



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Krankenhausreform: Palliativversorgung in allen Bereichen der stationären Patientenversorgung von Erwachsenen notwendig

Stand: 22.05.2023

Präambel

Aus epidemiologischen und praktischen Erwägungen fokussiert diese erste Stellungnahme zunächst die stationäre Palliativversorgung erwachsener Patient:innen. Eine gesonderte Stellungnahme zur stationären Versorgung von pädiatrischen Palliativpatient:innen wird folgen, wenn deren Belange nicht schon anderweitig ausreichend vertreten werden. Die im Folgenden getroffenen Aussagen beziehen sich auf erwachsene Palliativpatient:innen, auch wenn einzelne Aussagen für pädiatrische Palliativpatient:innen ebenso zutreffen (z.B. bio-psycho-sozial-spirituelle(r) Ansatz der Versorgung).

Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung für erwachsene Patient:innen mit fortgeschrittenen Erkrankungen

Palliativversorgung hat die Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität von Patient:innen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und ihrer Angehörigen zum Ziel. Zentral sind die Vorbeugung und Linderung von Schmerzen, anderen Symptomen, psychischen, sozialen und spirituellen Problemen. Palliativversorgung verfolgt einen ganzheitlichen, interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz und erfolgt im häuslichen Umfeld der Patient:innen, im Krankenhaus, in stationären Pflegeeinrichtungen oder in Hospizen.^{1,2}

Allgemeine Palliativversorgung wird durch alle ambulanten und stationären Leistungserbringer erbracht, die in die Begleitung von Menschen mit unheilbaren Erkrankungen involviert sind.³ Dazu gehört die Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen genauso wie Gespräche über Prognose, Therapieziele und lebensverlängernde Maßnahmen.⁴ In der *Spezialisierten Palliativversorgung* werden Patient:innen mit hoher Komplexität der Situation begleitet, wie z.B. refraktäre Symptome, komplexe Depression, Angst oder existentielle Belastungen oder Unterstützung bei der Klärung von Therapiezielen.^{3, 5} Bei der besonders aufwendigen Versorgung dieser Patient:innen und ihrer Angehörigen spielt die abgestimmte Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team eine wesentliche Rolle.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Patient:innen bei gleichzeitiger Reduktion der Symptombelastung zuhause sterben können.^{6, 7} In der stationären Betreuung führt spezialisierte Palliativversorgung zu einer Verbesserung von patient:innen-zentrierten Outcomes wie Lebensqualität, Symptombelastung, Depression und Zufriedenheit mit der Betreuung sowie zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, dass der gewünschte Sterbeort ermöglicht wird.⁸ Auch die Belastung der Angehörigen lässt sich durch Palliativversorgung günstig beeinflussen.^{9, 10} Palliativmedizinische Versorgung trägt außerdem zu einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen bei.^{11, 12} Ein wichtiger Aspekt ist hierbei die Vermeidung von Übertherapien durch Vermeidung von Fehlversorgung in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens, z.B. in der Intensivmedizin oder der Onkologie.^{13, 14} Dies führt ebenso zu einer Reduktion von moralischem Distress bei den Primärversorgenden.¹⁵

Die wohnortnahe Möglichkeit einer angemessenen indikationsbezogenen allgemeinen oder spezialisierten Palliativversorgung ist dabei essentielle Voraussetzung, um dem Unterstützungsbedarf der Patient:innen nachhaltig und wirksam zu entsprechen, da die lückenlose bedarfsgerechte Versorgung in Form eines sektorenübergreifenden Ansatzes durch das koordinierte Zusammenwirken aller an der Versorgung Beteiligten, z.B. in regionalen Netzwerken, erst die notwendige schnelle Reaktion auf eine sich oft hochdynamisch verändernde Bedürfnislage erlaubt. Dem wird in der ambulanten Versorgung durch das Ziel einer flächendeckenden SAPV-Versorgung Rechnung getragen. Auch hier wird im Bundesrahmenvertrag dezidiert zwischen einer SAPV für Erwachsene sowie einer SAPV für Kinder und Jugendliche unterschieden. Korrespondierend muss die wohnortnahe spezialisierte Versorgung für erwachsene Palliativpatient:innen mit stationärem Behandlungsbedarf gewährleistet sein.

