

S3-Leitlinie

Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

Kurzversion 1.0 – Mai 2015

AWMF-Registernummer: 128/001OL

Leitlinie (Kurzversion)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	6
1. Informationen zu dieser Kurzversion	8
1.1. Herausgeber.....	8
1.2. Federführende Fachgesellschaft(en).....	8
1.3. Finanzierung der Leitlinie.....	8
1.4. Kontakt.....	8
1.5. Zitierweise	8
1.6. Besonderer Hinweis	9
1.7. Ziele des Leitlinienprogramms Onkologie.....	9
1.8. Weitere Dokumente zur Leitlinie.....	10
1.9. Zusammensetzung der Leitliniengruppe.....	11
1.9.1. Koordination und Redaktion	11
1.9.2. Beteiligte Fachgesellschaften und Autoren	11
1.9.3. Patientenbeteiligung.....	13
1.9.4. Methodische Begleitung	13
1.9.5. Auftragnehmer der Leitliniengruppe	14
1.10. Verwendete Abkürzungen	15
2. Einführung.....	18
2.1. Geltungsbereich und Zweck.....	18
2.1.1. Zielsetzung und Fragestellungen.....	18
2.1.2. Adressaten	18
2.1.3. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren.....	19
2.2. Grundlagen der Methodik	20
2.2.1. Schema der Evidenzgraduierung nach SIGN.....	20
2.2.2. Schema der Empfehlungsgraduierung.....	20
2.2.3. Statements	21
2.2.4. Expertenkonsens (EK)	21
2.2.5. Unabhängigkeit und Darlegung möglicher Interessenkonflikte.....	21
3. Glossar.....	23
4. Grundsätze der Palliativversorgung	27
5. Atemnot.....	29
5.1. Einleitung	29

5.2.	Erfassung.....	30
5.3.	Opioide.....	31
5.4.	Andere Medikamente.....	33
5.4.1.	Benzodiazepine.....	33
5.4.2.	Phenothiazine.....	33
5.4.3.	Antidepressiva, Buspiron.....	33
5.4.4.	Steroide (Glucocorticoide).....	33
5.5.	Nicht-medikamentöse Therapie.....	34
5.6.	Sauerstoff.....	34
5.7.	Atemnot in der Sterbephase.....	34
6.	Tumorschmerz.....	35
6.1.	Einleitung.....	35
6.2.	Schmerzerfassung.....	37
6.3.	Anwendung verschiedener Opioid-Klassen.....	37
6.3.1.	WHO-Stufe-II-Opioide.....	37
6.3.2.	WHO-Stufe-III-Opioide der ersten Wahl.....	37
6.3.3.	Levomethadon in der Tumorschmerztherapie.....	38
6.4.	Opioidtitration.....	38
6.5.	Applikationsformen.....	38
6.5.1.	Die Rolle transdermaler Opioide.....	38
6.5.2.	Alternative systemische Applikationsformen für Opioide.....	39
6.5.3.	Rückenmarksnahe Verabreichung von Opioiden.....	40
6.6.	Opioidwechsel.....	40
6.6.1.	Äquianalgetische Opioid-Dosierungen.....	40
6.7.	Prophylaxe und Behandlung von Nebenwirkungen.....	41
6.7.1.	Behandlung von opioidbedingter Übelkeit und Erbrechen.....	41
6.7.2.	Behandlung opioidbedingter Obstipation.....	41
6.7.3.	Behandlung opioidbedingter ZNS-Symptome.....	42
6.8.	Verwendung von Opioiden bei Patienten mit Nierenversagen.....	42
6.9.	Nicht-Opioide.....	42
6.9.1.	Metamizol.....	42
6.9.2.	NSAR und Paracetamol als Ergänzung zu Stufe-III-Opioiden.....	43
6.10.	Adjuvantien bei neuropathischen Schmerzen (Antidepressiva und Antikonvulsiva).....	43
6.11.	Opioide bei Schmerzexazerbation und Durchbruchschmerzen.....	43
7.	Obstipation.....	45
7.1.	Einleitung.....	45
7.2.	Erfassung/Diagnose der Obstipation.....	46
7.3.	Prophylaxe.....	46

7.4.	Medikamentöse Therapien	46
7.4.1.	Obstipation (unabhängig von der Ursache)	46
7.4.2.	Opioidbedingte Obstipation	47
7.4.3.	Stufentherapie	48
7.5.	Nicht-medikamentöse Verfahren	49
8.	Depression	50
8.1.	Einleitung	50
8.2.	Differenzialdiagnose Depression	50
8.3.	Screening, Diagnose und Einschätzung des Schweregrades einer Depression	52
8.3.1.	Screening	52
8.3.2.	Diagnosestellung einer Depression	53
8.3.3.	Einschätzung des Schweregrades	54
8.4.	Therapie der Depression	55
8.4.1.	Grundsätze der Therapie	55
8.4.2.	Therapie bei leichter, mittelgradiger und schwerer Depression	56
8.4.3.	Behandlung von Patienten mit einer kurzen Prognose	56
8.5.	Nicht-medikamentöse Verfahren	56
8.6.	Medikamentöse Therapien	57
8.6.1.	Antidepressiva	57
8.6.2.	Psychostimulanzien	59
9.	Kommunikation	60
9.1.	Einleitung	60
9.2.	Grundsätze einer patientenzentrierten Kommunikation	61
9.3.	Gespräche über schwerwiegende Änderungen im Krankheitsverlauf	62
9.4.	Thematisieren von Sterben und Tod	63
9.5.	Kommunikation mit Angehörigen	63
9.6.	Vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning, ACP)	65
10.	Sterbephase	67
10.1.	Einleitung	67
10.2.	Das Sterben diagnostizieren	68
10.3.	Grundsätze und praktische Belange in der Begleitung während der Sterbephase	68
10.4.	Therapie der häufigsten Symptome	70
10.4.1.	Delir in der Sterbephase	70
10.4.2.	Rasselatmung	70
10.4.3.	Mundtrockenheit (Xerostomie)	71
10.4.4.	Angst und Unruhe in der Sterbephase	71
10.5.	Medikamente und Maßnahmen in der Sterbephase/Absetzen von Medikamenten und Maßnahmen in der Sterbephase	72

10.6.	Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr	73
10.7.	Nach dem Tod: Verstorbener, Trauer	74
10.8.	Sterben und Tod und das Betreuungsteam	75
11.	Versorgungsstrukturen	76
11.1.	Einleitung	76
11.2.	Behandlungspfad für Patienten und Angehörige	77
11.3.	Integration von Palliativversorgung	78
11.3.1.	Zeitpunkt der Integration von Palliativversorgung	78
11.3.2.	Integration von onkologischen Strukturen und Palliativversorgung	78
11.4.	Erfassen der Patientenbedürfnisse und Ermittlung der Komplexität	78
11.5.	Festlegung einer Intervention der Palliativversorgung	81
11.5.1.	Differenzierung zwischen allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung	81
11.5.2.	Qualifikation von Leistungserbringern in der Palliativversorgung	82
11.5.3.	Allgemeine Palliativversorgung (APV)	82
11.5.4.	Spezialisierte Palliativversorgung (SPV)	83
11.5.5.	Stationäres Hospiz	90
11.5.6.	Hospizdienste/Ehrenamt	92
11.5.7.	Angehörige	92
11.6.	Abschieds- und Trauerbegleitung	93
12.	Qualitätsindikatoren.....	94
13.	Abbildungsverzeichnis.....	98
14.	Tabellenverzeichnis	98
15.	Literatur	99

Vorwort

Die Palliativmedizin bzw. Palliativversorgung verfolgt das Ziel, die Lebensqualität von Patienten mit einer lebensbedrohenden Erkrankung und ihren Angehörigen zu verbessern oder zu erhalten. Das Ziel dieser Leitlinie ist die bestmögliche Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Die hier vorgestellten Empfehlungen und Hintergrundtexte sollen alle an der Behandlung und Begleitung dieser Patienten Beteiligten hierin unterstützen. Die vorliegende Leitlinie ist eine Entscheidungshilfe für die Praxis und formuliert systematisch entwickelte Handlungsempfehlungen auf der Basis der bestmöglichen Evidenz (wissenschaftliche Studien) und klinischer Erfahrung durch eine große Anzahl von Experten. Sie gibt den aktuellen nationalen und internationalen Stand der Erkenntnisse und Erfahrungen zu den behandelten Themenbereichen wieder und soll Orientierung und Sicherheit in der Palliativversorgung vermitteln. Die Handlungsempfehlungen sind eine Entscheidungshilfe, nicht die Entscheidung selbst – diese muss immer auf die individuelle Situation des Patienten „übersetzt“ und ggf. angepasst werden.

In dieser Leitlinie werden die Begriffe Palliativmedizin und Palliativversorgung als Synonyme verwendet. Beide Begriffe werden – dem englischen Palliative Care entsprechend – in einem weit gefassten Verständnis benutzt. Palliativmedizin und Palliativversorgung werden demnach als Oberbegriff für alle Angebote verwendet, die an Menschen mit nicht heilbaren, lebensbedrohlichen (Krebs-)Erkrankungen gerichtet sind, und betonen den interdisziplinären und multiprofessionellen besonderen Charakter dieses Versorgungsbereichs. Palliativ- und Hospizversorgung werden zudem als ein gemeinsamer Ansatz bzw. eine gemeinsame Haltung verstanden.

Kaum ein anderer Bereich des Gesundheitssystems hat je eine derart rasante Entwicklung erlebt wie die Palliativ- und Hospizversorgung. Dies hat sicherlich den Grund in der zu erwartenden epidemiologischen Entwicklung unserer Gesellschaft, durch die dieser Bereich eine große gesellschaftspolitische Unterstützung erfährt. Sie ist aber auch mitbedingt durch die konsequente Orientierung des Feldes an den Patienten- und Angehörigenbedürfnissen in einer derart existentiellen Situation.

Das Sterben eines Menschen ist ein natürlicher Teil des Lebens. Diese Leitlinie basiert auf der Haltung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), als federführender Fachgesellschaft dieser Leitlinie: „Palliativmedizin bietet aus ihrem lebensbejahenden Ansatz heraus Hilfe beim Sterben an, jedoch nicht Hilfe zum Sterben“ (Broschüre „Ärztlich Assistierter Suizid – Reflexionen der DGP“, 2014). Daher gehört es nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Leben vorzeitig zu beenden. Das umfasst ärztlich assistierten Suizid genauso wie Tötung auf Verlangen (sog. aktive Sterbehilfe).

Erstmals liegt nun eine palliativmedizinische Leitlinie in Deutschland vor, die höchsten Qualitätsstandards (S3-Niveau) entspricht und die zusätzliche Expertise nationaler und internationaler Leitlinien und Standards einbindet oder auf sie verweist (u. a. Therapieempfehlungen zur Palliativmedizin der Bundesärztekammer, Empfehlungen bzw. White Papers der Europäischen Palliativgesellschaft [EAPC] etc.). Die vorliegende Leitlinie bezieht sich explizit auf Patienten mit einer Krebserkrankung – inwiefern die Empfehlungen auf Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen angewendet werden können, muss im Einzelfall geprüft werden. Zudem ist die Leitlinie aufgrund begrenzter Ressourcen auf sieben Themenbereiche fokussiert (Atemnot, Schmerz, Obstipation, Depression, Kommunikation, Sterbephase, Versorgungsstrukturen). Die Leitlinie deckt somit nur einen Teil der gesamten Palliativmedizin ab, sodass eine Erweiterung der

Leitlinie im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie beantragt und genehmigt wurde. Dieser zweite Teil soll acht weitere Themenbereiche adressieren: (1) Maligne Intestinale Obstruktion (MIO), (2) Übelkeit/Erbrechen (unabhängig von einer Chemotherapie), (3) Schlafstörungen/Nächtliche Unruhe, (4) Wundpflege (z.B. exulzierende Tumorwunden), (5) Fatigue, (6) Angst, (7) Therapiezielfindung und (8) Umgang mit Todeswunsch. Die Erarbeitung des zweiten Teils soll noch in 2015 starten.

Die Leitlinie macht deutlich, dass neben der jahrzehntelangen Erfahrung inzwischen auch viel Studienevidenz in der Palliativmedizin vorliegt – circa die Hälfte der Empfehlungen sind evidenzbasiert. Sie macht allerdings auch deutlich, dass der Forschungsbedarf in diesem Gebiet weiterhin hoch ist und es weiter großer Kraftanstrengungen und Investitionen bedarf, um die Palliativversorgung weiter zu verbessern (diesbezüglich wird auf die Forschungsagenda zur Palliativmedizin der Leopoldina verwiesen [1]).

Die vorliegende Leitlinie ist ein Gemeinschaftswerk. Neben vielen Experten verschiedener Berufsgruppen und aus unterschiedlichen medizinischen Fachdisziplinen, waren Menschen aus diversen Gesellschaftsgruppen sowie Patienten- und Angehörigenvertreter an dem Entstehungsprozess intensiv beteiligt. Wir wollen allen Beteiligten ganz herzlich für ihre überwiegend unentgeltliche Mitarbeit danken! Besonderer Dank gilt dem Leitlinienprogramm Onkologie (DKG, AWMF, DKH), das diese Leitlinie erst ermöglicht hat, u. a. durch eine kontinuierliche Begleitung und Beratung, sowie durch die finanzielle Förderung durch die Deutsche Krebshilfe.

Prof. Dr. Claudia Bausewein
Hauptkoordinatorin

Prof. Dr. Raymond Voltz
Hauptkoordinator

Prof. Dr. Lukas Radbruch
Präsident der DGP

PD Dr. Steffen Simon
Projektleiter

1. Informationen zu dieser Kurzversion

1.1. Herausgeber

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH).

1.2. Federführende Fachgesellschaft(en)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
Aachener Straße 5
10713 Berlin



1.3. Finanzierung der Leitlinie

Diese Leitlinie wurde von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie gefördert.

1.4. Kontakt

Office Leitlinienprogramm Onkologie
c/o Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de
www.leitlinienprogramm-onkologie.de

1.5. Zitierweise

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Kurzversion 1.0, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> (Zugriff am: TT.MM.JJJJ)

1.6. Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse der OL-Redaktion mitgeteilt werden.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In dieser Leitlinie sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Die Leitlinie ist in allen ihren Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urhebergesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der OL-Redaktion unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der OL-Redaktion reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

1.7. Ziele des Leitlinienprogramms Onkologie

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. und die Deutsche Krebshilfe haben sich mit dem Leitlinienprogramm Onkologie (OL) das Ziel gesetzt, gemeinsam die Entwicklung und Fortschreibung und den Einsatz wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinien in der Onkologie zu fördern und zu unterstützen. Die Basis dieses Programms beruht auf den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen der Fachgesellschaften und der DKG, dem Konsens der medizinischen Fachexperten, Anwender und Patienten sowie auf dem Regelwerk für die Leitlinienerstellung der AWMF und der fachlichen Unterstützung und Finanzierung durch die Deutsche Krebshilfe. Um den aktuellen Stand des medizinischen Wissens abzubilden und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen, müssen Leitlinien regelmäßig überprüft und fortgeschrieben werden. Die Anwendung des AWMF-Regelwerks soll hierbei Grundlage zur Entwicklung qualitativ hochwertiger onkologischer Leitlinien sein. Da Leitlinien ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Onkologie darstellen, sollten sie gezielt und nachhaltig in den Versorgungsalltag eingebracht werden. So sind aktive Implementierungsmaßnahmen und auch Evaluationsprogramme ein wichtiger Bestandteil der Förderung des Leitlinienprogramms Onkologie. Ziel des Programms ist es, in Deutschland professionelle und mittelfristig finanziell gesicherte Voraussetzungen für die Entwicklung und Bereitstellung hochwertiger Leitlinien zu schaffen. Denn diese hochwertigen Leitlinien dienen nicht nur dem strukturierten Wissenstransfer, sondern können auch in der Gestaltung der Strukturen des Gesundheitssystems ihren Platz fin-

den. Zu erwähnen sind hier evidenzbasierte Leitlinien als Grundlage zum Erstellen und Aktualisieren von Disease-Management-Programmen oder die Verwendung von aus Leitlinien extrahierten Qualitätsindikatoren im Rahmen der Zertifizierung von Organ-tumorzentren.

1.8. Weitere Dokumente zur Leitlinie

Die Inhalte dieser Kurzversion beziehen sich auf die Langversion der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, welche über folgende Seiten zugänglich ist

- www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html
- www.leitlinienprogramm-onkologie.de/OL/leitlinien.html
- www.krebsgesellschaft.de/wub_1levidenzbasiert_120884.html
- www.krebshilfe.de
- www.g-i-n.net (Guidelines International Network)
- www.dgpalliativmedizin.de

Neben der Kurzversion gibt es folgende ergänzende Dokumente:

- Langversion
- Laienversion (Patientenleitlinie)
- Leitlinienreport zur Erstellung der Leitlinie
- Evidenztabelle

Alle diese Dokumente sind ebenfalls auf den oben genannten Homepages abrufbar.

1.9. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

1.9.1. Koordination und Redaktion

Leitlinienkoordination: Prof. Dr. Claudia Bausewein, Prof. Dr. Raymond Voltz, PD Dr. Steffen Simon

Leitliniensekretariat: Verena Geffe M.A., Dr. Anne Pralong

Redaktion: Die Koordinationsgruppe und die Leiter der Arbeitsgruppen (Steuerungsgruppe) waren an der Redaktion der Leitlinie beteiligt.

1.9.2. Beteiligte Fachgesellschaften und Autoren

- Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) - PD Dr. Alfred Simon
- Arbeitsgemeinschaft Aus-, Fort-, Weiterbildung in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (AG AFW) - Axel Doll
- Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO) - Dr. Katharina Kähler, Dr. Carmen Loquai
- Arbeitsgemeinschaft Ethik in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (AG Ethik) - Prof. Dr. Martin Weber
- Arbeitsgemeinschaft Forschung in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (AG Forschung) - Prof. Dr. Christoph Ostgathe
- Arbeitsgemeinschaft Forschung Hospiz- und Palliativpflege (HOPE) in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (AG HOPE) - Prof. Dr. Lukas Radbruch
- Arbeitsgemeinschaft internistische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (AIO) - PD Dr. Ulrich Wedding
- Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (AG PM) - PD Dr. Bernd Alt-Epping, Prof. Florian Lordick, Dr. Joan Panke
- Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (AG PriO) - Dr. Christoph Stoll
- Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (AG PSO) - Dr. Pia Heußner, PD Dr. Monika Keller, Prof. Dr. Joachim Weis
- Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (AUO), - PD Dr. Chris Protzel
- Bundesverband deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) - Constanze Rémi, Dr. Stefan Amann
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e.V. (dapo) - Dr. Thomas Schopperth
- Deutsche Bischofskonferenz (DBK) - Ulrich Fink
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. (DDG) - Dr. Carmen Loquai
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) - Prof. Dr. Pompiliu Piso, Prof. Stefan Fichtner-Feigl
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) - Dr. Peter Engeser, Prof. Dr. Nils Schneider
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) - Prof. Dr. Christof Müller-Busch
- Deutsche Gesellschaft für Care- und Case-Management (DGCC) - Dr. Rudolf Pape

- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGC) - Prof. Dr. Stefan Mönig, Prof. Stefan Fichtner-Feigl
- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGFF) - Elke Goldhammer
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS) - PD Dr. Martin H. Holtmann, Prof. Dr. Gerhard Werner Pott
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) - PD Dr. M. Pfisterer
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) - Dr. Klaus Maria Perrar
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGynG) - Prof. Dr. Werner Meier, Prof. Dr. Christoph Thomssen
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (HNO) - Prof. Dr. Barbara Wollenberg, Prof. Dr. Jens Büntzel
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO) - Dr. Bernd-Oliver Maier, Dr. Werner Freier
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) - Prof. Dr. Norbert Frickhofen
- Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) - Prof. Dr. Uwe Janssens
- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC) - Prof. Dr. Roland Goldbrunner
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN) - Prof. Dr. Raymond Voltz
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) - Prof. Dr. Gerhild Becker
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGPflege) - Dr. Margit Haas
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGPB) - Prof. Dr. Helgo Magnussen
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) - Prof. Dr. Vjera Holthoff
- Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und Forschung (DGPSF) - Dipl.-Psych. Karin Kieseritzky
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO) - Dr. Birgit van Oorschot, Prof. Dr. Dirk Rades
- Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V. (DGS) - Prof. Dr. Ulrich Kleeberg
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) - PD Dr. Chris Protzel
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie e.V. (DIVS) (im September 2011 aus dem Erstellungsprozess ausgetreten) - Prof. Dr. Heinz Laubenthal*
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. - Prof. Dr. Winfried Meißner, PD Dr. Stefan Wirz
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) - Hans Nau, Franziska Hupke
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (DBL) - Ricki Nusser-Müller-Busch, Dr. Ruth Nobis-Bosch
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV) - Ursula Neumann
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) - Carsten Schulze
- Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK) - Dr. Beate Kranz-Oppen-Rhein, Andrea Heinks
- Evangelische Kirche Deutschlands (EKD) - Prof. Dr. Traugott Roser

- Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. (FSH) - Sabine Kirton
- Kommission Leitlinien in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (LL DGP) - Prof. Dr. Claudia Bausewein
- Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (KOK) - Ulrike Ritterbusch, Kerstin Paradies
- Sektion Pflege in der DGP e.V. (Sek Pflege) - Thomas Montag
- Sektion weitere Professionen in der DGP e.V. (Sek Prof) - PD Dr. Martin Fegg
- Women's Health Coalition e.V. (WHC) - Irmgard Nass-Griegoleit

Zusätzlich zu den Mandatsträgern waren 49 nicht abstimmungsberechtigte Experten an der Leitlinienentwicklung beteiligt:

Dr. Elisabeth Albrecht, Dr. Susanne Ditz, Prof. Dr. Michael Ewers, Dr. Steffen Eychmüller, Prof. Dr. Thomas Frieling, Dr. Sabine Gabrijel, Dr. Jan Gärtner, Manfred Gaspar, Dr. Christiane Gog, Jan Gramm, Dr. Birgit Haberland, Dr. David Heigener, Prof. Dr. Peter Herschbach, Franziska Hupke, Dr. Jürgen in der Schmitt, Stephanie Jeger, Dr. Thomas Jehser, Dr. Marianne Kloke, Dr. Julia Köpp, PD Dr. Tanja Krones, Norbert Krumm, Dr. Stefan Lorenzl, Heiner Melching, Dr. Elke Müller, Dr. Gabriele Müller-Mundt, Prof. Dr. Friedemann Nauck, Wiebke Nehls, Prof. Dr. Günter Ollenschläger, Prof. Dr. Gerhard Pott*, Dr. Susanne Riha, PD Dr. Roman Rolke, Dr. Susanne Roller, Dr. Justina Rozeboom, Prof. Dr. Rainer Sabatowski, PD Dr. Christian Scheurlen, PD Dr. Jan Schildmann, PD. Dr. Christine Schiessl, Dr. Christian Schulz, PD Dr. Ulrike Stamer, Prof. Dr. Michael Thomas, PD Dr. Martin Steins, Dr. Mariam Ujejl*, Stefanie Volsek, Dr. von Andreas Aretin, Prof. Dr. Andreas von Leupoldt, Prof. Dr. Maria Wasner, Prof. Dr. Jürgen Wolf, Dr. Birgit Weihrauch, Dr. Heidi Wurst

(* im Laufe der Leitlinien-Erstellung ausgeschieden)

1.9.3. Patientenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von zwei Patientenvertreterinnen der Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. bzw. der Women's Health Coalition e.V. erstellt.

1.9.4. Methodische Begleitung

Die methodische Begleitung erfolgte durch das Leitlinienprogramm Onkologie mit:

- Dr. Markus Follmann MPH MSc (DKG), Berlin,
- Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF), Marburg,
- Dr. Monika Nothacker MPH (AWMF), Marburg
- Dipl. Soz.-Wiss. Thomas Langer (DKG), Berlin.

Zur weiteren methodischen Unterstützung wurden folgende Experten oder Institutionen herangezogen:

- ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin)
- Cicely Saunders Institute am King's College London (London/UK)
- Das Deutsche Cochrane Zentrum (Freiburg), Cochrane Haematological Malignancies Group (CHMG, Köln)
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Edinburgh/UK)

1.9.5. Auftragnehmer der Leitliniengruppe

Für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren:

- Dr. Simone Wesselmann MBA, Deutsche Krebsgesellschaft – Bereich Zertifizierung

Für die Erstellung der Patientenleitlinie:

- ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin)

1.10. Verwendete Abkürzungen

Abkürzung	Erläuterung
ACP	Advance Care Planning
APV	Allgemeine Palliativversorgung
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
CCT	Controlled Clinical Trial
CHMG	Cochrane Haematological Malignancies Group
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband
EAPC	European Association of Palliative Care
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
EG	Empfehlungsgrad
EK	Expertenkonsens
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
ESAS-r	Revised Version
GFR	Glomeruläre Filtrationsrate
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HOPE	Hospiz- und Palliativhebung
HPS	Häusliche Pflegeskala
IPOS	Integrierte Palliative care Outcome Skala
i.v.	intravenös
ICD	Implantierte Kardioverter-Defibrillatoren
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases

Abkürzung	Erläuterung
LL	Leitlinie
LoE	Level of Evidence
MIDOS	Minimales Dokumentationssystem
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NaSSA	Noradrenerges und Spezifisch Serotonerges Antidepressivum
NSAR	Nichtsteroidale Antirheumatika
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
OTFC	Orales Transmucosales Fentanylcitrat
p. o.	Per os
POS	Palliative Care Outcome Scale
PROs	Patient Reported Outcomes
QoL	Quality of Life
QUAL-E	Quality of Life at the End of Life Measure
RCT	Randomized Controlled Trial (Randomisierte kontrollierte Studie)
s. c.	subkutan
s. l.	Sublingual
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SPV	Spezialisierte Palliativversorgung
SSNRI	Selective Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor
SSPV	Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
ST	Statement

Abkürzung	Erläuterung
TTS	Transdermales Therapeutisches System
TZA	Trizyklisches Antidepressivum
WHO	World Health Organization (Welt-Gesundheitsorganisation)
ZNS	Zentrales Nervensystem

2. Einführung

2.1. Geltungsbereich und Zweck

2.1.1. Zielsetzung und Fragestellungen

Das Hauptziel dieser Leitlinie ist die Verbesserung der Symptomkontrolle und der palliativmedizinischen Versorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und ihren Angehörigen. Die Verbesserung der Versorgungsqualität soll dadurch erreicht werden, dass:

- die den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende palliativmedizinische Versorgungsstruktur rechtzeitig angeboten wird (Kapitel Versorgungsstrukturen),
- die häufigen Symptome nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und klinischen Expertise behandelt werden (Kapitel Atemnot, Schmerz, Depression, Obstipation),
- die Gespräche mit Patienten und Angehörigen angemessen geführt und die Therapieziele gemeinsam festgelegt werden können (Kapitel Kommunikation),
- die Betreuung in der Sterbephase angemessen und optimal erfolgen kann (Kapitel Sterbephase).

Die vorliegende Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer Krebserkrankung stellt Grundprinzipien der palliativmedizinischen Versorgung dar, die in organspezifischen Leitlinien repetitiv wären und/oder nicht ausführlich genug behandelt werden können. Die vorliegende Leitlinie äußert sich nicht zu tumorspezifischen Maßnahmen (z. B. Strahlentherapie, operative Verfahren, medikamentöse Tumorthapien), auch wenn diese mit dem primären oder sekundären Ziel der Symptomlinderung angewendet werden, sondern verweist diesbezüglich auf die organspezifischen Leitlinien, u. a. des Leitlinienprogramms Onkologie. Bezüglich psychoonkologischer Aspekte verweisen wir auch auf die S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung“ [1].

2.1.2. Adressaten

Patientenzielgruppe

Die Patientenzielgruppe dieser Leitlinie sind Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, bei denen das primäre Therapieziel die Verbesserung der Lebensqualität ist. Die in dieser Leitlinie formulierten Empfehlungen zu palliativmedizinischen Maßnahmen sind unabhängig von der Durchführung tumorspezifischer Maßnahmen (z. B. Strahlentherapie, operative Verfahren, medikamentöse Tumorthapien), d. h. sie können alleine oder parallel zu tumorspezifischen Maßnahmen eingesetzt werden.

Versorgungsbereich

Die Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung soll für alle Versorgungsbereiche Gültigkeit haben. Das schließt den stationären und ambulanten Versorgungsbereich ein, sowie die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung.

Anwenderzielgruppe

Diese Leitlinie richtet sich an alle Ärzte und nicht-ärztlichen Versorger im Gesundheitssystem, die Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung behandeln. Die Leitlinie richtet sich außerdem an betroffene Patienten sowie deren Angehörige. Des Weiteren soll sie Kostenträgern und politischen Entscheidungsträgern zur Orientierung dienen.

2.1.3. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die S3-Leitlinie ist bis zur nächsten Aktualisierung gültig. Die nächste Aktualisierung ist nach fünf Jahren geplant, d. h. im Jahr 2020. Bei dringendem Änderungsbedarf kann eine neue Version früher erstellt werden. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an das Leitliniensekretariat adressiert werden:

PD Dr. Steffen Simon (Projektleitung)
Uniklinik Köln
Zentrum für Palliativmedizin
Kerpener Str. 62
50924 Köln

S3-palliativ@uk-koeln.de

2.2. Grundlagen der Methodik

Die methodische Vorgehensweise bei der Erstellung der Leitlinie ist im Leitlinienreport dargelegt. Dieser ist im Internet z. B. auf den Seiten des Leitlinienprogramms Onkologie (<http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>) und den Seiten der AWMF (<http://www.awmf.org/>) frei verfügbar.

2.2.1. Schema der Evidenzgraduierung nach SIGN

Zur Klassifikation des Verzerrungsrisikos der identifizierten Studien wurde in dieser Leitlinie das in Tabelle 1 aufgeführte System des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) verwendet (siehe www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf).

Unter dem in den Empfehlungen angegebenen Level of Evidence nach SIGN wird ein Body of Evidence verstanden, der die gesamte identifizierte Evidenz zusammenfasst. Deshalb ist auch der Level of Evidence einer Empfehlung, deren Evidenzgrundlage auf einem Systematic Review basiert, der Body of Evidence der in diesem Review eingeschlossenen Primärstudien. Dieser Body of Evidence kann vom Level of Evidence des Systematic Reviews selbst (in den Evidenztabelle angegeben) abweichen. Die Qualität des Systematic Reviews kann nämlich hoch sein, während die Qualität der eingeschlossenen Studien, die sich im Body of Evidence widerspiegelt, niedrig ist.

