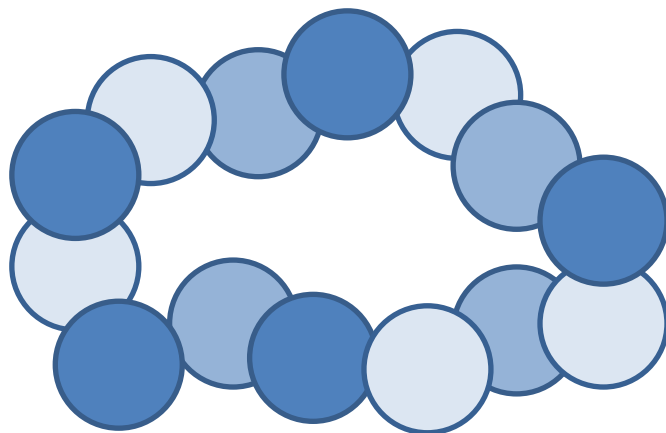


Best Practice

*Empfehlungen zur Integration der
Palliativmedizin in ein von der Deutschen
Krebshilfe gefördertes Comprehensive
Cancer Center (CCC)*



Impressum

Herausgeber: Arbeitsgruppe Palliativmedizin im Netzwerk der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Center

Sprecher:

Prof. Dr. med. Michael Thomas,
Palliativmedizin der Thoraxklinik am
Universitätsklinikum, Nationales Centrum für
Tumorerkrankungen, Universitätsklinikum
Heidelberg
Amalienstraße 5
69126 Heidelberg

Sprecher:

Prof. Dr. med. Christoph Ostgathe,
Palliativmedizinische Abteilung,
Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-
EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-
Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen

Auflage: 1. Auflage

Copyright: Vervielfachung oder Nachdruck, auch auszugsweise zur Veröffentlichung durch Dritte, nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Herausgeber.

Datum: Dezember 2017

Hinweis: In der vorliegenden Handlungsempfehlung wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Finanzierung

Die Empfehlungen wurde im Rahmen des von der Deutschen Krebshilfe (Förderkennzeichen: **110696**, Laufzeit: 01.03.2014 - 30.06.2017) geförderten Projektes **Einrichtung einer Koordinationsstelle Palliativmedizin im CCC-Netzwerk** entwickelt.

Kontakt

Koordinationsstelle Palliativmedizin im Netzwerk der deutschen *Comprehensive Cancer Center*

Palliativmedizinische Abteilung
Universitätsklinikum Erlangen
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen

E-Mail: ccc-koordination.pm@uk-erlangen.de

Tel: 09131-85 42519

Fax: 09131-85 34066

Web: <http://www.ccc-netzwerk.de/arbeitsgruppen/palliativmedizin/koordinationsstelle-palliativmedizin.html>

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abkürzungsverzeichnis	2
Tabellenverzeichnis	2
1 Vorwort	3
2 Einleitung	4
2.1 Hintergrund	4
2.2 Palliativversorgung an einem <i>Comprehensive Cancer Center (CCC)</i> – Definition.....	5
2.3 Ziele der Arbeitsgruppe Palliativmedizin im CCC-Netzwerk.....	6
2.4 Ziele der Handreichung	6
2.5 Geltungsbereich	7
3 Methodik	8
4 Best Practice Empfehlungen	10
4.1 Zeitpunkt zur Integration spezialisierter Palliativmedizin	10
4.2 Palliativstation	10
4.3 Palliativdienst	10
4.4 Tagesklinik und Palliativambulanz.....	10
4.5 Regionale Vernetzung	10
4.6 Einbezug der spezialisierten Palliativmedizin in Entscheidungsprozesse innerhalb eines CCC 11	
4.7 Dokumentation*	11
4.8 Behandlungspfad für sterbende Menschen	12
4.9 Forschung	12
4.10 Bildung und Lehre.....	12
5 Standard Operating Procedures	13
6 Veröffentlichungen aus der AG Palliativmedizin	14
7 Literatur	15
8 Mitwirkende	17
9 Danksagung	20

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
BP	<i>Best Practice</i>
CCC	<i>Comprehensive Cancer Center</i>
DKH	Deutsche Krebshilfe
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
QB	Querschnittsbereich
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	<i>Standard Operating Procedures</i>

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Themen der in der AG Palliativmedizin (CCC-Netzwerk) erstellten <i>Standard Operating Procedures</i> (SOPs)	13
---	----

1 Vorwort

Um die Behandlung von Patienten mit einem Krebsleiden bundesweit zu verbessern und auf ein sehr hohes Niveau zu bringen, fördert die Deutsche Krebshilfe (DKH) bereits seit 2006 im Rahmen eines Schwerpunktprogramms Onkologische Spitzenzentren, die sogenannten *Comprehensive Cancer Center (CCC)* [1]. In diesen CCCs werden Tumorpatienten nach aktuellen medizinischen und weiteren wissenschaftlichen Erkenntnissen interdisziplinär versorgt und psychosozial begleitet, unter Einbeziehung des ambulanten Bereiches in der jeweiligen Region [2]. Auch die Krebsforschung ist ein wesentliches Aufgabenfeld von Onkologischen Spitzenzentren [3].

Ein adäquater Zugang zur Palliativversorgung ist ein wichtiges Versorgungsziel unseres Gesundheitssystems und somit auch ein integraler Bestandteil einer exzellenten Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen: von der Diagnosestellung über die Tumorthherapie bis hin zur Unterstützung schwerkranker, nicht heilbarer Patienten bis zum Tod. Diese Notwendigkeit wird durch aktuelle Initiativen des Gesetzgebers (u.a. Hospiz und Palliativgesetz, SGB V § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) und die Nationale Strategie der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ [4] unterstrichen.