Essentiell für die an den Bedürfnissen der Patient:innen und ihrer Zugehörigen orientierten Betreuung ist die frühe und zeitgerechte Integration der spezialisierten Palliativversorgung. Dies sollte ab der Diagnosestellung einer nicht-heilbaren und lebenslimitierenden Erkrankung erwogen werden, oft schon ein bis zwei Jahre oder Monate vor dem Lebensende, aber zumindest weit vor der Sterbephase.³ Entscheidend für die Palliativbetreuung sind daher neben Prognose und Diagnose die Bedürfnisse der Patient:innen und ihrer Angehörigen.³ Menschen brauchen die Gewissheit, dass sie in ihrer letzten Lebensphase nicht allein sind, sondern in jeder Hinsicht gut behandelt, versorgt und begleitet werden.

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurde klargestellt, dass Versicherte einen Rechtsanspruch auf eine palliative Versorgung als Teil der Krankenbehandlung haben (§27 SGB V) und diese damit Bestandteil der sogenannten Regelversorgung ist.

Bedarf an Palliativversorgung und zukünftige Entwicklungen

Der Bedarf an allgemeiner und spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung am Lebensende wird nach Schätzungen bei 69-82% aller Sterbenden angenommen¹⁶, bezogen auf die erwachsene Bevölkerung im letzten Lebensjahr wird von einem entsprechenden Bedarf bei 1,5% der

Gesamtbevölkerung ausgegangen.¹⁷ Der Bedarf für spezialisierte Palliativversorgung wird dabei auf 30 – 45% der erwachsenen Patient:innen, die Palliativbedürfnisse haben, geschätzt.^{18, 19}

Aufgrund der demographischen Entwicklung, der steigenden Inzidenz von Tumorerkrankungen, des Anspruchs von nicht-onkologischen Patient:innen mit unheilbaren Erkrankungen auf Palliativversorgung und der Zunahme von multimorbiden Patient:innen wird der Bedarf an Palliativversorgung in den nächsten Jahren deutlich steigen.^{20, 21} Schätzungen sagen eine Verdoppelung der Belastung durch schweres gesundheitsbezogenes Leiden bis 2060 voraus.²¹

Aktueller Stand palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen an deutschen Krankenhäusern

Gemäß dem Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland (www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de) der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin gab es Anfang April 2023 insgesamt 318 Palliativstationen für die Versorgung erwachsener Palliativpatient:innen in deutschen Krankenhäusern. Dies entspricht 16,8% aller Krankenhäuser in Deutschland.

In nur 79 Krankenhäusern (4,1%) bestehen Palliativdienste im Krankenhaus. Insgesamt muss also aktuell von einer deutlichen palliativmedizinischen Unterversorgung in deutschen Krankenhäusern ausgegangen werden. Daher sollte die Krankenhausreform auch zum Ziel haben, die stationäre Versorgung in der Palliativmedizin deutlich zu verbessern.

Palliativmedizinische Bedarfe von erwachsenen Patient:innen in den unterschiedlichen Leveln

Der Versorgungsbedarf von Patient:innen mit fortschreitenden, lebensbedrohlichen Erkrankungen hängt von externen (z.B. soziales Umfeld, Therapieebenenwirkungen) und internen Faktoren (z.B. Erkrankungsschwere, Komorbiditäten) ab und unterscheidet sich kaum zwischen Patient:innen mit oder ohne Tumorerkrankung.^{22, 23} Schon 2011 wurde bei ca. 7% aller Patient:innen in einem Krankenhaus und 16% aller Tumorerkrankten ein palliativmedizinischer Versorgungsbedarf gesehen.²⁴ Es wird prognostiziert, dass Patient:innen vermehrt in ihrem letzten Lebensjahr ins Krankenhaus eingewiesen werden.²⁵ So ist auch heute schon das Krankenhaus der häufigste Sterbeort in Deutschland. Aktuell sterben dort zwischen 40 und 50% der Menschen.^{26, 27} Bereits der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat 2009 darauf hingewiesen, dass zukünftig ein populationsorientiertes und sektorenübergreifendes Konzept im Gesundheitswesen notwendig ist, in dem Palliativversorgung über alle Ebenen von der Primär- über die Sekundärversorgung bis zur stationären/teilstationären Versorgung vorgehalten wird.²⁸

