



---

# Palliativversorgung für Nichttumorpatienten

—

## Anspruch und Wirklichkeit

---

Heiner Melching, Berlin  
Geschäftsführer der DGP [www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de)  
E-Mail: [heiner.melching@palliativmedizin.de](mailto:heiner.melching@palliativmedizin.de)



---

# Nicht-tumorpatienten ?

---



**Gibt es auch  
Nicht-Herzpatienten ?**



**Gibt es auch  
Nicht-COPD-Patienten ?**



## Anspruch

## Anspruch

*Cicely Saunders und Mary Baines, die Pionierinnen der Hospizbewegung und Palliativmedizin, schrieben 1989: „Viele der Symptome, die behandelt werden müssen, und die allgemeine Betreuung der Patienten werden auch für andere Situationen relevant sein [...] Palliativbetreuung sollte nicht nur Teil der Onkologie sein, sondern der Geriatrie, Allgemeinmedizin, Neurologie und überall in der Medizin.“*

Saunders C, Baines M. Living with Dying: Management of Terminal Disease. Oxford Medicine Publications. Oxford UK: Oxford University Press; 1989.



## Anspruch

Wissenschaftliche Dienste



Deutscher Bundestag

Ausarbeitung

Stationäre und ambulante Hospizleistungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung – Rechtshistorische Entwicklung und aktueller Stand

© 2010 Deutscher Bundestag  
WD 9 – 3000-074/10

„Eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung in einem stationären Hospiz kommt nach § 2 Abs. 2 Satz 1 RV-1 insbesondere bei Krebserkrankungen, dem Vollbild der Infektionskrankheit AIDS, Erkrankungen des Nervensystems und chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankungen in Betracht. Über diese Krankheitsbilder hinaus ist die palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung von Kindern in Kinderhospizen gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 RV-2 zusätzlich auch dann begründet, wenn bei ihnen Stoffwechselerkrankungen, die schon im Kindes- oder Jugendalter in der Regel zum Tode führen oder genetisch bedingte Erkrankungen, Immunerkrankungen und Fehlbildungen mit lebensverkürzender Prognose diagnostiziert werden.“



World Health  
Organization

## Anspruch

### WHO Definition (2002) Palliativversorgung - Deutsche Übersetzung

Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur **Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien**, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer **lebensbedrohlichen Erkrankung** einhergehen. Dies geschieht **durch Vorbeugen und Lindern** von Leiden durch **frühzeitige** Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen **Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art**.

#### Palliativmedizin:

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- Bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen
- **Kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.**

## Anspruch

### **Definitionen der WHO**

#### **WHO 1990**

Palliative Care ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.

#### **WHO 2002**

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Erkennung und korrekter Beurteilung der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art

# Anspruch



Nicht angemeldet [Diskussionsseite](#) [Beiträge](#) [Benutzerkonto erstellen](#) [Anmelden](#)

[Artikel](#) [Diskussion](#) [Lesen](#) [Bearbeiten](#) [Quelltext bearbeiten](#) [Versionsgeschichte](#)

Wikipedia durchsuchen

## Palliativmedizin

**Palliativmedizin** (abgeleitet von *palliativ*, aus *cura palliativa*, erstmals belegt um 1363 bei Guy de Chauliac, von lat. palliare „mit einem Mantel umhüllen“, „bemänteln“ „verbergen“, „schützen“, von *callum* „Mantel“<sup>[1]</sup> ist nach den Definitionen der *Weltgesundheitsorganisation* und der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin* „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten (voranschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt“.<sup>[2]</sup> Sie geht als Bestandteil von Palliative Care<sup>[3]</sup> über eine rein palliative Therapie beziehungsweise Palliation hinaus. Es stehen die Lebensqualität des Patienten – sein subjektives Wohlbefinden, seine Wünsche und Ziele – im Vordergrund der Behandlung.<sup>[4]</sup> Als wesentliche Komponenten der Palliativmedizin gelten Symptomkontrolle, psychosoziale Kompetenz, Teamarbeit<sup>[5]</sup> und Begleitung des Sterbenden und seiner Angehörigen.<sup>[6]</sup>

### Ziele der Palliativmedizin [\[ Bearbeiten | Quelltext bearbeiten \]](#)

Palliativmedizin ist keine „Sterbemedizin“: Die palliativmedizinischen Methoden und Einstellungen sind auch in früheren Stadien der Erkrankung gefordert, zum Teil schon, sobald die Diagnose bekannt ist. Ziel ist es, dem Patienten trotz seiner schweren Erkrankung ein beschwerdearmes, erträgliches Leben zu ermöglichen. Das Behandlungsziel ist eine möglichst umfassende Symptomkontrolle (z. B. von Schmerzen, Luftnot, Angst/Unruhe/psychischem Leid, Übelkeit/Erbrechen, offenen Wunden u.v.m.). Palliativmedizin bejaht, den Grundsätzen Saunders folgend, das Leben und ist gegen eine Verkürzung, allerdings auch gegen medizinisch nicht sinnvolle Therapievorsuche, die den Patienten belasten und verhindern, dass der Patient die verbleibende Lebenszeit optimal nutzen kann.

**Daher steht Palliativmedizin auch nicht ausschließlich Patienten mit Krebserkrankungen, sondern ausdrücklich allen Patienten mit einer schweren, fortgeschrittenen/fortschreitenden Erkrankung und einer starken Symptomlast zu. Hierzu zählen schwere Herz- und Lungenerkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz, COPD), schwere Nervenerkrankungen (z. B. Mb. Parkinson, ALS, schwere Schlaganfälle), schwere Leber- und Nierenerkrankungen oder infektionsbedingte chronisch progrediente Erkrankungen wie AIDS.<sup>[22]</sup> Dabei arbeitet der Palliativmediziner eng zusammen mit anderen therapeutischen Professionen und Fachärzten.**

# Anspruch



[About us](#) [What we do](#) [Policy and Ethics](#) [Members' section](#) [Contact us](#)

[Join us / Renew](#) [Donate](#)

## PALLIATIVE CARE DEFINITION

Home › What we do › IAHPHC Projects › Consensus-Based Definition of Palliative Care › Palliative Care Definition

### Palliative Care Definition

**Palliative care is the active holistic care of individuals across all ages with serious health-related suffering due to severe illness** and especially of those near the end of life. It aims to improve the quality of life of patients, their families and their caregivers.

Palliative care:

- Includes, prevention, early identification, comprehensive assessment and management of physical issues, including pain and other distressing symptoms, psychological distress, spiritual distress and social needs. Whenever possible, these interventions must be evidence based.
- Provides support to help patients live as fully as possible until death by facilitating effective communication, helping them and their families determine goals of care.
- Is applicable throughout the course of an illness, according to the patient's needs.
- Is provided in conjunction with disease modifying therapies whenever needed.
- May positively influence the course of illness.
- Intends neither to hasten nor postpone death, affirms life, and recognizes dying as a natural process.
- Provides support to the family and the caregivers during the patient's illness, and in their own bereavement.
- Is delivered recognizing and respecting the cultural values and beliefs of the patient and the family.
- Is applicable throughout all health care settings (place of residence and institutions) and in all levels (primary to tertiary).
- Can be provided by professionals with basic palliative care training.
- Requires specialist palliative care with a multiprofessional team for referral of complex cases.