Ohne die DKH wäre die Palliativversorgung in Deutschland nicht so weit entwickelt, wie sie sich heute darstellt. Die DKH hat den Weg für diesen Prozess von Anfang an geebnet und schon 1983 die erste Palliativstation in Köln gefördert [5]. Inzwischen ist die Palliativmedizin ein unverzichtbarer Bestandteil der Krankenversorgung. Mittlerweile gibt es in Deutschland mehr als 300 Palliativstationen, über 200 stationäre Hospize für Erwachsene, rund 1.500 ambulante Hospizdienste sowie 14 stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene [6]. Bis heute hat die DKH 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.

Zur Bündelung der Kompetenzen der palliativmedizinischen Versorgung hat sich 2011 die Arbeitsgruppe (AG) Palliativmedizin innerhalb des Netzwerkes der geförderten CCCs gegründet. In einem mehrstufigen, strukturierten Prozess hat sich die AG in den Jahren 2014 bis 2017 mit der Entwicklung von Mindestvoraussetzungen für die Integration der Palliativversorgung an einem Onkologischen Spitzenzentrum in Klinik, Lehre und Forschung befasst. Wir hoffen, die vorliegende Handreichung trägt dazu bei, das Bewusstsein für die Integration der Palliativmedizin in die Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere innerhalb der onkologischen Versorgung, weiter zu stärken.

Für die AG Palliativmedizin

Prof. Dr. Christoph Ostgathe, Julia Berendt, Prof. Dr. Michael Thomas

2 Einleitung

2.1 Hintergrund

Patienten mit einer Tumorerkrankung einen einfachen Zugang zu einer hochklassigen Gesundheitsversorgung zu ebnen und sie auf höchstem Niveau zu behandeln und zu begleiten, ist der Leitgedanke der von der Deutschen Krebshilfe (DKH) geförderten *Comprehensive Cancer Center (CCC)* [1-3]. Die Zielvorstellung ist kongruent zu dem Ziel der Palliativversorgung, bestmögliche Behandlung und Begleitung von Patienten und ihren Angehörigen anzubieten, und stellt somit eine bedeutsame Komponente in der onkologischen Versorgung dar.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist es der DKH ein Anliegen, die allgemeine und spezialisierte Palliativmedizin in den CCCs zu stärken. Bekanntermaßen versteht die DKH Palliativmedizin als integralen Bestandteil einer exzellenten Versorgung von Menschen mit einer Krebserkrankung [7]: von der Diagnosestellung über die Tumorthherapie bis hin zur Unterstützung schwerkranker, nicht heilbarer Patienten bis zum Tod.

Unabhängig vom Zusammenschluss der CCCs hat die Palliativmedizin in den letzten zwei Dekaden eine dynamische Entwicklung und Diversifizierung der Versorgungsstrukturen durchlaufen. Die unterschiedliche Entfaltung des Fachs schlägt sich auch in den deutschlandweit bestehenden CCCs nieder. Dies konnten die Vertreter der Palliativmedizin aus den einzelnen CCCs im Dezember 2011 und Juni 2012 in einem ersten Austausch feststellen. Diese Heterogenität betrifft die Strukturen (u.a. Umsetzung und Integration von palliativmedizinischen Angeboten in den von der DKH geförderten CCCs) und die Prozesse (z.B. Dokumentation, Standards, Einbindung von Leitlinien). Darüber hinaus deutete sich an, dass sich die Umsetzung von Lehre und Forschung in der Palliativmedizin in den einzelnen CCCs sehr stark unterscheiden. Um dies empirisch zu überprüfen, wurde eine systematische Bestandserhebung an allen beteiligten CCCs durchgeführt [8]. Dadurch konnte der Status quo zur spezialisierten Palliativmedizin in den Bereichen Klinik, Lehre und Forschung innerhalb des CCC-Netzwerkes erhoben werden. Die Tatsache, dass nachweislich heterogene Strukturen im derzeitigen Integrationsprozess der onkologischen Spitzenversorgung bestehen, legt einen Bedarf für die Formulierung von *Best Practice* Empfehlungen nahe.

2.2 Palliativversorgung an einem *Comprehensive Cancer Center (CCC)* – Definition

Palliativversorgung an einem CCC widmet sich Menschen mit einer lebensbedrohlichen Krebserkrankung und zielt darauf ab, durch Vorbeugung, Erfassung und Linderung von physischem, psychischem, sozialem und spirituellem Leiden, das mit einer Tumorerkrankung einhergehen kann, die Lebensqualität der Patienten zu erhalten oder zu verbessern. Palliativversorgung erfolgt unabhängig vom Stand der Erkrankung, Ort der Behandlung oder laufenden/ geplanten Therapiemaßnahmen. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der eine Kuration als nicht mehr möglich erachtet wird. Die Angehörigen der Betroffenen sind gleichermaßen im Fokus.

Allgemeine Palliativversorgung ist Aufgabe jedes klinisch tätigen Mitarbeiters eines CCC. Spezialisierte Palliativversorgung, die am CCC von einem qualifizierten, multiprofessionellen Team aus Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Psychologen, Seelsorgern sowie weiteren Berufsgruppen geleistet werden kann, sollte bei hoher Symptomlast und/ oder komplexen Bedürfnissen einbezogen werden.

Eine exzellente allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung an einem CCC stützt sich auf die umfassende Berücksichtigung der aktuellen Evidenz, zu deren Weiterentwicklung die Strukturen der Palliativversorgung unmittelbar durch eigene und durch in Kooperation durchgeführte Forschungsprojekte beitragen.

Mitarbeiter der spezialisierten Palliativversorgung beteiligen sich an der Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen in palliativrelevanten Fragestellungen mit dem Ziel, die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung im CCC und in der Region zu stärken. Mitarbeiter der spezialisierten Palliativversorgung beteiligen sich an der curricularen und extracurricularen Ausbildung der Medizinstudierenden und anderer Gesundheitsberufe.