Mindestvoraussetzungen für Palliativversorgung in den unterschiedlichen Leveln der Krankenhausreform

Es ist davon auszugehen, dass bei Patient:innen unabhängig von der Grunderkrankung in allen stationären Versorgungsleveln ein Bedarf an palliativmedizinischer Expertise und Versorgung besteht. Auch werden Patient:innen und ihre Angehörigen mit niedriger bis hoher Komplexität der Belastung durch körperliche Symptome, psychosoziale und spirituell-existentielle Probleme in allen drei Leveln betreut werden.

Um eine Unterversorgung zu vermeiden, muss eine entsprechend geeignete Versorgungsleistung in allen Einrichtungen vorgehalten werden, da sonst die Versorgungsgerechtigkeit zum Lebensende hin (noch mehr) gefährdet wird. Zudem ist eine wohnortnahe Versorgung von Palliativpatient:innen unbedingt anzustreben, die sicherstellt, dass Menschen unabhängig vom sozioökonomischen Hintergrund und unabhängig vom Wohnort die Versorgung bekommen, die sie benötigen und in einer angemessenen Zeit eine Palliativeinrichtung erreichen können, die entsprechende Qualifikation vorhalten kann.²⁹

Das bedeutet, dass palliative Kompetenz für Patient:innen mit fortgeschrittenen onkologischen, aber auch internistischen, neurologischen und weiteren Erkrankungen während des Erkrankungsverlaufs und am Lebensende vorgehalten werden muss.

Im Folgenden werden Vorschläge für die Palliativversorgung von erwachsenen Patient:innen gemacht. Den besonderen Belangen der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen muss gesondert Rechnung getragen werden. Die besonderen strukturellen Herausforderungen der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen gehen unter anderem aufgrund der regionalen Zuordnung einher mit einer deutlich aufwendigeren Vorhaltung, die konzeptionell berücksichtigt werden muss - wie in den gesonderten Verträgen zur spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) bereits erfolgreich umgesetzt.

Verlegungen von schwerkranken Patient:innen zwischen Krankenhäusern der unterschiedlichen Versorgungslevel zur Optimierung von Behandlungskonzepten sind zwar früh im Krankheitsverlauf grundsätzlich denkbar, aber insbesondere bei fortschreitendem Verlauf zum Lebensende hin kritisch zu prüfen. Patient:innen, die sich aufgrund von sehr komplexen Fragestellungen im Rahmen ihrer Erkrankung möglicherweise heimatfern in Behandlung befinden, können oft nicht mehr in das heimatnahe Umfeld zurückverlegt werden. Gleichzeitig muss sektorenübergreifend die Fortführung einer indizierten spezialisierten Palliativversorgung, wie im ambulanten Sektor durch SAPV gewährleistet, auch im stationären Sektor regional verfügbar sein. Gerade diesen Patient:innen kann eine zentralisierte überregionale Versorgung mit entsprechend langen Transportwegen selten zugemutet werden. Gleichzeitig darf der Verbleib im regionalen Umfeld nicht mit einer strukturell verankerten Abstufung der Versorgungsintensität von spezialisiert zu allgemein bei unverändert hohem oder sogar die Krankenhauseinweisung begründendem gestiegenem Versorgungsbedarf einhergehen. In diesem Sinne brauchen Hausärzt:innen und Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, die in regionalen

Netzwerken organisiert sind, flächendeckend konkrete Ansprechpartner:innen in allen Versorgungsleveln, wenn eine stationäre Betreuung der Patient:innen notwendig werden sollte.