Tabelle 1: Schema der Evidenzgraduierung nach SIGN

Grad	Beschreibung
1++	Qualitativ hochwertige Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs oder RCTs mit sehr geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)
1+	Gut durchgeführte Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs oder RCTs mit geringem Risiko systematischer Fehler (Bias)
1-	Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs oder RCTs mit hohem Risiko systematischer Fehler (Bias)
2++	Qualitativ hochwertige systematische Übersichten von Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien oder Qualitativ hochwertige Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit sehr niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und hoher Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist
2+	Gut durchgeführte Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien mit niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und moderater Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist
2-	Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien mit einem hohen Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und signifikantem Risiko, dass die Beziehung nicht ursächlich ist
3	Nicht-analytische Studien, z. B. Fallberichte, Fallserien
4	Expertenmeinung

2.2.2. Schema der Empfehlungsgraduierung

Die Methodik des Leitlinienprogramms Onkologie sieht eine Vergabe von Empfehlungsgraden durch die Leitlinienautoren im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens vor. Dementsprechend wurden durch die AWMF strukturierte Konsensuskonferenzen durchgeführt [2]. Im Rahmen dieser Prozesse wurden die Empfehlungen von den stimmberechtigten Mandatsträgern (siehe Kapitel 1.9.2) formal abgestimmt.

In der Leitlinie werden zu allen evidenzbasierten Statements und Empfehlungen das Evidenzlevel (siehe Kapitel 2.2.1) der zugrunde liegenden Studien sowie bei Empfehlungen zusätzlich die Stärke der Empfehlung (Empfehlungsgrad) ausgewiesen. Hinsichtlich der Stärke der Empfehlung werden in dieser Leitlinie drei Empfehlungsgrade unterschieden (siehe Tabelle 2), die sich auch in der Formulierung der Empfehlungen jeweils widerspiegeln.

Tabelle 2: Schema der Empfehlungsgraduierung

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	soll
B	Empfehlung	sollte
0	Empfehlung offen	kann

2.2.3. Statements

Als Statements werden Darlegungen oder Erläuterungen von spezifischen Sachverhalten oder Fragestellungen ohne unmittelbare Handlungsaufforderung bezeichnet. Sie werden entsprechend der Vorgehensweise bei den Empfehlungen im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens verabschiedet und können entweder auf Studienergebnissen oder auf Expertenmeinungen beruhen.

2.2.4. Expertenkonsens (EK)

Empfehlungen, für die keine systematische Aufarbeitung der Literatur erfolgte, sondern eine Bearbeitung auf der Grundlage eines Expertenkonsens beschlossen wurde, sind als „Expertenkonsens = EK“ ausgewiesen. Für die Graduierung des Expertenkonsens wurden keine Symbole bzw. Buchstaben verwendet, die Stärke des Konsenspunktes ergibt sich aus der verwendeten Formulierung (soll/sollte/kann) entsprechend der Abstufung in Tabelle 2.

2.2.5. Unabhängigkeit und Darlegung möglicher Interessenkonflikte

Die Deutsche Krebshilfe stellte über das Leitlinienprogramm Onkologie (OL) die finanziellen Mittel für die Erstellung der vorliegenden Leitlinie zur Verfügung. Die Leitlinienherstellung erfolgte in redaktioneller Unabhängigkeit von den finanzierenden Trägern, zusätzliche Sponsoren gab es nicht.

Die finanziellen Mittel wurden ausschließlich für Personalkosten, Büromaterial, Literaturbeschaffung sowie für die AG-Meetings und Konsenskonferenzen (Miete, Technik, Verpflegung, Moderatorenhonorare, Reise- und Hotelkosten) eingesetzt.

Eine standardisierte Erklärung (AWMF-Formblatt) über potentielle Interessenkonflikte wurde von allen Mitgliedern der Leitliniengruppe eingeholt, welche durch die Koordinatoren gesichtet und bewertet wurden. Die darin offengelegten Beziehungen und Sachverhalte sind im Leitlinienreport dargestellt, die Interessenkonflikterklärungen der Mandatsträger (abstimmungsberechtigt) und Experten (nicht-abstimmungsberechtigt) sind in zwei Tabellen abgebildet.

Das Thema Interessenkonflikte wurde während der Kick-off-Veranstaltung, des Erstellungsprozesses in den einzelnen AGs und auf den Konsenskonferenzen mehrfach erläutert. In einzelnen Fällen wurde mit den betroffenen Mandatsträgern Rücksprache gehalten, wenn sich die Frage nach einem potentiellen Interessenkonflikt stellte – ein Ausschluss wegen Befangenheit musste jedoch in keinem Fall vorgenommen werden.

Durch die formale Konsensbildung sowie die interdisziplinäre und multiprofessionelle Erstellung und die Möglichkeit der öffentlichen Begutachtung wurden weitere potentielle Risiken zur Verzerrung reduziert.

Den Mandatsträgern und Experten ist für ihre ausschließlich ehrenamtliche Arbeit ausdrücklich zu danken.

3. Glossar

Das Glossar soll keine neuen Definitionen schaffen, sondern dem Leser Klarheit darüber bringen, wie in dieser Leitlinie Begriffe verstanden werden. Das Glossar ist für die gesamte Leitlinie gültig.

ANGEHÖRIGE

(Synonym: Zugehörige, Nahestehende)

Durch familiäre oder anderwärtige, enge soziale Beziehung dem engen Umfeld des Patienten zugezählte Menschen, wie z. B. Kinder, Eltern, Freunde oder Nachbarn.

BEDÜRFNIS UND BEDARF

Bedürfnis ist ein subjektiv-individueller Anspruch oder Wunsch einer Person oder Personengruppe bzw. ein erlebter Mangel- und Belastungszustand verbunden mit dem Wunsch nach Abhilfe und Befriedigung.

Bedarf ist der objektiv erkennbare, nachvollziehbare, nicht durch eigene Ressourcen zu behebbende Mangel- und Belastungszustand eines Patienten.

Ressourcen „sind auf der einen Seite materielle Mittel (Zeit, Geld, Arbeit), die für einen bestimmten Zweck eingesetzt werden können. Auf der anderen Seite beschreiben sie die Möglichkeiten einer Person oder einer Gruppe, mit belastenden Ereignissen umzugehen. Insbesondere der soziale Rückhalt hat sich als besonders wichtige Ressource für die Gesundheit erwiesen (www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/Konzept/Leitfaden/Glossar.pdf).

(Bedürfnis – Ressource = Bedarf)

DIMENSIONEN DES MENSCHEN, VIER

Der Ansatz der Palliativversorgung ist ganzheitlich, wobei der Patient in seinen vier personalen Dimensionen Beachtung findet: physisch, psychisch, sozial und spirituell. Die Ausrichtung auf die genannten vier Dimensionen knüpft an die Gesundheitsdefinition der Ottawa Charta und die Definition von Palliativmedizin der WHO an [3, 4]. Damit wird versucht, eine Antwort auf das multidimensionale Leid des Menschen am Lebensende – wie Cicely Saunders es mit dem Begriff des *total pain* ausdrückte [5] – zu geben. Die vier Dimensionen sind interrelational.

- **Physische Dimension:** somatische Komponente des Menschen
- **Psychische Dimension:** kognitive und emotionale Dimension des Menschen
- **Soziale Dimension:** relationale Dimension des Menschen, die alle zwischenmenschlichen Beziehungen einschließt. Am Lebensende ist das Einbeziehen der Angehörigen des Patienten in die Palliativversorgung von besonderer Bedeutung.
- **Spirituelle Dimension:** dynamische Dimension menschlichen Lebens, die sich darauf bezieht, wie Personen (individuell und in Gemeinschaft) Sinn, Bedeutung und Transzendenz erfahren, ausdrücken und/oder suchen, und wie sie in Verbindung stehen mit dem Moment, dem eigenen Selbst, mit

Anderen/m, mit der Natur, mit dem Signifikanten und/oder dem Heiligen [6]. Der spirituelle Bereich umfasst dabei:

- Existentielle Fragestellungen (z. B. Identität, Bedeutung, Leid und Tod, Schuld und Scham, Versöhnung und Vergebung, Freiheit und Verantwortung, Hoffnung und Verzweiflung, Liebe und Freude betreffend)
- Werte und Werthaltungen (d. h. das, was für eine Person am wichtigsten ist, beispielsweise das Verhältnis zur eigenen Person, Familie, Freunden, Beruf, Materielles, Natur, Kunst und Kultur, Ethik und Moral, zum Leben als solchem)
- Religiöse Aspekte und Grundlagen (Glaube, religiöse Inhalte und Praktiken, die Beziehung zu Gott oder dem Transzendenten)

ENTLASTUNGSBETREUUNG (*RESPITE CARE*)

Entlastungsbetreuung soll den betreuenden Angehörigen Erholung und Entlastung von der (Dauer-)Belastung durch die Versorgung ihres schwerstkranken Angehörigen ermöglichen. Die Entlastungsbetreuung bezieht sich ausdrücklich nicht nur auf Pflegemaßnahmen (im Sinne von „Kurzzeitpflege“, Verhinderungspflege“ oder „Ersatzpflege“), sondern schließt umfassend alle Aufwendungen und Betreuungsmaßnahmen ein, inklusive der Krankheitsverarbeitung, der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod und familiären Belastungen (zu aktuellen gesetzlichen Regelungen, siehe §§ 39 und 42 SGB XI).

INTERDISZIPLINARITÄT

Die strukturierte Zusammenarbeit von Vertretern verschiedener Spezialisierungen (Synonym: Disziplinen, Fachbereiche) innerhalb einer Profession (Synonym: Berufsgruppe) wird als interdisziplinäres Arbeiten verstanden.

LEBENSQUALITÄT

Die für ihn wesentlichen Komponenten von Lebensqualität und deren Priorisierung bestimmt der Patient selbst. Sie konstituiert sich aus allen individuell denkbaren Faktoren und geht über das Erleben krankheitsassoziiierter Aspekte hinaus.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist die subjektive Selbsteinschätzung von Individuen oder Gruppen im Hinblick auf die Zufriedenheit zu physischen, psychischen, sozialen und alltagsnahen Aspekten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit. Sie erfasst nicht die äußeren Faktoren, die Lebensqualität bestimmen bzw. bedingen. Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität existieren psychometrisch geprüfte und normierte Messinstrumente.

MULTIPROFESSIONALITÄT

Die strukturierte Zusammenarbeit von Vertretern verschiedener Berufsgruppen (Synonym: Professionen) innerhalb eines Teams wird als multiprofessionelles Arbeiten verstanden.

PALLIATIVE TUMORTHERAPIE

(Synonym: tumorspezifische Therapie, palliative Therapie)

Palliative (Tumor-)Therapien sind gegen die Grunderkrankung gerichtete, medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen bei Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung mit dem primären Ziel der Lebensverlängerung und/oder Symptomkontrolle (z. B. Strahlentherapie, operative Verfahren, medikamentöse Tumortherapien). Sie beziehen sich auf die Tumorbiologie und sind somit tumorspezifisch.

Palliative Tumortherapie oder palliative Therapie ist somit kein Synonym für Palliativmedizin oder Palliativversorgung. Die Durchführung palliativer Tumortherapien ist kein Ausschlusskriterium für eine gleichzeitig indizierte Palliativversorgung, sondern ergänzt diese.

PALLIATIVMEDIZIN/PALLIATIVVERSORGUNG

(Synonyme: Palliative Care, Palliativ- und Hospizversorgung)

Palliativmedizin/Palliativversorgung verfolgt das Ziel, die Lebensqualität von Patienten mit einer lebensbedrohenden Erkrankung und ihren Angehörigen zu verbessern oder zu erhalten. Dies erfolgt mittels Prävention und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Problemen im physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bereich [7]. Palliativmedizin/Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als natürlichen Prozess; weder beschleunigt noch zögert sie den Tod hinaus [8].

In dieser Leitlinie werden die Begriffe Palliativmedizin und Palliativversorgung als Synonyme verwendet. Beide Begriffe werden – dem englischen Palliative Care entsprechend – in einem weit gefassten Verständnis benutzt. Palliativmedizin und Palliativversorgung werden demnach als Oberbegriff für alle Aktivitäten zur Verbesserung der Lebensqualität verwendet, die für Menschen mit nicht heilbaren, lebensbedrohlichen (Krebs-) Erkrankungen gelten und betonen den interdisziplinären und multiprofessionellen besonderen Charakter dieses Versorgungsbereichs. Palliativmedizin wird demnach nicht auf den medizinischen und/oder ärztlichen Beitrag reduziert, sondern umfassend im Sinne der multiprofessionellen Palliativversorgung verstanden.

Trotz historisch unterschiedlicher Entwicklungen in Deutschland sind Palliativ- und Hospizversorgung als ein gemeinsamer Ansatz bzw. eine gemeinsame Haltung zu verstehen. Hospizbegleitung wurzelt im bürgerschaftlichen Engagement. Begleitet werden Patienten am Ende ihres Lebens sowie deren Angehörige – zu Hause, in palliativmedizinischen Tageskliniken und in stationären Hospizen. Haupt- und Ehrenamtliche arbeiten in multiprofessionellen Teams zusammen, um eine Betreuung zu bieten, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Entscheidungen orientiert und hierbei Würde, Frieden und Ruhe anstrebt [8].

SUPPORTIVE THERAPIE

Supportive Therapie umfasst alle unterstützenden Maßnahmen zur Vermeidung oder Behandlung von Nebenwirkungen der Krebserkrankung oder -therapie. Diese können sich auf das Management von physischen, psychischen Symptomen oder auf Nebenwirkungen über den gesamten Behandlungsprozess und Krankheitsverlauf beziehen, beginnend von der Diagnose über die Tumortherapie bis hin zur Nachsorge (aus S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ [derzeit in Erstellung], nach Definition der internationalen Supportivorganisation MASCC; www.mascc.org/about-mascc). Supportive Therapie und Palliativmedizin bzw. Palliativ-

versorgung sind keine Synonyme. Ob „Nebenwirkungen der Krebserkrankung“ Teil der supportiven oder der palliativmedizinischen Therapie sind, ist strittig.

STERBEPHASE

Die Sterbephase beschreibt die letzten Tage des Lebens. Für diese Leitlinie wird – basierend auf einer internationalen Expertenempfehlung und der verfügbaren Evidenz – die Sterbephase als die letzten drei bis sieben Tage des Lebens definiert [9, 10].

SYMPTOM

Doppeldeutigkeit bei unterschiedlichen Bedeutungen:

Symptom wird einerseits verwendet für objektiv zu beobachtende klinische Zeichen, im Sinne von Befund (z. B. Leitsymptom) und andererseits zur Bezeichnung subjektiv-individuell empfundener Belastung und Leid.

Im Kontext dieser Leitlinie wird Symptom ausschließlich für die subjektiv empfundene Belastung verwendet und Befund für objektiv zu beobachtende klinische Zeichen.

TEAM

Ein Team ist eine Gruppe von Menschen, die für ein gemeinsames Ziel – hier die Palliativversorgung – zusammenarbeitet und verantwortlich ist. Die Arbeit ist dabei kompetenzbasiert und wird transparent strukturiert. Menschen unterschiedlicher Hierarchiestufen arbeiten zusammen. Die Struktur des Teams, aber auch eine gemeinsame Haltung gewährleistet Verlässlichkeit der Versorgung. Von gegenseitiger Achtung getragene Beziehungen und Interaktionen der Teammitglieder, Gemeinschaftssinn und ein starker Gruppenzusammenhalt können Merkmale eines Teams sein [11, 12].

4. Grundsätze der Palliativversorgung

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
4.1.	Palliativversorgung stellt die Lebensqualität der Patienten, die von einer nicht heilbaren Krebserkrankung betroffen sind, und ihrer Angehörigen in das Zentrum aller Bemühungen.		EK (Statement)	
4.2.	Die Palliativversorgung ist durch einen multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz gekennzeichnet.		EK (Statement)	
4.3.	Die in der Palliativversorgung Tätigen <i>sollen</i> sich durch eine Haltung auszeichnen, die den Patienten als Person in seiner physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension wahrnehmen und seine Angehörigen mit einbeziehen, wahrhaftig im Umgang mit den Betroffenen sind und Sterben und Tod als einen Teil des Lebens akzeptieren.		EK	
4.4.	Die folgenden Grundsätze <i>sollen</i> bei der Palliativversorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung Anwendung finden: <ol style="list-style-type: none"> 1. die Berücksichtigung der und das Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten in allen vier Dimensionen (physisch, psychisch, sozial, spirituell); 2. die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen; 3. die Bestimmung realistischer Therapieziele; 4. die Kenntnis über Organisationsformen von Palliativversorgung; 5. das Schaffen von Rahmenbedingungen, die die Intimität des Patienten respektieren. 		EK	
4.5.	Die folgenden Grundsätze <i>sollen</i> bei der palliativmedizinischen Symptomkontrolle bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung Anwendung finden: <ol style="list-style-type: none"> 1. die Durchführung einer angemessenen differenzialdiagnostischen Ursachenklärung des Symptoms zur zielgerichteten Therapie und Erfassung potentiell reversibler Ursachen; 2. die Behandlung reversibler Ursachen, wenn möglich und angemessen; 3. die Durchführung einer symptomatischen Therapie – alleine oder parallel zu einer ursächlichen Therapie; 4. die Abwägung tumorspezifischer Maßnahmen (z. B. Strahlentherapie, operative Verfahren, medikamentöse Tumorthapien) mit dem primären oder alleinigen Therapieziel der Symptomlinderung. Voraussetzung ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Fachbereichen und der Palliativmedizin; 5. die Abwägung von Nutzen und Belastung der oben benannten Maßnahmen im offenen und ehrlichen Austausch mit dem Patienten und ggf. seinen Angehörigen. 		EK	

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
4.6.	<p>Die folgenden Grundsätze <i>sollen</i> bei der Palliativversorgung von Angehörigen von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung Anwendung finden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Berücksichtigung der und das Eingehen auf die Bedürfnisse und die Belastung der Angehörigen; 2. die Bestimmung realistischer Ziele; 3. die Kenntnis und Information über spezifische Unterstützungsangebote für Angehörige. 		EK	
4.7.	<p>Die folgenden Grundsätze <i>sollen</i> für die in der Palliativversorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung handelnden Personen Anwendung finden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Bereitschaft, sich mit den eigenen Möglichkeiten und Grenzen in Bezug auf die Themen Sterben, Tod und Trauer auseinanderzusetzen und die eigene Endlichkeit bewusst zu reflektieren; 2. die Nutzung eigener und angebotener Möglichkeiten der Salutogenese und Selbstfürsorge; 3. die Bereitschaft, sich fachlich zu qualifizieren; 4. das Schaffen von geeigneten Rahmenbedingungen durch Menschen in Leitungsfunktionen. 		EK	
4.8.	<p>Kriterien für die Qualität der Palliativversorgung <i>sollen</i> auch <i>patient-reported-outcomes</i> (PRO) beinhalten.</p>		EK	

5. Atemnot

5.1. Einleitung

Atemnot ist ein häufiges und belastendes Symptom bei Patienten mit einer Krebserkrankung. Die weit verbreitete und international anerkannte Definition von Atemnot durch die *American Thoracic Society* beschreibt Atemnot als „eine subjektive Erfahrung einer unangenehmen Atmung, die in ihrer Ausprägung schwanken kann. Die Erfahrung wird von einem komplexen Zusammenspiel physischer, psychischer, sozialer und umweltbedingter Faktoren beeinflusst und kann sekundäre physiologische und verhaltensbezogene Reaktionen auslösen“ [13, 14]. Im internationalen Kontext wird Atemnot als „refractory breathlessness“ (dt.: refraktäre Atemnot) beschrieben, wenn die Atemnot trotz optimaler Therapie der Grunderkrankung oder der vermuteten Ursache weiterbesteht, sodass eine symptomatische Therapie indiziert ist (z. B. weiter bestehende Atemnot bei einem Patienten mit Lungenkrebs trotz optimaler Chemo- und Strahlentherapie) [15]. Die Empfehlungen in diesem Kapitel beziehen sich nur auf die **symptomatische Therapie** der Atemnot.

In der Terminologie werden verschiedene Begriffe für „Atemnot“ synonym verwendet: Luftnot, erschwertes Atmen, Kurzatmigkeit u. a. (im englischen: dyspn(o)ea, breathlessness, difficult breathing, shortness of breath).

Atemnot kann in zwei Hauptkategorien unterteilt werden: kontinuierliche Atemnot und Atemnotattacken [16]. Patienten mit einer kontinuierlichen Atemnot beklagen eine ununterbrochene Belastung durch Atemnot, die allerdings in ihrer Intensität typischerweise stark schwankt [17]. Atemnotattacken werden auf der Basis eines internationalen Konsensus wie folgt definiert: „Atemnotattacken sind eine Form von Atemnot und durch eine starke Zunahme der Atemnotintensität oder des unangenehmen Gefühls durch Atemnot gekennzeichnet, die nach Empfinden des Patienten außerhalb normaler Schwankungen von Atemnot liegen. Atemnotattacken sind zeitlich begrenzt (Sekunden bis Stunden), treten intermittierend und unabhängig vom Vorliegen kontinuierlicher Atemnot auf. Atemnotattacken können vorhersehbar oder unvorhersehbar sein, abhängig davon, ob Auslöser benannt werden können. Es gibt eine Vielzahl von bekannten Auslösern, die sich gegenseitig beeinflussen können (z. B. körperliche Belastung, Emotionen, Begleiterkrankungen oder Umgebungsfaktoren). Eine Atemnotattacke kann von einem oder mehreren Auslösern verursacht werden“ [18, 19].

Atemnot ist ein häufiges Symptom bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung. Eine Registererhebung bei 5.014 Krebspatienten in stationären Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland in den Jahren 2006-2008 ergab eine Atemnot-Prävalenz von 53,4 % [20]. Die höchste Prävalenz zeigten Patienten mit Lungenkrebs (74,3 %). Diese Ergebnisse werden durch Daten aus anderen Ländern bestätigt [21-23]. Krebspatienten mit einer pulmonalen, pleuralen oder mediastinalen Beteiligung leiden häufiger und stärker unter Atemnot [22, 24]. In der Endphase einer Krebserkrankung nehmen Häufigkeit und Schwere von Atemnot zu [21, 25, 26].

Atemnot ist ein belastendes Symptom, nicht nur für Patienten, sondern auch für ihre Angehörigen [27, 28]. Im Vergleich zu anderen Symptomen verursacht Atemnot den höchsten Grad an Belastung [29]. Patienten beschreiben häufig starke Einschränkungen in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit, was u. a. auch zu sozialer Isolation führt [30]. Atemnot ist eng mit Angst bzw. Panik verknüpft [13, 14, 17, 31]. Hierbei scheint es eine Wechselwirkung zwischen Angst/Panik und Atemnot zu geben, wobei Atemnot

Angst verursacht und Angst/Panik in der Folge die Atemnot verschlimmert [32]. Patienten beschreiben dies als *circulus vitiosus*, der häufig zu akuten Notfällen, Krankenhauseinweisungen und Hilfebedarf führt [32, 33].

Die folgenden Empfehlungen beinhalten neben Aussagen zur Erfassung der Atemnot vor allem nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapieverfahren zur symptomatischen Linderung der Atemnot. Verfahren, die ursächlich und tumororientiert vorgehen, werden hier nicht behandelt (z. B. Strahlentherapie, Operation, Bronchoskopie etc.; siehe auch Kapitel 5.1).

5.2. Erfassung

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
5.1.	Atemnot <i>soll</i> durch die subjektive Beurteilung des Patienten erfasst werden, z. B. im Rahmen einer mehrere Symptome einschließenden Erfassung.		EK	
5.2.	Bei einer ausführlicheren Erfassung der Atemnot <i>sollte</i> Atemnot in drei Dimensionen beurteilt werden: <ul style="list-style-type: none"> • Sensorisches Erleben: Intensität/Schweregrad der Atemnot • Emotionale Belastung: unangenehmes Gefühl durch Atemnot • Beeinträchtigung im Alltag durch die Atemnot 		EK	
5.3.	Die wiederholte Beurteilung der Atemnot vor, während und nach einer symptomatischen Therapie <i>soll</i> Bestandteil der Erfassung sein.		EK	
5.4.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung mit Atemnot und mit deutlich kognitiver oder körperlicher Einschränkung <i>soll</i> die Erfassung der Atemnot durch Fremdeinschätzung von Angehörigen oder Personal erfolgen.		EK	
5.5.	Potentiell behandelbare Ursachen der Atemnot <i>sollen</i> ermittelt werden.		EK	
5.6.	Wenn eine ursächliche Therapie der Atemnot möglich ist, <i>soll</i> diese vor oder parallel zu einer symptomatischen Therapie durchgeführt werden. Dabei <i>soll</i> Folgendes berücksichtigt werden: <ul style="list-style-type: none"> • Abwägung der medizinischen Indikation • Belastung sowie Nutzen für den Patienten • Patientenwille 		EK	

Die Sicherstellung einer optimalen Therapie der Grunderkrankung und der Ausschluss behandelbarer Ursachen sollen einer symptomatischen Therapie vorausgehen bzw. parallel erfolgen. Dies erfolgt in enger Kooperation mit der jeweiligen Fachkompetenz

(z. B. Onkologie, Pneumologie, Strahlentherapie). Bei Patienten mit einer Krebserkrankung sind folgende potentiell reversible Ursachen häufig für die Atemnot verantwortlich (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Beispiele möglicher Ursachen von Atemnot und deren ursächliche Therapieoptionen

Ursache von Atemnot	Ursächliche Therapie
Anämie	Transfusion
Atemwegsobstruktion, COPD als Begleiterkrankung	Antiobstruktive Therapie, Kortikosteroide
Hämoptysen	Antifibrinolytika, bronchoskopische oder operative Intervention (Stent, Laser, Argon-Beamer), Strahlentherapie
Infektionen, z. B. Pneumonie	Antibiotika, Antimykotika
Obere Einflusstauung	Antikoagulantien, Cava-Stent, Kortikosteroide, Strahlentherapie
Obstruktion der Atemwege durch Tumor	Bronchoskopische oder operative Intervention (Stent, Laser, Argon-Beamer), Strahlentherapie
Perikarderguss	Perikardpunktion, Perikardiodese
Pleuraerguss	Pleurapunktion, Pleuradrainage, Pleurodesse
Pulmonale Stauung	Diuretika, andere adäquate, medikamentöse Therapien

5.3. Opiode

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
5.7.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Atemnot <i>sollen</i> orale [*] oder parenterale Opiode zur symptomatischen Linderung von Atemnot eingesetzt werden.	A	1+	[34-45]
5.8.	Bei einer Niereninsuffizienz und Zunahme der Nebenwirkungen <i>sollte</i> die Dosis bzw. die Wahl des Opioids anhand der klinischen Situation und dem Schweregrad der Niereninsuffizienz angepasst werden.	B	3	[46]
5.9.	Es gibt keinen Hinweis, dass eine lege artis durchgeführte Therapie der Atemnot mit Opioiden zu einer klinisch relevanten Atemdepression führt.	ST	1+	[34-45]

Bei einer bestehenden Niereninsuffizienz und einer Therapie mit Opioiden ist erhöhte Wachsamkeit gefordert (siehe Tabelle 4) [47]. Eine bestehende Niereninsuffizienz darf aber nicht zu einer verzögerten Anwendung von Opioiden zur Linderung von Atemnot führen [46]. Grundsätzlich sollte bei einer bestehenden (v. a. schweren) Niereninsuffizienz nach dem klinischen Bild (vermehrtes Auftreten von Nebenwirkungen?) ggf. die

* Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrotomie]) ein.

Dosis reduziert, das Dosisintervall verlängert oder auf ein anderes Opioid gewechselt werden, welches keine/weniger nierenpflichtige, aktive Metabolite bildet (siehe Tabelle 5). Es ist wichtig zu betonen, dass die Studienlage zur Frage der Verwendung von Opioiden bei Niereninsuffizienz (unabhängig des adressierten Symptoms, also Schmerz oder Atemnot) sehr limitiert ist und die Empfehlungen primär auf pharmakokinetischer Ratio sowie auf klinischer Erfahrung beruht [46-49].

Tabelle 4: Umgang mit Opioiden in Abhängigkeit des Schweregrads der Niereninsuffizienz bei neu aufgetretener oder zunehmenden Atemnot (adaptiert von: King et al. 2011 und Twycross et al. 2011 [46, 47])

Grad der Niereninsuffizienz	Umgang mit Opioiden
Milde bis moderate Niereninsuffizienz (GFR 30-89 ml/min)	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Opiode, die für die symptomatische Therapie der Atemnot verwendet werden, können nach Abwägung einer Reduktion der Dosis oder Frequenz eingesetzt werden. • Verstärkte Beobachtung von Veränderungen der Nierenfunktion oder vorzeitiger Opioid-Wechsel bei sich rasch verschlechternder Nierenfunktion • Abklärung möglicher reversibler Ursachen der Niereninsuffizienz • Beachte: Die errechnete GFR ist weniger genau bei gleichzeitigem Vorliegen einer Kachexie, geringem Serum-Protein, Ödemen oder einer akuten Niereninsuffizienz.
Schwere Niereninsuffizienz bis Nierenversagen (GFR < 30 ml/min)	<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Opioid-Wechsel zu schnell freisetzendem Hydromorphon oder Fentanyl/Buprenorphin; • Deutlich erhöhte Vorsicht, engmaschige Beobachtung und Evaluation, um ggf. rasch eine Dosisanpassung durchzuführen (Dosismenge oder Frequenz); • Transdermale Applikationen und langsam freisetzende Präparate sind wegen der verzögerten Elimination und eingeschränkter Möglichkeit zur Dosisanpassung nur mit erhöhter Vorsicht einzusetzen.
GFR = Glomeruläre Filtrationsrate	

Tabelle 5: Opiode mit und ohne Bildung nierenpflichtiger, aktiver Metabolite und Dialysierbarkeit (Hämodialyse) (adaptiert von: King et al. 2011, Twycross et al. 2011 und Murtagh et al. 2007 [46, 47, 49])

Opioid	Aktive, nierenpflichtige Metabolite	Wird durch Dialyse entfernt*?	Sicher und effektiv bei dialysepflichtigen Patienten**?
Morphin	Ja	Ja	Vermeiden, wenn möglich
Hydromorphon	(Ja)	Ja	Ja, mit Vorsicht
Oxycodon	Ja	(Ja)	Unklar (limitierte Evidenz)
Fentanyl	Nein	Nein	Ja, mit Vorsicht
Buprenorphin	(Ja)	Nein	Ja, mit Vorsicht

* Ob ein Opioid dialysegängig ist oder nicht ist ein sehr viel komplexeres Geschehen als es die Ja-Nein-Einteilung ausdrückt und muss u. a. zusätzlich berücksichtigen, ob auch Metabolite entfernt werden. Die Einteilung Ja/Nein an dieser Stelle wird verwendet, um zu beschreiben, ob potentiell ein signifikanter Umfang des Medikamentes oder seiner Metabolite durch die Dialyse entfernt wird.