2.3 Ziele der Arbeitsgruppe Palliativmedizin im CCC-Netzwerk

Die Arbeitsgruppe Palliativmedizin unterstützt das Bestreben der DKH und des CCC-Netzwerkes, Patienten mit einer Krebserkrankung eine Versorgung nach aktuellem Erkenntnisstand inklusive einer bestmöglichen Palliativversorgung zukommen zulassen. Sie trägt mit Fokus Palliativversorgung dazu bei, die öffentliche Wahrnehmung der CCCs, der DKH und der Netzwerkaktivität zwischen den CCCs und über die Grenzen der CCCs hinaus zu steigern. Die AG Palliativmedizin im Netzwerk der CCCs hat sich folgende Aufgaben gesetzt:

- Überblick zur Palliativversorgung in den einzelnen Zentren
- Erstellung einer *Best Practice* für die Palliativmedizin an CCCs
- Aufbau einer gemeinsamen Dokumentation und Datenbasis in Zusammenarbeit mit der AG Dokumentation
- Entwicklung von *Standard Operating Procedures (SOP)* für die palliativmedizinische Unterstützung in Zusammenarbeit mit der AG SOP
- Entwicklung gemeinsamer Forschungsprojekte

2.4 Ziele der Handreichung

Das zentrale Anliegen dieser Handreichung ist es, über empirisch fundierte Gestaltungs- und Entwicklungspotenziale der Palliativmedizin in einem CCC zu informieren. Sie soll dazu beitragen, die kontinuierliche Versorgung schwerkranker und sterbender Tumorpatienten in den CCCs nach hohem Standard sicherzustellen.

Die Handreichung lädt dazu ein, die Rahmenbedingungen zur palliativmedizinischen Versorgung in Hinblick auf einen Bedarf für strategische Entscheidungen zu prüfen und einzubinden.

Sie richtet sich an alle Entscheider innerhalb eines CCCs sowie an alle, die an der onkologischen Patientenversorgung auf allen Ebenen im professionellen Kontext beteiligt sind, an das steuernde Fachgremium eines CCCs und das Steuergremium des CCC-Netzwerkes sowie an alle Personen, die in der klinischen Versorgung, Forschung sowie Lehre in der Palliativmedizin und in einem onkologischen Fach tätig sind. Über diese *Top-down-* und *Bottom-up-*Ansätze kann eine Integration der Palliativmedizin in verschiedenen Bereichen nachhaltig sichergestellt werden. Gleichzeitig soll die Handreichung eine Orientierung für bisher nicht geförderte CCCs darstellen, um auch an ihrem Standort die Integration der Palliativmedizin weiterzuentwickeln.

2.5 Geltungsbereich

Die aufgezeigten Empfehlungen decken die Bereiche der klinischen Versorgung, Lehre und Forschung ab. Sie gelten für aktuell geförderte CCCs und stellen für CCCs, die in das Förderprogramm der DKH aufgenommen werden möchten, eine Orientierung dar.

Diese Handreichung hat eine Empfehlungsgraduierung von „soll“ (starke Empfehlung) und „sollte“ (nachgeordnete Empfehlung) aufgenommen. Dadurch wird zum Ausdruck gebracht, welche Priorität und Dringlichkeit Fachexperten der Empfehlung durch Fachexperten beimessen.

3 Methodik

Die Erhebung von *Best Practice* Empfehlungen zur Integration der Palliativmedizin in die DKH geförderten CCCs gründet sich auf eine vorangegangene Bestandserhebung [8], die sowohl einen qualitativen als auch einen quantitativen Ansatz beinhaltet. Durch das *Mixed-Methods*-Design konnten in großem Umfang Sichtweisen, Erfahrungen und strukturelle Gegebenheiten in Einzelbefragungen analysiert werden. Die bei einem persönlichen Treffen oder telefonisch erfolgten Interviews wurden mit leitendem Personal der spezialisierten Palliativversorgung (u.a. Ärzte, Lehrbeauftragte, Konzeptverantwortliche für den Umgang mit Sterben), Verwaltungsdirektoren sowie Ärzten aus anderen Disziplinen der Krebsversorgung, darunter auch CCC-Direktoren, durchgeführt. Durch einen strukturierten Leitfaden mit offenen und geschlossenen Fragen entstand ein vergleichender Rahmen, sodass das Interviewmaterial der Befragung deskriptiv analysiert werden konnte. Die Ergebnisse der Analyse, die auf teilweise starke heterogene Strukturen schließen ließen, führten zu dem Entschluss, *Best Practice* Empfehlungen zu entwickeln und in einem strukturierten Delphi Prozess zu konsentieren.

Die in einem strukturierten Konsensverfahren abgestimmten, international veröffentlichten [9] und hier aufgeführten *Best Practice* Empfehlungen basieren auf einer Literaturrecherche und berücksichtigen somit einzelne empirische Erkenntnisse sowie die 2014 veröffentlichte S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ [10]. Das Monitoring-Team der quantitativen Erhebung, bestehend aus ärztlicher, psychologischer und gesundheitswissenschaftlicher Expertise, hat sich im Vorfeld über die Formulierung der Empfehlungen verständigt. Parallel dazu wurden die Befragungsteilnehmer nach der Verortung ihrer Expertise (Tätigkeitsfeld) systematisch ausgewählt. Zur Bildung dieser Expertengruppe (Quotenstichprobe) wurden die Vertreter der AG Palliativmedizin im CCC-Netzwerk per E-Mail gebeten, für ihren Standort

- einen leitenden Arzt der Palliativmedizinischen Abteilung
- einen erfahrenen Arzt der Palliativstation oder des multiprofessionellen Palliativdienstes mit mehr als drei Jahren Praxiserfahrung im Bereich Palliativmedizin
- eine Person mit Forschungstätigkeit in der Palliativmedizin mit leitender oder koordinierender Funktion aus der Berufsgruppe Psychologie, Soziologie, Sozialarbeit, Sozial-, Human-, Gesundheits- oder Naturwissenschaften
- eine leitende Pflegekraft der Palliativabteilung oder eine Pflegekraft des multiprofessionellen Palliativdienstes sowie
- eine Person, die im Querschnittsbereich (QB 13) Lehre koordiniert und gestaltet zu benennen.