Da Palliativversorgung in allen Levels notwendig ist, werden drei Leistungsgruppen für Palliativversorgung mit unterschiedlicher Intensität vorgeschlagen. Alternativ wäre zu prüfen, ob eine Abstufung der Vorhaltefinanzierung innerhalb einer einzigen Leistungsgruppe Palliativmedizin, differenziert nach der Ausprägung der spezialisierte Palliativversorgung konstituierenden Strukturmerkmale eine vergleichbare flächendeckende Verfügbarkeit allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung im Krankenhaus sicherstellen kann.

Palliativmedizinische Versorgung entsprechend der Level der Krankenhausreform

Level Krankenhausreform	Versorgungsniveau/-Leistungsgruppe	Strukturen
<i>li/In</i>	Palliativmedizinische Basisversorgung	Palliativbeauftragte/Palliativverantwortliche (Ärzt:innen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und Pflegekräfte mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden) und Kooperation mit spezialisiertem Palliativversorger (externer Palliativdienst/SAPV-Team/ <i>Level III/III</i> Krankenhaus)
<i>II</i>	Spezialisierte Palliativversorgung durch internen Palliativdienst und/oder Palliativstation	Palliativbeauftragte/Palliativverantwortliche und Spezialisierte Palliativversorgung durch einen internen Palliativdienst und/oder Spezialisierte Palliativversorgung auf einer Palliativstation
<i>III/IIIu</i>	Spezialisierte Palliativversorgung durch internen Palliativdienst und Palliativstation	Palliativbeauftragte/Palliativverantwortliche und Spezialisierte Palliativversorgung durch einen internen Palliativdienst und Spezialisierte Palliativversorgung auf einer Palliativstation

In den Krankenhäusern der *Level li* und *In*, die die Basis- bzw. Grundversorgung der Bevölkerung sicherstellen (in *Level In* auch mit Notfallversorgung), werden viele Menschen versorgt werden, die

aufgrund ihrer fortgeschrittenen Erkrankung oder am Ende des Lebens durch komplexe Symptome und Probleme belastet sind und nicht mehr in ein Haus der höheren Versorgungsstufe verlegt werden können oder müssen. Sie haben einen begründeten Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung. Somit muss in diesem Basislevel auch Kompetenz in der spezialisierten Palliativversorgung von Patient:innen mit fortgeschrittenen Erkrankungen und am Ende des Lebens vorhanden sein. Palliativmedizinische Expertise soll innerhalb des Krankenhauses durch eine:n Palliativbeauftragte:n jeweils mit ärztlicher und pflegerischer Kompetenz in Palliativversorgung eingebracht und sichergestellt werden. Durch diese/n wird a) die Umsetzung allgemein-palliativmedizinischer Inhalte durch alle Mitarbeitenden geregelt und strukturiert und b) die zeitgerechte Einbindung spezialisiert-palliativmedizinischer Expertise entsprechend des Bedarfs der Patient:innen organisiert. Die spezialisierte palliativmedizinische Expertise soll durch eine Kooperation mit einem spezialisierten Palliativversorger wie z.B. einem externen Palliativdienst, einem SAPV-Team oder einem Palliativdienst bzw. einer Palliativstation in einem *Level III/IV* Krankenhaus gewährleistet werden. Alternativ soll es dem Krankenhausträger aber auch möglich sein, einen eigenen internen Palliativdienst anzubieten.