**To achieve palliative care integration, governments should:**

## Anspruch



European Association for Palliative Care  
One Voice, One Vision in Palliative Care

Palliative care is the active, total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Palliative care takes a holistic approach, addressing physical, psychosocial and spiritual care, including the treatment of pain and other symptoms. Palliative care is interdisciplinary in its approach and encompasses the care of the patient and their family and should be available in any location including hospital, hospice and community. Palliative care affirms life and regards dying as a normal process; it neither hastens nor postpones death and sets out to preserve the best possible quality of life until death.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

### DGP – Arbeitsgruppen

- AG Ambulante Palliativversorgung
- AG Bildung
- AG Ehrenamtlichkeit
- AG Ethik
- AG Forschung
- **AG Geriatrie und Palliativmedizin (gemeinsame AG mit der DGG)**
- **AG Interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin**
- AG Kinder und Jugendliche
- AG Leitlinien
- **AG Nichttumorpatienten**
- AG Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung
- AG Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund
- AG Psychosoziale und spirituelle Versorgung
- AG Stationäre Versorgung
- AG Sterbephase

**Neugründung auf dem Mitgliedertag 2019**  
AG Komplementäre und Alternative Ansätze

## Anspruch



**CHARTA** zur Betreuung  
schwerstkranker und sterbender  
Menschen in Deutschland

Die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ setzt sich für Menschen ein, die aufgrund einer fortschreitenden, lebensbegrenzenden Erkrankung mit dem Sterben und dem Tod konfrontiert sind.

# 5

Die europäische und internationale Dimension

**Allgemeine Prinzipien zur Palliativversorgung**  
*Umfassende Strategie zur Palliativversorgung ist unverzichtbar: Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen brauchen ebenso wie Patienten mit Tumorerkrankungen Zugang zur Palliativversorgung.*

## Anspruch



**CHARTA** zur Betreuung  
schwerstkranker und sterbender  
Menschen in Deutschland

Die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ setzt sich für Menschen ein, die aufgrund einer fortschreitenden, lebensbegrenzenden Erkrankung mit dem Sterben und dem Tod konfrontiert sind.

# 5

Die europäische und internationale Dimension

**Allgemeine Prinzipien zur Palliativversorgung**  
*Umfassende Strategie zur Palliativversorgung ist unverzichtbar: Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen brauchen ebenso wie Patienten mit Tumorerkrankungen Zugang zur Palliativversorgung.*

Wie in anderen europäischen Ländern werden vor allem Patienten mit Tumorerkrankungen palliativmedizinisch betreut: In deutschen Palliativstationen sind es 90 Prozent der Patientinnen und Patienten. Bedarfsschätzungen gehen davon aus, dass auch Schwerstkranke mit anderen Erkrankungen einen hohen Bedarf an Palliativversorgung haben und künftig bis zu 40 Prozent der Betten auf Palliativstationen benötigen könnten. Sie brauchen ebenfalls einen besseren Zugang zur Palliativversorgung.

**Wirklichkeit ?**

## Wirklichkeit ?



### Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie

#### Handlungsfeld 1:

##### Transfer in die Regelversorgung

Dies betrifft in besonderer Weise die Weiterentwicklung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in der Regelversorgung, vor allem in den ambulanten Strukturen, in den stationären Pflegeeinrichtungen und in den Krankenhäusern. **Bislang werden hier vor allem alte, oft auch demenziell erkrankte Menschen und Menschen mit lebenslimitierenden, nicht-onkologischen Erkrankungen häufig nicht erreicht.**

## Wirklichkeit ?



Dtsch med Wochenschr 2018; 143(08): 566-573  
DOI: 10.1055/s-0043-115629



#### Dossier

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

#### Spezielle Palliativmedizin bei nicht-onkologischen Erkrankungen

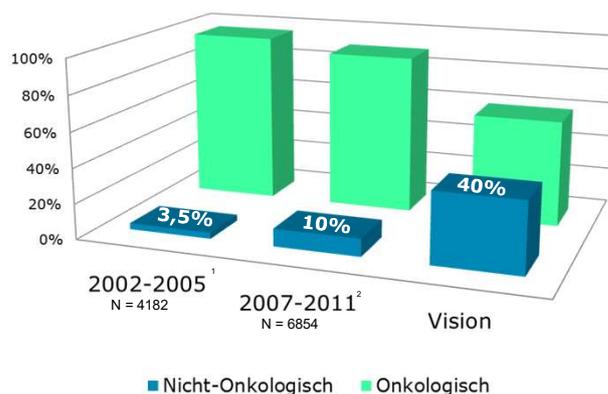
Special Palliative Care in Patients With Non-oncological Diseases

Claudia Bausewein

Traditionell werden aber überwiegend Patienten mit Krebserkrankungen begleitet. So sind es in Deutschland ca. 90 % der Patienten (international 70 – 99 %) im stationären Bereich [1, 2]. Palliativmedizinische Betreuung

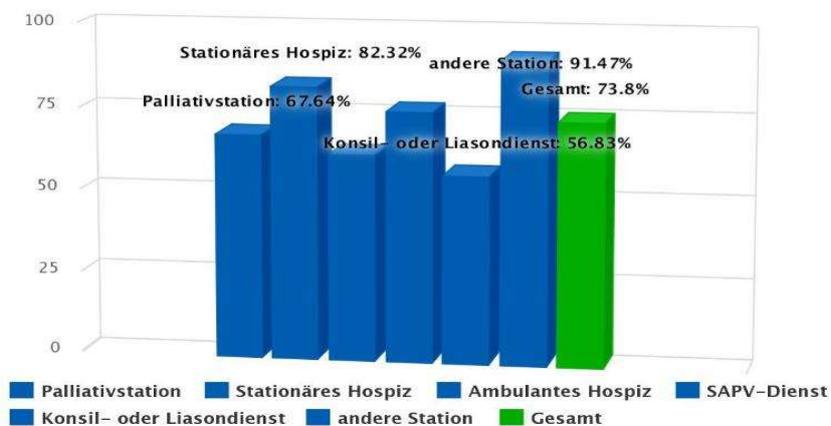
[1] Hess S, Stiel S, Hofmann S et al. Trends in specialized palliative care for non-cancer patients in Germany – data from the national hospice and palliative care evaluation (HOPE). Eur J Intern Med 2014; 25: 187–192. doi:10.1016/j.ejim.2013.11.012  
[2] European Association for Palliative Care. Palliative Care Facts in Europe for 2005. 2005.