Damit gelang es, einen Pool von 52 Personen zu generieren, sodass sich im Befragungspanel die Expertise aus palliativmedizinischer Versorgung, Lehre und Forschung widerspiegelt. Diese hatten die Möglichkeit, jede Empfehlung nach (i) klar & deutlich formuliert, (ii) für die Integration & Vernetzung der Palliativmedizin am CCC relevant und (iii) für ein CCC umsetzbar auf einer 4-Punkt-Skala (stimme gar nicht zu/ stimme eher nicht zu/ stimme eher zu/ stimme völlig zu) zu bewerten. Ein Freitextfeld ermöglichte den Teilnehmern, Anmerkungen zur jeweiligen Empfehlung zu geben. Bevor die 30 Empfehlungen in den Delphi-Befragungsprozess gegeben wurden, wurde der Fragebogen unter Personen eines nicht geförderten CCCs pilotiert.

Erzielte die Summe aus den Antwortkategorien „stimme eher zu“ und „stimme zu“ in allen drei Beurteilungskategorien (Formulierung/ Relevanz/ Umsetzbarkeit) 80 % Zustimmung, so galt die Empfehlung als konsentiert. Andernfalls wurde die Empfehlung, unter Berücksichtigung der Freitextanmerkungen, die neben den Ergebnissen transparent im weiteren Befragungsprozess dargestellt wurden, in eine nächste Delphi-Runde gegeben.

Zwischen März und August wurden drei anonymisierte, schriftliche Befragungswellen, an der insgesamt 38 Akteure bis zur letzten Befragungsrunde teilgenommen haben, und eine moderierte Experten-Diskussionsrunde (n=11) initiiert. Die quantitativen Ergebnisse wurden deskriptiv in IBM Statistics SPSS 21 ausgewertet. Die Freitextangaben wurden im Auswertungs- und Analyseprogramm MAXQDA thematisch zusammengefasst und codiert.

Bereits in der ersten Befragungsrunde waren 21 der 30 Empfehlungen konsentiert. Eine weitere Empfehlung wurde durch eine Freitextanmerkung hinzugefügt. In der zweiten Befragungsrunde erzielten fünf weitere Empfehlungen Konsens. Die fünf noch nicht konsentierten Empfehlungen wurden in einer Diskussionsrunde, bestehend aus Vertretern der AG Palliativmedizin, die Teil des Befragungspanels waren, diskutiert und durch eine Live-Mitschrift überarbeitet. In diesem Prozess ist eine Empfehlung in die Aussage einer anderen Empfehlung eingeflossen. Vier überarbeitete Empfehlungen wurden erneut in einer dritten Befragungsrunde dem gesamten Befragungspanel zur Abstimmung zur Verfügung gestellt. Eine Empfehlung erhielt auch in dieser Befragungsrunde keinen Konsens aufgrund fehlender Zustimmung hinsichtlich der Umsetzbarkeit (Zustimmung 76,3 %), sodass letztendlich für 29 Empfehlungen ein Konsens in der Expertengruppe erzielt wurde.

4 Best Practice Empfehlungen

4.1 Zeitpunkt zur Integration spezialisierter Palliativmedizin

BP 4.1.1 Allen Patienten soll nach der Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung Palliativversorgung angeboten werden, unabhängig davon, ob eine tumorspezifische Therapie durchgeführt wird.

4.2 Palliativstation

BP 4.2.1 Eine Palliativstation ist eine unverzichtbare Voraussetzung für ein CCC. Zur Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität für Tumorpatienten des CCC soll von einer ausschließlichen Verbundlösung mit einem Akutkrankenhaus abgesehen werden.

BP 4.2.2 Die Palliativstation soll als eigenständige organisatorische und räumliche Einheit implementiert sein.

BP 4.2.3 Die Mindestgröße einer Palliativstation soll sechs Betten nicht unterschreiten.

BP 4.2.4 Innerhalb des CCC sollte eine 24h/7 Tage-Erreichbarkeit von Experten der spezialisierten Palliativversorgung zur Verfügung stehen.

4.3 Palliativdienst

BP 4.3.1 Der multiprofessionelle Palliativdienst sollte aus mindestens drei Mitarbeitern aus den Bereichen Medizin, Pflege und mindestens einer weiteren therapeutischen Berufsgruppe (Psychologie, Sozialarbeit oder Seelsorge) bestehen, die zu den Regelarbeitszeiten im Krankenhaus erreichbar sind.

BP 4.3.2 Ein multiprofessioneller Palliativdienst zur Beratung und Versorgung von Patienten mit einer Tumorerkrankung und deren Angehörigen auf anderen Fachabteilungen ist notwendig und soll in einem CCC vorgehalten werden.

BP 4.3.3 Informationen zur Erreichbarkeit des Palliativdienstes sollen in den anderen Fachabteilungen hinterlegt sein.

4.4 Tagesklinik und Palliativambulanz

BP 4.4.1 Eine Ambulanz mit palliativmedizinischer Kompetenz ist eine wichtige Struktur zur frühzeitigen Information und Behandlung von Patienten mit einer Tumorerkrankung. Das CCC soll eine Struktur oder Möglichkeit für eine interdisziplinäre ambulante palliativmedizinische Sprechstunde, insbesondere mit Kompetenzen zur spezialisierten Palliativmedizin, im Umfang von mindestens zwei Stunden zweimal pro Woche und nach Vereinbarung, vorhalten.

BP 4.4.2 Innerhalb der tagesstationären Angebote aller Fachabteilungen, die Tumorpatienten behandeln, sollen Patienten auch Zugang zu spezialisierter Palliativmedizin haben.