** Bei dialysepflichtigen und niereninsuffizienten Patienten sollten alle Opiode mit erhöhter Vorsicht und zusätzlicher Evaluation und Beobachtung angewendet werden und ggf. eine Dosisadaption (Menge, Frequenz) erfolgen. Die hier genannte Einteilung, ob ein Opioid bei dialysepflichtigen Patienten angewendet werden kann, ist eine Verallgemeinerung und kann von Patient zu Patient variieren. Die Einteilung basiert überwiegend auf Fallberichten und klinischer Erfahrung.

5.4. Andere Medikamente

5.4.1. Benzodiazepine

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
5.10.	Benzodiazepine <i>können</i> zur Linderung von Atemnot eingesetzt werden, wenn die Behandlung mit Opioiden nicht wirksam ist.	0	1+	[50, 51]
5.11.	Benzodiazepine <i>können</i> in Kombination mit Opioiden zur Linderung von Atemnot eingesetzt werden, insbesondere bei Patienten in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium oder in der Sterbephase.	0	1-	[44, 52]

5.4.2. Phenothiazine

Nr.	Empfehlung	EG	LoE	Quellen
5.12.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollten nicht</i> mit Phenothiazinen zur Linderung von Atemnot behandelt werden.	B	1-	[53-56]

5.4.3. Antidepressiva, Buspiron

Nr.	Empfehlung	EG	LoE	Quellen
5.13.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollten nicht</i> mit Antidepressiva oder Buspiron zur Linderung von Atemnot behandelt werden.	B	1-	[57-64]

5.4.4. Steroide (Glucocorticoide)

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
5.14.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollten nicht</i> mit Steroiden zur Linderung von Atemnot behandelt werden, <i>wenn nicht</i> zusätzlich eine Lymphangiosis carcinomatosa oder eine Atemwegobstruktion durch den Tumor vorliegt.	B	1-	[65-83]
5.15.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, bei denen eine Lymphangiosis carcinomatosa oder eine Atemwegobstruktion durch den Tumor vorliegt, <i>können</i> mit Steroiden zur Linderung von Atemnot behandelt werden.	0	4	-

5.5. Nicht-medikamentöse Therapie

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
5.16.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Atemnot <i>sollen</i> nicht-medikamentöse Allgemeinmaßnahmen zur Linderung von Atemnot angewendet werden, z. B. Aufklärung über das Symptom Atemnot, Beruhigung/Entspannung, Atemübungen oder Kühlung des Gesichts.		EK	
5.17.	Ein auf das Gesicht gerichteter kühler Luftzug (z. B. hervorgerufen durch einen Handventilator) <i>sollte</i> zur symptomatischen Linderung von Atemnot bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Atemnot eingesetzt werden.	B	1-	[84-86]
5.18.	Ein Rollator und andere Gehhilfen <i>sollten</i> zur Unterstützung der Mobilität und zur Linderung von Atemnot bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Atemnot eingesetzt werden.	B	1-	[84]

5.6. Sauerstoff

Nr.	Empfehlung	EG	LoE	Quellen
5.19.	Sauerstoff <i>sollte nicht</i> zur Linderung von Atemnot bei nicht-hypoxämischen Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung eingesetzt werden.	B	1+	[15, 87-89]

5.7. Atemnot in der Sterbephase

Siehe dazu auch Kapitel 10, Sterbephase.

Nr.	Empfehlung	EG	LoE	Quellen
5.20.	In der Sterbephase eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, der nicht mehr eine Selbsteinschätzung seiner Atemnot äußern kann, <i>soll</i> die Beurteilung, ob und in welcher Intensität eine Atemnot vorliegt, durch eine Fremdeinschätzung (professionelle Begleiter, Angehörige) auf der Basis klinischer Zeichen (u. a. Schwitzen, Zyanose, schnelle, flache Atemzüge, körperliche Unruhe, mimische Ausdrucksformen von Unwohlsein und Anstrengung) erfolgen.		EK	
5.21.	Patienten mit Atemnot, die sich in der Sterbephase befinden und eine medikamentöse Therapie zur Linderung von Atemnot benötigen, <i>sollen</i> mit Opioiden als Mittel der Wahl behandelt werden. Bei einer überdies bestehenden ängstlichen Symptomatik <i>können</i> Benzodiazepine zusätzlich zu Opioiden gegeben werden.		EK	

6. Tumorschmerz

6.1. Einleitung

Nach der Definition der International Association for the Study of Pain (IASP) ist Schmerz „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird“ [90]. Neben der physischen Komponente (Nozizeption) spielen psychische, soziale und spirituelle Dimensionen eine Rolle bei Tumorschmerzen. Cicely Saunders prägte in diesem Sinne den Begriff des „Total Pain“, der die Interrelationalität physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Komponenten von Schmerzen bezeichnet [5].

Für die vorliegende S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ wurde die 2012 publizierte europäische EAPC/Caraceni-Leitlinie für medikamentöse Tumorschmerztherapie für Deutschland übersetzt und adaptiert [48]. Alle Empfehlungen aus der EAPC-Publikation sind evidenzbasiert. Zusätzlich zu diesen Empfehlungen wurden für die Zwecke der vorliegenden, deutschen Version der Leitlinie weitere Empfehlungen entwickelt. So wurde ein Kapitel zur Schmerzerfassung verfasst, um so eine einheitliche Struktur mit anderen, symptombezogenen Kapiteln dieser Leitlinie zu gewährleisten. Die Empfehlungen zur Schmerzerfassung basieren auf der Expertenmeinung der Leitliniengruppe. Ebenso wurden evidenzbasierte Empfehlungen zu Metamizol neu entwickelt mit dem Ziel, die schmerztherapeutische Praxis in Deutschland besser widerzuspiegeln (siehe Kapitel 6.9.1). Anpassungen der Originalleitlinie wurden im Hinblick auf die Besonderheiten der deutschen Praxis vorgenommen. So wurden Aussagen zu Pharmaka, die in Deutschland nicht zugelassen sind (Diamorphin, Hydrocodon) nicht übernommen. Wenn solche Anpassungen der originalen Empfehlungen gemacht wurden, wurden diese in den Hintergrundtexten der Langversion erläutert und begründet.

Die vorliegende Leitlinie fokussiert ausschließlich auf medikamentöse und symptomatische Therapieoptionen, nicht-medikamentöse Verfahren (z. B. physiotherapeutische oder psychotherapeutische Verfahren [1]) werden hier nicht bewertet. Es werden zudem keine Bewertungen von tumorspezifischen Maßnahmen (z. B. Strahlentherapie, operative Verfahren, medikamentöse Tumortherapien) oder invasiven Therapieverfahren vorgenommen, die ebenfalls einen Stellenwert in der Tumorschmerztherapie haben (siehe dazu organspezifische Leitlinien des Leitlinienprogramms Onkologie, www.leitlinienprogramm-onkologie.de).

Mittlere bis starke Tumorschmerzen sind häufig und treten bei 70 – 80 % der Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Krebserkrankung auf. Nach dem derzeitigen Kenntnisstand können Tumorschmerzen bei fast allen Patienten gelindert werden [91]. Daten aus Umfragen und Beobachtungsstudien belegen, dass dennoch viele Patienten unter mittleren oder starken Schmerzen leiden und keine angemessene Therapie erhalten [92]. Die Empfehlungen zur Schmerztherapie beziehen sich auf verschiedene Stufen der Schmerzintensität, die als leicht, mittel oder stark beschrieben werden. Die Einteilung basiert auf einer subjektiven Einschätzung durch den Patienten und wird bewusst nicht näher definiert bzw. wird nicht bestimmten NRS-Werten zwischen 0-10 zugeordnet.

Die meisten Opioid-Analgetika unterliegen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften. Für den klinischen Alltag sind vor allem das Betäubungsmittelgesetz und die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) relevant. Die BtMVV regelt u. a.

- wer welche Betäubungsmittel und in welcher Menge verordnen darf;
- die Verordnung (Form und Inhalt der Verschreibung);
- die Dokumentation des gesamten Betäubungsmittelverkehrs;
- den Umgang mit Betäubungsmitteln in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens, inkl. Hospizen und SAPV-Teams.

Eine adäquate Opioid-Therapie setzt die Kenntnisse dieser Verordnungen voraus.

Eine pharmakoökonomische Bewertung wurde nicht vorgenommen. Im Einzelfall kann es schwierig sein, den klinischen Vorteil, der die Grundlage für die Empfehlung darstellt, gegen die höheren Preise neuer Medikamente im Vergleich zu kostengünstigeren älteren oder weniger wirksamen Medikamenten abzuwägen. Dies trifft beispielsweise für die schnell wirkenden Opioid-Präparate zur Behandlung von Durchbruchschmerzen und für die Opioidantagonisten zur Prophylaxe und Behandlung der opioidbedingten Obstipation zu. Weitere potentielle Verzerrungen (Bias) der eingeschlossenen Studien sind natürlich nicht auszuschließen, auch wenn diese in der EAPC/Caraceni-2012-Leitlinie sowie in den neu entwickelten Abschnitten dieser Empfehlungen durch eine standardisierte Qualitätsbewertung möglichst ausführlich berücksichtigt wurden (siehe auch Leitlinienreport).

Im Rahmen der Schmerzdiagnose ist abzuklären, ob eine behandelbare Schmerzursache vorliegt (inkl. Indikation für eine tumorspezifische Therapie). Generell gilt, dass eine Verkleinerung der Tumormasse in aller Regel auch eine Abnahme der Schmerzen bedingt. Insbesondere bei schmerzhaften Knochenmetastasen sollte die Möglichkeit einer Strahlentherapie überprüft werden, da hiermit eine effektive Schmerzlinderung erreicht werden kann [93-95]. Allerdings ist bei den tumorspezifischen Verfahren auch mit einer gewissen Latenz in der Schmerzlinderung zu rechnen, sodass bis dahin immer auch eine ausreichend medikamentöse Analgesie gewährleistet werden sollte. Die Beseitigung anderer Ursachen, z. B. die Punktion von Aszites oder Pleuraergüssen oder die Reduktion von Leberkapselspannungs- oder Nervenkompressionsschmerz kann ebenso zu einer akuten Entlastung von Druckschmerzen beitragen. Auch andere Formen der Druckentlastung, z. B. durch eine Ablaufsonde bei gastrointestinaler Obstruktion, können sinnvoll sein. Ebenso kann die Behandlung von Infektionen angezeigt sein, wenn dadurch Schmerzen – z. B. durch Schleimhautläsionen – reduziert werden können. Generell gilt, dass kausale Therapieansätze in der Tumorschmerztherapie genutzt werden sollten. Jedoch sind diese in aller Regel nicht allein ausreichend wirksam oder zeigen eine verzögerte Wirkung und sollten daher mit einer symptomatischen Analgesie kombiniert werden.

6.2. Schmerzerfassung

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.1.	Schmerzanamnese und schmerzbezogene klinische Untersuchung <i>sollen</i> Bestandteil jeder Schmerzdiagnostik sein.		EK	
6.2.	Die Einschätzung der Schmerzintensität <i>soll</i> nach Möglichkeit durch den Patienten selbst erfolgen, z. B. durch einfache eindimensionale Schmerzintensitätsskalen im Rahmen einer mehrere Symptome einschließenden Erfassung.		EK	
6.3.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Schmerzen sowie einer deutlichen kognitiven oder körperlichen Einschränkung <i>soll</i> die Erfassung der Schmerzintensität durch Fremdeinschätzung von Angehörigen oder Personal erfolgen.		EK	

6.3. Anwendung verschiedener Opioid-Klassen

6.3.1. WHO-Stufe-II-Opioide

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.4.	Patienten mit leichten bis mittleren Tumorschmerzen, oder Patienten, deren Schmerzen nicht adäquat durch orale, regelmäßige Verabreichung von Nicht-Opioid-Analgetika kontrolliert werden können, <i>sollten</i> zusätzlich orale* Stufe-II-Opioide oder alternativ niedrig dosierte Stufe-III-Opioide verabreicht werden.	B	1-	[48, 96, 97]

6.3.2. WHO-Stufe-III-Opioide der ersten Wahl

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.5.	Bei Patienten mit mittleren bis starken Tumorschmerzen <i>sollen</i> Stufe-III-Opioide verwendet werden.		EK	
6.6.	Als Stufe-III-Opioide der ersten Wahl <i>können</i> Morphin, Oxycodon und Hydromorphon verwendet werden.	0	1-	[48, 98-101]

* Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrotomie]) ein.

6.3.3. Levomethadon in der Tumorschmerztherapie

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.7.	Bei Patienten mit mittleren bis starken Tumorschmerzen <i>kann</i> Levomethadon als Stufe-III-Opioid der ersten oder späteren Wahl verwendet werden.	0	1-	[48, 102]
6.8.	Levomethadon <i>soll</i> aufgrund seines komplexen pharmakokinetischen Profils mit einer unvorhersehbaren Halbwertszeit nur von erfahrenen Ärzten eingesetzt werden.	A	1-	[48, 102]

Die Empfehlungen beziehen sich in der englischen Originalleitlinie auf Methadon und nicht auf Levomethadon. Was Deutschland betrifft, wird Methadon (als Racemat) nur zur Substitutionsbehandlung eingesetzt. Für die Schmerzbehandlung ist nur Levomethadon als Fertigarzneimittel im Handel erhältlich und ist deshalb Thema der o.g. Empfehlungen.

6.4. Opioidtitration

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.9.	Bei Patienten mit Tumorschmerzen <i>können</i> schnell und langsam freisetzende orale Morphin-, Oxycodon- und Hydromorphon-Präparate zur Dosistitration verwendet werden.	0	1-	[48, 103]
6.10.	Bei Patienten mit Tumorschmerzen <i>sollten</i> die Titrationszeitpläne für schnell und langsam freisetzende Darreichungsformen durch die orale* Verabreichung von schnell freisetzenden Opioiden als Bedarfsmedikation ergänzt werden.	B	1-	[48, 103]

6.5. Applikationsformen

6.5.1. Die Rolle transdermaler Opiode

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.11.	Für einige Patienten mit Tumorschmerzen <i>können</i> transdermales Fentanyl oder transdermales Buprenorphin als Alternative zu oralen* Opioiden das bevorzugte Stufe-III-Opioid sein.	0	1-	[48, 104]
6.12.	Bei Patienten mit Tumorschmerzen und Schluckstörungen <i>können</i> transdermale Opiode als ein wirksames, nicht-invasives Mittel zur Opioid-Verabreichung eingesetzt werden.	0	1-	[48, 104]

* Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrotomie]) ein. Ob eine Darreichungsform für die Anwendung über eine Sonde geeignet ist, muss handelspräparat-spezifisch überprüft werden.

6.5.2. Alternative systemische Applikationsformen für Opioide

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.13.	Bei Patienten, denen Opioide nicht auf oralem* oder transdermale Weg verabreicht werden können, <i>soll</i> der subkutane Applikationsweg bei der Verabreichung von Morphin oder Hydromorphon die erste Alternative sein.	A	1+	[48, 105]
6.14.	Bei Patienten mit Tumorschmerz, bei denen die subkutane Verabreichung kontraindiziert ist (z. B. aufgrund peripherer Ödeme, Gerinnungsstörungen, schlechter peripherer Durchblutung und bei Notwendigkeit von hohen Volumina und Dosen), <i>soll</i> die intravenöse Applikation in Betracht gezogen werden.	A	1+	[48, 105]
6.15.	Bei Patienten mit Tumorschmerzen <i>soll</i> die intravenöse Verabreichung für die Opioid-Titration verwendet werden, wenn eine schnelle Schmerzkontrolle erforderlich ist.	A	1+	[48, 105]
6.16.	Für Patienten, bei denen keine adäquate Analgesie mit oraler und transdermaler Applikation erzielt werden <i>kann</i> , kann die kontinuierliche intravenöse oder subkutane Applikation eine Therapiealternative sein, um eine optimale Schmerzkontrolle zu erzielen.	0	3	[48, 105]
6.17.	Der subkutane und intravenöse Zugangsweg <i>kann</i> für eine patientenkontrollierte Analgesie genutzt werden.	0	3	[48, 105]
6.18.	Wenn von der oralen† zur subkutanen oder intravenösen Morphin-Applikation gewechselt wird, <i>sollte</i> dies entsprechend einer relativen analgetischen Potenz zwischen 3:1 und 2:1 erfolgen.	B	3	[48, 105]
6.19.	Die rektale Opioid-Applikation <i>sollte</i> nur als Methode der zweiten Wahl eingesetzt werden, da entsprechende Präparate oft nicht zeitnah zur Verfügung stehen und die Akzeptanz dieser Applikationsform von Seite der Patienten oft gering ist.	B	3	[48, 105]

* Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrotomie]) ein. Bei Patienten mit Schluckstörungen stehen neben den transdermalen oder parenteralen Anwendungen auch andere Applikationswege bei Verwendung entsprechender Darreichungsformen zur Verfügung. Beispielsweise kann Morphin in flüssiger Form (schnell freisetzend) oder als retardiertes Granulat über enterale Sonden (Magensonde, PEG) verabreicht werden. Die Verfügbarkeit und Eignung der verschiedenen Darreichungsformen kann beim Apotheker erfragt werden.

† Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrotomie]) ein.

6.5.3. Rückenmarksnahe Verabreichung von Opioiden

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.20.	Bei Patienten, bei denen die Analgesie nicht ausreichend ist oder die trotz eines optimierten Einsatzes oraler* und parenteraler Opioid- und Nicht-Opioid-Analgetika unter unerträglichen Nebenwirkungen leiden, <i>können</i> Opioid- in Kombination mit Lokalanästhetika oder Clonidin rückenmarksnahe (peridural oder intrathekal) verabreicht werden.	0	1-	[48, 106, 107]

6.6. Opioidwechsel

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.21.	Bei Patienten, die unter Stufe-III-Opioiden keine ausreichende Analgesie erreichen und unter schweren bzw. unkontrollierbaren Nebenwirkungen leiden, <i>kann</i> auf ein alternatives Opioid gewechselt werden.	0	3	[48, 108, 109]

6.6.1. Äquianalgetische Opioid-Dosierungen

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.22.	Bei Patienten mit Tumorschmerzen, die auf ein anderes Opioid umgestellt werden, <i>sollte</i> die Umstellung anhand von Umrechnungsfaktoren erfolgen.	B	1-	[48, 110]
6.23.	Bei Patienten mit Tumorschmerzen, die aufgrund einer unzureichenden Analgesie, und/oder übermäßigen Nebenwirkungen auf ein anderes Opioid umgestellt werden, <i>sollte</i> die Anfangsdosierung niedriger sein als die nach publizierten Äquipotenztabellen berechnete. Die Dosis ist anhand des klinischen Ansprechens dann zu titrieren.	B	1-	[48, 110]

Umrechnungsfaktoren werden in Tabelle 6 dargestellt zusammen mit der Stärke der Empfehlung auf der Basis der aktuellen Evidenzlage.

* Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrotomie]) ein.

Tabelle 6: Relatives analgetisches Verhältnis für den Opioid-Wechsel

	Relatives analgetisches Verhältnis	Stärke der Empfehlung zur Anwendung
Orales Morphin zu oralem Oxycodon	1,5:1	stark
Orales Oxycodon zu oralem Hydromorphon	4:1	stark
Orales Morphin zu oralem Hydromorphon	5:1	schwach
Orales Morphin zu Buprenorphin TTS*	75:1	schwach
Orales Morphin zu Fentanyl TTS**	100:1	stark

TTS = Transdermale Therapeutische Systeme. *Beispiel: 60 mg orales Morphin zu 35 µg/h TD Buprenorphin (gleich 0,8 mg pro 24 h). **Beispiel: 60 mg orales Morphin zu 25 µg/h TD Fentanyl (gleich 0,6 mg pro 24 Stunden).

In der Originalfassung sind die Angaben der analgetischen Verhältnisse in den ersten drei Zeilen fälschlicherweise vertauscht worden. Für diese Tabelle wurden diese Angaben korrigiert. Die hier aufgeführten Angaben der analgetischen Verhältnisse sind somit korrekt.

6.7. Prophylaxe und Behandlung von Nebenwirkungen

6.7.1. Behandlung von opioidbedingter Übelkeit und Erbrechen

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.24.	Bei Patienten mit opioidbedingter Übelkeit und Erbrechen <i>sollten</i> Medikamente mit antidopaminergen (z. B. Haloperidol) bzw. antidopaminergen und weiteren Wirkungsmechanismen (z. B. Metoclopramid) verwendet werden.	B	1-	[48, 111]

6.7.2. Behandlung opioidbedingter Obstipation

Siehe dazu auch Abschnitt 7.4.2. im Kapitel „Opioidbedingte Obstipation“

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.25.	Laxantien zur Behandlung oder Vorbeugung von opioidbedingter Obstipation <i>sollen</i> routinemäßig verordnet werden.	A	1+	[48, 112]
6.26.	Es gibt keine Evidenz, nach der ein Laxans gegenüber anderen zu bevorzugen ist.	ST	1+	[48, 112]
6.27.	Bei opioidbedingter, therapieresistenter Obstipation <i>kann</i> eine Kombination aus Laxantien mit unterschiedlichem Wirkmechanismus eingesetzt werden.	0	1+	[48, 112]
6.28.	Bei einer opioidbedingten Obstipation <i>soll</i> eine subkutane Methylnaltrexon-Injektion in Betracht gezogen werden, wenn herkömmliche Laxantien nicht ausreichend wirken.	A	1+	[48, 112]

6.7.3. Behandlung opioidbedingter ZNS-Symptome

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.29.	Bei Patienten mit einer opioidinduzierten Sedierung <i>kann</i> Methylphenidat verwendet werden, wobei der therapeutische Bereich zwischen erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Methylphenidat sehr eng ist.	0	1-	[48, 113]
6.30.	Bei Patienten mit opioidbedingten neurotoxischen Nebenwirkungen (Delir, Halluzinationen, Myoklonien und Hyperalgesie) <i>kann</i> eine Dosisreduktion oder ein Wechsel des Opioids durchgeführt werden.	0	1-	[48, 113]

6.8. Verwendung von Opioiden bei Patienten mit Nierenversagen

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.31.	Bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion (glomeruläre Filtrationsrate < 30 ml/min) <i>sollten</i> Opiode vorsichtig eingesetzt werden.	B	3	[46, 48]
6.32.	Bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion (glomeruläre Filtrationsrate < 30 ml/min) <i>sollte</i> als Opioid der ersten Wahl Fentanyl oder Buprenorphin in niedrigen Anfangsdosierungen und nachfolgender vorsichtiger Titration verabreicht werden.	B	3	[46, 48]
6.33.	Bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion (glomeruläre Filtrationsrate < 30 ml/min) <i>können</i> als kurzfristige Strategie die Morphindosis reduziert bzw. das Dosisintervall verlängert werden.	0	3	[46, 48]

6.9. Nicht-Opiode

6.9.1. Metamizol

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.34.	Metamizol <i>kann</i> als Monotherapie bei leichten Schmerzen und als Kombinationstherapie mit Opioiden bei mittleren und starken Tumorschmerzen als Alternative zu NSAR und Paracetamol eingesetzt werden.	0	1-	[114-117]

6.9.2. NSAR und Paracetamol als Ergänzung zu Stufe-III-Opioiden

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.35.	Stufe-III-Opioiden <i>können</i> mit NSAR ergänzt werden, um die Analgesie zu verbessern oder um die Opioid-Dosis zu verringern, die zum Erreichen einer ausreichenden Analgesie erforderlich ist.	0	1-	[48, 118]
6.36.	Die Verwendung von NSAR <i>sollte</i> aufgrund des Risikos schwerer Nebenwirkungen, insbesondere bei älteren Patienten und Patienten mit Nieren-, Leber- oder Herzversagen, eingeschränkt erfolgen.	B	1-	[48, 118]
6.37.	In Kombination mit Stufe-III-Opioiden <i>kann</i> Metamizol bzw. Paracetamol den NSAR aufgrund eines günstigeren Nebenwirkungsprofils vorgezogen werden, auch wenn die Wirksamkeit nicht gut dokumentiert ist.	0	1-	[48, 118]

6.10. Adjuvanzien bei neuropathischen Schmerzen (Antidepressiva und Antikonvulsiva)

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.38.	Bei Patienten mit neuropathischen Tumorschmerzen, die nur teilweise auf Opioid-Analgetika ansprechen, <i>soll</i> Amitriptylin, Gabapentin oder Pregabalin in Betracht gezogen werden. Bei der Kombination eines Opioids mit Amitriptylin, Pregabalin oder Gabapentin treten häufig ZNS-Nebenwirkungen auf, sofern nicht beide Medikamente vorsichtig titriert werden.	A	1+	[48, 119, 120]

6.11. Opioide bei Schmerzexazerbation und Durchbruchschmerzen

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.39.	Eine Schmerzexazerbation infolge unkontrollierter Dauertumorschmerzen <i>soll</i> mit zusätzlichen Dosen schnell freisetzender, oraler* Opioide behandelt werden.	A	1+	[48, 121, 122]
6.40.	Bei einer Schmerzexazerbation infolge unkontrollierter Dauertumorschmerzen <i>soll</i> die Dauermedikation auf eine angemessene Höhe titriert werden und nicht ausschließlich mit Bedarfsmedikation reagiert werden.	A	1+	[48, 121]

* Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrotomie]) ein. Ob eine Darreichungsform für die Anwendung über eine Sonde geeignet ist, muss Handelspräparat-spezifisch überprüft werden.

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
6.41.	Bei Patienten mit einer Krebserkrankung <i>sollen</i> Durchbruchschmerzen (z. B. bewegungsabhängige Schmerzen) mit oralen*, schnell freisetzenen Opioiden oder mit transmucosalen† Fentanyl-Darreichungsformen behandelt werden.	A	1+	[48, 121, 122]
6.42.	In bestimmten Fällen von Durchbruchsschmerzen <i>sollten</i> die transmucosalen Fentanyl-Darreichungsformen den schnell freisetzenen oralen* Opioiden aufgrund des schnelleren Wirkeintritts und der kürzeren Wirkdauer vorgezogen werden.	B	1-	[48, 121, 122]
6.43.	Bei Patienten mit einer Krebserkrankung <i>sollten</i> schnell freisetzenen Opioiden mit einer kurzen Halbwertszeit verwendet werden, um präventiv vorhersehbare Episoden von Durchbruchschmerzen 20 – 30 Minuten vor dem auslösenden Ereignis zu behandeln.	B	1+	[48, 121, 122]

* Die orale Applikation schließt die enterale Applikationsform (z. B. über PEG [Perkutane endoskopische Gastrotomie]) ein. Ob eine Darreichungsform für die Anwendung über eine Sonde geeignet ist, muss Handelspräparat-spezifisch überprüft werden.

† Die „transmucosale“ Darreichungsform schließt folgende Formen ein: buccal, sublingual oder intranasal.

7. Obstipation

7.1. Einleitung

Während die Obstipation traditionell eher den Stellenwert einer Befindlichkeitsstörung einnahm, wird ihr seitens der Fachgesellschaften zunehmend Krankheitswert beigegeben und die Obstipation als Diagnose betrachtet. Dies gilt vor allem für die chronische Obstipation [123].

Die aktuelle Leitlinie bezieht sich ausdrücklich auf palliativmedizinische Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Die besonderen Umstände in der palliativmedizinischen Situation rechtfertigen die Unterscheidung zwischen passagerer und chronischer Obstipation bzw. zwischen Befindlichkeitsstörung und Diagnose nicht. Die Rom-Kriterien für die Definition der Obstipation und die klinischen Subtypen besitzen nur eingeschränkte Bedeutung [124].

Die Prävalenz der Obstipation in der palliativmedizinischen Situation wird in der Literatur je nach verwendeter Definition und untersuchter Patientenpopulation mit Werten zwischen 32-82 % angegeben [125, 126]. Ungefähr die Hälfte aller Patienten klagt bei Aufnahme auf Palliativstationen über Obstipation [127], bei Patienten, die ein Opioid erhalten, kann die Prävalenz der Obstipation bis zu knapp 90 % betragen [128, 129]. Pathophysiologisch spielen Immobilität, ballaststoffarme Ernährung, entzündliche Ödembildung, verminderte intestinale Sekretion, Veränderungen der Darmflora und sekundäre Motilitätsstörungen, vor allem als medikamentös bedingte Nebenwirkung, aber auch infolge tumoröser Infiltration der Darmwand eine wichtige Rolle.

Die Definition der Obstipation in der palliativmedizinischen Situation ist genauso schwierig wie unter anderen Umständen. Ein fehlender Stuhlgang ist von untergeordneter Bedeutung, wenn der Patient beschwerdefrei ist. Die subjektive Beeinträchtigung des Betroffenen ist handlungsleitend. Bei nicht auskunftsfähigen Patienten ist der Abdomenstatus besonders kritisch zu prüfen. Bei prallem Abdomen oder Schmerzreaktion bei der Untersuchung sollte an eine Obstipation gedacht werden.

Die Grundsätze der guten klinischen Praxis hinsichtlich einer sorgfältigen Anamnese, körperlichen Untersuchung und bildgebender bzw. Labordiagnostik unterscheiden sich in der palliativmedizinischen Situation nicht wesentlich von anderen klinischen Szenarien – nach möglichen therapeutischen Konsequenzen ist immer kritisch zu fragen. Bezüglich der Therapie stehen bei palliativmedizinisch betreuten Patienten im Wesentlichen die gleichen Möglichkeiten zur Verfügung wie bei kurativ betreuten Patienten. Allerdings ist die Frage langfristiger Nebenwirkungen von Laxantien von untergeordneter Bedeutung. Grundsätzlich ist ein prophylaktisch-proaktiver Ansatz einem therapeutisch-reaktiven Ansatz vorzuziehen.