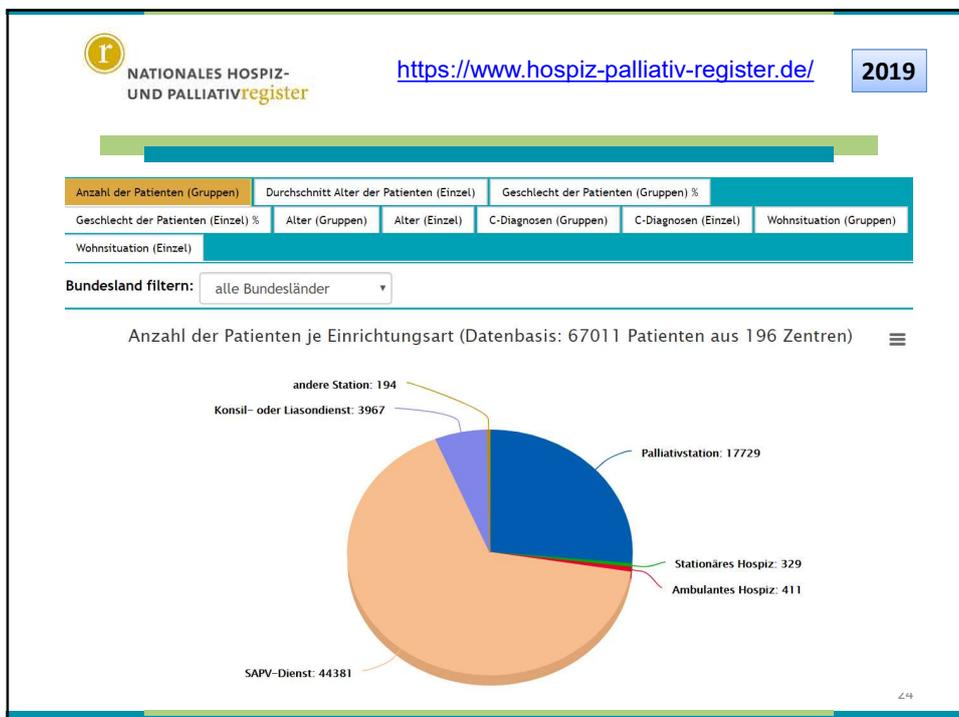
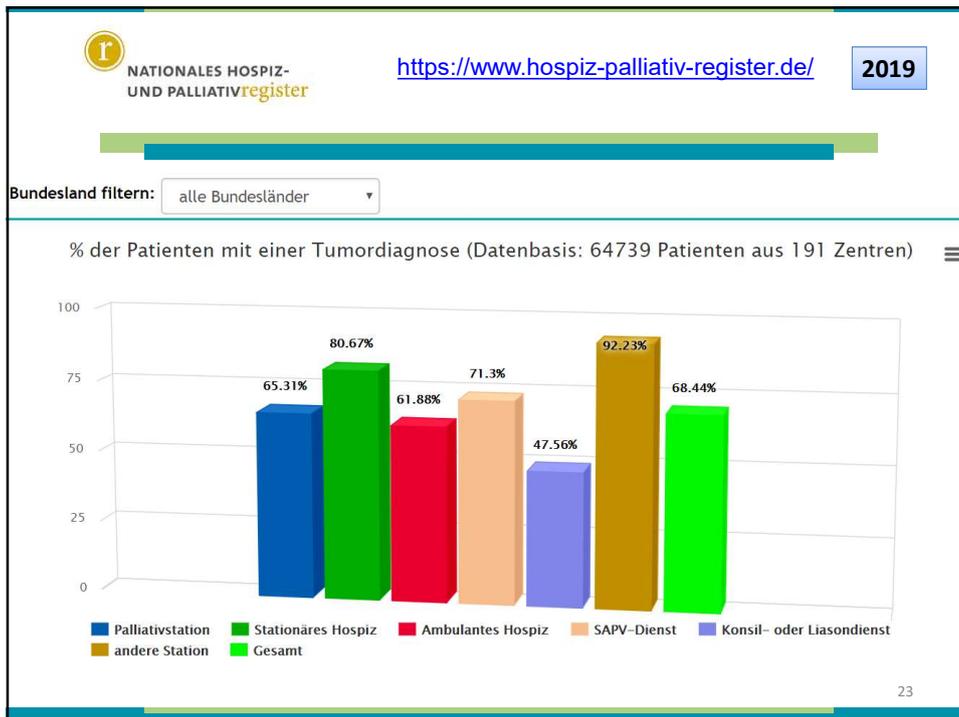
## Nicht-Onkologische Erkrankungen in der stationären Palliativversorgung HOPE 2002-2011



[<sup>1</sup>Ostgathe et al., Palliative Medicine 2010; <sup>2</sup>Hess S, Ostgathe et al., in submission]

% der Patienten mit einer Tumordiagnose (Datenbasis: 46941  
Patienten aus 164 Zentren)





## Wirklichkeit

100% aller SAPV Teams haben im letzten Jahr auch internistische und neurologische Patienten versorgt

14% auch AIDS Patienten

### Von 55 Palliativdiensten im Krankenhaus haben:

Onkologische Patienten versorgt: 55 (davon 3 ausschließlich)

Internistische Patienten versorgt: 51

Neurologische Patienten versorgt: 43

Aids Patienten versorgt: 4

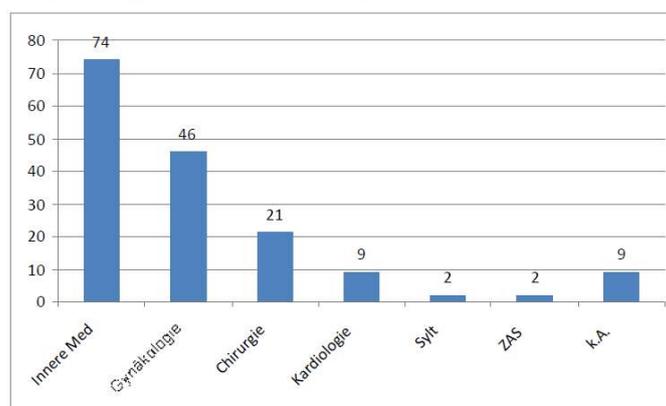


Studie

## Projekt „Palliativer Liaisondienst“



Abbildung 5.3: Überweisende Fachabteilungen



## Anspruch

## Anspruch

**MDS** MEDIZINISCHER DIENST  
DES SPITZENVERBANDES  
BUND DER KRANKENKASSEN

**GKV**  
Spitzenverband

Begutachtungsanleitung  
Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V

### **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung**

Wenn alle Anforderungen an die Erkrankung nach § 3 der SAPV-RL erfüllt sind, ist davon auszugehen, dass es sich bei der betroffenen Person um eine Palliativpatientin oder einen Palliativpatienten im oben beschriebenen Sinne handelt. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine onkologische oder um eine nicht-onkologische Erkrankung handelt.<sup>3</sup>

## Wirklichkeit



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

10.6 Freitextangaben der Leistungserbringer

Frage 6: Sofern bekannt, was waren die Gründe, die bei Erwachsenen zu einer Ablehnung geführt haben?

**Bericht an das Bundesministerium für  
Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-  
Richtlinie für das Jahr 2016**

Text
Symptomatik nicht ausreichend ausgeprägt, keine sicher lebensnahe Erkrankung
Die begrichtete Lebenserwartung wurde nicht erkannt
o komplexes Symptombild, Kriterien SAPV a erfüllt
keine Notwendigkeit der SAPV
läufiger Antrag auf Reinnahme
keine SAPV Pflicht anerkannt
- laut Kasse zu lange Betreuung x1
- 1x wegen Demenz, man meinte dies sei als palliativfallbegründet nicht ausreichend
- 1x in Bestrahlung/WG, Man meinte dies müßte die Bestrahlung/WG lassen
- Ablehnung bei Erkrankungen, wo die Lebenszeit nicht klar absehbar ist (Hämophilie z. B.; Demenz; Z.n. Apoplex)
- bei gleichzeitiger Durchführung einer Therapie (Radio-Chemotherapie
- bei Dialysepatienten, die wegen anderer Erkrankungen SAPV aus unserer Sicht bedürftig und trotzdem weiter dialysiert wurden
Gutachten MDK ohne besondere Stellungnahme des MDK dazu, immer gleich Aussagen in den Gutachten, AHD, Hausarzt und Grundpflege ist als ausreichend anzusehen.
COPD Patienten
- AAPV ausreichend
- wenn Pat. ins Hospiz gehen
- im Pflegeheim z. Teil
Ein Patient im Pflegeheim und ein Patient in Behindereinrichtung, die angeblich über das dortige Personal ausreichend versorgt werden könnten. Das Problem ist in beiden Institutionen allerdings durchgängig die quantitative und qualitative Personalsituation für SAPV-Patienten.
nach Angaben der KK bzw. des MDK lägen bei den 3 abgelehnten Fällen keine progrediente, weit fortgeschrittene und das Leben verkürzende Erkrankung vor (Fortgeschrittene Demenz, nicht kurable Herzinsuffizienz, austherapierte COPD).
Die Patienten wurden als nicht weit fortgeschritten bzw. final angesehen. Eine Patientin war fast ständig bettlägerig, hier waren wir bei erheblicher Multimorbidität mit der Entscheidung nicht einverstanden. Mit den Eltern wurde die Wiederaufnahme in erneuter Krisensituation vereinbart. Die andere Patientin hatte sich stabilisiert.
o nach Leistungsträger unterschiedliches Genehmigungsverfahren (MDK/ Sachbearbeiter)
- nicht Berücksichtigung der Kompetenz des einschreibenden Arztes (Hausarzt/Klinik/Palliativ-Mediziner)
Mangelnde Symptomatik oder nicht ausreichende Diagnosen
Anforderungen an die SAPV II. Richtlinie nicht erfüllt:
- nichtonkologische Erkrankungen mit aus Sicht des MDK unklarer Prognose,
- im Aufnahme-Assessment aus Sicht des MDK zu gering ausgeprägt oder zu wenig komplexe Symptomatik,
- im Aufnahme-Assessment nicht ausreichend genau Behandlungsbedarf beschrieben, nach Eintrag wurde SAPV-Versorgung genehmigt
keine SAPV Pflicht anerkannt
Diagnose nicht ausreichende Symptomatik
Betroffene waren in der vollstationären Heimversorgung
Nicht präfinal (geringe Lebenserwartung nicht abzusehen)
Grundvoraussetzung wurde nicht erfüllt => AAPV ausreichend