4.5 Regionale Vernetzung

BP 4.5.1 SAPV soll in Eigenleistung und/ oder in Kooperation mit regionalen und überregionalen Anbietern der SAPV vorgehalten werden.

BP 4.5.2 Im Fall einer externen Zusammenarbeit mit einem SAPV-Dienstleister sollte eine schriftlich definierte Kooperation bestehen.

BP 4.5.3 Eine Zusammenarbeit mit einem Hospiz soll gewährleistet sein.

BP 4.5.4 Für Patienten des CCC mit einer unheilbaren Krebserkrankung soll hospizliche Begleitung durch befähigte Ehrenamtliche zur Verfügung stehen.

4.6 Einbezug der spezialisierten Palliativmedizin in Entscheidungsprozesse innerhalb eines CCC

BP 4.6.1 Die spezialisierte Palliativmedizin soll in Lenkungsgremien eines CCCs zur prospektiven Förderung der fachübergreifenden Zusammenarbeit mit eingebunden sein.

BP 4.6.2 Bei allen Patienten des CCC mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung soll die Erfassung von Symptomen und psychosozialen Belastungen der Patienten mit Hilfe von validierten multidimensionalen Erfassungsinstrumenten erfolgen.

BP 4.6.3 Die Möglichkeit, zu den Sprechstundenzeiten einen Spezialisten aus dem Bereich der spezialisierten Palliativmedizin hinzuzuziehen, sollte von onkologisch tätigen Ärzten bei Bedarf an Betroffene kommuniziert werden.

BP 4.6.4 Im Wartebereich der Ambulanzen von Fachbereichen, die Tumorpatienten behandeln, sollen Informationen zur Palliativmedizin gut sichtbar ausgelegt sein.

4.7 Dokumentation*

BP 4.7.1 Es soll unabhängig vom Krankheitsstadium im Rahmen des Arzt-Patienten-Gespräches erfragt werden, ob eine Vorsorgevollmacht und/ oder Patientenverfügung vorliegt.

BP 4.7.2 Das Vorliegen einer Vorsorgevollmacht und/ oder Patientenverfügung soll zentral elektronisch und im CCC für alle mitbehandelnden Personen verschiedener Berufsgruppen zugänglich dokumentiert werden.

*Arbeitsgruppenintern wurde folgende Empfehlung zusätzlich zum Punkt „Dokumentation“ verabschiedet: Alle Palliativeinheiten innerhalb des CCCs dokumentieren in das nationale Hospiz- und Palliativregister.

4.8 Behandlungspfad für sterbende Menschen

BP 4.8.1 Das CCC soll im Umgang mit sterbenden Patienten über ein Qualitätskonzept verfügen.

BP 4.8.2 Ein Behandlungspfad zum Umgang mit Sterbesituationen sollte Elemente enthalten wie: Schritte zur Einschätzung der Situation des schwerkranken Patienten im multiprofessionellen Team, Dokumentation der Entscheidungsfindung, ein Informationsblatt für Angehörige und Beachtungshinweise nach Versterben.

4.9 Forschung

BP 4.9.1 Zur Förderung interdisziplinärer Forschungsprojekte soll die Palliativmedizin in die Forschungsstrukturen des CCC eingebunden sein.

BP 4.9.2 Die Forschungsleistung der palliativmedizinischen Abteilung sollte regelmäßig evaluiert werden.

4.10 Bildung und Lehre

BP 4.10.1 Jedes CCC soll ein Strukturkonzept zur Stärkung von Forschung und Lehre im Bereich Palliativmedizin ~~mit einem Lehrstuhl für Palliativmedizin~~ haben. Dies kann einen Lehrstuhl für Palliativmedizin beinhalten.**

BP 4.10.2 Jedes CCC soll über ein jährlich evaluiertes Lehrangebot für Palliativmedizin verfügen.

BP 4.10.3 Jeder an der allgemeinen Palliativversorgung eines Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung Beteiligte soll eine Basisqualifikation zur Palliativversorgung besitzen, die er in Ausbildung oder durch Fort- und Weiterbildungen erworben hat und regelmäßig aktualisiert (entsprechend der Kursweiterbildung, 40 Unterrichtsstunden).

BP 4.10.4 Innerhalb der Notaufnahme(n) soll ärztliches und pflegerisches Personal mit einer palliativmedizinischen Basisqualifikation (und Kompetenz), die in Ausbildung oder durch Fort- und Weiterbildungen (entsprechend der Kursweiterbildung, 40 Unterrichtsstunden) erworben und regelmäßig aktualisiert wird, tätig sein, um den Bedarf an spezialisierter Palliativmedizin zu erkennen.

BP 4.10.5 Das Personal der Notaufnahme sollte explizit zu Inhouse-Schulungen zum Thema Versorgung und Beratung inkurabel erkrankter Patienten eingeladen werden, um bezüglich der Entscheidung für Palliativ- oder Intensivbehandlung zu sensibilisieren.

*** Formulierung, abweichend vom methodischen Vorgehen der Delphi-Befragung, nach eingehender Diskussion mit dem Lenkungsausschuss des CCC-Netzwerkes am 28.06.2017 geändert, abgestimmt und positiv beschieden*

5 Standard Operating Procedures

Zusätzlich zu den im Konsensprozess abgestimmten Empfehlungen reflektieren im klinischen Kontext *Standard Operating Procedures*, sogenannte *SOPs*, die aktuelle *Best Practice* in der palliativen Versorgung von Patienten mit einer onkologischen Erkrankung. Daher wurden von der AG Palliativmedizin im CCC-Netzwerk *SOPs* entwickelt. Die Initiative basiert auf einer CCC-weiten Untersuchung der Koordinationsstelle Palliativmedizin, die zeigte, welche *SOPs* mit Bezug zur Palliativversorgung aktuell in den CCCs immanent sind und zukünftig relevant erscheinen [11]. Sie dienen dazu, die fachlichen Kompetenzen in der allgemeinen und spezialisierten palliativen Versorgung CCC-weit und über die Grenzen der CCCs hinweg zu fördern und zu unterstützen. Die folgenden Themen wurden von den Mitgliedern der AG Palliativmedizin mit Unterstützung der Koordinationsstelle Palliativmedizin und der AG *SOP* des CCC-Netzwerkes, unter Berücksichtigung einer leitliniengerechten Aufbereitung, erarbeitet.