Die Empfehlungen dieses Kapitels beziehen sich ausschließlich auf die Obstipation und nicht auf die Behandlung der malignen intestinalen Obstruktion (MIO). Wie in der internationalen Literatur wird die MIO auch im deutschsprachigen Raum als eigenständige Entität betrachtet [130, 131]. Eine MIO ist definiert als ein Darmverschluss (Ileus) jenseits des Treitz'schen Bandes bei bekanntem intra-abdominellem nicht-kurablem Malignom oder extra-abdominellem Malignom mit eindeutiger Peritonealkarzinose. Aus diesem Grunde wird auf die Behandlung der MIO an dieser Stelle nicht eingegangen.

7.2. Erfassung/Diagnose der Obstipation

Nr.	Empfehlung	EG	LoE	Quellen
7.1.	Auch bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung liegt die normale Stuhlfrequenz im Bereich von 3x/Tag bis 3x/Woche.		EK (Statement)	
7.2.	Zur Diagnose einer Obstipation <i>sollen</i> bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung sowohl subjektive Parameter wie das Gefühl einer unvollständigen Entleerung, Pressen und/oder Beschwerden als auch objektive Parameter wie harte Stuhlkonsistenz berücksichtigt werden.		EK	
7.3.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> die Erfassung der Obstipation eine gezielte Anamnese mit Erfassung von Stuhlverhalten, Medikamenteneinnahme, Begleitsymptomen und -erkrankungen, eine körperliche Untersuchung sowie den Ausschluss von reversiblen Ursachen beinhalten.		EK	
7.4.	Die Stuhlmenge und -frequenz sowie die subjektive Beeinträchtigung <i>sollen</i> bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung initial und fortlaufend zur Früherkennung einer Obstipation dokumentiert werden.		EK	

7.3. Prophylaxe

Nr.	Empfehlung	EG	LoE	Quellen
7.5.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> eine medikamentöse Prophylaxe beim Einsatz von Opioiden begonnen und im weiteren Verlauf regelmäßig dem Bedarf angepasst werden.		EK	
7.6.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>können</i> physiotherapeutische Maßnahmen (aktive Bewegungsübungen, Mobilisation, Kolonmassage) unterstützend eingesetzt werden.		EK	

7.4. Medikamentöse Therapien

7.4.1. Obstipation (unabhängig von der Ursache)

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
7.7.	In der medikamentösen Mono- oder Kombinationstherapie zur Behandlung einer Obstipation bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> osmotisch wirksame und/oder stimulierende Laxantien eingesetzt werden.	A	1-	[125]

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
7.8.	Osmotisch wirksame Salze, Magnesiumhydroxid bzw. Paraffinöl <i>sollten</i> bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer Obstipation <i>nicht</i> eingesetzt werden.	B	1-	[125]
7.9.	Bei Hinweis auf Stuhlentleerungsstörung bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollten</i> rektale Entleerungshilfen eingesetzt werden.	B	1-	[125]
7.10.	Medikamentöse Therapien mit Prokinetika oder Sekretagoga <i>können</i> bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer Obstipation bei Versagen der konventionellen Therapie eingesetzt werden.	0	1-	[125]

7.4.2. Opioidbedingte Obstipation

Siehe dazu auch Kapitel 6.7.2, aus dem die hier dargestellten Empfehlungen entnommen wurden.

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
Schmerz 6.25.	Laxantien zur Behandlung oder Vorbeugung von opioidbedingter Obstipation <i>sollen</i> routinemäßig verordnet werden.	A	1+	[48, 112]
Schmerz 6.26.	Es gibt keine Evidenz, nach der ein Laxans gegenüber anderen zu bevorzugen ist.	ST	1+	[48, 112]
Schmerz 6.27.	Bei opioidbedingter, therapieresistenter Obstipation <i>kann</i> eine Kombination aus Laxantien mit unterschiedlichem Wirkmechanismus eingesetzt werden.	0	1+	[48, 112]
Schmerz 6.28.	Bei einer opioidbedingten Obstipation <i>soll</i> eine subkutane Methylnaltrexon-Injektion in Betracht gezogen werden, wenn herkömmliche Laxantien nicht ausreichend wirken.	A	1+	[48, 112]

7.4.3. Stufentherapie

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
7.11.	Bei der Prophylaxe und Therapie einer Obstipation <i>sollte</i> ein standardisiertes Vorgehen in Form eines Stufenplans gewählt werden.		EK	

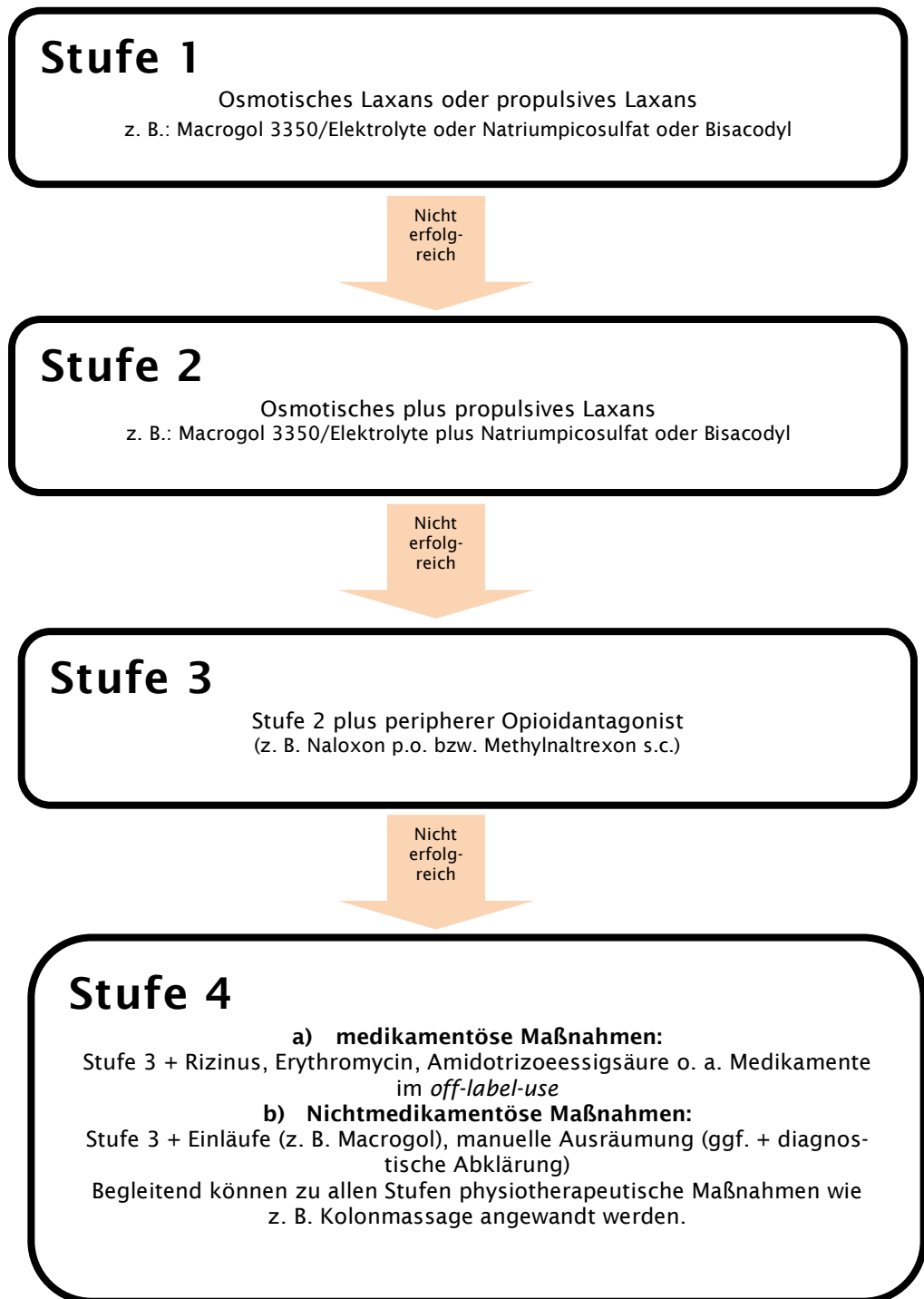


Abbildung 1: Stufenschema zur Therapie der Obstipation

7.5. Nicht-medikamentöse Verfahren

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
7.12.	Unterstützende Maßnahmen zur Therapie der Obstipation <i>sollten</i> eingesetzt werden, wie z. B. <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="336 488 619 521">• Verhaltensberatung<li data-bbox="336 524 798 557">• physiotherapeutische Maßnahmen.		EK	

8. Depression

8.1. Einleitung

Eine herabgesetzte oder niedergeschlagene Stimmung ist nicht nur im palliativen Kontext weit verbreitet. Sie gehört zu den „normalen“ Ausdrucksformen psychischen Empfindens. Aufgabe dieser Leitlinie ist es, die Depression als komorbide Problematik im Kontext unheilbarer Krebserkrankungen differenzialdiagnostisch im Sinne der ICD-10-Klassifikation (ICD, englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) einzugrenzen und entsprechend der Diagnose geeignete Behandlungsmaßnahmen einzusetzen [132].

Die vorliegende Leitlinie bezieht sich auf das Krankheitsbild Depression bzw. der depressiven Episode (nach den ICD-10-Codes F32; F33) in seinen unterschiedlichen Schweregraden leicht-, mittel- und schwergradig sowie rezidivierend. Beide Begriffe werden im Text synonym gebraucht.

Bei der Erstellung der Leitlinie wurden zwei schon bestehende Leitlinien unterstützend herangezogen: zum einen die europäische Leitlinie der European Association for Palliative Care (EAPC) „The management of depression in palliative care“ [133], publiziert in 2010, mit direktem Bezug zur palliativmedizinischen Versorgung, und zum anderen die „S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“, publiziert in 2009 [134]. Für die psychoonkologische Versorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer Depression verweisen wir auch auf die S3-Leitlinie „Psychoonkologie“ [1].

8.2. Differenzialdiagnose Depression

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
8.1.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und mit einer depressiven Symptomatik <i>soll</i> differenzialdiagnostisch überprüft werden, ob diese Symptomatik einer Anpassungsstörung, einer Dysthymie, einer depressiven Episode, einer organisch depressiven Störung oder einer Trauerreaktion zuzuordnen ist.		EK	

Die Tabelle 7 gibt einen Überblick über differenzialdiagnostische Kriterien depressiver Störungen nach ICD 10.

Tabelle 7: Vorkommen von depressiven Zuständen nach ICD 10 [132]

	Anpassungsstörung (F 43.2)	Dysthymie (F34.1)	Depressive Episode bzw. Depression (F32; F33)	Organische depressive Störung (F06.3)
Schwere des depressiven Zustandes	Leicht	Leicht	Leicht, mittelgradig, schwer	uneinheitlich
Art und Inhalt der Symptome	Depressive Verstimmung, die Kriterien für eine depressive leichte oder	Depressive Verstimmung, die Kriterien für eine depressive	Depressive Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit, Minderung des Antriebes, erhöhte Ermüdbarkeit,	Depressive Verstimmung

	Anpassungsstörung (F 43.2)	Dysthymie (F34.1)	Depressive Episode bzw. Depression (F32; F33)	Organische depressive Störung (F06.3)
	mittelgradige Episode werden nie oder nur sehr selten erfüllt	leichte oder mittelgradige Episode werden nie oder nur sehr selten erfüllt	psychomotorische Hemmung/Unruhe, verminderte Konzentration, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Suizidgedanken oder -handlungen, Schlafstörungen, verminderter Appetit Tagesschwankungen möglich, jedoch wenig Änderung der gedrückten Stimmung von Tag zu Tag	
Psychotische Symptome	Nein	Nein	Möglich, dann schwere Episode	Im Rahmen der Komorbidität mit einer organisch wahnhaften Störung möglich
Bezug zu kritischem Lebensereignis	Obligat, Beginn innerhalb von 1 Monat nach kritischem Lebensereignis oder schwerer körperlicher Erkrankung	Möglich	Möglich	Nein
Organische Verursachung	Nein, kann aber als Reaktion auf eine schwere körperliche Erkrankung auftreten	Nein	Nein, kann aber als Reaktion auf eine schwere körperliche Erkrankung auftreten	Obligat
Dauer der Symptomatik	Kurze Reaktion: nicht länger als 4 Wochen Längere Reaktion: Nicht länger als 2 Jahre	Langdauernder jahrelanger Verlauf (mindestens 2 Jahre), oft lebenslang	Mindestdauer: etwa 2 Wochen anhaltend, wenn ungewöhnlich schwere Symptomatik dann auch kürzer, häufig rezidivierend mit Episoden von 3 bis 12 Monaten (im Mittel 6 Monate)	Unbestimmt, Auftreten muss einer zerebralen oder anderen körperlichen Störung folgen; Verschwinden der depressiven Symptomatik nach Behebung der Ursache

Besonders bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung kann es schwierig sein, eine Depression von einer normalen Trauerreaktion zu unterscheiden. Tabelle 8 gibt Hinweise auf die unterschiedlichen Merkmale. Patienten, die traurig oder beunruhigt sind, jedoch die Kriterien einer Depression nicht erfüllen, können ebenfalls von Unterstützung, Informationsgabe, Überweisung zum Palliativmediziner oder psychologischen Interventionen profitieren.

Tabelle 8: Merkmale einer Depression versus einer Trauerreaktion [135]

Depression	Trauerreaktion
Gefühl des Ausgestoßenseins oder Alleinseins	Gefühl, mit anderen in Verbindung zu stehen
Gefühl der Unveränderlichkeit	Gefühl, es geht wieder vorbei
Beständiges Gedankenkreisen, Hoffnungslosigkeit	Kann Erinnerungen genießen
Starke Selbstabwertung	Erhalt des Selbstwertgefühls
Konstant	Wellenförmig
Keine Hoffnung, kein Interesse an der Zukunft	Schaut vorwärts
Nur wenig Freude an Aktivitäten	Bewahrt das Vermögen, sich zu freuen
Suizidalität	Lebenswunsch

8.3. Screening, Diagnose und Einschätzung des Schweregrades einer Depression

8.3.1. Screening

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
8.2.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> das Vorliegen einer Depression aktiv und regelmäßig geprüft werden.	A	4	-
8.3.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollte</i> zur Erkennung einer Depression ein Screeningverfahren eingesetzt werden.	B	1+	[136-138]
8.4.	Zur Erkennung einer Depression bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>kann</i> das 2-Fragen-Screening eingesetzt werden: 1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? 2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	0	4	-

8.3.2. Diagnosestellung einer Depression

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
8.5.	Wenn in einem Screening auffällige Depressionswerte festgestellt werden, <i>sollte</i> bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung die Diagnosestellung einer Depression durch die Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome nach den ICD-10-Kriterien mit Bestimmung des Schweregrads und Verlaufs erfolgen.		EK	

Beispielfragen zur Erfassung der Symptome und so zur Diagnostik der Depression sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Beispielfragen zur Diagnostik der Depression [134]

Hauptsymptome	
Depressive Stimmung	„Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt?“ „Gab es Zeiten, zu denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?“
Interessenverlust und Freudlosigkeit	„Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Angehörige) verloren?“ „Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?“
Erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel	„Haben Sie Ihre Energie verloren?“ „Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen?“ „Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?“
Zusatzsymptome	
Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	„Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“ „Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?“
Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	„Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl?“ „Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?“
Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit	„Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?“ „Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?“
Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	„Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?“ „Haben Sie Pläne für die Zukunft?“
Suizidgedanken/ Suizidhandlungen	„Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein?“ „Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?“ „Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?“

Hauptsymptome	
	„Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?“
Schlafstörungen	„Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?“ „Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?“
Verminderter Appetit	„Hatten Sie mehr/weniger Appetit in der letzten Zeit?“ „Haben Sie ungewollt abgenommen?“

8.3.3. Einschätzung des Schweregrades

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
8.6.	Der Schweregrad einer Depression <i>sollte</i> nach den Kriterien der ICD-10 (leicht, mittelgradig, schwer) bestimmt werden.		EK	

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Einschätzung des Schweregrades nach ICD-10.

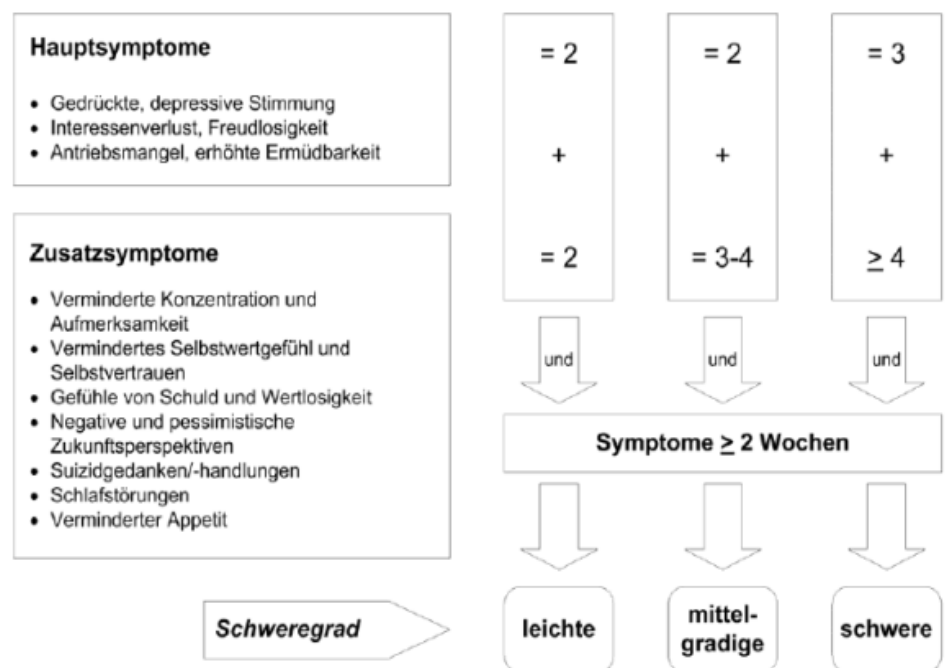


Abbildung 2: Diagnose einer Depression nach ICD-10 (Angepasste Abbildung aus S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression [134])

Eine Depression geht mit einem erhöhten **Suizidrisiko** einher [134]. Depression wird häufig im Zusammenhang mit dem Wunsch nach Sterbehilfe bzw. nach einem beschleunigten Tod gefunden [139-142]. Zur Abschätzung und Verringerung des Suizidrisikos empfiehlt sich das folgende Vorgehen:

1. Raum und Zeit zur Verfügung stellen (Zuwendungsangebot) [143]

2. Direktes Ansprechen des Patienten mit psychischen Problemen über Selbsttötungsgedanken oder -pläne [139]

Hilfreiche Fragen bei diesem Vorgehen sind [143]:

- „Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?“
- „Häufig?“
- „Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? D. h. mit anderen Worten: Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt?“
- „Konnten Sie diese Gedanken beiseiteschieben?“
- „Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es tun würden?“
- „Haben Sie Vorbereitungen getroffen?“
- „Umgekehrt: Gibt es etwas, was Sie davon abhält?“
- „Haben Sie schon mit jemandem über Ihre Suizidgedanken gesprochen?“
- „Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?“
- „Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?“

8.4. Therapie der Depression

8.4.1. Grundsätze der Therapie

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
8.7.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer Depression <i>sollen</i> sowohl eine effektive palliativmedizinische Symptomkontrolle als auch eine professionelle psychosoziale Betreuung erhalten.		EK	
8.8.	Über die Therapie <i>soll</i> mit dem Patienten partizipativ entschieden werden.		EK	
8.9.	Die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer Depression <i>soll</i> sich am Schweregrad der depressiven Symptomatik orientieren.		EK	
8.10.	Ein psychiatrischer/psychotherapeutischer Experte <i>soll</i> in folgenden Fällen hinzugezogen werden: <ul style="list-style-type: none"> • bei Unsicherheit in der Diagnose sowie in der Behandlungsplanung der Depression • bei einer komplexen psychiatrischen Vorgeschichte bzw. Symptomatik • bei einer schweren depressiven Symptomatik mit psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor • bei akuter Suizidalität • bei Fremdgefährdung • bei Nichtansprechen auf die antidepressive Therapie 		EK	

8.4.2. Therapie bei leichter, mittelgradiger und schwerer Depression

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
8.11.	Antidepressiva <i>sollten nicht</i> generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.		EK	[144]
8.12.	Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden <i>soll</i> eine Psychotherapie angeboten werden.		EK	[144]
8.13.	Zur Behandlung einer akuten mittelgradigen depressiven Episode <i>soll</i> Patienten eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum angeboten werden.		EK	[144]
8.14.	Bei akuten schweren depressiven Episoden <i>soll</i> eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.		EK	[144]

8.4.3. Behandlung von Patienten mit einer kurzen Prognose

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
8.15.	Eine Behandlung der Depression bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> auch bei kurzer Lebensprognose von wenigen Wochen erfolgen.		EK	
8.16.	In der Sterbephase* <i>soll</i> die Therapie mit Antidepressiva beendet werden.		EK	

8.5. Nicht-medikamentöse Verfahren

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
8.17.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer Depression <i>sollen</i> eine psychosoziale Basisbetreuung erhalten.		EK	
8.18.	Bei der nicht-medikamentösen Behandlung von Depressionen <i>sollten</i> verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologisch fundierte Verfahren eingesetzt werden. Ergänzend <i>können</i> andere Verfahren (z. B. Kreativtherapien, Achtsamkeit) angewendet werden.		EK	

* Die „Sterbephase“ bezieht sich auf die letzten Lebenstage (siehe dazu Kapitel 10).

8.6. Medikamentöse Therapien

8.6.1. Antidepressiva

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
8.19.	Die Psychopharmakotherapie von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer Depression <i>soll</i> entsprechend der verfügbaren S3-Leitlinie / NVL Unipolare Depression erfolgen.		EK	
8.20.	In der medikamentösen Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer Depression gibt es keine eindeutige Überlegenheit eines einzelnen Antidepressivums gegenüber anderen.	ST	1-	[145-147]
8.21.	Die Auswahl der Substanz <i>soll</i> sich an folgenden Kriterien orientieren: <ul style="list-style-type: none"> • Verträglichkeit und Nebenwirkungsprofil • Handhabbarkeit • Erfahrungen des verordnenden Arztes • Ansprechen auf vorherige Behandlungen, der Überdosierungssicherheit und den Patientenpräferenzen 		EK	
8.22.	Zur Rezidivprophylaxe <i>sollten</i> Antidepressiva mindestens 4-9 Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus eingenommen werden.		EK	[144]
8.23.	Antidepressiva <i>sollten</i> ausschleichend abgesetzt werden.		EK	

Für die medikamentöse Behandlung einer Depression stehen verschiedene Wirkstoffe zur Verfügung (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Medikamente zur Therapie der Depression in Anlehnung an Benkert/Hippius (2013) [148]; S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression [134]

Arzneimittel	Halbwertszeit	Darreichungsform	Anfangsdosis	Standardtagesdosis
Amitriptylin (TZA)	10-28 Stunden	Diverse Stärken, auch retardiert (10 - 100 mg); Lösung zum Einnehmen (40 mg/ml); Infusionslösung (50 mg)	25 - 50 mg	75-150 mg/Tag (in Klinik bis max. 300 mg/Tag) (Schwerpunkt abendliche Gabe)
Citalopram (SSRI)	26-40 Stunden	Tabletten (10/20/40 mg); Infusionslösung (20 mg)	10-20 mg	20-40 mg/Tag (max. 40 mg/Tag) (morgendliche Gabe)
Mirtazapin (NaSSA)	20-40 Stunden	Tabletten; Schmelztabletten (15/30/45 mg); Lösung zum Einnehmen (15 mg/ml)	15 mg	15-45 mg/Tag (abendliche Gabe)
Sertralin (SSRI)	24-36 Stunden	Tabletten (50/100 mg)	50 mg	50-100 mg/Tag (max. 200 mg/Tag) (morgendliche Gabe)
Venlafaxin (SSNRI)	5 Stunden, ret. 14-18 Stunden	Tabletten 37,5 mg; Kapseln retardiert (37,5/75/150/225 mg)	37,5-75 mg	75-225 mg/Tag (max. 375 mg/Tag)

*NaSSA = Noradrenerges spezifisch serotonerges Antidepressivum; SSNRI = selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; SSRI = selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; TZA = Trizyklische Antidepressiva.

Tabelle 11 gibt Hinweise für Kriterien bei der Auswahl von Antidepressiva.

Tabelle 11: Auswahlkriterien für Antidepressiva (Tabelle in Anlehnung an die S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression [134])

Verträglichkeit/ Nebenwirkungsprofil	Anderes Nebenwirkungsprofil von SSRI im Vergleich zu TZA, v. a. bei ambulanten Patienten und im Vergleich zu klassischen, älteren TZA; im stationären Bereich kaum Verträglichkeitsunterschiede zwischen TZA und SSRI; qualitative Unterschiede im Nebenwirkungsprofil von TZA und SSRI (mehr gravierende Komplikationen unter TZA wie Delir, kardiale Blockbildungen/Rhythmusstörungen oder Harnverhalt).
Überdosierungssicherheit	Einnahme einer Wochenration von TZA kann bei suizidalen Patienten letal sein; im ambulanten Bereich daher nur Verschreibung kleiner Packungsgrößen.
Ansprechen in einer früheren Krankheitsperiode	Wirksamkeit und Verträglichkeit einer früheren Antidepressivagabe sollte in die erneute Indikationsstellung einbezogen werden.
Handhabbarkeit	TZA verlangen eher eine individuelle Eintitrrierung und Kontrolle als die SSRI oder neuere Antidepressiva (schrittweises Aufdosieren, Plasmaspiegel, EKG-Kontrollen); schrittweises Aufdosieren ist auch bei SSRI und neueren Antidepressiva wie Venlafaxin und Mirtazapin sinnvoll.
Anwendungserfahrung	Individuelle Anwendungserfahrung des Arztes mit einzelnen Antidepressiva ist für die Wirkstoffauswahl bedeutsam.
Möglichkeiten bei Nichtansprechen	Bei TZA ist eine Serumspiegelbestimmung sinnvoll, da für die meisten TZA ein therapeutischer Serumspiegelbereich etabliert ist. Für TZA ist eine Hochdosisbehandlung effektiv, da eine Dosis-Wirkungs-Beziehung besteht.
Patientenpräferenzen	Patienten reagieren physisch und psychisch unterschiedlich hinsichtlich Wirkung und Nebenwirkung von Antidepressiva, weswegen die individuelle Gewichtung der unerwünschten Wirkungen bei der Stoffauswahl eine Rolle spielt.

SSRI = selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; TZA = Trizyklische Antidepressiva

Tamoxifen bei Brustkrebs

Eine besondere Behandlungssituation ergibt sich bei Patientinnen mit Brustkrebs, die mit Tamoxifen behandelt werden. Aufgrund Interaktionen im Cytochrom-P450-System sollten Brustkrebspatientinnen unter Tamoxifen keine SSRI oder andere Medikamente mit starker oder mäßiggradiger inhibitorischer CYP2D6-Aktivität erhalten [139, 149, 150], da diese die antitumorale Wirksamkeit von Tamoxifen reduzieren [1].

8.6.2. Psychostimulanzien

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
8.24.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer Depression <i>sollten</i> Psychostimulanzien zur Therapie der Depression <i>nicht</i> eingesetzt werden.	B	1-	[151, 152]

9. Kommunikation

9.1. Einleitung

Die patientenzentrierte Kommunikation mit Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung sowie deren Angehörigen ist unverzichtbare Voraussetzung für eine umfassende Behandlung. Aufgrund der besonderen Lebenssituation der Betroffenen und der existentiellen Dimension des Geschehens stellt sie eine besondere Herausforderung für alle in der Palliativmedizin tätigen Berufsgruppen dar. Dies ist nicht zuletzt auch darin begründet, dass sich in der Realität der Kommunikation am Lebensende auch der gesellschaftliche und kulturelle Umgang mit unheilbarer Krankheit, Tod und Sterben widerspiegelt. Trotz einer in den letzten Jahrzehnten zunehmenden Präsenz der Thematik in den Medien und einer wachsenden öffentlichen Akzeptanz von Hospizbewegung und Palliativmedizin fällt das Sprechen über Tod und Sterben in der konkreten Betroffenheit schwer, wird oftmals vermieden, nicht selten tabuisiert, und nur allzu oft durch die Hoffnung auf immer neue Errungenschaften der modernen Medizin ersetzt. Ebenso spielt die Kommunikation in den gerade bei nicht heilbaren Krebserkrankungen oft schwierigen Behandlungsentscheidungen eine zentrale Rolle.

Das vorliegende Leitlinienkapitel fokussiert fünf zentrale Bereiche der Kommunikation, die im Kontext der Palliativmedizin von weitreichender Bedeutung sind.

Im ersten Abschnitt werden Grundlagen einer patientenzentrierten Kommunikation dargestellt. Eine Kommunikation, die sich an den aktuellen Bedürfnissen, Problemlagen und Präferenzen von Patienten orientiert, ist für eine gelungene palliativmedizinische Behandlung und Begleitung von zentraler Bedeutung.

In der Begegnung mit Palliativpatienten stellen Gespräche über schwerwiegende Änderungen im Krankheitsverlauf sowie des Umgangs damit Schnittstellen von besonderer Bedeutung dar. Aus dem theoretischen Wissen, dass jeder Mensch sterben muss, wird eine konkrete Realität: „Ich werde sterben“ [153]. Der zweite Abschnitt gibt hier praktische Hinweise an die Hand, unter besonderem Verweis auf die Notwendigkeit der Einbeziehung der emotionalen Ebene.

Der dritte Abschnitt befasst sich mit der Thematisierung von Tod und Sterben. Er adressiert damit zum einen die eingangs benannte Problematik einer immer noch häufig anzutreffenden gesellschaftlichen Tabuisierung, zum anderen den Umgang mit dem Sterbewunsch betroffener Patienten, der etwa im Kontext aktueller ethischer und rechtlicher Diskussionen um den ärztlich assistierten Suizid zunehmende Bedeutung gewinnt.

Die herausragende Rolle der Angehörigen im palliativmedizinischen Kontext wird durch den folgenden vierten Abschnitt gewürdigt, der noch einmal besondere Aspekte des Angehörigengesprächs hervorhebt, u. a. das Familiengespräch und auch den Umgang mit Kindern.