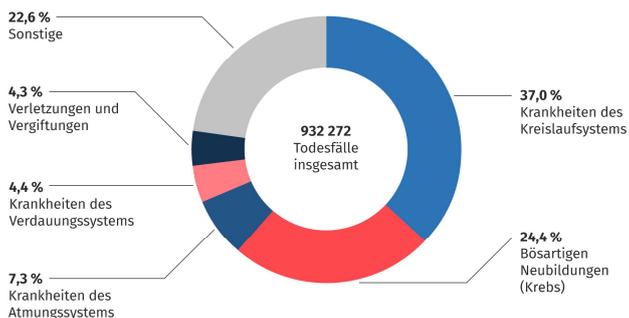
**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

**Bericht an das Bundesministerium für  
Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-  
Richtlinie für das Jahr 2016**

- Nach Angaben der KK bzw. des MDK lägen bei den 3 abgelehnten Fällen keine progrediente, weit fortgeschrittene und das Leben verkürzende Erkrankung vor (Fortgeschrittene Demenz, nicht kurable Herzinsuffizienz, austherapierte COPD).
- nichtonkologische Erkrankungen mit aus Sicht des MDK unklarer Prognose,
- nicht einschätzbare Lebenserwartung bei Nicht-Tumorpatienten
- Diagnose einer nicht tumorbedingten Erkrankung war für die Krankenkasse nicht schlüssig als Indikation für SAPV.  
Konkret: fortgeschrittene Leberzirrhose mit hepatischer Enzephalopathie (Patient ist kurz nach Ablehnung in der AAPV verstorben unter nicht optimaler Betreuung.)
- Wenn keine Krebserkrankung und während der Chemotherapie

## Wirklichkeit

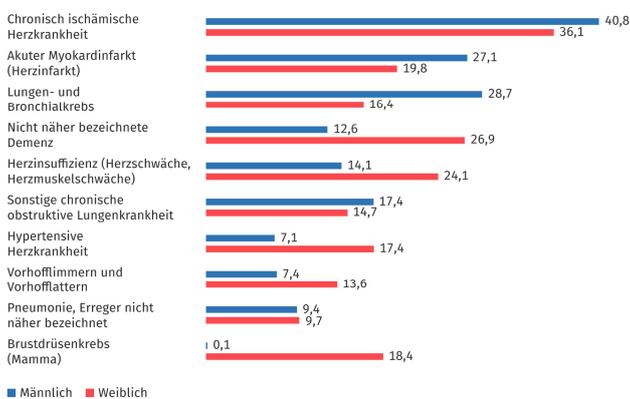
**Todesursachen nach Krankheitsarten 2017**  
in %



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019

## Wirklichkeit

**Häufigste Todesursachen 2017**  
in Tsd.



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019

## Wirklichkeit

Sterbefälle (absolut, Sterbeziffer, Ränge, Anteile) für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen (ab 1998).  
Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, ICD-10

Diese Tabelle bezieht sich auf:

Region: Deutschland, Alter: Alle Altersgruppen, Geschlecht: Insgesamt, Top: 10, Basis für Sortierung: 2016

ICD10	Jahr (aufsteigend), Sachverhalt					
	2017		2016		2015	
	Rang $\Delta \updownarrow$	Gestorbene $\Delta \updownarrow$	Rang $\Delta \updownarrow$	Gestorbene $\Delta \updownarrow$	Rang $\Delta \updownarrow$	Gestorbene $\Delta \updownarrow$
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	1	76.929	1	72.062	1	76.013
I21 Akuter Myokardinfarkt	2	46.966	2	48.669	2	49.210
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	3	45.033	3	45.776	4	45.224
I50 Herzinsuffizienz	5	38.187	4	40.334	3	47.414
F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	4	39.459	5	33.710	5	31.939
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	6	32.104	6	29.911	6	31.073
I11 Hypertensive Herzkrankheit	7	24.553	7	23.829	7	25.365
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	10	18.593	8	18.736	10	18.295
R99 Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen	12	18.002	9	18.368	14	15.546
C25 Bösartige Neubildung des Pankreas	11	18.005	10	18.052	11	17.156

Quelle: GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES

F03 NICHT NÄHER BEZEICHNETE DEMENZ

1998 - 2017



## Nicht-Onkologisch - vs. Onkologisch in Deutschland - HOPE 2002-2005

	Nicht-Tumor N=147	Tumor N=4035	Unterschied
Schmerz	49,0%	55,8%	
Luftnot	40,0%	29,0%	0.004
Schwäche	92,3%	84,5%	0.011
Appetitverlust	55,5%	67,9%	0.002
ATL	90,3%	72,8%	<0.001
Depression	35,9%	33,8%	
Angst	45,9%	39,8%	
Desorientiertheit/Verwirrtheit	32,1%	17,2%	<0.001
Bedarf an sozialer Unterstützung	55,4%	49,4%	
Überforderung der Familie	59,4%	56,6%	

[Ostgathe C et al.; Pall Med 2011]

## Kleiner Ausflug in die pädiatrische Palliativversorgung



Article

### Pediatric Patients Receiving Specialized Palliative Home Care According to German Law: A Prospective Multicenter Cohort Study

Silke Nolte-Buchholtz <sup>1,\*</sup>, Boris Zernikow <sup>2,3</sup> and Julia Wager <sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Department of Pediatrics, University Hospital Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Fetscherstrasse 74, 01307 Dresden, Germany

<sup>2</sup> Department of Children's Pain Therapy and Pediatric Palliative Care, Faculty of Health, School of Medicine, Witten/Herdecke University, 58455 Witten, Germany; boris.zernikow@kinderklinik-datteln.de or b.zernikow@kinderklinik-datteln.de (B.Z.); j.wager@deutsches-kinderschmerzszentrum.de (J.W.)

<sup>3</sup> Paediatric Palliative Care Centre, Children's and Adolescents' Hospital, 45711 Datteln, Germany

\* Correspondence: silke.nolte-buchholtz@ukdd.de; Tel.: +49-351-458-5226; Fax: +49-351-458-6384

Received: 2 May 2018; Accepted: 28 May 2018; Published: 31 May 2018



### 3.1. Sample Characteristics

A total of 54 children (72%) suffered from non-oncologic conditions. The most common diagnoses were neuromuscular diseases (37%), followed by solid tumors (15%; see Table 1).

Table 1. Diagnoses of patients in the cohort.