Tab. 1: Themen der in der AG Palliativmedizin (CCC-Netzwerk) erstellten <i>Standard Operating Procedures (SOPs)</i>		
CCC	Federführender Autor	Thema
Freiburg	PD Dr. Gärtner	Aufnahmekriterien auf die Palliativstation
Würzburg	Prof. Dr. van Oorschot	Akuter Verwirrheitszustand
München	Dr. Rosenbruch	Atemnot bei erwachsenen Palliativpatienten
Ulm	Dr. Mayer-Steinacker	Darmpassagestörungen in der Palliativmedizin
Bonn	Dr. Cuhls	Fatigue
Erlangen	Prof. Ostgathe	Umgang mit multiresistenten Erregern auf der Palliativstation
Hamburg	Prof. Dr. Oechsle	Palliative Sedierung
Köln	Hr. Montag	Behandlung und Betreuung in der Sterbephase
Frankfurt/M	Dr. Gog	Umgang mit und Versorgung von Verstorbenen
Heidelberg	Fr. Eschbach	Inappetenz und Kachexie
Essen	Dr. Hense	Subkutane Medikamentengabe und Infusionen in der erwachsenen Palliativmedizin
Berlin	PD Dr. Thuss-Patience	Übelkeit und Erbrechen bei Palliativpatienten
Düsseldorf	Dr. Schwartz	Depression und Angst in der Palliativmedizin
Tübingen	Dr. Viehrig	Schmerztherapie bei Palliativpatienten
Dresden	PD Dr. Schuler	Sinnvolle Dauermedikation in der Palliativmedizin

Diese sind als Reihe in der Fachzeitschrift „Der Onkologe“ vom Springer Medizin Verlag (<https://link.springer.com/journal/761>, Stand: 05.12.2017) veröffentlicht und auf der Website „Netzwerk Onkologische Spitzenzentren“ (<http://www.ccc-netzwerk.de/netzwerk-sops/palliative-netzwerk-sops.html>, Stand: 05.12.2017) frei zugänglich.

6 Veröffentlichungen aus der AG Palliativmedizin

Berendt J, Oechsle K, Thomas M, van Oorschot B, Schmitz A, Radbruch L, Simon ST, Gartner J, Thuß-Patience P, Schuler US, Hense J, Gog C, Viehrig M, Mayer-Steinacker R, Stachura P, Stiel S, Ostgathe C (2016): Stand der Integration der Palliativmedizin in die von der Deutschen Krebshilfe e.V. geförderten Onkologischen Spitzenzentren, Deutsche Medizinische Wochenschrift, 141(2): e16-23.

Berendt J, Stiel S, Simon ST, Schmitz A, van Oorschot B, Stachura P, Ostgathe C (2016): Integrating Palliative Care into Comprehensive Cancer Centers: Consensus-based development of Best Practice Recommendations, The Oncologist. 21(10): 1241-1249.

Stachura P, Berendt J, Stiel S, Schuler US, Ostgathe C (2016): Standard Operating Procedures (SOPs) in der Palliativmedizin. Vorhandensein und Relevanz palliativmedizinischer SOPs in den von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Centers (CCCs), Der Schmerz. 31(1): 47-53.

Berendt J, Stiel S, Nauck F, Ostgathe C (2017): Early palliative care: Current status of integration within German Comprehensive Cancer Centers. Supportive Care in Cancer. 25(8): 2577-2580.

Ostgathe C, Thomas M, Berendt J, AG Palliativmedizin im Netzwerk der Comprehensive Cancer Care (2017) Standard Operating Procedures (SOPs) zur palliativen Versorgung von Patienten im Netzwerk der deutschen Comprehensive Cancer Center (CCCs). Der Onkologe 23(3): 211-212.

Ahrens M, Hornemann B, Viehrig M, Berendt J, Gog C (2017): SOP – Umgang mit und Versorgung von Verstorbenen. Der Onkologe. 23(3): 218–223.

Jentschke E, Thomas M, Babiak A, Lewerenz J, Oechsle K, van Oorschot B, AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center (2017): SOP – Akuter Verwirrheitszustand. Der Onkologe. 23(3): 213–217.

Gärtner J, Jaroslowski K, Thuss-Patience P, Rosenbruch J, Berendt J, Becker G für die AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center (2017): SOP – Aufnahmekriterien auf die Palliativstation. Der Onkologe. 23(4): 300-302.

Ostgathe C, Hofmann S, van Oorschot B, Oechsle K, Bogdan C, Kunz B, Förtsch B, Klein C für die AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center (2017): SOP – Umgang mit multiresistenten Erregern auf der Palliativstation. Der Onkologe. 23(4): 303-310.

Montag T, Starbatty B, Thomas M, Gog C, Ostgathe C, Simon S für die AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center (2017): SOP – Behandlung und Betreuung in der Sterbephase. Der Onkologe. 23(5): 385-388.

Rosenbruch J, Eschbach C, Viehrig M, Ostgathe C, Bausewein C für die AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center (2017): SOP – Atemnot bei erwachsenen Palliativpatienten. Der Onkologe. 23(5): 381-384.

Oechsle K, Radbruch L, Wolf C, Ostgathe C für die AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center (2017) SOP – Palliative Sedierung. Der Onkologe 23(6): 469-475.

Cuhls, H, Mochamat, Mücke, M, Jaspers B, Jentschke E, Hense J, Ostgathe C, Radbruch L für die AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center (2017) SOP – Fatigue. Der Onkologe 23(6): 462-468.