Thema des fünften Abschnitts ist schließlich die vorausschauende Versorgungsplanung, die in einem weitgefassten Sinn alle Präferenzen des Patienten hinsichtlich seines letzten Lebensabschnittes anspricht.

9.2. Grundsätze einer patientenzentrierten Kommunikation

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
9.1.	<p>Um eine patientenzentrierte Kommunikation mit Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung zu gewährleisten, <i>sollen</i> die an der Behandlung Beteiligten</p> <ul style="list-style-type: none"> den Patienten in einer von Aufrichtigkeit, Empathie und Wertschätzung gekennzeichneten Beziehung Vertrauen und Sicherheit vermitteln; die Patienten mit ihren Werten, Ressourcen, Bedürfnissen, Beschwerden, Sorgen und Ängsten wahrnehmen und beim größtmöglichen Erhalt von Selbstbestimmung und realistischer Hoffnung unterstützen; den Patienten – orientiert an deren aktuellen Wünschen und Präferenzen – alle Informationen vermitteln, die ihnen ein umfassendes Verständnis ihrer Situation sowie informierte Entscheidungen ermöglichen. 		EK	
9.2.	<p>In der Kommunikation mit Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und unterschiedlichem kulturellem und religiösem Hintergrund <i>sollen</i> die an der Behandlung Beteiligten die persönlichen, kultur- und religionsgebundenen Wertvorstellungen der Patienten berücksichtigen.</p>		EK	
9.3.	<p>Bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit des Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> nonverbale und technische Möglichkeiten zur Kommunikationsverbesserung angeboten werden.</p>		EK	
9.4.	<p>Alle an der Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung Beteiligten <i>sollen</i> ihre kommunikativen Kompetenzen durch geeignete Fortbildungsmaßnahmen schulen und weiterentwickeln.</p> <p>Sie <i>sollten</i> die kommunikativen Kompetenzen z. B. durch Super-/Intervision regelmäßig reflektieren.</p>		EK	

9.3. Gespräche über schwerwiegende Änderungen im Krankheitsverlauf

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
9.5.	Die Aufklärung über die Krankheit und deren Verlauf <i>soll</i> primär über den behandelnden Arzt erfolgen. Bei der Auseinandersetzung mit den Informationen <i>soll</i> der Patient durch alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen unterstützt werden. Dazu <i>soll</i> der Stand des Aufklärungsprozesses nachvollziehbar dokumentiert werden.		EK	
9.6.	Vor der Informationsübermittlung <i>soll</i> erfragt werden, mit welchem Wissen, mit welchen Vorstellungen, Hoffnungen und Befürchtungen im Zusammenhang mit seiner Erkrankung der Patient in das Gespräch geht.		EK	
9.7.	Informationen <i>sollen</i> schrittweise übermittelt werden mit regelmäßiger Rückversicherung, ob und inwieweit der Patient diese verstanden hat. Hierbei <i>soll</i> der Patient ausdrücklich zu Fragen ermutigt werden.		EK	
9.8.	Dem emotionalen Erleben und den spirituellen Bedürfnissen <i>sollen</i> ausreichend Raum gegeben werden. Beides <i>sollte</i> gezielt angesprochen werden, auch wenn der Patient es nicht zum Ausdruck bringt.		EK	

Im klinischen Alltag hat sich das von Buckman und Baile vorgeschlagene **SPIKES-Modell** in vielen Gesprächssituationen als Leitfaden bewährt [154]. Es gliedert das Gespräch in sechs Schritte, die die wesentlichen Elemente des patientenzentrierten Gesprächs umfassen:

- **Setting:** geeigneten Gesprächsrahmen schaffen
- **Perception:** Kenntnisstand (Wahrnehmung) des Patienten ermitteln
- **Invitation:** Informationsbedarf des Patienten ermitteln
- **Knowledge:** Wissensvermittlung
- **Exploration of Emotions:** Emotionen wahrnehmen, ansprechen und mit Empathie reagieren
- **Strategy and Summary:** Planen und zusammenfassen

Die Erfassung und Berücksichtigung der spirituellen Ebene entspricht dem Selbstverständnis der Palliativmedizin und ist insofern Aufgabe aller an der Behandlung Beteiligten. Erste Untersuchungen zeigen, dass sich hier das von E. Frick et al. in Anlehnung an Puchalski entwickelte Instrument „**SPiR**“ als halbstrukturiertes Interview als hilfreich erwiesen hat [155-157]. Das Akronym SPiR dient dazu, in vier Schritten die spirituellen Bedürfnisse des Patienten und deren Bedeutung ins Gespräch zu bringen:

- Spirituelle und Glaubensüberzeugungen des Patienten

- Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen
- Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft oder Gruppe
- Rolle der Beteiligten: Wie sollen die an der Behandlung Beteiligten mit den Überzeugungen umgehen?

9.4. Thematisieren von Sterben und Tod

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
9.9.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> frühzeitig und wiederholt die ausdrückliche Bereitschaft vermittelt werden, über das Sterben an der Erkrankung zu sprechen; dabei <i>sollten</i> auch Worte wie „Sterben“ und „Tod“ von den an der Behandlung Beteiligten in einfühlsamer und situativ angemessener Weise ausgesprochen werden.		EK	
9.10.	Der Äußerung eines Sterbe-/Todeswunsches eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> mit Empathie und Gesprächsbereitschaft begegnet werden.		EK	
9.11.	Die Botschaften, die sich möglicherweise hinter einem Sterbe-/Todeswunsch verbergen, <i>sollen</i> sensibel exploriert werden. Solche Botschaften sind z. B.: Wunsch nach Hilfe und Unterstützung zum Weiterleben (im Sinne eines Lebenswunsches), Herbeisehnen des Todes, aktiver Wunsch nach Beihilfe zum Suizid oder nach Tötung auf Verlangen.		EK	
9.12.	Mögliche Ursachen für den Sterbe- / Todeswunsch <i>sollen</i> im Gespräch eruiert werden (z. B. die befürchtete Belastung für andere, Autonomieverlust, die Last physischer Symptome, Depression und Hoffnungslosigkeit, existentielle Sorge und Angst vor der Zukunft).		EK	

9.5. Kommunikation mit Angehörigen

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
9.13.	Angehörige <i>sollen</i> in ihrer Rolle als Unterstützer und Mitbetroffene wahrgenommen und gewürdigt werden. Sie <i>sollen</i> nach ihren Bedürfnissen gefragt und bei Bedarf zum Annehmen von Unterstützungsangeboten ermutigt werden.		EK	

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
9.14.	<p>Familiengespräche <i>sollen</i> mit Zustimmung des Patienten einberufen werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn für Patient und Angehörige ein gemeinsamer Informationsstand geschaffen werden soll; • wenn Patient und Angehörige Unterstützung benötigen beim Eintritt in fortgeschrittene Krankheitsphasen oder bei Entscheidungen über anstehende einschneidende Therapiezieländerungen; • wenn familiäre Meinungsverschiedenheiten im Rahmen der palliativen Versorgung in den Vordergrund treten. <p>Der Moderator des Familiengesprächs <i>soll</i> verschiedene Sichtweisen zur Sprache bringen und alle Beteiligten zum Austausch motivieren.</p>		EK	
9.15.	<p>Ist der Patient damit einverstanden, <i>sollen</i> Angehörige möglichst gemeinsam mit dem Patienten über den Krankheitsverlauf aufgeklärt werden.</p> <p>Wenn der Patient oder seine Angehörigen nicht offen über die Erkrankung sprechen wollen, <i>sollen</i> Gesprächsangebote über zugrunde liegende Befürchtungen gemacht werden.</p>		EK	
9.16.	<p>Die Bedürfnisse der Eltern mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung hinsichtlich Informationen, Familiengesprächen und ggf. weiterer Unterstützung bzgl. des Umgangs mit den Kindern <i>sollen</i> eruiert werden.</p> <p>Die betroffenen Eltern mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> ermutigt und auf Wunsch unterstützt werden zu einer offenen Kommunikation mit ihren Kindern.</p> <p>Minderjährige Kinder von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> in Absprache mit ihren Eltern altersgerecht und bedürfnisorientiert in die Kommunikation über die Krankheitssituation in allen Phasen der Behandlung einbezogen werden.</p>		EK	
9.17.	<p>Minderjährige Kinder als Angehörige von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> bei Bedarf Unterstützung durch qualifizierte Fachkräfte erhalten</p>		EK	

Unter einem Familiengespräch versteht man eine Zusammenkunft der bedeutsamen Nahestehenden des Patienten (Familienangehörige im biologischen Sinn, rechtliche Vertreter, außerfamiliäre wichtige Bezugspersonen des Patienten) [158]. Neben erkrankungs- und behandlungsassoziierten Themen sollte der zu erwartende Krankheitsverlauf einschließlich des Geschehens in der Sterbephase angesprochen werden. Eine adäquate Symptomkontrolle in der Endphase soll zugesichert werden [159-161].

Die minderjährigen Kinder von lebensbedrohlich erkrankten Eltern bilden eine spezifische Gruppe von Angehörigen. In dem von der Deutschen Krebshilfe geförderten Verbundprojekt „Kinder krebskranker Eltern“ wurden spezifische Beratungskonzepte für Eltern und Kinder sowie Jugendliche erarbeitet und auch die spezifischen Erfordernisse für die palliative Behandlungssituation fokussiert [162]. Hinweise auf qualifizierte Fachkräfte und regionale Initiativen für Kinder krebskranker Eltern (www.dapo-ev.de [Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V.], www.verbund-kinder-krebskranker-eltern.de) eröffnen zusätzliche Möglichkeiten, Unterstützung vor Ort einzuleiten.

9.6. Vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning, ACP)

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
9.18.	Gegenstand der Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>soll</i> sein: <ul style="list-style-type: none"> Umfang und Grenzen der Behandlung im Fall (erkrankungs-) typischer sowie häufiger und möglicher Szenarien und Komplikationen; individuelle Präferenzen hinsichtlich der Versorgung in der letzten Lebensphase, des Betreuungs- und Sterbeortes sowie ggf. der Bestattung; Benennung eines Vorsorgebevollmächtigten oder Vorschlag eines Betreuers. 		EK	
9.19.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> das Angebot einer vorausschauenden Versorgungsplanung erhalten.		EK	
9.20.	Die Gesprächsbegleitung zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>soll</i> frühzeitig im Verlauf sowie wiederholt bei wesentlichen Veränderungen von Befinden und Prognose angeboten werden.		EK	
9.21.	Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>sollten</i> durch schriftliche Informationsmaterialien unterstützt sowie die Inhalte und Ergebnisse dokumentiert werden.		EK	
9.22.	In die Gespräche zur vorausschauenden Versorgungsplanung <i>sollen</i> im Einvernehmen mit dem Patienten dessen Angehörige sowie gegebenenfalls Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer einbezogen werden.		EK	

Die „vorausschauende Versorgungsplanung“ beschreibt einen systematischen, interprofessionell begleiteten Kommunikations- und Implementierungsprozess zwischen Patienten, Angehörigen und relevanten an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen. Der Prozess umfasst die bestmögliche Sensibilisierung, Reflexion, Dokumentation und ggf. klinische Umsetzung der Behandlungspräferenzen von Patienten hinsichtlich künftiger hypothetischer klinischer Szenarien. Im deutschsprachigen Raum werden

verschiedene Begriffe für das englische *Advance Care Planning (ACP)* verwendet. Einen einheitlichen Terminus gibt es nicht. Dies ist u. a. auf das unterschiedliche Verständnis des Inhalts von ACP zurückzuführen. Im Kontext dieser Leitlinie wurde der Begriff „vorausschauende Versorgungsplanung“ gewählt, da er die wesentlichen Elemente (siehe Empfehlung 9.18) des englischen ACP am besten und umfassend aufgreift. Die im deutschsprachigen Raum auch verwendete Bezeichnung „gesundheitliche Vorsorgeplanung oder Vorausplanung“ fokussiert insbesondere auf die Patientenverfügung, ist jedoch im Verständnis dieser Leitlinie inhaltlich zu eng gefasst. Schließlich integriert der Begriff „umfassende Versorgungsplanung“ zwar auch eine breite Palette an Themen, die am Lebensende besprochen werden sollen, ist dennoch vom englischen Terminus *Advance Care Planning* weiter entfernt.

10. Sterbephase

10.1. Einleitung

Von den 869.582 Menschen, die im Jahr 2012 in Deutschland verstorben sind, waren 221.611 Menschen an Krebs erkrankt. Damit sind Krebserkrankungen nach den Erkrankungen des Herzkreislaufsystems mit 25 % die zweithäufigste Todesursache in Deutschland [163]. Ausschließlich auf die Diagnose Krebs bezogen, werden knapp 40 % der Menschen, bei denen ein bösartiger Tumor diagnostiziert wird, an der Erkrankung versterben [164].

Die Sterbephase beschreibt die letzten Tage des Lebens, in denen durch die Erkrankung die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Sterbenden zunehmend eingeschränkt sind. Für diese Leitlinie wird – basierend auf einer internationalen Expertenempfehlung und der verfügbaren Evidenz – die Sterbephase als die letzten drei bis sieben Tage des Lebens definiert [9, 10].

Die Sterbephase von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung ist in der Regel von einer dynamischen Entwicklung mit unterschiedlichen Herausforderungen an die physische, psychische, soziale und/oder spirituelle Begleitung von Patient und Familie gekennzeichnet. Unterschiedliche Symptome können den Patienten, aber auch die Angehörigen belasten. Zunehmende Schwäche und Immobilität, der Verlust des Interesses an Essen und Trinken, die Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit mit der Verminderung der Möglichkeit zur verbalen Kommunikation sowie Veränderung der Atmung und existentielle Verunsicherung können in den letzten Lebenstagen auftreten [165].

Die unterschiedlichen Probleme machen ein umfassendes Unterstützungsangebot sowie eine offene und ehrliche Kommunikation mit Patient und Familie notwendig. Häufig stehen Therapieentscheidungen an, die jeweils vor dem Hintergrund der Indikation, des (mutmaßlichen) Patientenwillens, aber auch der Angemessenheit der Maßnahmen zu bedenken sind. Für die Begleitung Sterbender ist es von herausragender Bedeutung, dass das Sterben von den an der Behandlung Beteiligten als ein natürlicher Prozess akzeptiert wird. Alle Maßnahmen sollten sich an dem Ziel orientieren, auch in der letzten Lebensphase die bestmögliche Lebensqualität und ein Sterben in Würde zu erreichen.

10.2. Das Sterben diagnostizieren

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.1.	Zur Einschätzung, ob die Sterbephase eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung begonnen hat, <i>können</i> , wenn akut reversible Ursachen ausgeschlossen wurden, folgende Kriterien herangezogen werden: <ul style="list-style-type: none"> • Veränderung der Atmung, der Emotionen und des Bewusstseins • zunehmende Schwäche und reduzierter Allgemeinzustand • Hautveränderungen; Verwirrtheit; Verlust des Interesses an Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr • Intuition der an der Behandlung Beteiligten 	0	4	[9, 10, 166]
10.2.	Die Einschätzung, ob die Sterbephase eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung begonnen hat, <i>sollte</i> im Rahmen einer interprofessionellen Diskussion erfolgen.	B	4	[9, 10, 166]

Um belastende Maßnahmen bei Patienten in den letzten Lebenstagen zu vermeiden, aber auch, um das familiäre Umfeld für diese Phase vorzubereiten und gezielt zu unterstützen, ist es im klinischen Alltag hilfreich, den Beginn dieser Phase besser diagnostizieren zu können. Auch wenn eindeutige Prädiktoren für das Eintreten dieser Phase bisher weitestgehend fehlen, so können bei fortgeschrittener, inkurabler Erkrankung das Auftreten oder die Zunahme von Veränderungen der Atmung (z. B. Muster, Rhythmus oder Nebengeräusche wie Rasseln), Veränderungen der Emotionen (z. B. zunehmende Angst und Unruhe) oder des Bewusstseins (z. B. Somnolenz), zunehmende Schwäche und reduzierter Allgemeinzustand, Hautveränderungen, Verwirrtheit sowie der Verlust des Interesses an Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr indirekte Hinweise auf die Sterbephase sein. Die Auflistung der beobachtbaren Zeichen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Eindeutigkeit. In einer Delphi-Befragung von internationalen Palliativexperten aus unterschiedlichen Professionen (u. a. Medizin, Pflege, Seelsorge) wurde die Veränderung in den folgenden Kategorien (die eine Vielzahl an Phänomenen beschreiben) als hochrelevant für die Feststellung der Sterbephase eingestuft: Atmung, Reduktion des Allgemeinzustandes, Bewusstsein, Haut, Einnahme von Essen und Flüssigkeit, Emotionszustand und Meinungsäußerungen der Umgebung [9]. Aus Expertensicht wurde zudem die Intuition der an der Behandlung Beteiligten („Bauchgefühl“) als klinisch relevant eingestuft [9].

10.3. Grundsätze und praktische Belange in der Begleitung während der Sterbephase

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.3.	Das Sterben eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> von den an der Behandlung Beteiligten als ein natürlicher Teil des Lebens anerkannt werden. Der Sterbevorgang <i>soll</i> weder beschleunigt noch hinausgezögert werden.		EK	

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.4.	Im Mittelpunkt der Begleitung <i>sollen</i> der Sterbende und seine Angehörigen unter Berücksichtigung der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen des Sterbens stehen.		EK	
10.5.	Entscheidungen und Maßnahmen zur Behandlung in der Sterbephase <i>sollen</i> sich nach den Bedürfnissen des Sterbenden und der Angehörigen unter Wahrung der Würde des Sterbenden richten.		EK	
10.6.	Entscheidungen und Maßnahmen zur Behandlung in der Sterbephase <i>sollen</i> dokumentiert und kontinuierlich reevaluiert werden.		EK	
10.7.	Der Sterbende und seine Angehörigen <i>sollen</i> angemessen über den nahenden Tod und die zu erwartenden Veränderungen in der Sterbephase informiert werden.		EK	
10.8.	Angehörige von Sterbenden <i>sollen</i> unter Einbeziehung des Patientenwillens Gelegenheit bekommen, sich ihren Möglichkeiten und Wünschen entsprechend an der Sterbebegleitung zu beteiligen. Sie <i>sollen</i> Angebote zur Entlastung erhalten.		EK	
10.9.	Bei Sterbenden, die verbal nicht mehr oder nur eingeschränkt kommunizieren können, <i>sollen</i> achtsam Mimik, Gestik, Atmung, Muskeltonus, Blickkontakt, Bewegungsmuster, Reaktionen und paraverbale Lautäußerungen durch die an der Behandlung Beteiligten beobachtet und ihrer Bedeutung nach eingeschätzt werden.		EK	
10.10.	Dem Wunsch des Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung bezüglich seines Sterbeortes <i>sollte</i> entsprochen werden.		EK	
10.11.	Die Einbindung von befähigten ehrenamtlichen Mitarbeitern in die multiprofessionelle Sterbebegleitung eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollte</i> Bestandteil der Palliativversorgung sein.		EK	

10.4. Therapie der häufigsten Symptome

Für die Symptome Atemnot und Schmerz, siehe Kapitel 5 und 6 dieser Leitlinie.

10.4.1. Delir in der Sterbephase

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.12.	Die Symptome eines Delirs <i>sollen</i> so früh wie möglich erkannt werden: u. a. rascher Beginn und fluktuierender Verlauf, Bewusstseinsstörung, Störung der Aufmerksamkeit und des Denkens, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus.		EK	
10.13.	Das Team <i>sollte</i> in der Früherkennung eines Delirs bei Sterbenden und dem verbalen und nonverbalen Umgang mit deliranten Patienten geschult werden.		EK	
10.14.	Sterbende mit deliranter Symptomatik <i>sollten</i> durch folgende Allgemeinmaßnahmen behandelt werden: ruhige und orientierungsfördernde Umgebung, Sturzprophylaxe, ruhige Kommunikation und Kontinuität in der Betreuung.	B	4	-
10.15.	Bei Sterbenden mit einem Delir und der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung <i>sollte</i> Haloperidol zur Therapie des Delirs eingesetzt werden.	B	1-	[167-170]

10.4.2. Rasselatmung

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.16.	Flüssigkeit <i>sollte</i> bei Rasselatmung in der Sterbephase nicht künstlich zugeführt werden.		EK	
10.17.	Angehörige von Sterbenden <i>sollen</i> frühzeitig über die Ursache, den Verlauf und die Auswirkung von Rasselatmung aufgeklärt werden. Der Einsatz von Aufklärungsbroschüren <i>kann</i> für die Angehörigen zusätzlich hilfreich sein.		EK	
10.18.	Bei Sterbenden mit belastender Rasselatmung <i>können</i> geeignete Lagerungsmethoden zur Sekretmobilisation und -ablauf eingesetzt werden.	0	4	-
10.19.	Bei Sterbenden mit belastender Rasselatmung <i>können</i> Anticholinergika zur Reduktion der Rasselatmung eingesetzt werden.	0	1-	[171-173]
10.20.	Bei Sterbenden mit belastender Rasselatmung (ohne Tracheostoma oder Endotrachealtubus) <i>sollte</i> das tracheale Sekret <i>nicht</i> abgesaugt werden.	B	4	-

10.4.3. Mundtrockenheit (Xerostomie)

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.21.	Mundtrockenheit <i>soll</i> regelmäßig evaluiert werden, inklusive der Ursachen (z. B. Medikamente), dem Grad der Belastung und ob die Mundtrockenheit behandlungsbedürftig ist.		EK	
10.22.	Bei belastender Mundtrockenheit <i>sollte</i> die Mundschleimhaut regelmäßig, dem Bedürfnis des Sterbenden angepasst, befeuchtet werden. Es <i>sollten</i> geeignete Substanzen verwendet werden, die den Gewohnheiten und Vorlieben des Sterbenden entsprechen und der Herstellung von Wohlbefinden dienen.	B	4	-

10.4.4. Angst und Unruhe in der Sterbephase

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.23.	In der Sterbephase auftretende Angst <i>soll</i> regelmäßig evaluiert werden. Hierbei <i>soll</i> neben verbalen Äußerungen auf klinische Hinweise, wie z. B. Unruhe, Schwitzen, Mimik oder Abwehrreaktionen geachtet werden.		EK	
10.24.	Bei Unruhe in der Sterbephase <i>sollen</i> die im Vordergrund stehenden auslösenden Ursachen bestimmt werden, z. B. Schmerz, Obstipation, Harnverhalt, Atemnot, Angst und/oder ein Delir.		EK	
10.25.	Sterbende mit Angst – mit oder ohne begleitende Unruhesymptome – <i>sollen</i> durch Allgemeinmaßnahmen unterstützt werden: z. B. ruhige Umgebung, vertrauensfördernde Kommunikation und Kontinuität in der Betreuung.		EK	
10.26.	Benzodiazepine <i>können</i> in der Sterbephase zur Linderung von Angst – mit oder ohne begleitende Unruhesymptome – eingesetzt werden.		EK	
10.27.	Bei Unruhe im Rahmen eines Delirs in der Sterbephase <i>soll</i> primär das Delir behandelt werden.		EK	

10.5. Medikamente und Maßnahmen in der Sterbephase/Absetzen von Medikamenten und Maßnahmen in der Sterbephase

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.28.	<p>Der Patientenwille ist auch bei Entscheidungen in der Sterbephase zu beachten.</p> <p>Kann der Sterbende sich selbst nicht äußern, hat der Patientenvertreter (durch schriftliche Vorsorgevollmacht befugte Person oder gerichtlich bestellter Betreuer) den Patientenwillen festzustellen und dies mit dem Arzt zu besprechen. Dabei sind eine schriftliche Patientenverfügung und andere Willensbekundungen des Sterbenden (z. B. mündlich oder schriftlich geäußerte Behandlungswünsche, sonstige Willensbekundungen) einzubeziehen.</p>		EK (Statement)	
10.29.	<p>Alle Maßnahmen in der Sterbephase <i>sollen</i> in ihrer Häufigkeit und Ausprägung den Bedürfnissen des Sterbenden angepasst werden.</p> <p>Dabei <i>sollen</i> alle Dimensionen von Lebensqualität (physisch, psychisch, sozial, spirituell) sowie kulturelle und religiöse Aspekte berücksichtigt werden.</p>		EK	
10.30.	<p>Es <i>sollen</i> nur Medikamente neu angesetzt oder weitergeführt werden, die das Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität in der Sterbephase fördern. Dies umfasst v. a. die Substanzklassen Opiode, Antipsychotika, Benzodiazepine und Anticholinergika.</p>		EK	
10.31.	<p>Tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen <i>sollen</i> in der Sterbephase beendet werden.</p>		EK	
10.32.	<p>Alle medizinischen, pflegerischen und physiotherapeutischen Maßnahmen, die nicht dem Therapieziel bestmöglicher Lebensqualität dienen, <i>sollen</i> in der Sterbephase <i>nicht</i> eingeleitet oder, falls sie im Vorfeld eingeleitet wurden, beendet werden: z. B. Beatmung, Dialyse/Hämofiltration, Intensivtherapie, Lagerung zur Dekubitus- oder Pneumonieprophylaxe.</p>		EK	
10.33.	<p>Die Messung und Dokumentation von Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Blutzucker, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur <i>sollen</i>, wenn kein Nutzen im Hinblick auf Symptomlinderung besteht, beendet werden.</p>		EK	

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.34.	Wenn notwendige und symptomlindernde Medikamente nicht mehr enteral verabreicht werden können, <i>sollen</i> sie in angepasster Dosierung parenteral (subkutan, intravenös), transmucosal (nasal, buccal, sublingual) oder rektal zugeführt werden. Eine ausreichend wirksame transdermale Therapie <i>kann</i> auch in der Sterbephase weitergeführt werden.		EK	
10.35.	Bei Sterbenden, die einen implantierten Kardioverter-Defibrillator (ICD) tragen, <i>sollte</i> die Kardioverterfunktion in der Sterbephase deaktiviert werden.		EK	
10.36.	Die palliative Sedierung <i>soll</i> durch in der Palliativmedizin erfahrene und kompetente Ärzte und Pflegefachkräfte erfolgen.		EK	

Auf einige Medikamente, die in anderen Phasen der Erkrankung sinnvoll waren, kann man in der Sterbephase verzichten. Hierzu gehören z. B. Antibiotika, Antidepressiva, Antikoagulantien, Chemotherapeutika oder andere tumorspezifische Medikamente, Diuretika, Insuline, Kardiaka, Kortikosteroide, Laxantien, Sauerstoff oder auch Blutprodukte.

In seltenen Fällen ist weder durch eine ursächliche noch durch eine symptomatische Therapie, bzw. durch das Weglassen von Maßnahmen, eine zufriedenstellende Linderung des Leidens bei Sterbenden zu erreichen. Als Ultima Ratio ist in solchen Situationen eine palliative Sedierung zu erwägen. Die palliative Sedierung beinhaltet den überwachten Einsatz von Medikamenten für Patienten, die unter therapierefraktären Symptomen leiden. Als Indikationen in der Sterbephase werden häufig agitierte Verwirrtheit, Atemnot, Schmerz, epileptische Anfälle, massive Blutungen oder Asphyxie sowie nicht-physische Symptome wie refraktäre depressive Zustände, Angst, oder existentielles Leid genannt [174, 175]. Für diese nicht-physischen Symptome als Indikation für eine palliative Sedierung gibt es allerdings keinen übergreifenden fachlichen Konsens [175, 176].

Das Ziel der Sedierung ist die Linderung der Symptomlast in einer für den Patienten, die Angehörigen und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise und nicht die vorzeitige Beendigung des Lebens [174].

10.6. Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.37.	Nach sorgfältiger Abwägung im Einzelfall (z. B. Stillen von Hunger und Durst) <i>sollten</i> künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden <i>nicht</i> gegeben werden.	B	2	[177-179]

Die Versorgung von Sterbenden mit künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ist eine häufig geübte Praxis u. a. mit der Begründung, belastende Symptome wie Fatigue,

Somnolenz, Verwirrtheit oder Übelkeit zu lindern. Allerdings haben künstliche Ernährung und/oder Flüssigkeitszufuhr potentielle Nebenwirkungen (z. B. periphere Ödeme, Lungenödem, verstärkte Rasselatmung), bedürfen einer invasiven Applikation (i. v., s. c., PEG etc.) und führen zu einer erhöhten medizinischen und pflegerischen Aktivität, die in der Sterbephase unangemessen oder unerwünscht sein kann.

Das Hauptaugenmerk der Behandelnden in der Sterbephase liegt auf dem Wohlbefinden und der optimalen Symptomkontrolle beim sterbenden Menschen [180]. Da künstliche Flüssigkeitszufuhr die Mundtrockenheit nicht lindert, ist unabhängig von Rehydrierung Mundpflege anzubieten (siehe auch Kapitel 10.4.3) [181].

Da Sterbende und vor allem Angehörige eine künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr häufig positiv bewerten und – im Kontrast zur palliativmedizinischen Erfahrung und Evidenz – mit der Hoffnung auf ein würdevolles Lebensende und eine Verbesserung von Symptomen verbinden, ist eine sensible Kommunikation mit ausreichender Aufklärung und Informationsvermittlung in der Entscheidungsfindung notwendig [182, 183].