In *Level II*-Krankenhäusern, die die Regel- und Schwerpunktversorgung mit erweiterter Notfallmedizin und allgemeiner onkologischer Behandlung sicherstellen, werden Entscheidungen zu Therapiezielen mit daraus resultierenden Fragen der optimalen symptomorientierten Behandlung und psychosozialen und spirituell-existentialen Unterstützung regelhaft vorkommen. Die dafür notwendige palliativmedizinische Expertise soll durch einen internen Palliativdienst im Krankenhaus angeboten werden. Diese multiprofessionellen, abteilungsunabhängigen Teams können auf allen Stationen eines Krankenhauses tätig werden. Das Krankenhaus kann zusätzlich oder alternativ über eine Palliativstation verfügen. Für die patient:innengerechte Versorgung auf Palliativstationen wird eine Größe von 8-12 Betten empfohlen, wobei 10-12 Betten aus wirtschaftlichen Gründen vorzuziehen sind.³¹ Dies bedeutet aber, dass es bei einer Schließung von Palliativstationen im Rahmen der Schließung von Krankenhäusern zu einer deutlichen Reduktion von Palliativbetten kommen kann, die nicht ohne weiteres durch Vergrößerung von Palliativstationen in Häusern der *Level II und III* kompensiert werden können.

Sollte kein interner Palliativdienst vorhanden sein, muss die palliativmedizinische Mitbegleitung von Patient:innen auf anderen Stationen des Krankenhauses durch spezialisierte Palliative Care Pflegefachkräfte und Palliativmediziner:innen der Palliativstation mit erfolgen.

Auch in den *Level II*-Krankenhäusern soll die grundsätzliche Ausrichtung der Betreuung von Menschen mit palliativmedizinischem Bedarf durch eine:n Palliativbeauftragte:n organisiert werden. Personell kann diese Position aus den Mitarbeitenden des Palliativdienstes oder der Palliativstation besetzt werden. Die Forderungen für palliativmedizinische Versorgung in *Level II*-Krankenhäusern können analog auch auf Fachkrankenhäuser, die entsprechende Patient:innengruppen mit hohem Palliativbedarf betreuen (z. B. Patient:innen mit fortgeschrittenen pneumologischen oder neurologischen Erkrankungen), übertragen werden.

In Krankenhäusern der Maximalversorgung (*Level III*) und Universitätskliniken (*Level IIIu*), in denen umfassende Behandlungsangebote im chirurgischen und konservativen Bereich einschließlich umfangreicher Intensivmedizin, Notfallmedizin und zertifizierter onkologischer Zentren vorgehalten werden, werden Patient:innen entsprechend dieses weitreichenden Spektrums an medizinischen Optionen versorgt – dies auch in lebensbegrenzenden Situationen. Oft wird es am Ende des Lebens nicht mehr möglich sein, Menschen nach einer Therapiezieländerung heimatnah zu verlegen. Für eine zeitgerechte Integration der Palliativversorgung³² und um allen Patient:innen, die Palliativversorgung brauchen, diese in allen Bereichen des Krankenhauses anbieten zu können, soll es in diesen Krankenhäusern sowohl interne Palliativdienste als auch für Patient:innen mit besonders komplexen Bedürfnissen Palliativstationen geben.

Anhang: Mindeststrukturmerkmale für die Leistungsgruppen Palliativmedizin

Anmerkung: Die genannten Mindeststrukturmerkmale können sowohl als eigene Leistungsgruppen Palliativmedizin als auch als Stratifikationsmerkmale für abgestufte Vorhaltungskosten innerhalb einer einheitlichen Leistungsgruppe Palliativmedizin herangezogen werden.

Leistungsgruppe Palliativmedizinische Basisversorgung in *Level II/In*

Palliativbeauftragte/Palliativverantwortliche (Ärzt:innen mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und Pflegekräfte mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden) und Kooperation mit spezialisiertem Palliativversorger (externer Palliativdienst/SAPV-Team/*Level II/III* Krankenhaus)

- Sicherstellung der Qualität in der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden im Krankenhaus
- Edukation zur Symptomkontrolle, systematische Assessments
- Implementierung palliativpflegerischer Maßnahmen (z. B. Wundversorgung)
- Moderation von Therapiezieländerungen, Gewährleistung der Umsetzung des Patientenwillens zur Reduktion von Übertherapie am Lebensende
- Umgang mit Sterbewünschen insbesondere bei der institutionellen Frage nach dem Umgang mit Anfragen zum assistierten Suizid
- enge Vernetzung zu ambulanten und stationären Strukturen der Palliativ- und Hospizversorgung (z. B. SAPV-Teams, niedergelassene Ärzte, Pflegedienste, stationäre Einrichtungen der Pflege, stationäre Hospize, Hospizdienste)
- Einbindung/Unterstützung und Anleitung von An- und Zugehörigen
- Kooperation mit spezialisiertem Palliativversorger, nachgewiesen durch Vertrag und Darstellung von konkreten Abläufen