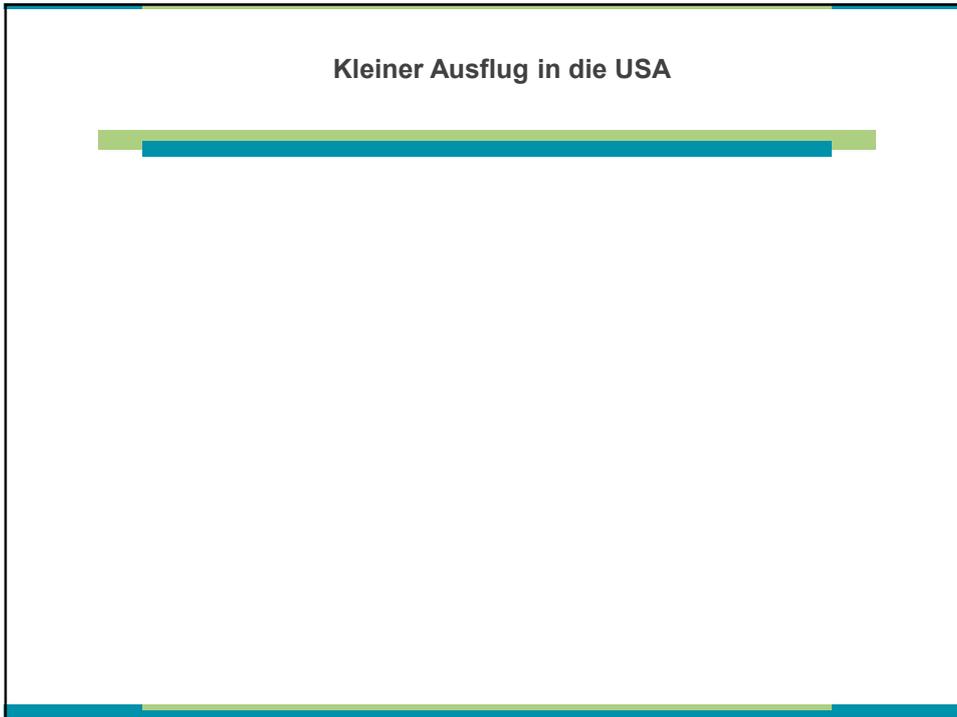
Diagnoses (N = 75)	n	%
<b>Cancer</b>	21	28.1
Solid tumor	11	14.7
Brain tumor	8	10.7
Leukemia	2	2.7
<b>Non-Cancer</b>	54	71.9
Neuromuscular	28	37.0
Neurodegenerative	9	12.0
Chromosomal Aberration	6	8.0
Cardiovascular	6	8.0
Respiratory	1	1.3
Gastrointestinal	1	1.3
Other <sup>a</sup>	3	4.0

<sup>a</sup> VACTERL association (vertebral defects, anal atresia, cardiac defects, tracheo-esophageal fistula, renal anomalies, and limb abnormalities), agenesis of the pons, Lennox encephalopathy.

Table 4. Symptoms in cancer and non-cancer patients.

	Total Patients n (%)	Cancer Patients n (%)	Non-Cancer Patients n (%)	p-Value <sup>a</sup>
Impairment in communication	46 (63.0)	9 (42.9)	37 (71.2)	0.033
Swallowing difficulties	39 (52.7)	5 (23.8)	34 (66.0)	0.002 *
Somatic pain	39 (53.4)	13 (61.9)	26 (50.0)	0.441
Cognitive impairment	38 (52.1)	6 (28.6)	32 (61.5)	0.019
Seizures	33 (45.8)	2 (9.5)	31 (60.8)	<0.001 *
Sleep disturbance	33 (45.2)	12 (57.1)	21 (40.4)	0.207
Loss of appetite	32 (43.8)	12 (57.1)	20 (38.5)	0.194
Constipation	30 (41.1)	7 (33.3)	23 (44.2)	0.441
Dyspnea	30 (41.1)	4 (19.0)	26 (50.0)	0.019
Anxiety	27 (38.0)	13 (65.0)	14 (27.5)	0.006
Paralysis	25 (34.2)	7 (33.3)	18 (34.6)	1.000
Spasticity	25 (34.2)	0 (0.0)	25 (48.1)	<0.001 *
Weight loss	22 (30.1)	8 (38.1)	14 (26.9)	0.403
Vomiting	21 (28.8)	8 (38.1)	13 (25.0)	0.271
Nausea	20 (27.4)	8 (38.1)	12 (23.1)	0.248
Cough	18 (24.7)	3 (14.3)	15 (28.8)	0.241
Hypersalivation	17 (23.3)	1 (4.8)	16 (30.8)	0.017
Neuropathic pain	16 (22.2)	3 (14.3)	13 (25.5)	0.365
Myoclonia	15 (20.3)	1 (4.8)	14 (26.4)	0.053
Infection	14 (19.2)	4 (19.0)	10 (19.2)	1.000
Sweating	14 (19.2)	1 (4.8)	13 (25.0)	0.092
Fatigue	13 (17.8)	8 (38.1)	5 (9.6)	0.007
Visceral pain	11 (15.5)	4 (19.0)	7 (14.0)	0.721
Wound	11 (15.1)	4 (19.0)	7 (13.5)	0.719
Urinary retention	9 (12.3)	4 (19.0)	5 (9.6)	0.269
Fever	9 (12.2)	5 (23.8)	4 (7.5)	0.107
Diarrhea	8 (11.0)	4 (19.0)	4 (7.7)	0.216
Other <sup>b</sup>	16	5	11	

<sup>a</sup> Fisher's exact test; <sup>b</sup> Other: hypothermia, dry mouth, edema, itching; \* result is significant after Bonferroni-Holm correction.



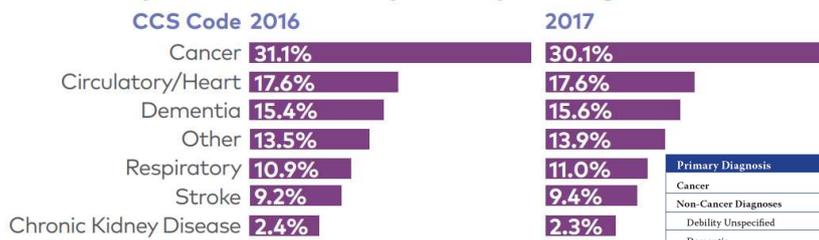
Kleiner Ausflug in die USA



Diagnosen Hospice Care  
USA 2010 /2011



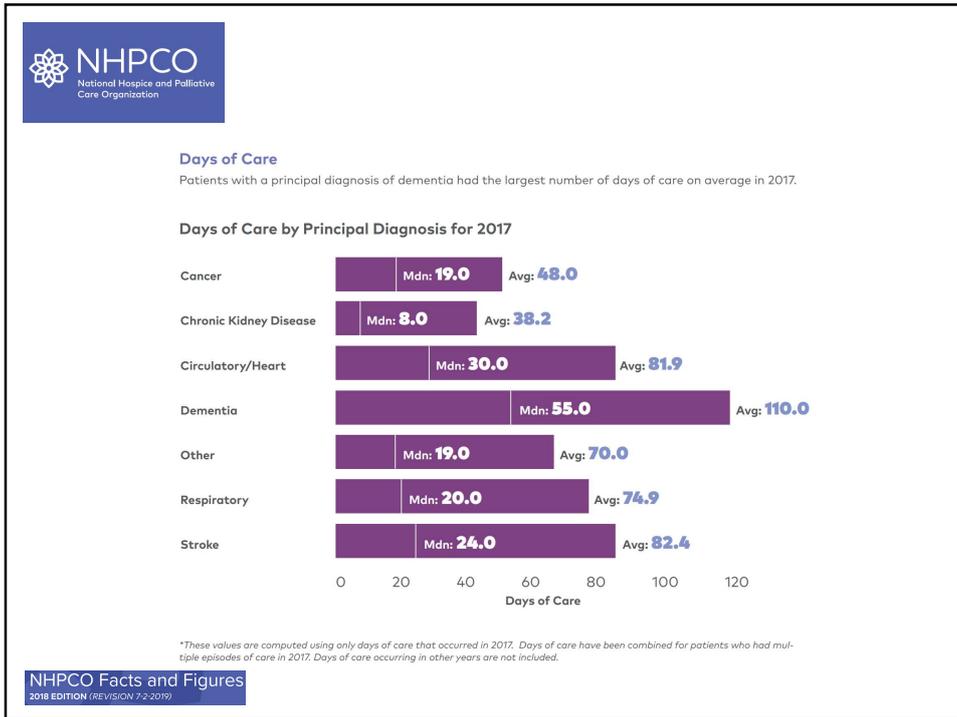
% of Hospice Decedents by Principal Diagnosis for 2016 & 2017



Primary Diagnosis	2011	2010
Cancer	37.7%	35.6%
Non-Cancer Diagnoses	62.3%	64.4%
Debility Unspecified	13.9%	13.0%
Dementia	12.5%	13.0%
Heart Disease	11.4%	14.3%
Lung Disease	8.5%	8.3%
Other	4.8%	5.4%
Stroke or Coma	4.1%	4.2%
Kidney Disease (ESRD)	2.7%	2.4%
Liver Disease	2.1%	1.9%
Non-ALS Motor Neuron	1.6%	1.2%
Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)	0.4%	0.4%
HIV / AIDS	0.2%	0.3%

NHPCO Facts and Figures  
2018 EDITION (REVISION 7-2-2019)

Von 2.5 Millionen Verstorbenen in den USA werden 42% (!) unter Hospice respektive Palliative Care - 7 % versterben in KH



# Anspruch und Wirklichkeit...

## Anspruch und Wirklichkeit...

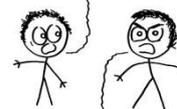
...scheinen auseinander zu liegen...