Ettrich T, Schönsteiner S, Mayer-Steinacker R Döhner H, Gog C, Wolf C, Ostgathe C für die AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center (2017) SOP – Darmpassagestörung in der Palliativmedizin. Der Onkologe. 23(7): 566–572.

Viehrig M, Schlisio B, Thomas M, Gärtner J, Wolf C für die AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center (2017) SOP – Schmerztherapie bei Palliativpatienten. 23(7): 555-565.

Eschbach C, Stachura P, Villalobos M, Wolf C, Thomas M (2017) SOP – Inappetenz und Kachexie. Der Onkologe. 23(8): 651-656.

Hense J, Przyborek M, Rosenbruch J, Ostgathe C, Wolf C, Bogner S (2017) SOP – Subkutane Medikamentengabe und Infusionen in der erwachsenen Palliativmedizin. Der Onkologe. 23(8): 657-664

Schwartz J, Neukirchen M, De Vilder M-C, Hornemann B, Wolf C, Gärtner J, Thomas M für die AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center (2017) SOP – Depression und Angst in der Palliativmedizin. Der Onkologe. 23(9): 756-763.

Thuss-Patience P, Markwordt J, Mayer-Steinacker R, Ettrich T, Wolf C, Stachura P, Neukirchen M Thomas M für die AG Palliativmedizin der deutschen Comprehensive Cancer Center (2017) SOP – Übelkeit und Erbrechen bei Palliativpatienten. Der Onkologe. 23(9): 750-755.

Schuler US, Heuchel K, Gärtner J, van Oorschot B, Thomas M (in Erscheinung) SOP – Sinnvolle Dauermedikation und Rationale Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin. Der Onkologe. in Druck.

7 Literatur

[1] Beckmann MW, Adler G, Albers P, Bruns J, Ehninger G, Hauschild A, Neuhaus P, Schmiegel W, Schmitz S, Schmoll H-J, Weller M, Wiegand T, Bamberg M (2007) Dreistufenmodell optimiert Behandlung unter Kostendeckung. Wie die künftigen Strukturen der onkologischen Versorgung in Deutschland aussehen sollten. Deutsches Ärzteblatt. 104(44). A-3004 / B-2644 / C-2562.

[2] Wesselmann, S. (2013) Zertifizierungsmodelle der onkologischen Versorgung. FORUM. 28(4): 236-239.

[3] Heining C, Hiddemann W, Bokemeyer C, von Kalle C (2013) Charakteristika von CCCs und deren Netzwerk in Deutschland. FORUM. 28(4): 231-235.

[4] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V., Bundesärztekammer (2015) Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland
URL: http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/RZ_151124_charta_Einzelseiten_online.pdf, Stand: 05.12.2017

[5] Kleeberg UR, Wedding U, Gärtner J, Voltz R (2011) Onkologie und Palliativmedizin: Eine Standortbestimmung. Info Onkologie. 14(6): 50-55.

[6] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2017) Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung. URL: http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/FlyerKarten/Flyer_Wegweiser.pdf, Stand: 05.12.2017.

[7] Deutsche Krebshilfe (2017) Menschliche Begleitung am Lebensende. URL: <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/palliativmedizin/>, Stand: 05.12.2017.

[8] Berendt J, Oechsle K, Thomas M, van Oorschot B, Schmitz A, Radbruch L, Simon ST, Gartner J, Thuß-Patience P, Schuler US, Hense J, Gog C, Viehrig M, Mayer-Steinacker R, Stachura P, Stiel S, Ostgathe C (2016): Stand der Integration der Palliativmedizin in die von der Deutschen Krebshilfe e.V. geförderten Onkologischen Spitzenzentren, Deutsche Medizinische Wochenschrift, 141(2): e16-23.

[9] Berendt J, Stiel S, Simon ST, Schmitz A, van Oorschot B, Stachura P, Ostgathe C (2016): Integrating Palliative Care into Comprehensive Cancer Centers: Consensus-based development of Best Practice Recommendations, The Oncologist. 21(10): 1241-1249.

[10] Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) DKeVDuDKD. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung 2015. URL: http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/LL_Palliativmedizin_Langversion_1_1.pdf, Stand: 05.12.2017.

[11] Stachura P, Berendt J, Stiel S, Schuler US, Ostgathe C (2016): Standard Operating Procedures (SOPs) in der Palliativmedizin. Vorhandensein und Relevanz palliativmedizinischer SOPs in den von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Centers (CCCs), Der Schmerz. 31(1): 47-53.

8 Mitwirkende

Koordinationsstelle Palliativmedizin im Netzwerk der deutschen Comprehensive Cancer Center:

Julia Berendt, MSc Health Sciences – Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Ingrid Gheith – Korrespondenz, Organisation, Administration

Peter Stachura, Dr. med. – ärztlicher Mitarbeiter (bis 11.2016)

Marietta Müller – ärztliche Mitarbeiterin (12.2016-06.2017)

AG Sprecher:

Michael Thomas, Prof. Dr. med. – Chefarzt der Abteilung Internistische Onkologie der Thoraxtumoren, Palliativmedizin der Thoraxklinik am Universitätsklinikum, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Universitätsklinikum Heidelberg

Christoph Ostgathe, Prof. Dr. med. – Leiter der Palliativmedizinischen Abteilung, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

AG Mitglieder, Ansprechpartner in der AG Palliativmedizin:

Peter Thuß-Patience, PD. Dr. med. – Leiter des Palliativmedizinischen Zentrums der Charité, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie, Comprehensive Cancer Center, Charité, Universitätsmedizin Berlin

Henning Cuhls, Dr. med. – Stellvertretender Klinikdirektor und Ltd. Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Centrum für Integrierte Onkologie Köln/Bonn, Universitätsklinikum Bonn und Zentrum für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg

Ulrich Siegfried Schuler, PD Dr. med. – Direktor des Universitäts PalliativCentrums, University Centre for Palliative Care, University Cancer Centre Dresden Carl Gustav Carus, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Martin Neukirchen, Dr. med. – Ärztlicher Leiter Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Jörg Hense, Dr. med. – Oberarzt der Inneren Klinik (Tumorforschung), Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik Comprehensive Cancer Center Essen Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen

Christiane Gog, Dr. med. – Leitung Palliativmedizin am UCT, Palliativmedizinische Abteilung, Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen Frankfurt, Universitätsklinikum Frankfurt der Goethe Universität

Gerhild Becker, Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Dipl. – Caritaswiss. MSc Palliative Care (King's College/University of London)- Lehrstuhl für Palliativmedizin und Ärztliche Direktorin der Klinik für Palliativmedizin, Comprehensive Cancer Center Freiburg, Universitätsklinikum Freiburg

Karin Oechsle, Prof. Dr. med. – Oberärztin Bereich Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und Poliklinik (Onkologie, Hämatologie und Knochenmarktransplantation mit Sektion Pneumologie) Universitäres Cancer Center Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Steffen Simon, PD Dr. med. – Oberarzt, Zentrum für Palliativmedizin, Zentrum für Palliativmedizin, Centrum für Integrierte Onkologie Köln/Bonn Cologne/Bonn (CIO), Uniklinik Köln, Zentrum für klinische Studien der Universität zu Köln

Claudia Bausewein, Prof. Dr. med. – Klinikdirektorin, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Comprehensive Cancer Center München, Klinikum der Universität München

Regine Mayer-Steinacker, Dr. med. – Oberärztin Klinik für Innere Medizin III/ CCCU, Leiterin der Palliativstation Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Innere Medizin/ Hämatologie und Internistische Onkologie/ Palliativmedizin, Comprehensive Cancer Center Ulm – integratives Tumorzentrum des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät, Ulm

Birgitt van Oorschot, Prof. Dr. med. – Leitende Ärztin des Interdisziplinären Zentrum Palliativmedizin, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Comprehensive Cancer Center Mainfranken, Universitätsklinikum Würzburg

Maren Viehrig, Dr. med. Oberärztin Abteilung für Radioonkologie Südwestdeutsches Tumorzentrum – CCC Tübingen-Stuttgart, Universitätsklinikum Tübingen, Eberhard Karls Universität, Tübingen

Martin Weber, Prof. Dr. med. – Leiter der Interdisziplinären Abteilung für Palliativmedizin, Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen Mainz (UCT Mainz) Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

AG Mitglieder, stellvertretende Ansprechpartner in der AG Palliativmedizin:

Birgit Jaspers, Dr. rer. medic. – Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn

David Blum, Dr. Dr. – Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Christian Brandts, PD Dr. – Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Barbara Damm – Uniklinikum Köln

Corinna Eschbach – Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg

Jan Gärtner, PD Dr. med. – Klinik für Palliativmedizin Uniklinik Freiburg

Beate Hornemann, Dipl. – Psych. - Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Janett Markwordt – Charité Universitätsmedizin Berlin

Mitra Tewes, Dr. – Universitätsklinikum Essen

Johannes Rosenbruch, Dr. - Klinikum der Universität München

Stefan Schönsteiner – Universitätsklinikum Ulm

Jaqueline Schwartz, Dr. med. - Universitätsklinikum Düsseldorf

Stephanie Stiel, PD Dr. – Universitätsklinikum Erlangen

Raymond Voltz, Prof. Dr. med. – Uniklinik Köln

Unterstützung der Koordinationsstelle Palliativmedizin in Fragen der SOP-Erstellung von:

Barbara Starbatty – Organisation SOP-Koordinationsstelle der AG SOP im Netzwerk der Onkologischen Spitzenzentren, Centrum für Integrierte Onkologie Köln/Bonn Cologne/Bonn (CIO), Uniklinik Köln, Zentrum für klinische Studien der Universität zu Köln

Nicole Skoetz, PD Dr. med. – Wiss. Koordination SOP der AG SOP im Netzwerk der Onkologischen Spitzenzentren, Centrum für Integrierte Onkologie Köln/Bonn Cologne/Bonn (CIO), Uniklinik Köln, Zentrum für klinische Studien der Universität zu Köln

Carolin Wolf, Dr. rer. nat. – Apothekerin, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander- Universität Erlangen-Nürnberg

Carsten Klein, Dr. med. – Leitender Oberarzt der Palliativmedizinischen Abteilung, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Sonja Hofmann – Psychologin, Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) der Palliativmedizinischen Abteilung, Comprehensive Cancer Center CCC Erlangen-EMN, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

9 Danksagung

Ein großer, herzlicher Dank geht an die Stiftung Deutsche Krebshilfe, welche die Aktivitäten der AG Palliativmedizin des CCC-Netzwerkes finanziell fördert, insbesondere durch die Finanzierung der Koordinationsstelle Palliativmedizin im Netzwerk der deutschen CCCs. Ebenso richten sich anerkennende Worte an die Koordinationsstelle der AG Palliativmedizin, die in einem komplexen Entstehungsprozess der Handreichung die Fäden entschlossen zusammengehalten hat.

Im Wesentlichen ist jedoch jedem einzelnen fachlichen Beitrag aus den deutschlandweiten CCCs zu danken, der aus den Reihen der spezialisierten Palliativmedizin oder anderen Fachvertretern des jeweiligen CCCs geleistet wurde. Diesbezüglich gilt der Dank der Bereitschaft, ihre persönlichen Erfahrungen und Meinungen, zeitlichen Ressourcen und fachliche Expertise mit einzubringen. Die Zusammenarbeit war stets wohlwollend und ergiebig, sodass eine sehr gute Grundlage für fortführende und weitere Aktivitäten der AG Palliativmedizin innerhalb des CCC-Netzwerkes besteht.