitzuwirken oder Themen einzubringen, dann kontaktieren Sie uns gerne. Ziel ist es, den ewimed Report jährlich nah am Gesundheitswesen, den Ärzten und medizinischem Fachpersonal zu verfassen.

Kontakte

Austria

ewimed austria GmbH
Tullnerbachstrasse 92a
3011 Neu-Purkersdorf
Tel.: +43 2231 2250-0
info@ewimed.com

Belgium

ewimed Belgium BV
Kortrijksesteenweg 1126a
9051 Sint-Denijs-Westrem
Tel.: +31 203 695 620
info.be@ewimed.com

Denmark

ewimed Denmark A/S
c/o Beierholm
Knud Højgaards Vej 9
2860 Søborg
Tel.: +45 31 43 50 60
info.dk@ewimed.com

Germany

ewimed GmbH
Im Nasswasen 5
72379 Hechingen
Tel.: +49 7471 73972-0
info@ewimed.com

Hungary

ewiCare Medical Center
Hidász utca 1.
1026 Budapest
Tel. +36 1 998 8295
info@ewicare.com

Luxembourg

ewimed GmbH
Dorfstrasse 24
72379 Hechingen
Tel.: +49 7471 73972-0
info@ewimed.com

Netherlands

ewimed Netherlands B.V.
Johan Cruijff Boulevard 65
1101DL Amsterdam
Tel.: +31 203 695 620
info.nl@ewimed.com

Norway

c/o Value Oslo AS
Erik Børrensen alle 7
3015 Drammen
Tel.: +47 920 82 676
info.no@ewimed.com

Romania

ewimed Healthcare Systems SRL
str. Maria Rosetti nr. 6, et 3B, Sector 2
020481 București, Rumänien
Tel.: +40 (31) 229 84 48
contact@ewimed.ro

Sweden

ewimed Sweden AB
Regus Malmö C
Adelgatan 21
211 22 Malmö
Tel.: +46 8 25 11 69
info.se@ewimed.com

Switzerland

ewimed Switzerland AG
Freiburgstrasse 453
3018 Bern
Tel.: +41 31 958 66 66
info.ch@ewimed.com



Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Durchschnittliches Patientenalter und Verteilung des Geschlechts	4
Abb. 2: Grunderkrankungen	5
Abb. 3: Vorschlagende vs. implantierende medizinische Disziplin, Pleuraerguss	5
Abb. 4: Vorschlagende vs. implantierende medizinische Disziplin, Aszites	6
Abb. 5: Punktionen vor der Implantation	6
Abb. 6: Pleurodeseversuche	7
Abb. 7: Punktionen vor der Implantation	9
Abb. 8: Prim. Doz. Dr. Arschang Valipour und Prim. Priv.-Doz. Dr. Stefan B. Watzka	10
Abb. 9: Chefarzt Hauke Weilert	13
Abb. 10: Dr. med. Sivan Schipper und Tamara Schellenbaum	16

ewimed

EW_M0016DE_v8_2026-03

Germany | ewimed GmbH | Im Nasswasen 5 | 72379 Hechingen | Tel.: +49 7471 73972-0
info@ewimed.com | www.ewimed.com