## Anspruch und Wirklichkeit...

...scheinen auseinander zu liegen...

...die Wahrnehmung der „Wirklichkeit“ evtl. aber au

Ich hab von einem gehört, der gehört  
hat, ich hätte gesagt, ich hätte gehört,  
er hätte gesagt, ich hätte mich verhöört!



Das ist  
unerhöört!!

is/ieb

### Mögliche Ursachen - Thesen

### Mögliche Ursachen - Thesen



## Mögliche Ursachen - Thesen



### What is Cancer Pain?

(Introduced by Dr. Cicely Saunders 1967)

#### 'TOTAL PAIN'

is the sum of 4 components:

1. Physical noxious stimuli
2. Emotional discomfort
3. Interpersonal conflicts
4. Nonacceptance

## Mögliche Ursachen - Thesen

## Mögliche Ursachen - Thesen



## Mögliche Ursachen - Thesen



Bundesthemen Landesthemen Pri

Vor diesen Krankheiten haben die Deutschen am meisten Angst:

Von FAT-SMARTIE  
Aktualisiert am 27. Dez. 2018

Jedes Jahr im November untersucht das Forsa-Institut für die Krankenkasse DAK-Gesundheit die Angst der Deutschen vor Krankheiten. Eine Studie, an der bundesweit aktuell 3.500 Frauen und Männer teilnahmen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung gibt es hier!



Vor diesen Krankheiten fürchten sich die Deutschen am meisten

Dies ist die Rangfolge, der zehn häufigsten Antworten der Studie:

1. [Krebs](#) (68 Prozent)
2. Alzheimer/Demenz (50 Prozent)
3. Unfall mit Verletzungen (48 Prozent)
4. Schlaganfall (48 Prozent)
5. Herzinfarkt (41 Prozent)
6. Schwere Augenerkrankung, z. B. Erblindung (37 Prozent)
7. Psychische Erkrankung, wie Depression (30 Prozent)
8. Schwere Lungenerkrankung (24 Prozent)
9. [Diabetes](#) (18 Prozent)
10. Geschlechtskrankheit, wie z. B. Aids (14 Prozent)

(jbo)

## Mögliche Ursachen - Thesen

## Mögliche Ursachen - Thesen

### Krebs ist Kampagnentauglich



### Mögliche Ursachen - Thesen

#### Krebs ist in der Gesellschaft präsent



### Mögliche Ursachen - Thesen

#### Krebs ist in der Gesellschaft präsent



## Mögliche Ursachen - Thesen

Die Diagnose Krebs wird stärker als andere Krankheiten mit Sterblichkeit und „tödlich“ assoziiert



## Mögliche Ursachen - Thesen

Die Diagnose Krebs wird stärker als andere Krankheiten mit Sterblichkeit und „tödlich“ assoziiert



Hospiz- und Palliativversorgung wird mit den Themen Sterben, Tod und Trauer assoziiert

## Mögliche Ursachen - Thesen

## Mögliche Ursachen - Thesen

Krebs hat „Marktwert“ – für Industrie und Forschung



Krebsforschung  
Klinische Studien



## Mögliche Ursachen - Thesen

### Krebs hat „Marktwert“ – für Industrie und Forschung

The screenshot shows the website of Deutsche Krebshilfe. The navigation bar includes 'HELFFEN', 'FORSCHEN', 'INFORMIEREN', 'SPENDEN & AKTIV WERDEN', and 'JETZT SPENDEN'. The main article text reads: 'Die Palliativmedizin ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Krankenversorgung. Mittlerweile gibt es in Deutschland mehr als 250 Palliativstationen, über 200 stationäre Hospize für Erwachsene, rund 1.500 ambulante Hospizdienste sowie 14 stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Bis heute hat die Deutsche Krebshilfe insgesamt rund 70 Millionen Euro in den Aufbau palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen, Stiftungsprofessuren, Forschungsprojekte zu palliativmedizinischen Inhalten sowie in die Förderung der Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Palliativmedizin investiert. Durch die Förderung der Stiftungsprofessur sollen Forschung und Lehre in der Palliativmedizin intensiviert, die vorhandenen Forschungsprojekte im Bereich Palliativmedizin vernetzt und neue interdisziplinäre Forschungsfragen gestellt und beantwortet werden. **Von den heute zehn Lehrstühlen in Deutschland hat die Deutsche Krebshilfe acht finanziert.** Inzwischen ist die Palliativmedizin ein unverzichtbarer Bestandteil der Krankenversorgung und Lehrfach in der medizinisch-universitären Ausbildung.' To the right of the article is a sidebar with the 'STERBENDE.DE' logo and the text 'Wir unterstützen die Charta' and 'DIE DEUTSCHE KREBSHILFE UNTERSTÜTZT DIE CHARTA'.

## Mögliche Ursachen - Thesen

### Krebs hat „Marktwert“ – für Industrie und Forschung

This screenshot is similar to the one above, showing the same article text. However, the sidebar layout is different, with the 'STERBENDE.DE' logo at the top, followed by 'Wir unterstützen die Charta' and 'DIE DEUTSCHE KREBSHILFE UNTERSTÜTZT DIE CHARTA'.

Warum wird nicht auch ein Lehrstuhl von denen finanziert?



## Mögliche Ursachen - Thesen

Bessere Studienlage zum Thema Krebs und Palliativmedizin

...und mehr Erfahrung



**Alte Kapitel**

1. Atemnot
2. Tumorschmerz
3. Obstipation
4. Depression
5. Kommunikation
6. Sterbephase
7. Versorgungsstrukturen

**Neue Kapitel**

1. Therapiezielfindung und Kriterien der Entscheidungsfindung,
2. Fatigue,
3. Schlafbezogene Erkrankungen / Nächtliche Unruhe,
4. Übelkeit und Erbrechen (nicht Tumortherapie-induziert),
5. Maligne intestinale Obstruktion,
6. Maligne Wunden,
7. Angst,
8. Todeswünsche.