10.7. Nach dem Tod: Verstorbener, Trauer

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.38.	Die Angehörigen des Verstorbenen <i>sollen</i> empathisch und zeitnah über das Versterben informiert werden.		EK	
10.39.	Nach dem Tod <i>soll</i> den Angehörigen ein Abschied vom Verstorbenen entsprechend ihren Bedürfnissen und Ressourcen, den kulturellen Gepflogenheiten und religiösen Pflichten ermöglicht werden.		EK	
10.40.	Die Personen, die an der Behandlung des Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung beteiligt waren, <i>sollten</i> in angemessener Weise über seinen Tod informiert werden.		EK	

10.8. Sterben und Tod und das Betreuungsteam

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
10.41.	Für die würdevolle Begleitung von sterbenden Menschen und ihren Angehörigen <i>sollen</i> unterstützende Rahmenbedingungen im Team implementiert sein – hierzu zählen: eine offene Kommunikationskultur, gemeinsame Zieldefinitionen, definierte Rollen im Team und ausreichend Personal und Zeit für eine individuelle Betreuung der Betroffenen.		EK	
10.42.	Zur Stabilisierung der Zusammenarbeit und zur Reduktion von Belastungen <i>sollen</i> gemeinsam sichere und nachvollziehbare Wege zur Entscheidungsfindung vereinbart und definiert sein. Entscheidungen zu Therapie und Begleitung <i>sollen</i> im Team angemessen kommuniziert werden. Therapiezieländerungen und Adaption der Maßnahmen <i>sollen</i> für das gesamte Team nachvollziehbar dokumentiert werden.		EK	
10.43.	Die gegenseitige emotionale und praktische Unterstützung im Team als zentraler Schutzfaktor vor Überlastung <i>soll</i> in einer entsprechenden Kultur gepflegt werden.		EK	
10.44.	Abschiedsrituale <i>können</i> zur Unterstützung und Bewältigung eingesetzt werden. Solche Rituale <i>sollten</i> gemeinsam entwickelt und vereinbart werden.		EK	
10.45.	Geeignete Reflexionsräume wie Fallbesprechungen, Supervision, Teamtage und Fortbildungen <i>sollen</i> für Teams, die Sterbende begleiten, implementiert sein.		EK	

11. Versorgungsstrukturen

11.1. Einleitung

Kaum ein anderer Bereich des Gesundheitssystems hat je eine derart rasante Entwicklung erlebt wie die Palliativ- und Hospizversorgung. Dies hat sicherlich den Grund in der zu erwartenden epidemiologischen Entwicklung unserer Gesellschaft, durch die dieser Bereich eine große gesellschaftspolitische Unterstützung erfährt. Sie ist aber auch mitbedingt durch die konsequente Orientierung des Feldes an den Patienten- und Angehörigenbedürfnissen in einer derart existentiellen Situation.

Die 5-Jahres-Prävalenz der Krebserkrankungen in Deutschland für das Jahr 2010 betrug 1.863 pro 100.000 Einwohner, die Mortalität 267 pro 100.000 (siehe www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Datenbankabfrage/datenbankabfrage_stufe1_node.html). Jeder vierte Mann und jede fünfte Frau verstarb an einer Krebserkrankung [184]. Auf europäischer Ebene wurde in einem 2014 erschienenen WHO-Bericht der palliativmedizinische Bedarf für Patienten mit einer Krebserkrankung auf 218 pro 100.000 Erwachsene geschätzt [185].

Nicht nur aktuell sondern auch in den kommenden Jahren ist eine rasante Entwicklung von Modellen zur Integration von Palliativ- und Hospizangeboten in die Regelversorgung zu erwarten. Die ersten derartigen Initiativen in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts (erste Palliativstation 1983 Köln, erste stationäre Hospize 1986 Aachen und Recklinghausen, erster Hospizverein 1985 München) waren Eigeninitiativen engagierter Pioniere. Das Einfließen dieser Modelle in die Routineversorgung – zunächst beginnend bei Hospizdiensten und stationären Hospizen, in den Folgejahren bei Palliativstationen und zuletzt bei Diensten der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung – basierte auf der Einrichtung von Finanzierungsmöglichkeiten, die meist auf politische Aktivitäten und nicht auf wissenschaftliche Daten zurückzuführen waren. Auch die zukünftige Weiterentwicklung wird hauptsächlich politisch entschieden, wie dies derzeit bei der Weiterentwicklung der Charta zur Betreuung Schwerkranker und Sterbender in eine Nationale Strategie verfolgt wird. Wissenschaftliche Daten können unterstützend für die Weiterentwicklung von Strukturen wirken, wenn sie die Wirksamkeit bzw. fehlende Wirksamkeit von neuen oder bestehenden Einrichtungsformen belegen.

Ziel dieses Kapitels ist es, die Evidenz für neue Versorgungsformen zusammenzuführen, internationale Erfahrungen, wo möglich, zu adaptieren und damit für Deutschland gültige Empfehlungen zu entwickeln. Hierbei liegt der Fokus auf den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen ab der Diagnosestellung einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Dies spiegelt sich auch in der Strukturierung des Kapitels entlang eines patientenorientierten Behandlungspfades wider (siehe Kapitel 11.2).

Ebenso wurde entschieden, zunächst von einer Zweiteilung der Palliativversorgung in spezialisierte und allgemeine Palliativversorgung auszugehen, auch wenn es international Modelle einer Drei- oder gar Vierteilung (siehe WHO [186], White Paper [8, 187]) gibt. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass für den ambulanten Bereich die SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) inzwischen gesetzlich klar definiert ist, die verschiedenen Formen der allgemeinen Palliativversorgung sich in Deutschland aber noch nicht soweit differenziert haben, dass von einer weiteren Unterteilung dieser Versorgungsform gesprochen werden kann.

Insofern beruht diese Leitlinie insbesondere für den Versorgungsaspekt an vielen Stellen auf Expertenmeinung der Leitliniengruppe und gibt eine Momentaufnahme der Situation in Deutschland wieder.

11.2. Behandlungspfad für Patienten und Angehörige

Der in Abbildung 3 dargestellte Behandlungspfad für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und ihre Angehörigen stellt die verschiedenen Schritte der Palliativversorgung dar, die dem Patienten und seinen Angehörigen angeboten werden. Der Pfad beginnt mit der Diagnosestellung einer nicht heilbaren Krebserkrankung und führt über den Tod des Patienten hinaus bis zur Trauerbegleitung für die Angehörigen. Die einzelnen Schritte und Angebote sind in den folgenden Kapiteln ausführlich erläutert.

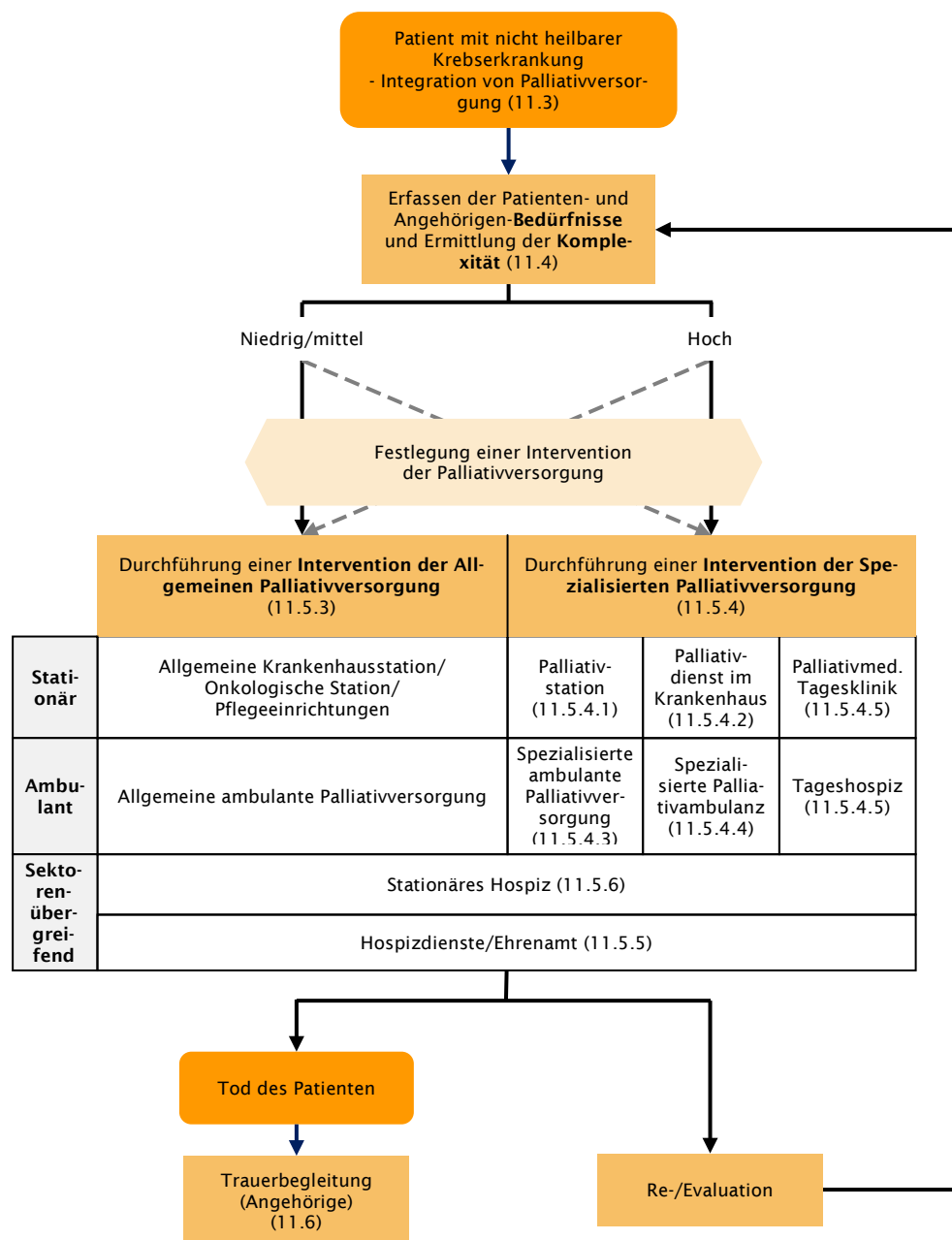


Abbildung 3: Behandlungspfad für Patienten und Angehörige

11.3. Integration von Palliativversorgung

11.3.1. Zeitpunkt der Integration von Palliativversorgung

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.1.	Alle Patienten mit einer Krebserkrankung <i>sollen</i> unabhängig vom Krankheitsstadium Zugang zu Informationen über Palliativversorgung haben.		EK	
11.2.	Allen Patienten <i>soll</i> nach der Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung Palliativversorgung angeboten werden, unabhängig davon, ob eine tumorspezifische Therapie durchgeführt wird.		EK	

Die Einschätzung, dass eine onkologische Erkrankung „nicht heilbar“ ist, beruht auf prognostischen Wahrscheinlichkeiten. Diese statistischen Erkenntnisse sind immer mit einer prognostischen Unsicherheit im Einzelfall verbunden, weshalb jeder Einzelfall individuell beurteilt werden muss [188]. Neben tumorbiologischen Parametern, die eine Prognoseabschätzung erlauben, spielen patientenindividuelle Faktoren wie Komorbidität und soziale Einbindung eine wesentliche Rolle.

Ob eine Beratung zur Palliativversorgung dringlich ist, lässt sich auch durch die sogenannte *surprise question* abschätzen: „Wären Sie überrascht, wenn Ihr Patient innerhalb der nächsten 6-12 Monate versterben würde?“ [189, 190]. Diese Frage sollte im Sinne einer Selbstreflexion oder auch im kollegialen Austausch erörtert werden. Wenn diese Frage mit „Nein“ (Ich wäre nicht überrascht) beantwortet wird, sollte kritisch reflektiert werden, ob die Prognose des Patienten nicht schlechter ist als bisher angenommen.

11.3.2. Integration von onkologischen Strukturen und Palliativversorgung

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.3.	Spezialisierte Palliativversorgung <i>soll</i> in onkologische Entscheidungsprozesse integriert werden, z. B. durch Beteiligung an interdisziplinären Tumorkonferenzen.		EK	

11.4. Erfassen der Patientenbedürfnisse und Ermittlung der Komplexität

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.4.	Bei einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sowie die Belastungen und Informationsbedürfnisse der Patienten und Angehörigen wiederholt und bei einer Änderung der klinischen Situation erfasst werden.		EK	

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.5.	Bei einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollte</i> die Erfassung der Bedürfnisse sowie der Belastungen und der Informationsbedürfnisse der Patienten und Angehörigen mit Hilfe von validierten multidimensionalen Erfassungsinstrumenten erfolgen.		EK	
11.6.	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> die Komplexität der Situation wiederholt eingeschätzt werden; dies schließt ein: die Patienten- und Angehörigenbedürfnisse, den Funktionsstatus des Patienten und die Krankheitsphase.		EK	
11.7.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer hohen Komplexität ihrer Situation <i>sollen</i> eine spezialisierte Palliativversorgung erhalten.		EK	

Nach Erfassung der Patientenbedürfnisse und Probleme wird anhand der vorliegenden Informationen die Komplexität der Gesamtsituation bewertet und in niedrig/mittel oder hoch eingeteilt. Die Komplexität wird durch viele verschiedene Faktoren bestimmt – insbesondere die in Tabelle 12 aufgeführten Faktoren haben sich für die Palliativversorgung als relevant herausgestellt. Die Komplexität wird sowohl von der **Intensität** einzelner Symptome oder psychosozialer, spiritueller oder ethischer Probleme als auch von deren gleichzeitigen Auftreten (**Simultanität**; inkl. dem gleichzeitigen Vorliegen von Komorbiditäten) beeinflusst.

Die hier genannte Komplexitätsbestimmung basiert auf einem Modell, welches primär in Australien entwickelt wurde, seit vielen Jahren mit positiven Erfahrungen angewendet wird und zunehmend auch in anderen Ländern implementiert wird (u. a. England). Die Komplexität der Situation der Patienten lässt sich demnach am besten aus den erfassten **Bedürfnissen, Problemen und Belastungen von Patienten und Angehörigen** ermitteln, wird aber auch anhand des **Funktionsstatus des Patienten** in Verbindung mit der **Krankheitsphase** beschrieben [191]. Mit Funktionsstatus versteht man die Quantifizierung des Allgemeinzustandes und der Aktivitäten des alltäglichen Lebens. Krankheitsphasen in dem hier verwendeten Sinne werden als stabil, instabil, verschlechternd und sterbend charakterisiert [191] (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Beeinflussende Faktoren für die Komplexität und mögliche Messinstrumente

Beeinflussender Faktor für die Komplexität	Mögliches Messinstrument
1. Probleme und Bedürfnisse des Patienten	z. B. Minimales Dokumentationssystem (MIDOS 2) [192], Edmonton Symptom Assessment System (ESAS/revised version ESAS-r) [192, 193], Palliative Care Outcome Scale (POS) [194, 195], Distress-Thermometer mit Problemliste [196]
2. Belastungen der Angehörigen	z. B. Deutsche Version des Zarit Burden Interviews (G-ZBI) [197], Häusliche Pflegeskala (HPS) der DEGAM
3. Funktionsstatus	Funktionsstatus v. a. im Sinne von Aktivität, Selbstversorgung und Selbstbestimmung z. B. Australian-modified Karnofsky-Performance Status (AKPS) [198], Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) [199], Activities of Daily Living (ADL) [200], Barthel Index [201]
4. Krankheitsphase:	Beschreibung

Beeinflussender Faktor für die Komplexität	Mögliches Messinstrument
a) stabil	Symptome unter Kontrolle, Patientenbedürfnisse durch Betreuungsplan befriedigt, stabile Familiensituation
b) instabil	Neue große Probleme oder rasche Steigerung bestehender großer Probleme innerhalb weniger Tage, dringende oder weniger dringende Veränderungen im Betreuungsplan notwendig um Patientenbedürfnisse zu befriedigen
c) verschlechternd (reduzierend)	Symptome verschlechtern sich schrittweise oder stetig über Wochen, oder Entwicklung neuer aber erwarteter Probleme über Tage/Wochen, mit Notwendigkeit, den Betreuungsplan anzupassen und regelmäßig zu überprüfen, mit steigender familiärer Belastung und/oder sozialer/praktischer Belastung
d) sterbend (terminal)	Tod innerhalb der nächsten Tage wahrscheinlich mit Notwendigkeit der regelmäßigen, i. d. R. täglichen Überprüfung des Betreuungsplans und regelmäßige Unterstützung der Familie

Um einen angemessenen Therapie- und Behandlungsplan zu erstellen, ist die Bewertung der Komplexität entscheidend. Die Komplexität der Patienten- und Angehörigensituation wird in die zwei Stufen **niedrig/mittel** oder **hoch** eingeteilt. Abhängig davon, in welcher der beiden Komplexitätskategorien der Patient eingestuft wurde, wird entschieden, welche Interventionsebene – ob allgemeine oder spezialisierte Palliativversorgung – dem Patienten angeboten werden soll. Patienten mit einer hohen Situationskomplexität sollten in der Regel spezialisierte Palliativversorgung bekommen. Es ist aber anzumerken, dass die Entscheidung, ob allgemeine oder spezialisierte Palliativversorgung durchgeführt wird, von der jeweiligen Patientensituation abhängt und deshalb individuell zu treffen ist.

Orientierungshilfen für die Ermittlung der Komplexität in zwei Kategorien:

- **Niedrig/Mittel:** Wenig ausgeprägte Symptome, langsames bzw. mäßiges Fortschreiten der zugrunde liegenden Erkrankung, keine bzw. nicht belastende weitere Krankheiten – insbesondere keine floriden psychischen Erkrankungen. Eine ausgeglichene psychische Befindlichkeit und eine stabile familiäre Situation stellen eher eine niedrig komplexe Situation dar.
- **Hoch:** Ausgeprägte Symptome, die schwierig zu behandeln sind, exulzierende Tumoren oder eine drohende Querschnittslähmung spiegeln eine hochkomplexe medizinische Situation wider. Ausgeprägte Angstzustände, fehlende Krankheitsbewältigung oder schwierige Familienverhältnisse, die den Patienten belasten und wenig unterstützend sind, können als hochkomplexe Patientensituationen beschrieben werden. Hochkomplexe Situationen zeichnen sich auch dadurch aus, dass der Behandlungsplan aufgrund der fluktuierenden Situation immer wieder angepasst und regelmäßig überprüft werden muss.

11.5. Festlegung einer Intervention der Palliativversorgung

11.5.1. Differenzierung zwischen allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung

Allgemeine Palliativversorgung (APV)

Es existiert keine einheitlich akzeptierte Definition der Allgemeinen Palliativversorgung. Hinweise für die Zuordnung einer Versorgungsleistung in die Kategorie der Allgemeinen Palliativversorgung sind:

- Leistungserbringung durch Behandelnde, die ihr Haupttätigkeitsfeld nicht in der Palliativversorgung haben;
- die Patientensituation ist weniger komplex als in der Spezialisierten Palliativversorgung;
- die Versorgungsleistung ist nicht zwingend an spezifische strukturelle Voraussetzungen gekoppelt.

Im Kapitel 11.5.3 werden die Aufgaben und Möglichkeiten der APV definiert und beschrieben.

Spezialisierte Palliativversorgung (SPV)

Spezialisierte Palliativversorgung ist im ambulanten Bereich gesetzlich verankert als SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung). Sie basiert auf dem Leistungsanspruch von SAPV im SGB V (§ 37b, § 132d), daraus folgend den SAPV-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes. Im stationären Bereich ist die Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung (SSPV) über die Mindestmerkmale der OPS 8-982 und 8-98e formal erfasst.

Hinweise für die Zuordnung einer Versorgungsleistung zur Spezialisierten Palliativversorgung sind (siehe auch Kapitel 11.5.4):

- Patientenbedürfnisse erfordern eine komplexere und aufwändigere Versorgungsleistung als in der Allgemeinen Palliativversorgung.
- Leistungserbringer haben ihr Tätigkeitsfeld überwiegend oder ausschließlich in der SPV.
- Leistungserbringer verfügen über spezifische palliativmedizinische Qualifikation und Erfahrung.
- Teamansatz und Multiprofessionalität sind konzeptionelle und strukturelle Voraussetzung [202].
- 24-h-Verfügbarkeit der Komplexleistung ist gewährleistet.

Im Verständnis der Leitlinie wird der Begriff SPV für Versorgungsinhalte und Strukturen verwendet, die diese Merkmale erfüllen, unabhängig von den bestehenden gesetzlichen Regelungen.

Zwei Versorgungsstrukturen lassen sich sowohl der allgemeinen als auch der spezialisierten Palliativversorgung (APV und SPV) zuordnen: das Stationäre Hospiz (siehe Kapitel 11.5.5) und der ambulante Hospizdienst bzw. das Ehrenamt (siehe Kapitel 11.5.6). Diese werden deshalb im Anschluss an die Kapitel der APV (siehe Kapitel 11.5.3) und der SPV (siehe Kapitel 11.5.4) als eigene Kapitel behandelt.

11.5.2. Qualifikation von Leistungserbringern in der Palliativversorgung

Die palliativmedizinischen Qualifikationen der einzelnen Berufsgruppen sind aktuell uneinheitlich geregelt, bei einzelnen Berufsgruppen liegen bisher keine anerkannten Qualifikationen vor (Stand von 07.2014). Zudem ist eine eindeutige Zuordnung zu Basis- und spezialisierter Qualifikation häufig nicht möglich. Aus diesem Grund hat die Leitliniengruppe beschlossen, eine Differenzierung zwischen Basis- und spezialisierter Qualifikation zu benennen, wobei lediglich die aktuellen Qualifikationen der einzelnen Berufsgruppen deskriptiv ohne Zuordnung zu einer der zwei Qualifikationsstufen beschrieben werden.

Für die vorliegende Leitlinie werden zwei Qualifikationsstufen wie folgt definiert und verwendet:

1. **Basisqualifikation:** Basiswissen, -haltung und -fertigkeiten in der Palliativmedizin, die eine allgemeine Palliativversorgung (APV) ermöglichen:
Erlangt v. a. durch palliativmedizinische Inhalte in der Ausbildung und/oder durch Fort- und Weiterbildung, z. B. ein- oder mehrwöchige Kurse und/oder durch eine mehrjährige Berufserfahrung in der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patienten (v. a. in der APV).
2. **Spezialisierte Qualifikation:** Spezialisierte palliativmedizinische Kenntnisse, Haltungen und Fertigkeiten mit praktischer Erfahrung, die eine spezialisierte Palliativversorgung (SPV) ermöglichen:
Erlangt durch eine mehrjährige Aus-, Fort- oder Weiterbildung in der SPV mit der Erlangung von theoretischem Wissen (z. B. durch Aufbaukurse) und einer mindestens einjährigen praktischen Tätigkeit in der SPV (Berufserfahrung in der SPV).

11.5.3. Allgemeine Palliativversorgung (APV)

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.8.	Jeder von einer nicht heilbaren Krebserkrankung Betroffene <i>soll</i> Zugang zu allgemeiner Palliativversorgung haben.		EK	
11.9.	Jeder in der Versorgung von Patienten mit einer Krebserkrankung Tätige <i>soll</i> palliativmedizinische Bedürfnisse erfassen und palliativen Handlungsbedarf erkennen können, um die Palliativversorgung einzuleiten.		EK	
11.10.	Die allgemeine Palliativversorgung eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> folgende Aufgabenfelder beinhalten: <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung von Symptomen und Begleitung bei Problemen niedriger bis mittlerer Komplexität in allen vier Dimensionen (physisch, psychisch, sozial und spirituell) • Kommunikation • Therapiezielfindung • Koordination der Versorgung • Einbeziehung von SPV, wenn indiziert 		EK	

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.11.	Jeder Arzt, der an der allgemeinen Palliativversorgung eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung beteiligt ist, <i>soll</i> die Indikation zur spezialisierten Palliativversorgung stellen können und diese bedarfsorientiert in die Behandlung einbeziehen.		EK	
11.12.	Jeder an der allgemeinen Palliativversorgung eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung Beteiligte <i>soll</i> eine Basisqualifikation zur Palliativversorgung besitzen, die er in Ausbildung oder durch Fort- und Weiterbildungen erworben hat und regelmäßig aktualisiert.		EK	

11.5.4. Spezialisierte Palliativversorgung (SPV)

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.13.	Ein SPV-Kernteam <i>soll</i> aus Mitgliedern von mindestens drei Berufsgruppen (Arzt, Pflege, weitere Berufsgruppe) bestehen, von denen zumindest Arzt und Pflege die spezialisierte palliativmedizinische Qualifikation aufweisen.	A	1-	[203-209]
11.14.	Mitglieder des SPV-Kernteam <i>sollten</i> überwiegend oder ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung tätig sein.		EK	

11.5.4.1. Palliativstation

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.15.	Eine Palliativstation als eine Form der stationären, spezialisierten Palliativversorgung ist Teil eines Krankenhauses und steht für Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenszeit zur Verfügung mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität. Voraussetzung für eine Aufnahme auf eine Palliativstation ist eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit.		EK (Statement)	

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.16.	Die Aufnahme eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung auf eine Palliativstation <i>kann</i> erfolgen, wenn eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit besteht und z. B. eine der folgenden Indikationen vorliegt: <ul style="list-style-type: none"> • Komplexe Symptom- oder Problembelastung • Unsicherheiten bezüglich des Therapieziels • Aufwändige medizinische oder pflegerische Versorgung • Überforderung oder Unsicherheit der häuslichen Versorgung 	0	4 [*]	-
11.17.	Eine Palliativstation <i>soll</i> folgende Komponenten einer Behandlung anbieten: <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der Symptome und Bedürfnisse in allen vier Dimensionen von Patienten und ihren Angehörigen • Behandlung von Symptomen und Problemen in allen vier Dimensionen • Ressourcenorientierte Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen, v. a. bei der Therapiezielfindung und der Krankheitsauseinandersetzung • Palliativversorgung auch im Sinne von Entlastungsbetreuung • Vorausschauende Versorgungsplanung • Koordination bzw. Organisation der Palliativversorgung • Begleitung durch befähigte Ehrenamtliche • Begleitung in der Sterbephase • Rituale des Abschiednehmens und Erinnerns • Vermittlung von Trauerbegleitung 	A	4 [*]	-
11.18.	Die Behandlung und Begleitung auf einer Palliativstation <i>soll</i> durch ein eigenständiges, spezialisiertes, qualifiziertes und multiprofessionelles Team erfolgen.	A	4 [*]	-
11.19.	Die Palliativstation <i>soll</i> als eigenständige organisatorische und räumliche Einheit umgesetzt werden.	A	4 [*]	-
11.20.	Die Behandlung auf einer Palliativstation <i>sollte</i> durch eine angemessene räumliche Gestaltung wie die bedarfsgerechte Behandlung in Einbettzimmern, Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige, wohnlich gestaltete Begegnungsräume und barrierefreien Zugang zu Außenbereichen unterstützt werden.	B	4 [*]	-

* Bei den Empfehlungen dieses Kapitels mit einem LoE 4 wurde eine systematische Literaturrecherche nur für RCTs, CCTs, kontrollierte Prä-Post-Studien und ITS (interrupted time series), d. h. für ein Level-of-evidence 1 bis 2 nach SIGN. Bei LoE 4 (Expertenmeinung) wurden also die SIGN-Stufen 2 (zum Teil) und 3 übersprungen und dafür keine ergänzende Literatursuche durchgeführt, da eine Aussage über die Wirksamkeit von Interventionen auf der Basis von SIGN-Stufen 2 und 3 nicht getroffen werden können.

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.21.	Zur Sicherstellung einer qualifizierten Behandlung auf einer Palliativstation <i>soll</i> ein ärztlicher und pflegerischer Dienst mit einer spezialisierten palliativmedizinischen Qualifikation für 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche zur Verfügung stehen.	A	4 ⁺	-
11.22.	Das Team einer Palliativstation <i>soll</i> folgende Maßnahmen zur Sicherstellung der Prozessqualität durchführen: <ul style="list-style-type: none"> • Individualisierte Therapieplanung • Regelmäßige Evaluation des Therapieziels • Regelmäßige Evaluation der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen • Austausch mit zuweisenden und weiterführenden Behandelnden und Abstimmung mit stationären und ambulanten Versorgungs- und Therapieangeboten • Multiprofessionelle, regelmäßige Teambesprechungen zur Fallbesprechung • Gemeinsame multiprofessionelle Dokumentation • Angebot einer externen Supervision für alle Teammitglieder. 	A	4 ⁺	-

11.5.4.2. Palliativdienst im Krankenhaus

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.23.	Ein Palliativdienst ist eine Form der stationären, spezialisierten Palliativversorgung und behandelt Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenszeit, die nicht auf einer Palliativstation behandelt werden. Ein Palliativdienst steht zur begleitenden Mitbehandlung (ein- oder mehrmalige Visiten) mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität zu Verfügung.		EK (Statement)	
11.24.	Jedes Krankenhaus, das Patienten wegen einer nicht heilbaren Krebserkrankung behandelt, <i>soll</i> einen Palliativdienst anbieten.	0	4 ⁺	-
11.25.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> während eines stationären Aufenthaltes Kontakt mit einem Palliativdienst angeboten werden.	A	1+	[206, 210, 211]

* Bei den Empfehlungen dieses Kapitels mit einem LoE 4 wurde eine systematische Literaturrecherche nur für RCTs, CCTs, kontrollierte Prä-Post-Studien und ITS (interrupted time series), d. h. für ein Level-of-evidence 1 bis 2 nach SIGN durchgeführt. Bei LoE 4 (Expertenmeinung) wurden also die SIGN-Stufen 2 (zum Teil) und 3 übersprungen und dafür keine ergänzende Literatursuche durchgeführt, da Aussagen über die Wirksamkeit von Interventionen auf der Basis von SIGN-Stufen 2 und 3 nicht getroffen werden können.

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.26.	<p>Ein Palliativdienst <i>soll</i> folgende Komponenten einer Behandlung anbieten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der Symptome und Bedürfnisse in allen vier Dimensionen von Patienten und ihren Angehörigen • Behandlung von Symptomen und Problemen in allen vier Dimensionen • Ressourcenorientierte Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen, v. a. bei der Therapiezielfindung und der Krankheitsauseinandersetzung • Vorausschauende Versorgungsplanung • Koordination bzw. Organisation der Palliativversorgung • Mitbegleitung in der Sterbephase • Rituale des Abschiedsnehmens und Erinnerns • Vermittlung von Trauerbegleitung • Unterstützung der Mitglieder des primären Behandlungsteams 	A	4 [*]	-
11.27.	<p>Ein Palliativdienst <i>sollte</i> folgende Strukturqualitätskriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigenständiges Team • Multiprofessionelles Team mit mindestens drei Berufsgruppen: Ärzte, Pflegende, und ein Vertreter eines weiteren Therapiebereiches • Eigener Raum für Besprechungen und Dokumentation • Erreichbarkeit zu den Regelarbeitszeiten im Krankenhaus • Kommunikation der Indikationskriterien, Teamstruktur, Erreichbarkeit und Arbeitsweise des Palliativdienstes an alle Abteilungen, die Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung betreuen 	B	4 [*]	-
11.28.	<p>Die Beratung und Mitbehandlung durch den Palliativdienst <i>soll</i> in enger Abstimmung mit dem primär behandelnden Team erfolgen.</p>	A	4 [*]	-
11.29.	<p>Das Team eines Palliativdienstes <i>sollte</i> folgende Maßnahmen zur Sicherstellung der Prozessqualität durchführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individualisierte Therapieplanung • Regelmäßige Evaluation des Therapieziels • Regelmäßige Evaluation der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen • Austausch mit zuweisenden und weiterführenden behandelnden und Abstimmung mit stationären und ambulanten Versorgungs- und Therapieangeboten • Multiprofessionelle, regelmäßige Teamtreffen zur Fallbesprechung • Gemeinsame multiprofessionelle Dokumentation • Angebot einer externen Supervision für alle Teammitglieder 	B	4 [*]	-

Ein Palliativdienst im Krankenhaus ist ein multiprofessionelles, spezialisiertes Team, das eine spezialisierte Palliativbetreuung für stationäre Patienten außerhalb einer Palliativstation anbietet [212]. Dies impliziert eine kontinuierliche, palliativmedizinische Beratung und Mitbehandlung im Falle komplexer Symptome und Bedürfnisse. Damit entsprechen Inhalte und Struktur des Palliativdienstes eher dem in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung etablierten Begriff des „Liaisondienstes“, welcher über eine rein beratende, kurzfristig ausgelegte Konsultätätigkeit im engeren Sinne hinausgeht. Deshalb wurde auf den oft verwendeten Begriff „Konsildienst“ für den Zweck dieser Leitlinie verzichtet.