Leistungsgruppe Spezialisierte Palliativversorgung durch einen internen Palliativdienst und/oder Palliativstation in *Level II*

Leistungsgruppe Spezialisierte Palliativversorgung durch einen internen Palliativdienst und Palliativstation in *Level III*

Interner Palliativdienst

- abteilungsübergreifend tätiges, eigenständiges, im Dienstplan ausgewiesenes, multiprofessionelles Team

- alle Abteilungen umfassender Einsatz mit dem Ziel einer zeitgerechten Integration von Palliativversorgung in den Behandlungsverlauf
- Regelarbeitszeiten des Palliativdienstes werktätlich (Mo-Sa) mindestens 3 Stunden pro Tag
- 24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes/einer Fachärztin mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der/die die aktuellen Probleme der Patient:innen kennt
- außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt/diese Fachärztin nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patient:innen vertraut sein
- ggf. Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten/der Patientin hinaus)
- Entlassplanung in enger Vernetzung zu ambulanten und stationären Strukturen in der Region (z. B. SAPV-Teams, niedergelassene Ärzt:innen, Pflegedienste, stationäre Einrichtungen der Pflege, stationäre Hospize, ambulante Hospizdienste) oder Verlegung auf eine Palliativstation
- Patientenindividuelle Verlaufsdokumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse durch den Palliativdienst
- Zertifizierung durch Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
- Teilnahme an einer externen Qualitätssicherung

Palliativstation

- Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) mit einem multiprofessionellen, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisierten Team
- fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatient:innen auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung.
- pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden und mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung
- mindestens 0,2 VK Arzt:in/aufgestelltes Patientenbett
- mindestens 1,2 Pflegestellen/aufgestelltes Patientenbett
- 0,2 VK Vertreter:in der weiteren Therapiebereiche /aufgestelltes Patientenbett, wie z. B. Sozialdienst, Psychologie, Physiotherapie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien (Kunst-, Musiktherapie u.a.), Case Management, Seelsorge, Apotheker

- ärztliche und pflegerische Leitungsfunktion benötigt weitere je 0,1 VZÄ/aufgestelltes Patientenbett
- werktags eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit
- Vorhandensein von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen Behandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, z.B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle
- patientenindividuelle Verlaufsdocumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse
- Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie), Entspannungstherapie
- ggf. Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten/der Patientin hinaus)
- Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und Zuweisung, sofern erforderlich
- Zertifizierung durch Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
- Teilnahme an einer externen Qualitätssicherung/Register

Zertifizierungsverfahren dienen zur Sicherstellung von hoher Qualität und dienen dem Nachweis, dass die Versorgung der Patient:innen nach spezifizierten und normierten Vorgaben erfolgt. Sowohl Palliativdienste als auch Palliativstationen sollten zertifiziert sein, entweder im Rahmen der Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin oder der Deutschen Krebsgesellschaft, z. B. im Rahmen eines onkologischen Zentrums.

Ein ergänzendes Kriterium aller Versorgungsintensitäten soll die sektorenübergreifende regionale Vernetzung sein. Diesbezüglich sind konkrete Ergänzungen des vorliegenden Konzeptes nach Veröffentlichung der Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Behandlung durch die Regierungskommission Krankenhausreform (erwartet im Juni 2023) geplant.