## Mögliche Ursachen - Thesen

Die Palliativmedizin widmet sich seit je her stark den Symptomen

Schmerz war lange Zeit ein führendes Symptom

Die Symptome bei onkologischen Erkrankungen sind inzwischen „vertrauter“

## Mögliche Ursachen - Thesen

### **Nichttumorpatienten**

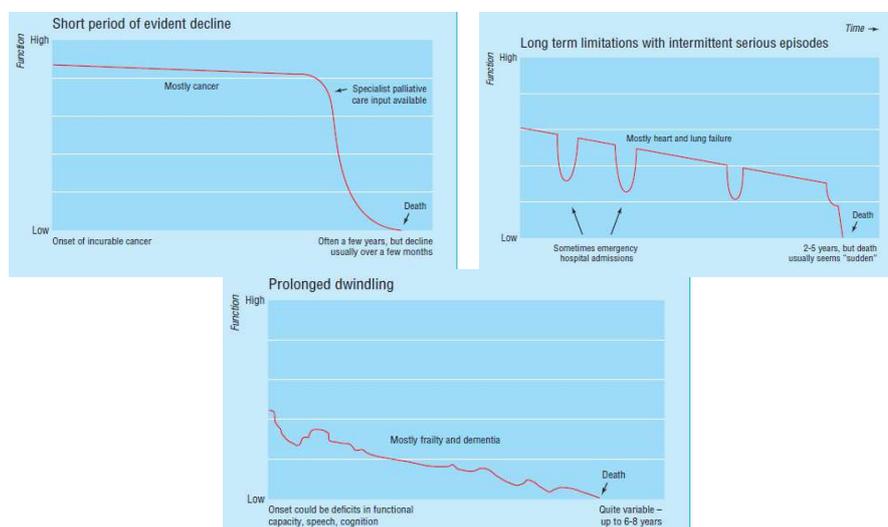
- schwer vorhersagbare Prognose
- fehlende Expertise in den Einrichtungen
- hohe „theoretische“ Patientenzahlen
- eingeschränkte Ressourcen

[O'Leary et al., Palliative Medicine 2008]

- fehlendes Bewusstsein der Einweisenden
- palliativmedizinischer Bedarf wird zu spät erkannt

[Ostgathe C et al., Palliative Medicine 2010]

## Verläufe fortgeschrittener Erkrankungen



[Murray SA et al.; BMJ 2005]

### Mögliche Ursachen - Thesen

Bei onkologischen Patienten genügt allein die Diagnose der Krankheit um sich für die Hospiz- und Palliativversorgung zu „qualifizieren“

Bei Nichttumorpatienten werden meistens noch zusätzliche Methoden zur Erfassung des Bedarf und der Symptomlast benötigt

## Mögliche Ursachen - Thesen

► Tab. 3 Zusätzliche krankheitsspezifische Indikatoren für palliativmedizinische Betreuung [24].

Erkrankung	Indikatoren
COPD (≥ 2 Kriterien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atemnot in Ruhe oder bei minimaler Belastung zwischen Exazerbationen</li> <li>• schwere Atemwegobstruktion (FEV<sub>1</sub> &lt; 30 %) oder schweres restriktives Defizit</li> <li>• erfüllte Kriterien für Sauerstoff-Langzeittherapie</li> <li>• symptomatische Herzinsuffizienz</li> <li>• wiederholte Krankenhauseinweisungen wegen Exazerbationen (&gt; 3 in 12 Monaten)</li> </ul>
chronische Herzinsuffizienz (≥ 2 Kriterien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NYHA III oder IV, schwere Klappenerkrankung, schwere inoperable KHK</li> <li>• Atemnot in Ruhe oder unter minimaler Belastung</li> <li>• Auswurf fraktion &lt; 30 % oder schwere pulmonale Hypertonie (&gt; 60 mmHg)</li> <li>• Niereninsuffizienz (eGFR &lt; 30 ml/min)</li> <li>• wiederholte Krankenhauseinweisungen wegen dekompensierter Herzinsuffizienz/KHK (&gt; 3 in 12 Monaten)</li> </ul>
chronische Niereninsuffizienz (1 Kriterium)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chron. Niereninsuffizienz Stadium V (eGFR &lt; 15 ml/min)</li> </ul>
chronische Leberinsuffizienz (1 Kriterium)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fortgeschrittene Zirrhose CHLD C</li> <li>• Diuretika-resistenter Ascites</li> <li>• hepatorenales Syndrom</li> <li>• GI-Blutung wegen portaler Hypertension</li> <li>• hepatocholangiales Karzinom</li> </ul>
Schlaganfall (1 Kriterium)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akut-/Subakutphase (&lt; 3 Monate nach Schlaganfall):</li> <li>• apallisches Syndrom</li> <li>• Wachkoma</li> <li>• minimaler Bewusstseinszustand &gt; 3 d</li> <li>• chronische Phase (&gt; 3 Monate nach Schlaganfall):</li> <li>• wiederholte Komplikationen (Aspirationspneumonie, Pyelonephritis, Dekubitus)</li> <li>• Demenz</li> </ul>
ALS, MS, Parkinson (≥ 2 Kriterien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fortschreitende körperliche und/oder psychische Verschlechterung</li> <li>• komplexe Symptome</li> <li>• Sprachprobleme mit zunehmender Kommunikationsschwierigkeit</li> <li>• progrediente Dysphagie, wiederholte Aspirationspneumonie, Atemnot, respiratorisches Versagen</li> </ul>
Demenz (≥ 2 Kriterien)	Schwere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unfähigkeit, ohne Hilfe zu essen, sich zu waschen oder sich anzuziehen</li> <li>• Harn- und Stuhlinkontinenz</li> <li>• Unfähigkeit, sinnvoll zu kommunizieren</li> </ul> Fortschreiten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlust von ≥ 2 ADL in den letzten 6 Monaten oder Schluckschwierigkeiten oder Nahrungsverweigerung</li> <li>• wiederholte Krankenhauseinweisungen (&gt; 3 in den letzten 12 Monaten wegen Aspirationspneumonie, Pyelonephritis, Sepsis)</li> </ul>

Prof. C. Bausewein

## Mögliche Ursachen - Thesen

Wann ist der richtige Zeitpunkt ?  
 Early Integration bei Nichttumorpatienten?

Was brauchen wir?

### **Herausforderungen für die Zukunft**

- Integration Palliativmedizin in Weiterbildung aller klinischen Fächer
- Verbesserung der Kompetenz von Palliativmedizinern in der Behandlung von Nicht-onkologischen Erkrankungen
- Aufbau integrativer Versorgungsmodelle
- Finanzierung
- Öffentliche Wahrnehmung
- Verminderung der Evidenzlücke

Prof. C. Ostgathe

## Was brauchen wir?

- Integration Palliativmedizin in Weiterbildung aller klinischen Fächer
  - oder auch die Integration anderer klinischer Fächer in die Palliativmedizin?
- Verbesserung der Kompetenz von Palliativmedizinern in der Behandlung von Nicht-onkologischen Erkrankungen
  - oder auch die Verbesserung der palliativmedizinischen Kompetenz in anderen Fachgebieten?

## Was brauchen wir?

- Palliative Geriatrie? / oder geriatrische Palliativmedizin?
- Palliative Neurologie?
- Palliative Kardiologie?
- Palliative Intensivmedizin?



## Was brauchen wir?

- Palliative Geriatrie? / oder geriatrische Palliativmedizin?
- Palliative Neurologie?
- Palliative Kardiologie?
- Palliative Intensivmedizin?



MEDIZIN: Originalarbeit

### Hospitalisierung und Intensivtherapie am Lebensende

#### Eine nationale Analyse der DRG-Statistik zwischen 2007 und 2015

*Hospitalization and intensive therapy at the end of life—a national analysis of DRG statistics from 2007–2015*

Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 653-60; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0653

Fleischmann-Struzek, Carolin; Mikolajetz, Anna; Reinhart, Konrad; Curtis, J. Randall; Haase, Ulrike; Thomas-Rüddel, Daniel; Denzler, Ulf; Hartog, Christiane S.

#### Kernaussagen

- Eine Auswertung der DRG-Statistik (DRG, „diagnosis related groups“) zeigt, dass in Deutschland weniger Menschen im Krankenhaus sterben, jedoch mehr Menschen am Lebensende im Krankenhaus intensivmedizinisch behandelt werden.
- Etwa 25 % der im Krankenhaus Verstorbenen erhielten 2015 eine Intensivtherapie während des Krankenhausaufenthaltes.
- In der Altersgruppe ab 65 Jahren stieg die Zahl der im Krankenhaus Verstorbenen, die eine Intensivtherapie erhalten hatten, zwischen 2007 und 2015 von 63 235 auf 85 904 und damit dreimal so schnell wie die Zahl der Krankenhaustodesfälle, die sich von 322 911 auf 354 910 erhöhte.
- Diese Ergebnisse erfordern verstärkte Anstrengungen zur Umsetzung und Stärkung der palliativmedizinischen Versorgung auf der Intensivstation.