11.5.4.3. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.30.	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung steht für Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenszeit zur Verfügung, wenn ausgeprägte Symptome und/oder ein hoher Koordinationsbedarf zu einer komplexen Versorgungssituation führen und es dem Wunsch des Patienten entspricht, in seiner häuslichen bzw. familiären Umgebung versorgt zu werden. SAPV entspricht dem gemäß §§ 37b, 132d SGB V geregelten Anspruch.		EK (Statement)	
11.31.	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung <i>soll</i> vorhandene Versorgungsstrukturen ergänzen, wenn diese keine angemessene und ausreichende Betreuung des Patienten an dem Ort seines Wunsches in der häuslichen Umgebung (inkl. Pflegeheim) gewährleisten können.	0	4*	-
11.32.	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung <i>soll</i> folgende Komponenten in der Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung zur Verbesserung der Lebensqualität anbieten: <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der Symptome und Bedürfnisse in allen vier Dimensionen von Patienten und ihren Angehörigen • Behandlung von Symptomen und Problemen in allen vier Dimensionen • Ressourcenorientierte Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen bei der Therapiezielfindung und der Krankheitsauseinandersetzung • Vorausschauende Versorgungsplanung • Koordination bzw. Organisation der Palliativversorgung • Begleitung in der Sterbephase • Rituale des Abschiednehmens und Erinnerns 	A	1-	[202, 204, 213, 214]

* Bei den Empfehlungen dieses Kapitels mit einem LoE 4 wurde eine systematische Literaturrecherche nur für RCTs, CCTs, kontrollierte Prä-Post-Studien und ITS (interrupted time series), d. h. für ein Level-of-evidence 1 bis 2 nach SIGN durchgeführt. Bei LoE 4 (Expertenmeinung) wurden also die SIGN-Stufen 2 (zum Teil) und 3 übersprungen und dafür keine ergänzende Literatursuche durchgeführt, da Aussagen über die Wirksamkeit von Interventionen auf der Basis von SIGN-Stufen 2 und 3 nicht getroffen werden können.

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Trauerbegleitung • Unterstützung des primär behandelnden Teams bzw. des Primärbehandelnden 			
11.33.	Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung <i>soll</i> rund um die Uhr zur Verfügung stehen.	A	4 ⁺	-
11.34.	Das Team der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung <i>soll</i> als eigenständiges und multiprofessionelles Team (Pflege, Arzt und weitere Berufsgruppe) arbeiten.	A	1-	[203-207, 215, 216]
11.35.	Ein spezialisiertes ambulantes Palliativversorgungs-Team <i>soll</i> folgende Maßnahmen zur Sicherstellung der Prozessqualität durchführen: <ul style="list-style-type: none"> • Individualisierte Therapieplanung • Regelmäßige Evaluation des Therapieziels • Regelmäßige Evaluation der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen • Austausch mit zuweisenden und weiterführenden Behandelnden und Abstimmung mit stationären und ambulanten Versorgungs- und Therapieangeboten • Multiprofessionelle, regelmäßige Teamtreffen zur Fallbesprechung • Gemeinsame multiprofessionelle Dokumentation • Eigenständiges Team, welches regelmäßig zusammenarbeitet • Angebot einer externen Supervision für alle Teammitglieder 	A	4 ⁺	-
11.36.	Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung <i>soll</i> in die zur Verfügung stehenden Versorgungsstrukturen integriert werden und gemeinsam mit den primär Behandelnden (z. B. Hausarzt, Onkologe, Pflegedienst) sektorenübergreifend die Patientenversorgung optimal sicherstellen.	A	4 ⁺	-

Die **spezialisierte ambulante Palliativversorgung** hat das Ziel, für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und zugleich hohen Komplexität ihrer Situation sowie einem hohen Versorgungsaufwand eine spezialisierte Versorgung in der gewohnten Umgebung des Patienten (zu Hause, Pflegeheim, Hospiz) zur Verfügung zu stellen, so dass diese Patienten in ihrer gewohnten Umgebung leben und sterben können.

In Deutschland ist die **SAPV** (Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung) ein im Jahr 2007 neu geschaffener Leistungsanspruch nach §§ 37b und 132d SGB V für alle gesetzlich Versicherten, wenn sie unter einer nicht heilbaren, fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung leiden, ihre Lebenszeit dadurch begrenzt wird und wenn komplexe Probleme vorliegen, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Der Versorgungsanspruch besteht für Patienten, die in ihrer häuslichen bzw. familiären Umgebung (inklusive Pflegeheim) versorgt werden.

Im Kontext dieser Leitlinie bezieht sich die Abkürzung „SAPV“ auf den gesetzlich verankerten Versorgungsanspruch. Der ausgeschriebene Begriff „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ wird verwendet für das von der Leitlinie konsenterte und auf klinischer Erfahrung und Studienevidenz basierendes Leistungsangebot, welches an manchen Punkten (z. B. Definition der Komplexität) über den Gesetzestext hinausgeht.

11.5.4.4. Spezialisierte Palliativambulanz

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.37.	Eine Palliativambulanz ist Bestandteil der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.	EK (Statement)		
11.38.	Eine Palliativambulanz <i>sollte</i> ergänzend zu vorhandenen Versorgungsstrukturen ambulanten Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung angeboten werden.	B	1+	[208, 209]
11.39.	Eine Palliativambulanz <i>soll</i> folgende Komponenten in der Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung zur Verbesserung der Lebensqualität anbieten: <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der Symptome und Bedürfnisse in allen vier Dimensionen von Patienten und ihren Angehörigen • Behandlung von Symptomen und Problemen in allen vier Dimensionen • Ressourcenorientierte Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen bei der Therapiezielfindung und der Krankheitsauseinandersetzung • Vorausschauende Versorgungsplanung • Koordination bzw. Organisation der Palliativversorgung • Unterstützung des primär behandelnden Teams bzw. des Primärbehandelnden 	A	1+	[208, 209]
11.40.	Die Beratung und Mitbehandlung durch die Palliativambulanz <i>soll</i> in enger Abstimmung mit den Primärbehandelnden bzw. dem Behandlungsteam erfolgen.	A	1+	[208, 209]

Eine Palliativambulanz ist eine Einrichtung für ambulante Patienten mit dem Angebot einer spezialisierten Palliativversorgung (SPV) ohne eine häusliche Versorgung (diese kann allerdings in Kooperation mit einem Dienst der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zusätzlich angeboten werden). Eine Palliativambulanz kann an ein Krankenhaus oder MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) angebunden oder Teil einer niedergelassenen Praxis (Hausarzt, Onkologie, Schmerzambulanz) sein und ist vergleichbar mit einer onkologischen oder Schmerzambulanz.

11.5.4.5. Palliativmedizinische Tagesklinik und Tageshospiz

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.41.	Die palliativmedizinische Tagesklinik und das Tageshospiz sind spezialisierte Angebote für ambulante Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenszeit.		EK (Statement)	

Die palliativmedizinische Tagesklinik oder das Tageshospiz (hospice/palliative day care) ist in den meisten Fällen an einer Einrichtung angeschlossen (z. B. Krankenhaus, stationäres Hospiz, ambulanter Hospizdienst), welche ein tagestherapeutisches Angebot an ambulante Patienten richtet.

11.5.5. Stationäres Hospiz

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.42.	Ein stationäres Hospiz ist Teil der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung mit dem Ziel der palliativmedizinischen Behandlung sowie einer hospizlichen Begleitung in der letzten Lebensphase bis zum Tod und wird als eigenständige Einrichtung auf der Basis der gesetzlichen Rahmenbedingungen nach §39 a, Abs.1 SGB V und der dazugehörigen Rahmenvereinbarung betrachtet.		EK (Statement)	
11.43.	Eine palliativmedizinische Behandlung und hospizliche Begleitung in einem stationären Hospiz <i>soll</i> Menschen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung mit einer auf Tage, Wochen oder Monate begrenzten Lebenserwartung angeboten werden, wenn eine Begleitung weder zu Hause noch durch anderweitige stationäre Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden kann oder angemessen ist.	A	4*	-
11.44.	Ein stationäres Hospiz <i>soll</i> folgende Komponenten einer palliativmedizinischen Behandlung und hospizlichen Begleitung anbieten: <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der Symptome und Bedürfnisse in allen vier Dimensionen von Patienten und ihren Angehörigen • Basissymptomkontrolle, zusammen mit ambulant tätigen Ärzten • Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen im Krankheitsverständnis • Ressourcenorientierte Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen, v. a. auch psychosoziale und spirituelle Unterstützung 	A	4*	-

*Bei den Empfehlungen dieses Kapitels mit einem LoE 4 wurde eine systematische Literaturrecherche nur für RCTs, CCTs, kontrollierte Prä-Post-Studien und ITS (interrupted time series), d. h. für ein Level-of-evidence 1 bis 2 nach SIGN durchgeführt. Bei LoE 4 (Expertenmeinung) wurden also die SIGN-Stufen 2 (zum Teil) und 3 übersprungen und dafür keine ergänzende Literatursuche durchgeführt, da Aussagen über die Wirksamkeit von Interventionen auf der Basis von SIGN-Stufen 2 und 3 nicht getroffen werden können.

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
	<ul style="list-style-type: none"> • Grund- und Behandlungspflege • Psychosoziale und spirituelle Unterstützung • Begleitung durch befähigte Ehrenamtliche • Begleitung in der Sterbephase • Rituale des Abschiednehmens und Erinnerns • Würdevolle, dem Willen des Patienten und der Angehörigen angemessene Aufbahrung • Vermittlung von Trauerbegleitung 			
11.45.	Die palliativmedizinische Behandlung und hospizliche Begleitung <i>soll</i> durch ein qualifiziertes multiprofessionelles Team mit spezialisierter Palliativpflege erfolgen, das eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung gewährleistet und die besonderen Bedürfnisse der schwerkranken Bewohner und ihrer Angehörigen berücksichtigt.	A	4*	-
11.46.	Die ärztliche Betreuung <i>sollte</i> durch den Hausarzt oder Ärzte mindestens mit einer palliativmedizinischen Basisqualifikation erfolgen, die für 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche zur Verfügung stehen.	B	4*	-
11.47.	Bei Bedarf <i>soll</i> auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung zurückgegriffen werden.	A	4*	-
11.48.	Ein stationäres Hospiz <i>soll</i> ein Lebensort für Patienten und ihre Angehörigen in der letzten Lebensphase sein, mit Einzelzimmern und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige. Die Einrichtung <i>soll</i> einen wohnlich-familiären Charakter mit Begegnungsräumen und Räumen für Rückzugsmöglichkeiten anbieten.	A	4*	-

Die Behandlung im stationären Hospiz bedeutet, dass der Aufenthaltsort des Betroffenen zwar leistungsrechtlich eine stationäre Einrichtung nach §39a Abs 1 SGB V ist, d.h. die pflegerischen Leistungen sowie Leistungen weiterer nicht-ärztlicher Berufsgruppen erfolgen durch Mitarbeiter einer stationären Einrichtung, aber die ärztlichen Leistungen werden in der Regel von Ärzten im Rahmen ihrer vertragsärztlichen (niedergelassenen ambulanten) Tätigkeit oder im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbracht.

Die stationären Hospize sind nicht eindeutig der APV oder der SPV zu zuordnen und werden im Rahmen dieser Leitlinie beiden Bereichen der Palliativversorgung zugeordnet (APV und SPV).

* Bei den Empfehlungen dieses Kapitels mit einem LoE 4 wurde eine systematische Literaturrecherche nur für RCTs, CCTs, kontrollierte Prä-Post-Studien und ITS (interrupted time series), d. h. für ein Level-of-evidence 1 bis 2 nach SIGN durchgeführt. Bei LoE 4 (Expertenmeinung) wurden also die SIGN-Stufen 2 (zum Teil) und 3 übersprungen und dafür keine ergänzende Literatursuche durchgeführt, da Aussagen über die Wirksamkeit von Interventionen auf der Basis von SIGN-Stufen 2 und 3 nicht getroffen werden können.

11.5.6. Hospizdienste/Ehrenamt

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.49.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung in der Palliativversorgung und ihren Angehörigen <i>sollte</i> Unterstützung durch ehrenamtliche Hospizhelfer unabhängig von Alter, Versorgungsort, Krankheitsphase oder der Art der Palliativversorgung angeboten werden.		EK	

11.5.7. Angehörige

Siehe dazu auch Kapitel 9.5.

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.50.	Angehörige von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> mit Einverständnis des Patienten über Therapieentscheidungen sowie die Behandlungs- und Versorgungsplanung informiert, in Gespräche zu Diagnose und Prognose einbezogen und ihnen Gelegenheit zur Mitgestaltung gegeben werden.	A	4*	-
11.51.	Angehörige von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> entsprechend ihren Bedürfnissen und unter Berücksichtigung spezifischer und individueller Belastungsfaktoren im Erleben und in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung des Patienten wahrgenommen, unterstützt und begleitet werden.	A	1+	[217]
11.52.	Angehörige von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> über bestehende Unterstützungsangebote wie Selbsthilfegruppen und Angehörigenschulung informiert werden.		EK	

* Bei den Empfehlungen dieses Kapitels mit einem LoE 4 wurde eine systematische Literaturrecherche nur für RCTs, CCTs, kontrollierte Prä-Post-Studien und ITS (interrupted time series), d. h. für ein Level-of-evidence 1 bis 2 nach SIGN durchgeführt. Bei LoE 4 (Expertenmeinung) wurden also die SIGN-Stufen 2 (zum Teil) und 3 übersprungen und dafür keine ergänzende Literatursuche durchgeführt, da Aussagen über die Wirksamkeit von Interventionen auf der Basis von SIGN-Stufen 2 und 3 nicht getroffen werden können.

11.6. Abschieds- und Trauerbegleitung

Nr.	Empfehlungen	EG	LoE	Quellen
11.53.	Einrichtungen, die sterbende Menschen betreuen und versorgen, <i>sollen</i> eine hauseigene und kultursensible Abschieds- und Trauerkultur entwickeln und etablieren, die Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern ein würdevolles Abschiednehmen ermöglicht.	A	4*	-
11.54.	Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und deren Angehörige <i>sollen</i> in allen Stadien der Erkrankung Zugang zu Informationen der Trauerbegleitung und -beratung haben.	A	4*	-
11.55.	Angehörigen von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollte</i> auf Wunsch das Angebot einer qualifizierten Trauerbegleitung bzw. -beratung, auch über den Tod des Patienten hinaus, vermittelt werden.	B	4*	-

Wann und durch wen Informationen zu Trauerangeboten und eine Trauerbegleitung erfolgen sollten, ist in der Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Trauerbegleitung und Trauerkultur in Einrichtungen und Kliniken, die schwerkranke und sterbende Menschen betreuen und versorgen

Zeitpunkt/Triggerpunkt	Angebot / Intervention	Adressaten	Durchführende
Trauerkultur zum Umgang mit Verlusten und Trauer von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern für die gesamte Einrichtung/Klinik			
Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung des Patienten	Informationen über Angebote der Trauerbegleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Angehörige 	Befähigte Teammitglieder in der Patientenversorgung
Anfrage/Bedürfnisse des Patienten oder seiner Angehörigen im Verlauf der Behandlung	Frühzeitige Trauerberatung und -begleitung in Einzelgesprächen oder Gruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten • Angehörige 	Qualifizierte Trauerberater/-begleiter, z. B. aus dem Kreis der Hospizarbeit, der Seelsorge oder Psychoonkologen
Nach dem Versterben des Patienten: <ul style="list-style-type: none"> • Auf Anfrage der Angehörigen • Besondere Betroffenheit im Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauerberatung und -begleitung in Einzelgesprächen oder Gruppen • Identifikation eventuell auftretender Anzeichen komplizierter Trauer 	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige • Team der Versorger 	Qualifizierte Trauerberater/-begleiter, z. B. aus dem Kreis der Hospizarbeit, der Seelsorge oder Psychoonkologen
Bei Verdacht auf oder bereits diagnostizierte komplizierte Trauer	Psychotherapeutische Trauertherapie in Einzelgesprächen oder Gruppensetting	Angehörige mit komplizierten Trauerreaktionen	Qualifizierte Psychotherapeuten, Psychologen, Psychiater

* Bei den Empfehlungen dieses Kapitels mit einem LoE 4 wurde eine systematische Literaturrecherche nur für RCTs, CCTs, kontrollierte Prä-Post-Studien und ITS (interrupted time series), d. h. für ein Level-of-evidence 1 bis 2 nach SIGN durchgeführt. Bei LoE 4 (Expertenmeinung) wurden also die SIGN-Stufen 2 (zum Teil) und 3 übersprungen und dafür keine ergänzende Literatursuche durchgeführt, da Aussagen über die Wirksamkeit von Interventionen auf der Basis von SIGN-Stufen 2 und 3 nicht getroffen werden können.

12. Qualitätsindikatoren

Die vorliegende Auswahl von Qualitätsindikatoren wurde gemäß der Methodik des Onkologischen Leitlinienprogramms erstellt [218]. Als Grundlage für die Qualitätsindikatoren dienen alle starken (Empfehlungsstärke A, „soll“) Empfehlungen der Leitlinie sowie definierte, spezifische Ziele. Für diesen methodisch begleiteten Prozess konstituierte sich eine Arbeitsgruppe AG Qualitätsindikatoren. Die genaue Vorgehensweise ist im Leitlinienreport dargelegt.

Tabelle 14: Qualitätsindikatoren zur Palliativmedizinischen Versorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung

Qualitätsindikator	Referenzempfehlung	Evidenzgrundlage/
<p>Allgemeine Anmerkungen: Mit den Screeninginstrumenten IPOS oder MIDOS können die QI 1,2,3, (4) und 10 erfasst werden. Ausschließlich für den QI 8 muss ein anderes Screeninginstrument verwendet werden.</p> <p>Im Nenner der QI sind explizit die Patienten der APV und SPV adressiert, um zu verdeutlichen, dass die QI für beide Bereiche umgesetzt werden sollen (siehe auch: Punkt 4 des Abschnitts „Weitere Ergebnisse der AG QI“ in der Langversion der Leitlinie)</p>		
<p>QI 1: Reduktion Atemnot</p>		
<p>Zähler: Anzahl Patienten mit Reduktion der Atemnot innerhalb von 48h</p> <p>Nenner: Alle Patienten mit Diagnose „nicht-heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit mittlerer/starker Atemnot</p> <p>Screeninginstrumente (offene Liste validierter Instrumente): Modifizierter Borg, Visuelle Analogskala, Numeric Rating Scale, MIDOS, IPOS, (HOPE/Nationales Palliativregister)</p>	5.3	EK
<p>QI 2: Reduktion Schmerz</p>		
<p>Zähler: Anzahl Patienten mit Reduktion des Schmerzes innerhalb von 48h</p> <p>Nenner: Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit mittlerem/starkem Schmerz</p> <p>Screeninginstrumente (offene Liste validierter Instrumente): McGill-Pain Questionnaire, Verbal Rating Scale, Numeric Rating Scale, MIDOS, IPOS, (HOPE/Nationales Palliativregister), bei Verdacht auf neuropathischen Schmerz auch: painDETECT od. DN4</p>	6.1	EK

Qualitätsindikator	Referenzempfehlung	Evidenzgrundlage/
QI 3: Opiate und Laxantien		
<p>Zähler: Anzahl Patienten ohne Therapie mit osmotisch wirksamen und/oder stimulierenden Laxantien</p> <p>Nenner: Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit Opiatmedikation</p> <p>Qualitätsziel: niedrig</p>	<p>6.25</p> <p>7.7</p>	<p>GoR A, LoE: 1+ [48],[112])</p> <p>GoR A, LoE: 1- [125]</p>
QI 4: Symptomassessment in der Sterbephase		
<p>Zähler: Anzahl Patienten mit Symptomassessment mit Hilfe eines validierten Screeninginstruments in den letzten 72h vor Versterben</p> <p>Nenner: Alle verstorbenen Patienten (APV und SPV)</p> <p>Screeninginstrumente (offene Liste validierter Instrumente): IPOS,MIDOS,(HOPE/ Nationales Palliativregister)</p>	10.23	EK
QI 5: Erfassung von Unruhe in der Sterbephase		
<p>Zähler: Anzahl Patienten mit Evaluation von Unruhe in den letzten 72h vor Versterben</p> <p>Nenner: Alle verstorbenen Patienten (APV und SPV)</p> <p>Screeninginstrumente: Wird künftig über IPOS und MIDOS zu erfassen sein</p>	10.24	EK
QI 6: Beenden von tumorspezifischen Maßnahmen in der Sterbephase		
<p>Zähler: Anzahl Patienten mit tumorspezifischen Maßnahmen (system. Th, Radioth.) innerhalb von 14 Tagen vor Versterben</p> <p>Nenner: Alle verstorbenen Patienten (APV und SPV)</p> <p>Qualitätsziel: niedrig</p>	10.31	EK

Qualitätsindikator	Referenzempfehlung	Evidenzgrundlage/
QI 7: Beenden von medizinischen Maßnahmen in der Sterbephase		
<p>Zähler: Anzahl Patienten mit Dialyse oder Hämofiltration oder Beatmung innerhalb von 7 Tagen vor Versterben</p> <p>Nenner: Alle verstorbenen Patienten (APV und SPV)</p> <p>Qualitätsziel: niedrig</p>	10.32.	EK
QI 8: Screening auf Depression		
<p>Zähler: Anzahl Patienten mit Screening auf Depression bei Therapieplanung</p> <p>Nenner: Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV)</p> <p>Screeninginstrumente: HADS, Selbstauskunft-Verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? • Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? 	8.2	GoR A, LoE 4
QI 9: Vorausschauende Versorgungsplanung		
<p>Zähler: Anzahl Patienten mit Gespräch über die vorausschauende Versorgungsplanung bei Therapieplanung</p> <p>Nenner: Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV)</p> <p>Anmerkung: Vorausschauende Versorgungsplanung umfasst z.B. Gespräche über (siehe Empfehlung 9.18.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umfang und Grenzen der Behandlung im Fall (erkrankungs-) typischer sowie häufiger und möglicher Szenarien und Komplikationen; • individuelle Präferenzen hinsichtlich der Versorgung in der letzten Lebensphase, des Betreuungs- und Sterbeortes sowie ggf. der Bestattung; • Benennung eines Vorsorgebevollmächtigten oder Vorschlag eines Betreuers. 	9.19. 9.20.	GoR A, LoE 4

Qualitätsindikator	Referenzempfehlung	Evidenzgrundlage/
QI 10: Screening mittels MIDOS und IPOS		
<p>Zähler: Anzahl Patienten mit Screening mittels MIDOS oder IPOS bei Therapieplanung</p> <p>Nenner: Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV)</p>	11.4	EK

13. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stufenschema zur Therapie der Obstipation.....	48
Abbildung 2: Diagnose einer Depression nach ICD-10 (Angepasste Abbildung aus S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression [134])	54
Abbildung 3: Behandlungspfad für Patienten und Angehörige	77

14. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schema der Evidenzgraduierung nach SIGN.....	20
Tabelle 2: Schema der Empfehlungsgraduierung.....	21
Tabelle 3: Beispiele möglicher Ursachen von Atemnot und deren ursächliche Therapieoptionen	31
Tabelle 4: Umgang mit Opioiden in Abhängigkeit des Schweregrads der Niereninsuffizienz bei neu aufgetretener oder zunehmenden Atemnot (adaptiert von: King et al. 2011 und Twycross et al. 2011 [46, 47]).....	32
Tabelle 5: Opiode mit und ohne Bildung nierenpflichtiger, aktiver Metabolite und Dialysierbarkeit (Hämodialyse) (adaptiert von: King et al. 2011, Twycross et al. 2011 und Murtagh et al. 2007 [46, 47, 49])	32
Tabelle 6: Relatives analgetisches Verhältnis für den Opioid-Wechsel.....	41
Tabelle 7: Vorkommen von depressiven Zuständen nach ICD 10 [132]	50
Tabelle 8: Merkmale einer Depression versus einer Trauerreaktion [135]	52
Tabelle 9: Beispielfragen zur Diagnostik der Depression [134]	53
Tabelle 10: Medikamente zur Therapie der Depression in Anlehnung an Benkert/Hippius (2013) [148]; S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression [134]	58
Tabelle 11: Auswahlkriterien für Antidepressiva (Tabelle in Anlehnung an die S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression [134])	58
Tabelle 12: Beeinflussende Faktoren für die Komplexität und mögliche Messinstrumente	79
Tabelle 13: Trauerbegleitung und Trauerkultur in Einrichtungen und Kliniken, die schwerkranke und sterbende Menschen betreuen und versorgen.....	93
Tabelle 14: Qualitätsindikatoren zur Palliativmedizinischen Versorgung von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung.....	94

15. Literatur

1. Leitlinienprogramm Onkologie, *Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1*, in <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>. 2014, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF: AWMF-Registernummer: 032/051OL.
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Ständige Kommission, L. *AWMF-Regelwerk "Leitlinien"*. 1. Auflage 2012 [cited 09.12.2013; Available from: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-regelwerk.html>].
3. WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. 1986; Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>.
4. WHO. *Definition of Palliative Care*. 2002; Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
5. Saunders, C., *The evolution of palliative care*. J R Soc Med, 2001. **94**(9): p. 430-2.
6. Nolan, S., P. Saltmarsh, and C. Leget, *Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force*. European Journal of Palliative Care, 2011. **18**(2): p. 86-89.
7. WHO, *Palliative Care; Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes ; module 5*, W.H. Organization, Editor. 2007.
8. Radbruch, L. and S. Payne, *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1* European Journal of Palliative Care, 2009. **16**(6): p. 278-289.
9. Domeisen Benedetti, F., et al., *International palliative care experts' view on phenomena indicating the last hours and days of life*. Support Care Cancer, 2012.
10. Eychmüller, S., et al., *"Diagnosing dying" in cancer patients - a systematic literature review*. European Journal of Palliative Care, 2013. **20**(6): p. 292-296.
11. Hanisch, H., *Team und Typ-Knigge 2100: Ich und Wir, Typen und Charaktere, Team-Entwicklung*. 2012, Norderstedt: Books on Demand.
12. Vergnaud, M., *Teamentwicklung*. 2004, Munich: Elsevier.
13. Parshall, M.B., et al., *An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea*. Am J Respir Crit Care Med, 2012. **185**(4): p. 435-52.
14. *Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society*. Am J Respir Crit Care Med, 1999. **159**(1): p. 321-40.
15. Abernethy, A.P., et al., *Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial*. Lancet, 2010. **376**(9743): p. 784-93.
16. Reddy, S.K., et al., *Characteristics and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer*. J Palliat Med, 2009. **12**(1): p. 29-36.
17. Bailey, P.H., *The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle--COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary /when you can't breathe"*. Qual Health Res, 2004. **14**(6): p. 760-78.
18. Simon, S.T., et al., *Definition, Categorization, and Terminology of Episodic Breathlessness: Consensus by an International Delphi Survey*. J Pain Symptom Manage, 2013.
19. Simon, S., et al., *Atemnotattacken: Übersetzung und Konsentierung der internationalen Definition im Rahmen einer Delphi-Befragung; Episodic breathlessness: Translation of the international definition using the Delphi-method*. Dtsch Med Wochenschr, accepted.
20. Altfelder, N., et al., *Characteristics of patients with breathlessness - a German national survey on palliative care in-patient units*. Palliative Med, 2010. **24**: p. 37.
21. Currow, D.C., et al., *Do the trajectories of dyspnea differ in prevalence and intensity by diagnosis at the end of life? A consecutive cohort study*. J Pain Symptom Manage, 2010. **39**(4): p. 680-90.
22. Reuben, D.B. and V. Mor, *Dyspnea in terminally ill cancer patients*. Chest, 1986. **89**(2): p. 234-6.
23. Walsh, D., S. Donnelly, and L. Rybicki, *The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients*. Support Care Cancer, 2000. **8**(3): p. 175-9.
24. Alt-Epping, B., et al., *What is special about patients with lung cancer and pulmonary metastases in palliative care? Results from a nationwide survey*. J Palliat Med, 2012. **15**(9): p. 971-7.
25. Conill, C., et al., *Symptom prevalence in the last week of life*. J Pain Symptom Manage, 1997. **14**(6): p. 328-31.
26. Bausewein, C., et al., *Individual breathlessness trajectories do not match summary trajectories in advanced cancer and chronic obstructive pulmonary disease: results from a longitudinal study*. Palliat Med, 2010. **24**(8): p. 777-86.