Referenzen

1. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, et al. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe part 1- recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care* 2010; 16: 278-89.
2. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course 2013.
3. Leitlinienprogramm Onkologie. Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Onkologie Leitlinienprogramm, 2019.
4. Quill TE and Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *N Engl J Med*. 2013; 368: 1173-5.
5. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL. In: Bundesausschuss G, (ed.). Bundesanzeiger (BAnz AT 23.11.2022 B2), 2022.
6. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P and Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013: CD007760.
7. Gebel C, Rothaug J, Kruschel I, et al. [Patient-reported outcomes and quality of care in specialized palliative home care: a nationwide, prospective longitudinal cohort trial]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2022; 168: 40-7.
8. Oluyase AO, Higginson IJ, Yi D, et al. *Hospital-based specialist palliative care compared with usual care for adults with advanced illness and their caregivers: a systematic review*. Southampton (UK)2021.
9. Hudson P, Girgis A, Thomas K, et al. Do family meetings for hospitalised palliative care patients improve outcomes and reduce health care costs? A cluster randomised trial. *Palliat Med*. 2021; 35: 188-99.
10. Pidgeon TM, Johnson CE, Lester L, et al. Perceptions of the care received from Australian palliative care services: A caregiver perspective. *Palliat Support Care*. 2018; 16: 198-208.
11. May P, Normand C, Cassel JB, et al. Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018; 178: 820-9.
12. Gordon MJ, Le T, Lee EW and Gao A. Home Palliative Care Savings. *J Palliat Med*. 2022; 25: 591-5.
13. Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J, et al. Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden - Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2021; 116: 281-94.
14. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*. 2018; 19: e588-e653.

15. Kherbache A, Mertens E and Denier Y. Moral distress in medicine: An ethical analysis. *J Health Psychol.* 2022; 27: 1971-90.
16. Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE and Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med.* 2014; 28: 49-58.
17. Gomez-Batiste X, Martinez-Munoz M, Blay C, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med.* 2014; 28: 302-11.
18. Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland, Consultant Nurse in Palliative Care Reference Group, Marie Curie Cancer Care, National Council for Palliative Care and Medicine PCSotRSO. Commissioning Guidance for Specialist Palliative Care: Helping to deliver commissioning objectives. London 2012.
19. Palliative Care Australia. Background Report to the Palliative Care Service Development Guidelines. Melbourne 2018.
20. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med.* 2017; 15: 102.
21. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Glob Health.* 2019; 7: e883-e92.
22. Vogt J, Beyer F, Siermanns J, et al. Symptom Burden and Palliative Care Needs of Patients with Incurable Cancer at Diagnosis and During the Disease Course. *Oncologist.* 2021; 26: e1058-e65.
23. See D, Le B, Gorelik A and Eastman P. Symptom burden in malignant and non-malignant disease on admission to a palliative care unit. *BMJ Support Palliat Care.* 2022; 12: e792-e7.
24. Becker G, Hatami I, Xander C, et al. Palliative cancer care: an epidemiologic study. *J Clin Oncol.* 2011; 29: 646-50.
25. Bone AE, Evans CJ and Higginson IJ. The future of end-of-life care. *Lancet.* 2018; 392: 915-6.
26. DeStatis. Eckdaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten. 2023.
27. Dasch B and Zahn PK. Place of Death Trends and Utilization of Outpatient Palliative Care at the End of Life-Analysis of Death Certificates (2001, 2011, 2017) and Pseudonymized Data From Selected Palliative Medicine Consultation Services (2017) in Westphalia, Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2021; 118: 331-8.
28. Deutscher Bundestag. Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. In: Deutscher Bundestag W, (ed.). Berlin: Deutscher Bundestag, 2009.

29. Currow DC, Allingham S, Bird S, et al. Referral patterns and proximity to palliative care inpatient services by level of socio-economic disadvantage. A national study using spatial analysis. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12: 424.
30. Tang M and Reddy A. Telemedicine and Its Past, Present, and Future Roles in Providing Palliative Care to Advanced Cancer Patients. *Cancers (Basel).* 2022; 14.
31. Bauministerkonferenz and Ausschuss für Staatlichen Hochbau Fachkommission Bau- und Kostenplanung - Netzwerk Krankenhausbau. Planungshilfe - Palliativstationen Baulich-funktionale Anforderungen. Bauministerkonferenz der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (ARGEBAU), 2011.
32. Hui D, Hannon BL, Zimmermann C and Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin.* 2018; 68: 356-76.