?

Steht die Palliativmedizin auch vor der Herausforderung  
des Strebens nach Eigenständigkeit

und

des Strebens danach in fast allen medizinischen  
Fachrichtungen Berücksichtigung zu finden ?

## Eigenständigkeit vs Querschnittsfach?

*Cicely Saunders und Mary Baines, die Pionierinnen der Hospizbewegung und Palliativmedizin, schrieben 1989: „Viele der Symptome, die behandelt werden müssen, und die allgemeine Betreuung der Patienten werden auch für andere Situationen relevant sein [...] Palliativbetreuung sollte nicht nur Teil der Onkologie sein, sondern der Geriatrie, Allgemeinmedizin, Neurologie und überall in der Medizin.“*

Saunders C, Baines M. Living with Dying: Management of Terminal Disease. Oxford Medicine Publications. Oxford UK: Oxford University Press; 1989.

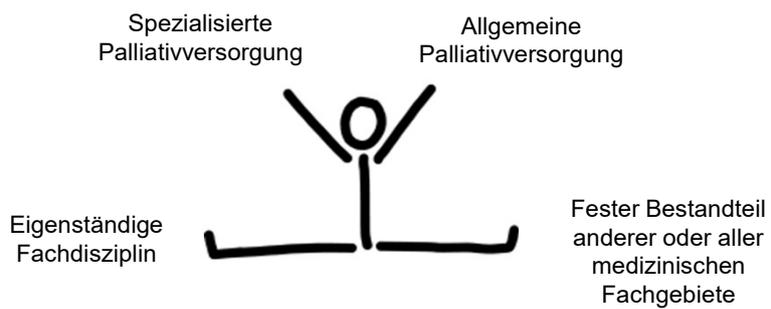
## Spagat ?

Eigenständige  
Fachdisziplin



Fester Bestandteil  
anderer oder aller  
medizinischen  
Fachgebiete

## Spagat ?



Was wir ganz sicher brauchen..

## Was wir ganz sicher brauchen..

- Ein gutes Miteinander und fachlichen Austausch mit anderen Fachrichtungen
- Vernetzung
- Weniger Konkurrenz(denken) unter den Fachrichtungen
- Gemeinsame Weiterbildungen
- Studien und Forschung
- Eine bessere Datenlage zur „Wirklichkeit“





NATIONALES HOSPIZ-  
UND PALLIATIVregister

[www.hospiz-palliativ-register.de](http://www.hospiz-palliativ-register.de)

Benutzername

Passwort

Kein Benutzerkonto? Registrieren  
Passwort vergessen? hier klicken

- Home
- Das Register
- Voraussetzungen
- Technik Support
- Registrierung
- Nachrichten
- Impressum
- Kontakt

→

Eine Initiative der  
Deutschen Gesellschaft für  
Palliativmedizin



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

WWW.  
CHARTA-FUER-  
STERBENDE.DE

Wir  
unterstützen  
die Charta

Willkommen beim Nationalen Hospiz- und Palliativregister

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat erfolgreich ein Nationales Hospiz- und Palliativregister aufgebaut. Die Geschäftsführung für das Register liegt bei der DGP, die technische Durchführung bei der Firma smart-Q Softwareysteme GmbH.

Das Hospiz- und Palliativregister führt patientenbezogene Daten zur Hospiz- und Palliativversorgung überregional, multiprofessionell und sektorenübergreifend aus dem Versorgungsalltag zusammen, unabhängig davon, welche primäre Datenerfassung genutzt wird.

Damit wird auf Bundesebene die Qualität der Hospiz- und Palliativversorgung beschrieben und somit deren Entwicklung massgeblich unterstützt. Die Daten werden des Weiteren auch zur Öffentlichkeitsarbeit und wissenschaftlichen Aufbereitung als Versorgungsforschung genutzt.

- Die Daten werden nach ihrer Quelle in Einrichtungsgruppen zusammengestellt und ausgewertet.
- Es werden Abbildungen erstellt, die die eigenen Daten gegenüber den Gruppen von Einrichtungen als Benchmark darstellen.
- Darüber hinaus erhalten die teilnehmenden Einrichtungen einmal jährlich einen Bericht. Grundlage bildet der gemeinsam mit dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) verabschiedete **Kern Datensatz** in der nach wie vor gültigen Version von Juli 2011.

Die inhaltliche Leitung des Registers hat eine interdisziplinäre, multiprofessionelle, sektorenübergreifende Steuerungsgruppe von Repräsentanten der DGP und des DHPV.

Wir laden Sie herzlich dazu ein, an dieser Initiative teilzunehmen.

Hier können Sie sich  
**registrieren**

NACHRICHTEN

**27.02.2015**  
Neuer Webaufritt des Hospiz- und Palliativregisters  
Die Firma smart-Q aus Eochum hat den Webaufritt der Nationalen Hospiz- und Palliativregisters überarbeitet...[mehr]

**27.02.2015**  
Bericht zum Register 2012  
Der Bericht des Jahres 2012 über das Nationale Hospiz- und Palliativregister ist fertiggestellt worden...[mehr]

**27.02.2015**  
Datensätze aus HOPE 2014  
Die Datensätze aus HOPE 2014 sind hochgeladen: 8.890 Kern Datensätze gesamt im Hospiz- und Palliativregister...[mehr]

<http://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN**



**WEGWEISER**  
*Hospiz- und Palliativversorgung  
Deutschland*

---

HOME | ANGEBOT SUCHEN | ANGEBOT EINSTELLEN | FAQ | FEEDBACK | IMPRESSUM Deutsch ▾ | DGP | LOG IN

---

Wer bietet was in der Hospiz- und Palliativversorgung?

ICH SUCHE  
ANGEBOTE FÜR  
ERWACHSENE

ICH SUCHE  
ANGEBOTE FÜR  
KINDER UND  
JUGENDLICHE

ICH MÖCHTE  
EIN ANGEBOT IN DEN  
WEGWEISER  
EINSTELLEN



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN**



**WEGWEISER**  
*Hospiz- und Palliativversorgung  
Deutschland*

---

HOME | ANGEBOT SUCHEN | ANGEBOT EINSTELLEN | FAQ | FEEDBACK | IMPRESSUM Deutsch ▾ | DGP | LOG IN

---

WAS SUCHEN SIE?

WEN SUCHEN SIE?

WO SUCHEN SIE?

INNERHALB VON

MIGRATIONSSPEZIFISCHE ANGEBOTE

ANGEBOTENE SPRACHEN

**SUCHEN**

PALLIATIVSTATIONEN

STATIONÄRE HOSPIZE

AMBULANTE HOSPIZDIENSTE

SAPV TEAMS

PALLIATIVMEDIZINERINNEN

PALLIATIVDIENSTE IM KRANKENHAUS

PALLIATIVMEDIZINISCHE KONSILIARDIENSTE  
Angebote in Westfalen Lippe, analog zur SAPV

Weitere Angebote

PALLIATIVPFLEGEDIENSTE

BILDUNGSANGEBOTE UND VERBÄNDE

ÜBERSICHT ÜBER ANGEBOTE FÜR KINDER UND JUGENDLICHE



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

---

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

---

Heiner Melching, Berlin  
Geschäftsführer der DGP [www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de)  
E-Mail: [heiner.melching@palliativmedizin.de](mailto:heiner.melching@palliativmedizin.de)

Auf Wiedersehen  
In Wiesbaden...



**SAVE THE DATE**  
[www.dgp2020.de](http://www.dgp2020.de)

9.-12. SEPT  
2020  
WIESBADEN

**13. DGP KONGRESS**  
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

KONTROVERSEN AM LEBENSENDE

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

[www.dgp2020.de](http://www.dgp2020.de)