27. Gysels, M.H. and I.J. Higginson, *Caring for a person in advanced illness and suffering from breathlessness at home: threats and resources*. Palliat Support Care, 2009. 7(2): p. 153-62.
28. Edmonds, P., et al., *A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer*. Palliat Med, 2001. 15(4): p. 287-95.
29. Tishelman, C., et al., *Symptoms in patients with lung carcinoma: distinguishing distress from intensity*. Cancer, 2005. 104(9): p. 2013-21.
30. Henoch, I., B. Bergman, and E. Danielson, *Dyspnea experience and management strategies in patients with lung cancer*. Psychooncology, 2008. 17(7): p. 709-15.
31. Smoller, J.W., et al., *Panic anxiety, dyspnea, and respiratory disease. Theoretical and clinical considerations*. Am J Respir Crit Care Med, 1996. 154(1): p. 6-17.
32. Davis, C.L., *ABC of palliative care. Breathlessness, cough, and other respiratory problems*. BMJ, 1997. 315(7113): p. 931-934.
33. Booth, S., S. Silvester, and C. Todd, *Breathlessness in cancer and chronic obstructive pulmonary disease: using a qualitative approach to describe the experience of patients and carers*. Palliat Support Care, 2003. 1(4): p. 337-44.
34. Abernethy, A.P., et al., *Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea*. British Medical Journal, 2003. 327(7414): p. 523-526.
35. Allard, P., et al., *How effective are supplementary doses of opioids for dyspnea in terminally ill cancer patients? A randomized continuous sequential clinical trial*. Journal of Pain & Symptom Management, 1999. 17(4): p. 256-65.
36. Bruera, E., et al., *Nebulized versus subcutaneous morphine for patients with cancer dyspnea: a preliminary study*. Journal of Pain & Symptom Management, 2005. 29(6): p. 613-8.
37. Charles, M.A., L. Reymond, and F. Israel *Relief of incident dyspnea in palliative cancer patients: a pilot, randomized, controlled trial comparing nebulized hydromorphone, systemic hydromorphone, and nebulized saline*. Journal of pain and symptom management, 2008. 29-38.
38. Grimbert, D., et al., *[Dyspnea and morphine aerosols in the palliative care of lung cancer]*. Revue des maladies respiratoires, 2004. 21(6 Pt 1): p. 1091-7.
39. Jennings, A.L., et al., *Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness*. Cochrane Database Syst Rev, 2001(4): p. CD002066.
40. Jensen, D., et al. *Inhaled Fentanyl Citrate Improves Dynamic Airway Function, Exertional Dyspnea And Exercise Endurance In COPD [Abstract]*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2011. A5627.
41. Johnson, M.J., et al., *Morphine for the relief of breathlessness in patients with chronic heart failure - A pilot study*. European journal of heart failure, 2002. 4(6): p. 753-756.
42. Mazzocato, C., T. Buclin, and C.H. Rapin, *The effects of morphine on dyspnea and ventilatory function in elderly patients with advanced cancer: A randomized double-blind controlled trial*. Annals of Oncology, 1999. 10(12): p. 1511-1514.
43. Navigante, A.H., M.A. Castro, and C. Cerchietti Leandro, *Morphine Versus Midazolam as Upfront Therapy to Control Dyspnea Perception in Cancer Patients While Its Underlying Cause Is Sought or Treated*. Journal of pain and symptom management, 2010. 39(5): p. 820-830.
44. Navigante, A.H., et al., *Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer*. Journal of Pain & Symptom Management, 2006. 31(1): p. 38-47.
45. Oxberry, S.G., et al., *Short-term opioids for breathlessness in stable chronic heart failure: A randomized controlled trial*. European journal of heart failure, 2011. 13(9): p. 1006-1012.
46. King, S., et al., *A systematic review of the use of opioid medication for those with moderate to severe cancer pain and renal impairment: a European Palliative Care Research Collaborative opioid guidelines project*. Palliat Med, 2011. 25(5): p. 525-52.
47. Twycross, R., Wilcock, A., *Palliative Care Formulary*. 4 ed. 2011, Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.
48. Caraceni, A., et al., *Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC*. Lancet Oncol, 2012. 13(2): p. e58-68.
49. Murtagh, F.E., et al., *The use of opioid analgesia in end-stage renal disease patients managed without dialysis: recommendations for practice*. J Pain Palliat Care Pharmacother, 2007. 21(2): p. 5-16.
50. Simon, S.T., et al., *Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults*. Cochrane Database Syst Rev, 2010(1): p. CD007354.
51. Stege, G., et al., *Temazepam 10mg does not affect breathing and gas exchange in patients with severe normocapnic COPD*. Respir Med, 2010. 104(4): p. 518-24.
52. Allcroft, P., et al., *The role of benzodiazepines in breathlessness: a single site, open label pilot of sustained release morphine together with clonazepam*. J Palliat Med, 2013. 16(7): p. 741-4.

53. O'Neill, P.A., P.B. Morton, and R.D. Stark, *Chlorpromazine - A specific effect on breathlessness?* British Journal of Clinical Pharmacology, 1985. **19**(6): p. 793-797.
54. Rice, K.L., et al., *Effects of chronic administration of codeine and promethazine on breathlessness and exercise tolerance in patients with chronic airflow obstruction.* British Journal of Diseases of the Chest, 1987. **81**(3): p. 287-292.
55. Stark, R.D., S.A. Gambles, and J.A. Lewis, *Methods to assess breathlessness in healthy subjects: A critical evaluation and application to analyse the acute effects of diazepam and promethazine on breathlessness induced by exercise or by exposure to raised levels of carbon dioxide.* Clinical Science, 1981. **61**(4): p. 429-439.
56. Woodcock, A.A., E.R. Gross, and D.M. Geddes, *Drug treatment of breathlessness: contrasting effects of diazepam and promethazine in pink puffers.* British Medical Journal, 1981. **283**(6287): p. 343-346.
57. Argyropoulou, P., et al., *Buspirone effect on breathlessness and exercise performance in patients with chronic obstructive pulmonary disease.* Respiration, 1993. **60**(4): p. 216-20.
58. Borson, S., et al., *Improvement in mood, physical symptoms, and function with nortriptyline for depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease.* Psychosomatics, 1992. **33**(2): p. 190-201.
59. Eiser, N., et al., *Effect of treating depression on quality-of-life and exercise tolerance in severe COPD.* COPD, 2005. **2**(2): p. 233-41.
60. Lacasse, Y., et al., *Randomized trial of paroxetine in end-stage COPD.* Monaldi Archives for Chest Disease, 2004. **61**(3): p. 140-7.
61. Perna, G., R. Cogo, and L. Bellodi, *Selective serotonin re-uptake inhibitors beyond psychiatry: Are they useful in the treatment of severe, chronic, obstructive pulmonary disease?* Depression and Anxiety, 2004. **20**(4): p. 203-204.
62. Singh, N.P., et al., *Effects of buspirone on anxiety levels and exercise tolerance in patients with chronic airflow obstruction and mild anxiety.* Chest, 1993. **103**(3): p. 800-4.
63. Smoller, J.W., et al., *Sertraline effects on dyspnea in patients with obstructive airways disease.* Psychosomatics, 1998. **39**(1): p. 24-9.
64. Ström, K., et al. *Effect of protriptyline, 10 mg daily, on chronic hypoxaemia in chronic obstructive pulmonary disease.* The European respiratory journal : official journal of the European Society for Clinical Respiratory Physiology, 1995. 425-9.
65. Aaron, S.D., et al., *Outpatient oral prednisone after emergency treatment of chronic obstructive pulmonary disease.* N Engl J Med, 2003. **348**(26): p. 2618-25.
66. Choudhury, A.B., et al., *Withdrawal of inhaled corticosteroids in people with COPD in primary care: a randomised controlled trial.* Respir Res, 2007. **8**: p. 93.
67. du Bois, R.M., et al., *Randomized trial of inhaled fluticasone propionate in chronic stable pulmonary sarcoidosis: a pilot study.* European Respiratory Journal, 1999. **13**(6): p. 1345-50.
68. Guenette, J.A., et al., *Effect of adjunct fluticasone propionate on airway physiology during rest and exercise in COPD.* Respiratory Medicine, 2011. **105**(12): p. 1836-45.
69. Melani, A.S. and A. Di Gregorio, *Four-week nebulized beclomethasone dipropionate in stable COPD patients with exertional dyspnoea.* Monaldi Archives for Chest Disease, 1999. **54**(3): p. 224-7.
70. Milman, N., et al., *No effect of high-dose inhaled steroids in pulmonary sarcoidosis: a double-blind, placebo-controlled study.* J Intern Med, 1994. **236**(3): p. 285-90.
71. Rice, K.L., et al., *Withdrawal of chronic systemic corticosteroids in patients with COPD: a randomized trial.* American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine, 2000. **162**(1): p. 174-8.
72. Sayiner, A., et al., *Systemic glucocorticoids in severe exacerbations of COPD.* Chest, 2001. **119**(3): p. 726-30.
73. Shmelev, E.I. and Y.L. Kunicina, *Comparison of fenspiride with beclomethasone as adjunctive anti-inflammatory treatment in patients with chronic obstructive pulmonary disease.* Clinical Drug Investigation, 2006. **26**(3): p. 151-9.
74. Tashkin, D.P., et al., *Efficacy and safety of budesonide and formoterol in one pressurized metered-dose inhaler in patients with moderate to very severe chronic obstructive pulmonary disease: results of a 6-month randomized clinical trial.* Drugs, 2008. **68**(14): p. 1975-2000.
75. Thompson, W.H., et al., *Controlled trial of oral prednisone in outpatients with acute COPD exacerbation.* American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine, 1996. **154**(2 Pt 1): p. 407-12.
76. van den Boom, G., et al., *The cost effectiveness of early treatment with fluticasone propionate 250 microg twice a day in subjects with obstructive airway disease. Results of the DIMCA program.* American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine, 2001. **164**(11): p. 2057-66.
77. Vestbo, J., et al., *Early onset of effect of salmeterol and fluticasone propionate in chronic obstructive pulmonary disease.* Thorax, 2005. **60**(4): p. 301-4.

78. Walters, J.A., E.H. Walters, and R. Wood-Baker, *Oral corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2005(3): p. CD005374.
79. Worth, H., et al., *Budesonide added to formoterol contributes to improved exercise tolerance in patients with COPD*. Respir Med, 2010. **104**(10): p. 1450-9.
80. Wouters, E.F., et al., *[Withdrawal of fluticasone propionate from combined salmeterol/fluticasone treatment in patients with COPD causes immediate and sustained disease deterioration: a randomised controlled trial]*. Rev Port Pneumol, 2005. **11**(6): p. 587-9.
81. Yennurajalingam, S., et al., *Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer*. J Clin Oncol, 2013. **31**(25): p. 3076-82.
82. Yang Ian, A., et al. *Inhaled corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD002991.pub3.
83. Zhang, H., et al., *Prednisone adding to usual care treatment for refractory decompensated congestive heart failure*. International Heart Journal, 2008. **49**(5): p. 587-95.
84. Bausewein, C., et al., *Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(2): p. CD005623.
85. Bausewein, C., et al., *Effectiveness of a hand-held fan for breathlessness: a randomised phase II trial*. BMC Palliative Care, 2010. **9**: p. 22.
86. Galbraith, S., et al., *Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial*. Journal of Pain & Symptom Management, 2010. **39**(5): p. 831-8.
87. Cranston, J.M., A. Crockett, and D. Currow, *Oxygen therapy for dyspnoea in adults*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(3): p. CD004769.
88. Uronis, H., et al., *Symptomatic oxygen for non-hypoxaemic chronic obstructive pulmonary disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2011(6): p. CD006429.
89. Uronis, H.E., et al., *Oxygen for relief of dyspnoea in mildly- or non-hypoxaemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis*. Br J Cancer, 2008. **98**(2): p. 294-9.
90. Merskey, H., *Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of pain terms*. Pain 1986. **Suppl.**(3): p. 1.
91. Ventafridda, V., et al., *A validation study of the WHO method for cancer pain relief*. Cancer, 1987. **59**(4): p. 850-6.
92. Deandrea, S., et al., *Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature*. Ann Oncol, 2008. **19**(12): p. 1985-91.
93. Chow, E., et al., *Update on the systematic review of palliative radiotherapy trials for bone metastases*. Clin Oncol (R Coll Radiol), 2012. **24**(2): p. 112-24.
94. Lutz, S., et al., *Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline*. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2011. **79**(4): p. 965-76.
95. Rades, D., et al., *Evaluation of five radiation schedules and prognostic factors for metastatic spinal cord compression*. J Clin Oncol, 2005. **23**(15): p. 3366-75.
96. Leppert, W. and M. Majkovicz, *The impact of tramadol and dihydrocodeine treatment on quality of life of patients with cancer pain*. International Journal of Clinical Practice, 2010. **64**(12): p. 1681-7.
97. Tassinari, D., et al., *The second step of the analgesic ladder and oral tramadol in the treatment of mild to moderate cancer pain: a systematic review*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 410-23.
98. Caraceni, A., A. Pigni, and C. Brunelli, *Is oral morphine still the first choice opioid for moderate to severe cancer pain? A systematic review within the European Palliative Care Research Collaborative guidelines project*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 402-9.
99. King, S.J., et al., *A systematic review of oxycodone in the management of cancer pain*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 454-70.
100. Mercadante, S., et al., *Morphine versus oxycodone in pancreatic cancer pain: a randomized controlled study*. Clinical Journal of Pain, 2010. **26**(9): p. 794-7.
101. Pigni, A., C. Brunelli, and A. Caraceni, *The role of hydromorphone in cancer pain treatment: a systematic review*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 471-7.
102. Cherny, N., *Is oral methadone better than placebo or other oral/transdermal opioids in the management of pain? Palliat Med, 2011. 25(5): p. 488-93.*
103. Klepstad, P., S. Kaasa, and P.C. Borchgrevink, *Starting step III opioids for moderate to severe pain in cancer patients: dose titration: a systematic review*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 424-30.
104. Bruera, E., et al., *Methadone versus morphine as a first-line strong opioid for cancer pain: a randomized, double-blind study*. J Clin Oncol, 2004. **22**(1): p. 185-92.
105. Radbruch, L., et al., *Systematic review of the role of alternative application routes for opioid treatment for moderate to severe cancer pain: an EPCRC opioid guidelines project*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 578-96.

106. Kurita, G.P., S. Kaasa, and P. Sjogren, *Spinal opioids in adult patients with cancer pain: a systematic review: a European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) opioid guidelines project*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 560-77.
107. Lauretti, G.R., et al., *Epidural methadone results in dose-dependent analgesia in cancer pain, further enhanced by epidural dexamethasone*. British Journal of Cancer, 2013. **108**(2): p. 259-64.
108. Dale, O., K. Moksnes, and S. Kaasa, *European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: opioid switching to improve analgesia or reduce side effects. A systematic review*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 494-503.
109. Moksnes, K., et al., *How to switch from morphine or oxycodone to methadone in cancer patients? a randomised clinical phase II trial*. European Journal of Cancer, 2011. **47**(16): p. 2463-70.
110. Mercadante, S. and A. Caraceni, *Conversion ratios for opioid switching in the treatment of cancer pain: a systematic review*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 504-15.
111. Laugsand, E.A., S. Kaasa, and P. Klepstad, *Management of opioid-induced nausea and vomiting in cancer patients: systematic review and evidence-based recommendations*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 442-53.
112. Candy, B., et al., *Laxatives or methylnaltrexone for the management of constipation in palliative care patients*. Cochrane Database Syst Rev, 2011(1): p. CD003448.
113. Stone, P. and O. Minton, *European Palliative Care Research collaborative pain guidelines. Central side-effects management: what is the evidence to support best practice in the management of sedation, cognitive impairment and myoclonus?* Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 431-41.
114. Duarte Souza, J.F., et al., *Adjunct dipyrrone in association with oral morphine for cancer-related pain: the sooner the better*. Supportive Care in Cancer, 2007. **15**(11): p. 1319-23.
115. Rodriguez, M., et al., *Efficacy and tolerance of oral dipyrrone versus oral morphine for cancer pain*. European Journal of Cancer, 1994. **30A**(5): p. 584-7.
116. Yalcin, S., et al., *Ketorolac tromethamine in cancer pain*. Acta Oncologica, 1997. **36**(2): p. 231-2.
117. Yalcin, S., et al., *A comparison of two nonsteroidal antiinflammatory drugs (diflunisal versus dipyrrone) in the treatment of moderate to severe cancer pain: a randomized crossover study*. American Journal of Clinical Oncology, 1998. **21**(2): p. 185-8.
118. Nabal, M., et al., *The role of paracetamol and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in addition to WHO Step III opioids in the control of pain in advanced cancer. A systematic review of the literature*. Palliat Med, 2011. **26**(4): p. 305-12.
119. Bennett, M.I., *Effectiveness of antiepileptic or antidepressant drugs when added to opioids for cancer pain: systematic review*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 553-9.
120. Mishra, S., et al., *A comparative efficacy of amitriptyline, gabapentin, and pregabalin in neuropathic cancer pain: a prospective randomized double-blind placebo-controlled study*. American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 2012. **29**(3): p. 177-82.
121. Zeppetella, G., *Opioids for the management of breakthrough cancer pain in adults: a systematic review undertaken as part of an EPCRC opioid guidelines project*. Palliat Med, 2011. **25**(5): p. 516-24.
122. Zeppetella, G. and A.N. Davies, *Opioids for the management of breakthrough pain in cancer patients*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. **10**: p. CD004311.
123. DGNM and DGVS *S2k-Leitlinie Chronische Obstipation: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie*. 2013.
124. Lembo, A. and M. Camilleri, *Chronic constipation*. N Engl J Med, 2003. **349**(14): p. 1360-8.
125. Bader, S., M. Weber, and G. Becker, *Is the pharmacological treatment of constipation in palliative care evidence based? : a systematic literature review*. Schmerz, 2012. **26**(5): p. 568-86.
126. Larkin, P.J., et al., *The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations*. Palliat Med, 2008. **22**(7): p. 796-807.
127. Solano, J.P., B. Gomes, and I.J. Higginson, *A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease*. J Pain Symptom Manage, 2006. **31**(1): p. 58-69.
128. Twycross, R.G. and J.M.V. Harcourt, *The use of laxatives at a palliative care centre*. Pall Med, 1991. **5**(1): p. 27-33.
129. Sykes, N.P., *The relationship between opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients*. Palliat Med, 1998. **12**(5): p. 375-82.
130. Anthony, T., et al., *Report of the clinical protocol committee: development of randomized trials for malignant bowel obstruction*. J Pain Symptom Manage, 2007. **34**(1 Suppl): p. S49-59.
131. Zorn, M., et al., *Malignant bowel obstruction*. Z Gastroenterol, 2010. **48**(2): p. 264-73.

132. Dilling, H., W. Mombour, and M.H. Schmidt. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, ed. Huber. Vol. 9. 2014, Bern.
133. Rayner, L., et al. *The Management of Depression in Palliative Care: European Clinical Guidelines*. 2010.
134. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde, *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression*, in <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html>. 2009, DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW: Berlin, Düsseldorf.
135. Block, S.D., *Assessing and managing depression in the terminally ill patient*. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med, 2000. **132**(3): p. 209-18.
136. Mitchell, A.J., *Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis*. Br J Cancer, 2008. **98**(12): p. 1934-43.
137. Mitchell, A.J., et al., *Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group*. J Affect Disord, 2012. **140**(2): p. 149-60.
138. Mitchell, A.J., N. Meader, and P. Symonds, *Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis*. J Affect Disord, 2010. **126**(3): p. 335-48.
139. Breitbart, W., *Do antidepressants reduce the effectiveness of tamoxifen?* Psychooncology, 2011. **20**(1): p. 1-4.
140. Chochinov, H.M. and B.J. Cann, *Interventions to enhance the spiritual aspects of dying*. J Palliat Med, 2005. **8 Suppl 1**: p. S103-15.
141. Lee, V., et al., *Meaning-making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results*. Oncol Nurs Forum, 2006. **33**(2): p. 291-302.
142. O'Mahony, S., et al., *Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study*. J Pain Symptom Manage, 2005. **29**(5): p. 446-57.
143. Dy, S.M., et al., *Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anorexia, depression, and dyspnea*. J Clin Oncol, 2008. **26**(23): p. 3886-95.
144. DGPPN, et al., *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression*. 2009, DGRW: Berlin-Düsseldorf 2009.
145. Rayner, L., et al., *Antidepressants for depression in physically ill people*. Cochrane Database Syst Rev, 2010(3): p. CD007503.
146. Rayner, L., et al., *Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis*. Palliat Med, 2011. **25**(1): p. 36-51.
147. Ujeyl, M. and B. Müller-Oerlinghausen, *[Antidepressants for treatment of depression in palliative patients : a systematic literature review]*. Schmerz, 2012. **26**(5): p. 523-36.
148. Benkert, O. and H. Hippus, *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. Vol. 9. 2013, Berlin: Springer.
149. Desmarais, J.E. and K.J. Looper, *Interactions between tamoxifen and antidepressants via cytochrome P450 2D6*. J Clin Psychiatry, 2009. **70**(12): p. 1688-97.
150. Kelly, C.M., et al., *Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study*. BMJ, 2010. **340**: p. c693.
151. Abbasowa, L., L.V. Kessing, and M. Vinberg, *Psychostimulants in moderate to severe affective disorder: A systematic review of randomized controlled trials*. Nord J Psychiatry, 2013.
152. Candy, M., et al., *Psychostimulants for depression*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(2): p. CD006722.
153. Gaspar, M.W., M., *Kommunikation in der Palliativmedizin*. Z Palliativmed, 2010.
154. Baile, W.F., et al., *SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. Oncologist, 2000. **5**(4): p. 302-11.
155. Frick, E., et al., *A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences*. Eur J Cancer Care (Engl), 2006. **15**(3): p. 238-43.
156. Puchalski, C. and A.L. Romer, *Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully*. J Palliat Med, 2000. **3**(1): p. 129-37.
157. Weber, S., Frick, E., *Zur Bedeutung der Spiritualität von Patienten und Betreuern in der Onkologie*, in *Manual Psychoonkologie*, F. Sellschopp, Gruber, Pouget-Schors, Vollmer, Theml, Vordermaier, Fegg, Editor. 2002, Zuckschwerdt: München, Wien, New York. p. 106-109.
158. Fineberg, I.C., M. Kawashima, and S.M. Asch, *Communication with families facing life-threatening illness: a research-based model for family conferences*. J Palliat Med, 2011. **14**(4): p. 421-7.
159. Clayton, J.M., et al., *Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study*. Support Care Cancer, 2005. **13**(8): p. 589-99.

160. Lautrette, A., et al., *End-of-life family conferences: rooted in the evidence*. Crit Care Med, 2006. 34(11 Suppl): p. S364-72.
161. Witkowski, A. and M.E. Carlsson, *Support group programme for relatives of terminally ill cancer patients*. Support Care Cancer, 2004. 12(3): p. 168-75.
162. Romer G, B.C., Möller B, *Kinder krebskranker Eltern: Manual zur kindzentrierten Familienberatung nach dem COSIP-Konzept* 2013, Göttingen: Hogrefe.
163. *Gesundheit - Todesursachen in Deutschland 2012*, in https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400127004.pdf?__blob=publicationFile. 2013, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
164. RKI and GEKID *Krebs in Deutschland 2007/2008*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung, 2012. 8.
165. Nauck, F., E. Klaschik, and C. Ostgathe, *Symptom control during the last three days of life*. Eur J Pall Care, 2000. 7(3): p. 81-84.
166. Kennedy, C., et al., *Diagnosing dying: an integrative literature review*. BMJ Support Palliat Care, 2014. 4(3): p. 263-270.
167. Boettger, S. and W. Breitbart, *An open trial of aripiprazole for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients*. Palliat Support Care, 2011. 9(4): p. 351-7.
168. Breitbart, W., et al., *A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients*. Am J Psychiatry, 1996. 153(2): p. 231-7.
169. Breitbart, W., A. Tremblay, and C. Gibson, *An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients*. Psychosomatics, 2002. 43(3): p. 175-82.
170. Lin, C.J., et al., *An open trial comparing haloperidol with olanzapine for the treatment of delirium in palliative and hospice center cancer patients*. Journal of Internal Medicine of Taiwan, 2008. 19(4): p. 346-354.
171. Likar, R., et al., *Efficacy of glycopyrronium bromide and scopolamine hydrobromide in patients with death rattle: a randomized controlled study*. Wien Klin Wochenschr, 2008. 120(21-22): p. 679-83.
172. Pastrana, T., H. Reineke-Bracke, and F. Elsner, *Empfehlung bei Rasselatmung*. Der Schmerz, 2012. 26(5): p. 600-608.
173. Wee, B. and R. Hillier, *Interventions for noisy breathing in patients near to death*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(1): p. CD005177.
174. Cherny, N.I. and L. Radbruch, *European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care*. Palliat Med, 2009. 23(7): p. 581-93.
175. Alt-Epping, B., et al., *Sedation in palliative medicine: Guidelines for the use of sedation in palliative care : European Association for Palliative Care (EAPC)*. Schmerz, 2010. 24(4): p. 342-54.
176. Papavasiliou, E.E., S. Payne, and S. Brearley, *Current debates on end-of-life sedation: an international expert elicitation study*. Support Care Cancer, 2014.
177. Bruera, E., et al., *Parenteral hydration in patients with advanced cancer: a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial*. J Clin Oncol, 2013. 31(1): p. 111-8.
178. Nakajima, N., Y. Hata, and K. Kusumoto, *A clinical study on the influence of hydration volume on the signs of terminally ill cancer patients with abdominal malignancies*. J Palliat Med, 2013. 16(2): p. 185-9.
179. Raijmakers, N.J.H., et al., *Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients. A systematic literature review of practices and effects*. Annals of Oncology, 2011. 22(7): p. 1478-86.
180. Bundesärztekammer, *Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung*. Deutsches Ärzteblatt, 2011. 108(7): p. A 346-A348.
181. Bundesärztekammer, *Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis*. Deutsches Ärzteblatt, 2010. 18(107): p. A877-A882.
182. Cohen, M.Z., et al., *The meaning of parenteral hydration to family caregivers and patients with advanced cancer receiving hospice care*. J Pain Symptom Manage, 2012. 43(5): p. 855-65.
183. Del Rio, M.I., et al., *Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision-making among patients, family, and health care staff*. Psychooncology, 2012. 21(9): p. 913-21.
184. RKI and GEKID, *Krebs in Deutschland 2009/2010*, in *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. 2013, Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.: Berlin.
185. WHO, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. 2014, Worldwide Palliative Care Alliance: London.
186. WHO, *Palliative care*. Geneva, 2007.

187. Radbruch, L. and S. Payne, *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2* European Journal of Palliative Care, 2010. **17**(1): p. 22-33.
188. Stockler, M.R., et al., *Disarming the guarded prognosis: predicting survival in newly referred patients with incurable cancer*. Br J Cancer, 2006. **94**(2): p. 208-12.
189. ICSI, *Health care guidelines: palliative care- 3d edition*. 2009, Institute for Clinical Systems Improvement.
190. Moss, A.H., et al., *Prognostic significance of the "surprise" question in cancer patients*. J Palliat Med, 2010. **13**(7): p. 837-40.
191. Eagar, K., et al., *An Australian casemix classification for palliative care: lessons and policy implications of a national study*. Palliat Med, 2004. **18**(3): p. 227-33.
192. Stiel, S., et al., *[Validation of the new version of the minimal documentation system (MIDOS) for patients in palliative care : the German version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS)]*. Schmerz, 2010. **24**(6): p. 596-604.
193. Bruera, E., et al., *The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients*. J Palliat Care, 1991. **7**(2): p. 6-9.
194. Bausewein, C., et al., *The use of two common palliative outcome measures in clinical care and research: a systematic review of POS and STAS*. Palliat Med, 2011. **25**(4): p. 304-13.
195. Hearn, J. and I.J. Higginson, *Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale*. Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. Qual Health Care, 1999. **8**(4): p. 219-27.
196. Mehnert, A., et al., *Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers*. Z Psychosom Med Psychother, 2006. **54**(3): p. 213-223.
197. Braun, M., et al., *The burden of spousal caregiving: a preliminary psychometric evaluation of the German version of the Zarit burden interview*. Aging Ment Health, 2010. **14**(2): p. 159-67.
198. Abernethy, A.P., et al., *The Australia-modified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice [ISRCTN81117481]*. BMC Palliat Care, 2005. **4**: p. 7.
199. Oken, M.M., et al., *Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group*. Am J Clin Oncol, 1982. **5**(6): p. 649-55.
200. Katz, S., et al., *Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function*. JAMA, 1963. **185**: p. 914-9.
201. Mahoney, F.I. and D.W. Barthel, *Functional Evaluation: The Barthel Index*. Md State Med J, 1965. **14**: p. 61-5.
202. Gomes, B., et al., *Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. **6**: p. CD007760.
203. Ahlner-Elmqvist, M., et al., *Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care*. Palliat Med, 2004. **18**(7): p. 585-93.
204. Brumley, R., et al., *Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care*. J Am Geriatr Soc, 2007. **55**(7): p. 993-1000.
205. Cummings, J.E., et al., *Cost-effectiveness of Veterans Administration hospital-based home care. A randomized clinical trial*. Arch Intern Med, 1990. **150**(6): p. 1274-80.
206. Gade, G., et al., *Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial*. J Palliat Med, 2008. **11**(2): p. 180-90.
207. Jordhoy, M.S., et al., *A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial*. Lancet, 2000. **356**(9233): p. 888-93.
208. Rabow, M.W., et al., *The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation*. Archives of Internal Medicine, 2004. **164**(1): p. 83-91.
209. Temel, J.S., et al., *Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer*. N Engl J Med, 2010. **363**(8): p. 733-42.
210. Hanks, G.W., et al., *The imPaCT study: a randomised controlled trial to evaluate a hospital palliative care team*. Br J Cancer, 2002. **87**(7): p. 733-9.
211. Jack, B., et al., *Improving cancer patients' pain: the impact of the hospital specialist palliative care team*. Eur J Cancer Care (Engl), 2006. **15**(5): p. 476-80.
212. DGP, *Positionspapier der AG Stationäre Versorgung zur aktuellen Entwicklung von Qualität, Umsetzung und Abbildbarkeit krankenhausbasierter Palliativversorgung im Vergütungssystem 2011*, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin.
213. Bakitas, M., et al., *Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial*. JAMA, 2009. **302**(7): p. 741-9.
214. Ventafridda, V., et al., *The importance of a home care program for patients with advanced cancer pain*. Tumori, 1985. **71**(5): p. 449-54.

215. McCorkle, R., et al., *A randomized clinical trial of home nursing care for lung cancer patients*. *Cancer*, 1989. **64**(6): p. 1375-82.
216. Ventafridda, V., et al., *Comparison of home and hospital care of advanced cancer patients*. *Tumori*, 1989. **75**(6): p. 619-25.
217. Candy, B., et al., *Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence*. *Int J Nurs Stud*, 2011. **48**(1): p. 121-33.
218. (ÄZQ), Ä.Z.f.Q.i.d.M. *Manual Qualitätsindikatoren. Manual für Autoren*. 2009 [cited äzq
Schriftenreihe: 36; Available from:
<http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe36.pdf>.